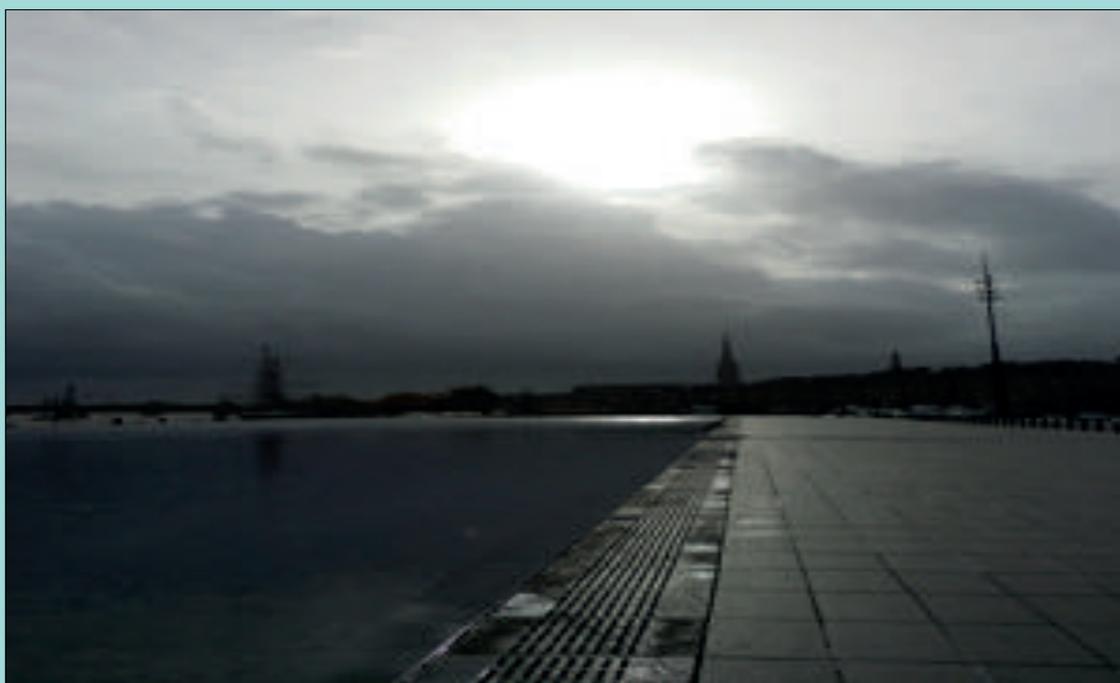


Bulletin Balint

n°83



automne 2017

Rédacteur en chef
B. Greis

Comité de rédaction
L. Beziau
A. Catut-Pinaud
I. Martinot
M. Ruzsniezski

Secrétariat
A. Sensève

Maquette, photographie,
diffusion :
B. Greis, A. Sensève

Correspondants
Tunde Baka
(Roumanie)
Jorge Brandao
(Portugal)
Roger Van Laethem
(Belgique)
David Watt (UK)
Anna Della Casa
(Italie)

Editeur
Société Médicale
Balint
Zone des Varimonts
10 route de Thionville
57140 Woippy

Imprimeur
Sriptor
Zone de la République
86000 Poitiers
N° ISSN : 0769871

Sommaire

Editorial, *Brigitte Greis*

Le colloque BALINT 2017

- Présentation introductive, *Anne Deffontaines*
- Le malaise dans la clinique de soin, *Isabelle Roustang*
- Bilan du colloque Balint 2017, *Maryvonne et Roger Lagueux, Anne Deffontaines*
- Balint face au malaise de la clinique dans le soin, *Michelle Parée et R. Lagueux*

Nouvelles de l'international

- D'un congrès international à un autre ..., *Jean-Daniel Gradeler*,
- Différence culturelle et exploration de la diversité en groupe Balint, *I. Martinot Nouet*
- Le médecin, la réalité externe et le travail en groupe Balint, *Henry Jablonski*

L'atelier de psychothérapie

- A propos de psychothérapie, *Katherine Atger*
- Psychothérapie du médecin, *Françoise Auger*
- La « psychothérapie » dans la pratique du « soignant », *Luc Canet*
- A quoi ne sert pas la formation Balint ?...», *Jean-François Coudreuse*
- De la carpe et du lapin ? *Jacky Goimier*
- Sur la psychothérapie, *Guite Guérin*

Les vécus des balintiens

- La relation diluée, *Brigitte Greis*
- BALINT hors les murs, *Florence Tessarech*

Hommage à Louis Velluet

- Présentation de la pratique analytique du Centre P. Cazenave, *Françoise Bessis*
- Hommage à Louis Velluet, *Philippe CROS*

Ecrire pense-t-il

- La place du langage de l'imaginaire et de la poésie dans Balint, *Brigitte Greis*
- Autres mots, *Alain Devaux*

Notes de lecture

- Martin WINCKLER *Les brutes en blanc*, *Michelle Moreau-Ricaud*
- Ruwen OGIEN *Mes mille et une nuits...*, *Simon-Daniel Kipman*
- Guy EVEN *Les « deux têtes du médecin »*, *Brigitte Greis*
- Souad BEN HAMED-VERNOTTE *Approche clinique...*, *Brigitte Greis*

L'agenda

Editorial

Brigitte Greis



Photo : B. Greis

Point à la ligne, virgule

J'ai hésité à accepter cette lourde tâche qui consiste à appeler à des articles, solliciter l'écriture des uns et des autres, proposer la pertinence des écrits aux lecteurs, souhaiter des échanges, favoriser la transmission d'une culture de recherche pour la relation soignante et enfin, faciliter l'accès à l'écriture ordinaire autant que scientifique.

L'envie enfin de laisser le désir, parfois le besoin, circuler par l'écriture, quelle qu'elle soit, théorique, poétique, rigoureuse, créer de l'être et du lien, de la transmission et de l'authenticité, m'a convaincue de tenter cette aventure. Ecrire est une forme de résistance à ce qui occulte notre singularité. Ecrire est du silence pour notre présence, singulière et créatrice. Ecrire calligraphie notre présence à l'Autre.

Les voies de nos recherches pour porter soin, sont multiples mais éclairées par la pensée balintienne. Etre balintien et le savoir ensemble, suscite la voie libre à nos complexités singulières. C'est bien à cette tâche là, que je m'intéresse. Travaillant auprès des patients, chez eux, la force des liens créés et leur conséquence sur le soin, a souligné l'intensité de la pensée possible grâce à l'ordinaire de ce qui se passe en portant soin. Aussi, mon souhait est bien d'ouvrir ce bulletin à toutes les écritures, comme champ de nos expériences, de nos recherches, de nos volontés de comprendre. Soigner l'Autre, nous implique. La souffrance de l'Autre n'est pas notre souffrance mais ce que nous observons, entendons, écoutons, nourrissent notre « fureur » de soigner. Pour nous guérir, l'écriture est un baume incompressible-parfois-pour ce que nous vivons et tentons de penser. Et nous pouvons lire, au travers des articles présentés dans ce numéro, combien, la narration nourrit la compréhension via ce qui se trame en notre esprit, et que l'écriture devient nécessaire mais jamais finie.

Notre rapport au langage nous fait vivre, et comme nous allons le lire, il suscite notre volonté de comprendre ce qu'est la santé.

« Tout le monde finit par mourir. Tout est voué à disparaître, nulle force ne saurait l'empêcher-est-ce cela qui nous pousse à lancer les mots comme autant de flambeaux vers les contrées sombres de la mort ? »¹

Nous avons besoin de ce lieu, d'espace et de temps pour réfléchir hors du FAIRE voire du BIEN FAIRE, après le soin, après le groupe BALINT. Le bulletin offre cela : l'échange possible, le droit à discuter ce qui est écrit, à se projeter les uns et les autres dans ce temps et espace du lieu de l'écriture.

¹ Jon Kalman Stefansson, *A la mesure de l'univers*, Gallimard, 2017

Le colloque BALINT 2017



Présentation introductive

Anne Deffontaines, présidente de la SMB

Bilan du 2^{ème} colloque Balint 2017

Maryvone et Roger Lagueux, Anne Deffontaines

Le malaise de la clinique dans le soin

Isabelle Roustang

Balint face au malaise de la clinique dans le soin

Hier, aujourd'hui et demain

Michèle Parée, Roger Lagueux

Présentation introductive

Anne Deffontaines

Venir dans un tel espace, sur un temps ordinairement consacré au repos, à la reprise d'une respiration, nécessite que nous y mettions énergie et désir. A la suite de Balint, mais de beaucoup d'autres aussi, nous nous attelons à cette élaboration.

Elaboration : un mot qui fait débat durant nos 2 ans ½ de formation. Ces temps, consacrés à l'élaboration dans notre groupe de travail, étaient trop peu « bordés » au goût de plusieurs d'entre nous. Nous ne trouvions pas, dans ces espaces, ce qui nous rassurait tant par ailleurs : un dispositif rassurant, ritualisé, évoquer des situations cliniques, écouter, réagir, se projeter...

Elaborer :

- « travailler avec soin » en 1650
- « être à la peine »
- le verbe a d'abord un sens physiologique « façonner par un long travail », qui pourrait se traduire par « assimiler »
- par extension en 1690, « préparer par un lent travail de l'esprit »
- enfin l'élaboration fut un terme emprunté par la psychanalyse.

Il s'agissait bien de s'essayer à préparer, par un lent et fastidieux travail psychique, à une lecture de ce qui se jouait entre nous alors que nous vivions ensemble cette écoute, ce parler ensemble, ces projections, ces transferts, ces diffractions.

Un deuxième temps, un après coup de la situation... comme une respiration, comme une invitation à penser ce qui s'est mis en jeu, en acte.

Je reste persuadée que, pour difficile qu'est cet exercice, il est le temps indispensable à tout sujet pensant, de retour sur soi et source de joies profondes. Joies de se découvrir, de se comprendre, d'analyser ce que nous générons.

Comme si, au fond, ce que nous vivons prenait sens, non pour que nous en ayons la maîtrise mais pour quelle donne de la saveur à notre existence.

Alors c'est de ces tentatives d'élaboration dont nous faisons état aujourd'hui. Chacune a l'empreinte de notre vécu, de notre « style » mais aussi est empreinte d'un partage.

Elle est le fruit de ces deux années de compagnonnage. Qui dit fruit dit qu'il y a eu les saisons pour planter, arroser, nourrir, éclairer et récolter. C'est tout à la fois un travail collectif et individuel.

Je vais laisser Roger vous parler plus spécifiquement de ce colloque, mais je voulais aussi vous le situer dans la durée. Une durée qui nous a vus remettre sans cesse sur l'établi notre labeur, nous offrant aux regards bienveillants les uns des autres, acceptant les aléas d'une dynamique groupale... Mais n'est-ce pas ce qu'a promu Balint ? Il ne nous a pas tant légué une manière de penser ensemble nos pratiques, il nous a invités à être des co-chercheurs. Pour ce faire, il nous faut forcément le vivre à l'épreuve du temps. Alors oui, être Balintien c'est accepter d'investir temps, énergie, argent, pour élaborer chacun et ensemble ce que nous vivons dans nos pratiques singulières. C'est aussi pour cela que ce 2^{ème} colloque Balint, le précédent ayant eu lieu en 2010 sur le thème de la « formation-recherche », a toute sa place dans nos manifestations.

Certains feront remarquer qu'à la différence d'un congrès, nous ne nous attelons pas à faire des groupes Balint. Mais je suis de ceux qui pensent qu'être Balintien ce n'est pas seulement faire du Balint. Etre Balintien, c'est tremper tout son être dans ce bain de pensée, de quête incessante, à l'épreuve du lien et de la durée. Aussi si les congrès ont une place tout à fait pertinente, comme un temps aggloméré de formation/recherche pour mettre en appétit, le colloque a mission de nous donner le goût de penser ce que nous faisons. L'un n'exclut pas l'autre, mais l'un nourrit l'autre. Le Balint se vit aussi à l'épreuve de la pensée, en ce sens d'une pensée comme objet malléable qui absorbe les éléments bruts, pulsionnels, projetés dans le groupe, qui ne sont pas transformés, pas compris et qui, faute d'être élaborés, érigent des barrières d'incompréhension, des réactions vives.

L'élaboration s'enracine dans le « supporter, le perdre patience, tolérer... » pour non seulement métaboliser ces éléments non digérés mais aussi les transformer, on pourrait dire comme le dictionnaire étymologique pour les assimiler.

Le rôle du Leader est ainsi de donner goût à penser, à supporter l'insupporté de nos situations.

Bilan du 2^{ème} colloque national Balint 2017

Maryvonne et Roger Laqueux, Anne Deffontaines

Historique

L'idée d'un colloque est née à partir du travail de réflexion/élaboration écrite de la plupart des participants au « séminaire théorico- clinique spécifique leaders » (formation sur 10 week-ends de 2012 à 2015). Ce travail écrit portait de la pratique ou d'une préoccupation de la pratique professionnelle.

Chacun de ces écrivains balintiens avait choisi un accompagnateur pour sa recherche ou sa réflexion et à la fin de la formation, chacun a présenté et soutenu son travail devant tous les membres du séminaire, devant l'accompagnateur et deux membres représentant la SMB.

Devant la singularité, la richesse de cette réflexion/élaboration, cette capacité de création, d'échanges et ce désir de comprendre à plusieurs, l'idée nous est venue que ce travail pourrait faire l'objet d'un colloque pour élargir la réflexion et développer l'élaboration de notre pratique.

C'est ici que le bureau de la SMB a souhaité que ce colloque devienne le colloque de la SMB en élargissant l'horizon.

Au début de l'association SMB (SMGB à l'époque), il est frappant d'observer dans « les cahiers » des premières années de l'association que les Balintiens de l'époque souhaitaient « *qu'il y ait au moins un colloque par an* ». Non pas pour faire du groupe Balint – ça se faisait ailleurs – mais pour échanger, partager, discuter **et surtout réfléchir ensemble sur ce qu'on faisait**.

Cinquante ans après, nous avons eu envie d'en faire autant en nous appuyant principalement sur les écrivains/chercheurs dont nous venons de parler. En 1978, Franck Faure disait que « *le médecin, son malade et la maladie* » était une sorte de bilan de cinq années de formation de Balint avec la vieille garde » (comme on appelait les médecins de ces séminaires).

Nous pouvons oser faire d'autres bilans, ou les mettre en chantier, en partageant notre pratique, notre recherche, en partageant nos observations, nos découvertes, nos interrogations, en discutant nos compréhensions, nos tentatives de théorisation pour un sujet qui nous concerne tous.

Le colloque est un espace d'échange pour dialoguer, argumenter, confronter des opinions, analyser et approfondir des théories et des expériences.

C'est un lieu pour aborder le plus important, le plus délicat, voire le dilemme théorique entre plusieurs personnes, sur des questions théoriques, pratiques ou techniques.

Le colloque vise à mettre au travail les participants.

Dans un colloque, les discussions sont toujours organisées autour du thème annoncé.

Participation

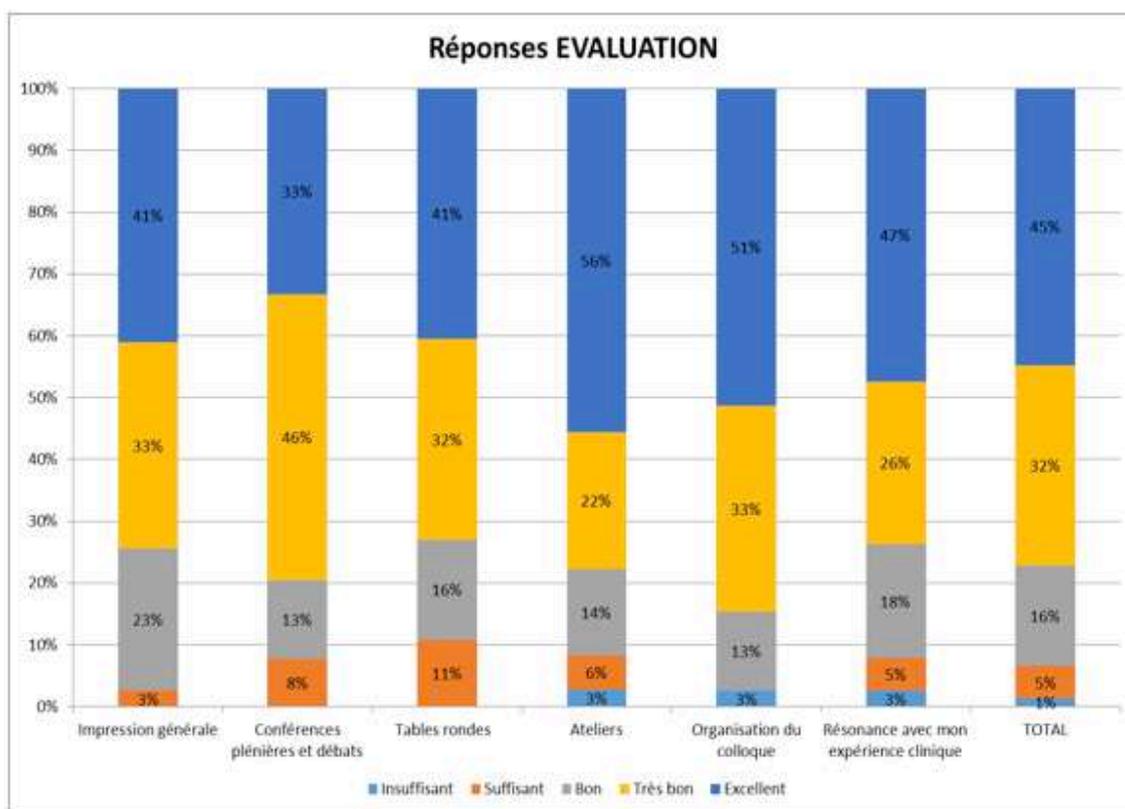
Le deuxième colloque national Balint des 24 et 25 juin à Paris a réuni une soixantaine de personnes dans une répartition à peu près égal de médecins et de non médecins.

Évaluation

À la fin du colloque, 40 feuilles d'évaluation ont été recueillies. Les deux tableaux ci-après donnent la répartition des réponses.

	Insuffisant	Suffisant	Bon	Très bon	Excellent	Nombre de dossiers	Sans réponse	Nombre de réponses
Impression générale		1	9	14	16	40	0	40
Conférences plénières et débats		3	5	19	13	40	0	40
Tables rondes		4	6	13	15	40	2	38
Ateliers	1	2	5	9	20	40	3	37
Organisation du colloque	1		5	14	20	40	0	40
Résonance avec mon expérience clinique	1	2	7	11	18	40	1	39
TOTAL	3	12		80	102	40	6	234

182



Bilan de l'évaluation (par Brigitte Hémidy)

Conclusions

En additionnant les scores « *très bon et excellent* » on obtient le classement suivant :

1. Organisation du Colloque = 84%
2. Les conférences - discussions - débats = 79%
3. Les ateliers = 78%
4. Impression générale = 74%
5. Tables rondes = 73%
6. Résonance avec l'expérience clinique = 73%

Le total général (tous les items confondus) est de 77%, dans « **très bon et excellent.** »

Si on ajoute les scores « *bon + très bon + excellent* » on obtient les pourcentages suivants :

1. Impression générale = 97%
2. Organisation du Colloque = 97%
3. Conférences = 92%
4. Ateliers = 92%
5. Résonance avec l'expérience = 91%
6. Tables rondes = 89%

Le total général (tous les items confondus) est de 93%

L'ensemble des remarques souligne la qualité des interventions qui nourrissent la pensée, permettent de faire des passerelles entre pratique et théorie, notamment le texte en duo, très apprécié de Michèle Parée et Roger Lagueux. La qualité de l'offre de livres fut également bienvenue.

On y lit aussi la nécessité de laisser plus de place à la discussion, de ne pas établir un colloque sur la totalité du weekend afin de permettre à chacun de garder un temps pour la famille aussi.

Enfin la richesse et la qualité poétique des propos soulignent, qu'à la SMB, la créativité n'est pas morte !

Et le travail continue plus que jamais !...

Le malaise de la clinique dans le soin

Isabelle Roustang



Quand Maryvonne et Roger Lagueux m'ont demandé de faire cette intervention, je leur ai tout de suite dit que je n'étais vraiment pas la personne la mieux placée et je leur ai demandé d'explorer toutes leurs pistes avant de revenir vers moi. Me voilà aujourd'hui devant vous et je vais tout de même essayer de vous faire partager, à partir de mon expérience personnelle et de celles de mes collègues, et quelques lectures, quelques éléments autour de ce thème « le malaise de la clinique dans le soin ».

Je suis médecin généraliste et ai plusieurs modes l'exercice. J'ai travaillé presque 30 ans en prison, auprès des personnes détenues, successivement dans trois prisons différentes. J'en suis partie, après avoir fait le SISMout et des conflits avec la collègue nouvellement arrivée à laquelle avait été confiée l'unité fonctionnelle dans la prison...La hiérarchie n'a pas voulu m'entendre. J'ai préféré partir pour me préserver.

Mon nouveau lieu d'exercice principal est l'hôpital Mondor, à Créteil, où je suis Praticien Hospitalier à 60%. Je suis responsable médicale de la PASS, Permanence d'Accès aux Soins de Santé, petite unité où nous travaillons à trois, une assistante sociale, une infirmière et moi-même. Nous accueillons et prenons en charge sur le plan sanitaire les personnes qui n'ont aucune couverture sociale médicale : pas de SS, pas de PUMA (Protection Universelle Maladie qui a remplacé la CMU) et pas d'AME (Aide Médicale d'Etat).

Basées à Créteil, nous sommes localisées à 300 m de l'association France Terre d'Asile et donc 95 % de nos patients sont des migrants, nouvellement arrivés sur le territoire français. 50% environ sont non francophones et à plus de 50% SDF ou dans des logements très précaires. Je travaille aussi en PMI et à l'Unité Médico Judiciaire du CHIC à Créteil.

Introduction

Mais, commençons par un écrit d'Hippocrate au IV^{ème} siècle avant J.-C. : « *Le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint. Car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient pas soigner convenablement les autres* ». Cette parole reste terriblement d'actualité. L'image du médecin est aujourd'hui incompatible avec celle d'une personne en détresse. Et pourtant ...

Lu il y a trois jours sur une revue de presse médicale : « *Victime d'un burn out, un médecin généraliste s'est suicidé en Mayenne* ».

Le Dr B. s'est donné la mort le 5 mai dernier, victime d'un burn out sévère dont il n'a jamais vraiment récupéré. Il avait continué à prendre ses patients en charge, malgré ses difficultés. La désertification médicale et le départ programmé de l'autre médecin du bourg ont accéléré son passage à l'acte, estime l'Association de citoyens contre les déserts médicaux, (ACCDM). Dans un communiqué, le président de l'association affirme que « *l'association trouve particulièrement intolérable le suicide* » des soignants, des hommes et des femmes qui ont passé leur vie à écouter, rassurer, aider et soigner. Ils partent dans l'indifférence et personne n'en parle parce qu'il est politiquement incorrect d'en parler ». Il ajoute : « *ce sont pourtant des humanistes dans cette société qui broie et sacrifie les individus sur l'autel de la rentabilité* ». L'association demande que les politiques « *prennent les mesures nécessaires pour l'accès de façon égale à la*

santé en créant un maillage des médecins, comme c'est le cas pour de nombreuses professions, notamment les pharmaciens ».

J'ai aussi lu il y a trois jours sur un site internet médical : « deux internes en médecine se sont suicidés depuis la semaine dernière. Depuis le début de l'année, 5 internes se sont donné la mort. »

Oui, près d'une cinquantaine de médecins se suicide chaque année. Chez les médecins de 35 à 65 ans, les suicides représentent 14% des causes de décès contre 6 % dans le reste de la population.

Et les suicides ne représentent que la partie facilement visible, la partie émergée de l'iceberg qu'est le mal être des soignants.

Quels sont les soignants les plus exposés ?

40 % des professionnels de santé sont sujets au burn-out à un moment de leur carrière. Ce sont les médecins généralistes qui y sont les plus exposés. Mais aussi les médecins hospitaliers, en particulier les urgentistes. Les infirmiers, les psychiatres ou encore les anesthésistes réanimateurs, les ophtalmologistes sont également parmi les professionnels de santé les plus exposés au burn-out.

62% des infirmières et 61% des kinésithérapeutes interrogés lors d'une enquête, tous exerçant en libéral, affirment être menacés par l'épuisement professionnel.

Et de plus en plus de jeunes confrères – nouvellement diplômés ou en cours de formation sont sujets à cette souffrance.

Et puis, le malaise, la souffrance peuvent se manifester par d'autres éléments: des addictions, des troubles anxio-dépressifs et comportement, autant de sujets tabous.

Selon la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), les troubles psychiatriques sont la première cause d'invalidité définitive des médecins (42%), suivies par les maladies du système nerveux (19%) loin devant les maladies cardio-vasculaires (7%, en diminution).

Les causes du mal être, de la souffrance au travail peuvent être multiples chez les soignants

Un autre témoignage, d'une jeune collègue :

« Après deux *burn out* à 30 ans, je quitte la médecine générale. J'ai fait mon premier *burn out* un an avant de finir l'internat. J'ai toujours eu du mal avec la pression, le stress, le rythme, la fatigue...J'ai vécu des choses difficiles en tant qu'interne, mais on se dit toujours « ça ira mieux plus tard ». Et au final, non. En médecine, on nous apprend à ne pas être le maillon faible. Pendant l'internat, un chef de service m'avait dit : arrête-toi le temps qu'il faudra, mais quand tu reviens tu dois être efficace. » J'ai dû m'arrêter deux jours en tout. Il ne faut absolument pas montrer nos faiblesses.

La médecine générale n'était pourtant pas un choix par défaut. J'aimais vraiment ça, c'était varié, on suivait vraiment les gens...ça m'intéressait vraiment...Après 2013, j'ai enchaîné sur des remplacements, jusqu'en octobre 2015. A cette époque là, j'ai fait un deuxième *burn out*. Ça faisait un petit moment que je réfléchissais sur ma pratique en fait. Ça ne me convenait pas. En médecine générale, on nous en demande toujours plus. Les cadences sont trop intenses. La possibilité d'avoir une urgence à tout moment dans la journée, qui se rajoute aux consultations programmées. Le fait de faire toujours plein de choses à la fois, ça ne m'allait pas...Je n'avais pas beaucoup de plaisir et la cadence me laissait l'impression d'aller trop vite, de faire du mauvais travail. Je n'étais plus capable de faire de la médecine générale...En parlant avec un autre remplaçant, j'ai su qu'une clinique cherchait un médecin pour prendre en charge des patients en chirurgie de l'obésité ».

Et elle raconte qu'aujourd'hui, avec 1 000 euros de revenus par mois et des consultations qui peuvent durer jusqu'à une heure, elle est enfin heureuse dans sa vie de médecin. Depuis un an, elle fait de la nutrition en libéral dans une clinique. Elle ne reviendrait en arrière pour rien au monde.

On voit que la plupart des **causes de mal être recensées chez les soignants concerne tout d'abord la détérioration des conditions de travail** :

La surcharge de travail : pour certains médecins généralistes, le nombre de consultations à la journée est bien trop élevé, ce qui entraîne une surcharge de travail au quotidien. Il s'agit de la première cause du burn out. **La désertification médicale qui favorise aussi l'isolement professionnel et la charge parfois trop élevée de travail.**

Les réductions d'effectifs dans les hôpitaux et la diminution des installations de médecins ont entraîné une augmentation de la patientèle et donc une surcharge de travail pour les professionnels de santé. Le phénomène touche autant les médecins libéraux qu'hospitaliers.

Il y a trente ans il y avait pléthore de médecins, on les considérait comme des nantis, on les incitait à partir en retraite. Aujourd'hui, c'est l'inverse, certaines régions sont dépourvues de praticiens et ceux qui sont en activité sont très souvent surchargés. La réduction régulière du *numerus clausus* des années 1970 à 2000 se fait sentir. Une inquiétude se fait jour dans certaines campagnes, ou villes même, quand un médecin part à la retraite. L'un raconte : « Comment vont faire les gens pour se soigner ? J'ai un millier de patients et les confrères de mon quartier ne prennent plus de nouveaux patients. »

Les professionnels médicaux et paramédicaux installés dans des régions en pénurie de soignants se trouvent aussi obligés d'assurer la permanence des soins. Un médecin généraliste installé en libéral effectue en moyenne 55 heures de travail hebdomadaire.

Cette surcharge entraîne un manque voire l'absence de vie privée pour certains et la relégation au second plan de la vie affective, culturelle, sociale, pourtant indispensables à l'équilibre et l'épanouissement personnel selon les valeurs de chacun.

Et puis nombre de jeunes médecins ne veulent plus s'installer, ils préfèrent faire des remplacements pour ne pas subir de trop grosses pressions.

Les contraintes administratives importantes, la paperasserie

Un médecin raconte : « En début de carrière, je passais entre dix et quinze minutes avec chaque patient. « Quand il a fallu passer cinq minutes avec le patient et dix minutes avec les papiers à remplir, j'ai décidé de prendre 20 minutes par patient...pour pouvoir au moins passer 10 minutes avec chacun ». Les certificats divers, les ordonnances sécurisées, les formulaires de non contre indication pour tel ou tel sport, les formulaires d'admission en EHPAD, les arrêts de travail, etc.

Les charges sociales et fiscales pour les professionnels de soin libéraux qui peuvent représenter de lourdes contraintes économiques.

Les contrôles auxquels sont soumis les professionnels de soin

L'activité de chaque professionnel de soins est mesurée, comparée à la moyenne, en matière par exemple d'arrêt de travail par les caisses d'assurance maladie...Et selon les cas, le médecin peut subir des pressions administratives...ce qui entraîne une perte partielle d'autonomie du médecin dans ses prescriptions. Comment concilier un contrôle raisonnable sans que ce soit pesant, contraignant et ressenti comme un manque de confiance par les professionnels de santé ?

Et puis, les chiffres, les statistiques sont rarement un reflet suffisant du travail effectué. Un exemple : pour ce qui est de ma pratique, c'est le nombre de consultations qui influe sur les dotations de l'ARS à l'hôpital pour la PASS. Ce n'est pourtant pas un bon reflet du travail

effectué. Je vous explique : Il y a 3 ans, il n'y avait pratiquement que des hommes qui se présentaient à la consultation PASS et effectivement, presque tous les migrants étaient des hommes. Maintenant, plus d'un tiers sont des femmes et on sait qu'elles sont beaucoup plus vulnérables, en particulier quand elles sont SDF. Cela entraîne de problèmes majeurs avec des pathologies beaucoup plus complexes que celles pour les hommes. Le pourcentage de femmes n'est pas évalué, une consultation est une consultation...

Une perte de reconnaissance de la profession

Autrefois, être médecin, infirmier, kinésithérapeute étaient des professions socialement très reconnues, admirées. C'est beaucoup moins le cas aujourd'hui, surtout pour ce qui est de la médecine générale pour les médecins.

Et maintenant, les médecins sont toujours considérés comme des nantis...alors qu'il existe de très grandes disparités dans les rémunérations, selon le mode d'exercice et le statut, à l'hôpital par exemple. Deux médecins peuvent faire le même travail et être payé du simple au double selon leur statut.

La judiciarisation de plus en plus fréquente des « erreurs » ou « pertes de chance » médicales et les procès de plus en plus nombreux intentés aux médecins font peser une lourde épée de Damoclès sur les personnels de santé.

Un autre article relevé : « Dans cette petite ville du Pas-de-Calais, l'émotion est encore grande. Mercredi 6 février à l'aube, le Dr F., médecin de famille de 61 ans installé depuis plus de 30 ans, se donnait la mort par balle dans sa maison qui lui servait aussi de cabinet. Qu'est-ce qui a bien pu pousser un médecin chevronné, reconnu de tous pour sa simplicité et son efficacité, à commettre l'irréparable ? D'après l'investigation menée par le parquet de Boulogne-sur-Mer, le Dr F. n'aurait pas supporté d'avoir manqué de diagnostiquer un accident cardiaque imminent chez l'un de ses patients, décédé en début de semaine. Même si selon le procureur de la République, « le problème du patient n'était pas immédiatement décelable ».

La difficulté des situations médicales et humaines rencontrées auxquelles le personnel de santé n'est pas toujours formé.

C'est par exemple la confrontation à la mort, à **des situations de handicap, à des secrets professionnels parfois lourds à porter**. Les médecins sont confrontés à des responsabilités anxio-gènes, souvent dans une grande solitude. Ils peuvent se sentir dans l'impuissance face aux patients, aux familles qui attendent souvent beaucoup.

C'est aussi la complexification des situations médicales, des traitements, de la nécessité de se former en permanence si on veut rester « performant » et continuer à offrir aux patients tout ce qui est possible.

La relation parfois difficile avec certains patients : certains ont des sollicitations exagérées, (comme par exemple, être vu rapidement parce qu'ils qui partent en vacances). Certains n'ont aucune indulgence en cas de doute, d'erreur diagnostic, ceux qui ont des exigences et souhaitent dicter leurs prescriptions (un scanner, une radio, un traitement, etc.). Le personnel soignant a-t-il appris à dire « NON » et à gérer ces relations difficiles ? Pas suffisamment semble-t-il.

La formation des professionnels de santé, pas toujours adaptée et la nécessité de maintenir un niveau de compétence correct pour connaître ses limites.

La protocolisation des soins avec des conduites à tenir très strictes et très codifiées ne rend pas compte du patient lui-même et du travail relationnel nécessaire et indispensable. Cette protocolisation risque de réduire le patient à un symptôme et n'apprend pas le médecin à tenir compte de l'aspect essentiel relationnel.

L'évolution constante de la médecine et des connaissances médicales obligent les médecins à se former en permanence, ce qui demande du temps, souvent non rémunéré.

De façon un peu humoristique, à chaque fois que je participe à une formation, je mesure l'écart entre ce que je sais et ce que je viens d'apprendre sur tel ou tel sujet et je me demande comment j'ai pu faire de la bonne médecine jusque-là. La formation est un puits sans fond et choisir le bon équilibre entre un temps de formation pris sur son temps libre et prendre le temps de faire autre chose que bosser n'est pas toujours évident...

Les mécanismes possibles de l'épuisement professionnel

Un exemple tout récent de ma pratique professionnelle :

Mercredi 15 juin

Une jeune femme qui n'a pas de rendez-vous à la consultation PASS entre dans le cabinet médical sans y avoir été invitée. Elle dit : « Je ne suis pas bien, je voudrais une consultation ». Elle a fatiguée mais...je sais aussi qu'il faut que je me préserve. Il est 15h, elle n'a pas de rendez-vous ...j'ai encore un certain nombre de patients qui attendent. Je lui demande de faire le circuit habituel, c'est à dire d'aller prendre rendez-vous chez l'infirmière. Elle me répond qu'elle y est déjà allée et qu'elle a donc un rendez-vous pour le 20 juillet, elle ne peut pas attendre, elle est malade. J'appelle l'infirmière, en lui demandant de prendre les constantes de la dame (TA, température, pouls...).

L'infirmière revient en me disant que tout va bien de ce côté-là mais...elle dit qu'elle n'a rien mangé depuis 24 h...et effectivement, la bandelette urinaire montre une acétonurie de jeûne. L'infirmière ajoute : « et elle a dit qu'elle s'était faite agresser. Tu veux bien la voir ? » Donc OK...Je la fais attendre jusqu'en fin de consultation programmée pour ne pas retarder tous ceux qui sont venus à l'heure. Elle est allongée dans la salle d'attente, entre deux chaises métalliques clouées au sol.

Je la prends à 17h, la consultation avec elle va durer plus d'une heure et quart...elle répond difficilement à mes questions, j'ai du mal à comprendre ce qu'elle dit (bien qu'elle parle français) mais elle parle si doucement...elle porte un pot de fromage blanc vide dans lequel elle crache à intervalle régulier. A mes questions, elle m'apprend qu'elle est guinéenne, a laissé deux enfants de 2 et 4 ans au pays, avec ses vieux parents, deux de ses sœurs sont mortes lors de manifestations en Guinée, elle-même n'arrivait plus à nourrir sa famille. Elle est arrivée en France après un périple de 6 mois en passant par la Lybie et son cortège de violences, l'Italie. Arrivée à Paris le 3 mai, le soir, elle ne sait pas où dormir et s'allonge dans une gare. Là bas, elle se sent en insécurité...« avec les clochards » me dit-elle qui l'embêtaient. Un monsieur « qui avait l'air gentil » dit-elle, lui a parlé au milieu de la nuit en lui demandant si elle dormait là toujours, si elle avait de la famille...et lui a proposé de venir chez lui, ce qu'elle a accepté. Métro, bus dans la nuit. Puis pendant 3 semaines, séquestrée, battue, « forcée » comme elle dit...c'est à dire violée. Le jour, il part et l'enferme à clés. Au bout de 3 semaines, elle commence à vomir. La nuit, sur le coup de 2/3 heures du matin, il la met dehors avec un pot de fromage blanc vide ...elle erre. Et pendant 3 semaines à nouveau, dehors, en mendiant, jusqu'à ce que quelqu'un l'aiguille sur France Terre d'Asile. Là, malade, on lui conseille d'aller à la consultation PASS de Mondor.

Elle continue à vomir. Elle ne dit pas grand-chose spontanément et sa seule demande est d'avoir un lieu pour dormir...un lieu pour dormir en sécurité. Je lui dis que, malheureusement, on ne va pas pouvoir faire quelque chose facilement, ce soir. Elle ne peut entendre, elle me redemande où elle pourrait dormir.

Grand sentiment d'impuissance et de solitude...la seule idée que j'ai est de lui proposer de squatter la salle d'attente des urgences de l'hôpital la nuit prochaine...ce qu'elle fera.

Je l'examine succinctement...trop difficile pour elle à cette heure...et probablement aussi pour moi pour le faire au mieux, avec toute la délicatesse nécessaire à cette dame qui vient de subir tant de violences...et puis je suis fatiguée...trop de situations difficiles, pas d'interprétariat professionnel pour tous les patients de la journée non francophones...non stop depuis ce matin 9h, 20 minutes prises pour déjeuner. Je la reverrai lundi et là, je lui dis que je ferai un examen plus poussé. Rien d'inquiétant sur le plan physique aujourd'hui...

On essaye de lui trouver de quoi manger, elle n'a rien mangé depuis 24h. Difficile de trouver un plateau repas à cette heure. Je finis par appeler le cadre supérieur du service des urgences dont je dépends pour mendier un plateau. Très sympa, il me répond qu'il n'y a aucun problème pour venir chercher un plateau réservé aux soignants. Elle n'arrivera à manger qu'un yaourt...pas faim ...pas le moral. Elle n'est pas déshydratée...pas d'urgence de ce côté-là.... Tant mieux...

Et puis, je lui dis que les faits qu'elle a subis sont des choses très graves, des crimes punis par la loi. Il me passe par la tête de lui dire que ...la loi la protège ...mais comment oser lui dire ça sans pouvoir parallèlement lui proposer un lieu pour dormir en toute sécurité ??? Donc...j'ajoute que ce serait d'envisager qu'un jour elle porte plainte...pour que ce Monsieur ne fasse pas subir à d'autres ce qu'il lui a fait subir.

Je lui prescris un bilan, une radio du thorax, elle tousse aussi...sans penser alors que je viens de lui prescrire des béta HCG car j'ai un doute sur une grossesse possible...Erreur grossière...Heureusement, le service de radio fera bien son travail lui et lui posera la question d'une éventuelle grossesse avant de refuser de lui faire la radio...Quelle chance de pouvoir bénéficier d'autres professionnels compétents...

On est mercredi. J'ai pris deux jours de vacances jeudi et vendredi et ne reviendrai donc que le lundi. Entre temps, le bilan nous dira si elle est enceinte et nous donnera quelques éléments supplémentaires pour les vomissements...

Et les consultations sont bourrées jusqu'à mi juillet mais...Je la reverrai le lundi suivant, comment faire autrement ?

Le lendemain, je ne me sens pas vraiment bien...et...à 6h 30, je vais prendre le train...je vérifie 3 fois si j'ai bien fermé ma porte (ce qui n'est pas dans mes habitudes), je scrute les visages des personnes dans la rue en me posant la question « est ce que lui, elle aussi est SDF, est ce qu'il marche dans la rue pour tuer le temps, porteur de tant de souffrance et de désespoir ?... les images de la consultation me reviennent en boucle...je mets finalement un message à l'Assistante Sociale pour qu'elle tente le lendemain de trouver un hébergement d'urgence...ce qu'elle aurait fait de toutes façons...je me sens décalée...

Et pourtant, j'ai la chance d'avoir des oreilles pour m'écouter...je ne suis pas seule sur les situations...je n'ai que peu de travail très administratif, je ne bosse pas 55 heures par semaine...sauf quand je prépare une intervention pour un colloque Balint...

Ce jour-là, l'AS arrivera à obtenir un hébergement temporaire dans un hôtel en téléphonant au 115. Elle n'aura mis que une heure et demie à les avoir au téléphone ...C'est tout à fait exceptionnel. Souvent, ce sont plusieurs heures qui sont nécessaires pour avoir quelqu'un qui réponde au bout du fil...Logée une semaine, renouvelable ...c'est déjà un grand premier pas...

Malgré tout, le lundi matin, j'annonce à la jeune femme qu'elle est enceinte...elle s'effondre...je tente de la soutenir par gestes et paroles d'empathie...C'est à nouveau très dur, pour elle...et un peu pour moi...A la suite de la matinée de travail, réunion avec l'AS responsable de l'hôpital, je craque un peu et laisse filtrer mon émotion et mon épuisement...Il y a eu ce matin 3 personnes en plus inscrites à la consultation ...par moi-même...trois femmes dans des situations très difficiles.

La responsable AS est très étonnée. Je pense qu'elle ne s'attendait pas à ce que je m'effondre un peu... Et ...est un peu prise au dépourvu...elle nous dit...il faut que vous voyez moins de patients...Mais...faire filtre à l'entrée de l'hôpital?...inhumain, irréalisable...pas de solution dans l'immédiat...j'ai déjà demandé un autre médecin pour m'aider et...me remplacer aussi pendant mes vacances...mais on me répond ...et il faudrait aussi une assistante sociale supplémentaire...pas d'argent...à l'hôpital public...

Je sais par ailleurs que la responsable AS fait ce qu'elle peut pour faire avancer les choses pour la PASS. D'ailleurs, deux jours après, elle m'enverra un petit message adorable. Nous sommes tous dans des situations d'impuissance face à des situations de détresse intolérables.

On sait que les populations les plus « à risque » à cette souffrance professionnelle sont les personnes empathiques et exposées aux situations difficiles, ce qui est souvent le cas des professionnels de santé. Généralement, il s'agit de profils professionnels exigeants, très investis dans leur travail et qui ont du mal à exprimer leur mal être. Globalement, les professionnels de santé s'écoutent peu.

Et puis, lors de la formation officielle universitaire et clinique, de façon insidieuse, le « bon » médecin, c'est souvent celui qui ne se trompe pas, qui n'hésite pas, qui ne se dispute pas avec ses collègues ni avec ses patients, qui ne se fatigue pas, même s'il travaille 30 heures d'affilée sans dormir. Et aussi ...celui qui n'est pas sujet aux émotions malgré sa proximité avec les souffrances des patients et les soins parfois difficiles qu'il est amené à leur prodiguer. Autant de règles non écrites qui empêchent les professionnels de reconnaître les signes d'un épuisement professionnel.

Les professionnels de santé sont tournés vers les autres et habitués à repousser sans cesse leurs limites. Ils ont tendance à être dans le déni de leurs propres difficultés, de leurs souffrances. De plus, ils peuvent éprouver, à l'idée de s'arrêter, une culpabilité par rapport à leurs patients et à leurs collègues. En cas de souffrance, le professionnel de santé souvent banalise, il ne s'autorise aucune faiblesse. Il ne voit pas ses symptômes d'épuisement. Il se juge très vite mauvais professionnel, confronté qu'il est à son idéal. Dès lors, il ne se sent plus apte à exercer. A un certain stade, il peut même devenir dangereux pour lui-même (passage à l'acte suicidaire) ou pour les autres (erreurs médicales mettant en danger leurs patients). Et peut démarrer un cercle vicieux, insidieusement. Un événement peut parfois le faire basculer : une plainte, un conflit avec un patient, une famille, une pression de la hiérarchie, un début d'erreur médicale, un événement personnel (un divorce, un deuil). A un stade ultime, il peut ne plus voir d'issue, il peut ne plus se sentir digne d'exister.

Un certain nombre de soignants bâtissent leur identité professionnelle sur une image idéale. Mais c'est vrai qu'on les voudrait presque indestructibles, les soignants et...ils acceptent plus ou moins d'endosser ce costume, au risque de leur propre santé et de ceux qu'ils soignent d'ailleurs.

Et puis...certains facteurs retiennent les médecins libéraux d'aller consulter quand ils en auraient besoin : la crainte de l'absence de confidentialité, parfois crainte de voir fuir sa clientèle et difficultés à s'arrêter. L'une raconte : « Des quatre médecins de mon cabinet de groupe, je suis la seule à avoir pris un autre médecin traitant que moi-même. Je n'ai pas de réticence non plus à aller consulter un psychiatre. Mais j'ai conscience d'être une exception. Il est très difficile de trouver un médecin qui nous considère comme un patient et non comme un docteur. » Seuls 15 % des médecins franchissent la porte du cabinet d'un psy.

Oui. Un professionnel de santé qui va mal a souvent beaucoup de difficultés à aller consulter un confrère et...il n'existe pas pour l'instant de médecine du travail dédiée à la profession.

Dans ce contexte, aller faire une démarche de demande d'aide est souvent compliqué. Pourtant, la solution est d'abord et toujours l'écoute : faire émerger la souffrance vécue...ce qui n'est pas toujours facile...

Les solutions probablement existent : solutions individuelles mais aussi collectives.

Et puis, il y a probablement un certain nombre de solutions plus « politiques » à trouver.

Un article datant du 22 juin dans le Parisien :

« La Saône-et-Loire veut salarier trente généralistes, en leur garantissant une bonne qualité de vie, pour lutter contre les déserts médicaux.

C'est une première en France : à partir de septembre, le conseil départemental de Saône-et-Loire va lancer le recrutement de trente médecins généralistes. C'est la première fois qu'un département se lance ainsi dans un recrutement massif pour tenter de juguler la désertification médicale.

«Beaucoup de choses ont déjà été essayées, mais sans le succès escompté», plaide André Accary, président de l'assemblée départementale, qui rappelle que la Saône-et-Loire avait déjà proposé de payer en partie le cursus de formation des étudiants en médecine.

Cette fois, le département se propose de salarier les médecins sur la base de 35 heures hebdomadaires et de leur permettre de travailler à plusieurs. «Aujourd'hui, les jeunes médecins n'ont plus envie de faire autant d'heures que leurs prédécesseurs, précise le président du conseil départemental. »

Outre des horaires allégés, les médecins recrutés seront déchargés des contraintes administratives. «Ils seront au service des patients pendant la totalité de leurs horaires de travail». Le département prévoit un poste dédié à la paperasse administrative pour trois médecins. L'objectif est d'installer les médecins par trois, «pour qu'ils se sentent moins seuls face aux besoins».

L'Agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'assurance maladie ont donné leur accord pour ce dispositif. Le conseil départemental prendra à sa charge le salaire des médecins, qui devrait se situer autour de 5 000 € net. «C'est du service public, on le fait pour nos administrés qui n'arrivent plus à trouver un médecin pour se soigner et qui nous interpellent en permanence sur le sujet», avance le président du conseil de la Saône-et-Loire, qui attend maintenant les premières candidatures. »

Beaucoup de choses restent à inventer pour que les personnels de soin ne se sentent plus en difficulté.

Prendre soin du soignant est, plus que jamais, indispensable pour un soin de qualité du patient.

Balint face au malaise de la clinique dans le soin Hier, aujourd'hui et demain

Michelle Parée et Roger Lagueux

Roger Lagueux

Pour essayer d'appréhender au mieux ce sujet qui nous concerne tous et qui nous concerne tous les deux, Michèle Parée et moi-même, nous avons eu envie de parler à deux voix dans cet exposé, la voix d'un médecin et la voix d'un non-médecin. Mais tous deux nous avons un dénominateur commun : nous faisons du « Balint » depuis de nombreuses années. Chacun de nous va essayer de parler de ce qu'il connaît le mieux en fonction de sa position professionnelle, de son expérience, de son intérêt – et de ses limites. Quand il sera question des médecins ou de médecine, c'est surtout Michèle que vous entendrez, quand il sera question de psychanalyse ou de théorie nouvelle, ce sera peut-être la voix de Roger et pour beaucoup de questions la voix des deux.

Pour faciliter nos échanges et nos débats sur le malaise de la clinique dans le soin, nous vous proposons de nous approcher de Balint, notre pionnier, en précisant trois périodes : hier – aujourd'hui et demain. Façon pour nous tous de mieux cerner notre place et peut-être notre démarche.

1. Balint Hier

L'homme d'une histoire

Balint est pour nous l'homme d'une histoire – médecin – psychanalyste – chercheur – inventeur des Groupes Balint, né en 1896 et mort le 31 décembre 1970

Ce n'est pas banal de changer de nom et de religion à 17 ans. Quand Mihaly Bergsmann décide de prendre le nom de Michael Balint et de quitter la religion juive pour la religion protestante dans sa branche unitarienne, nous comprenons qu'il voulait dire des choses importantes à son père, à sa famille, à ses concitoyens et à son environnement social et à lui-même aussi. Ceci sur fond de malaise réel et / ou flairé pour un proche avenir dans un contexte d'antisémitisme. Tout cela est sûrement vrai, mais nous comprendrons plus tard combien pour Balint, la recherche, la théorie s'enracinent dans l'expérience singulière, l'émotionnel et l'environnement contextuel.

Michèle Parée

Un médecin scientifique

Balint est décrit comme un jeune homme boulimique de savoir et notamment de savoir scientifique. Il choisit médecine (pourquoi pas ?). A l'époque, en Hongrie, il pouvait inclure dans son programme du droit comparé, de la religion comparée, de l'anthropologie. Les cours de chimie et de physiologie le passionnent tout particulièrement.

Pendant son séjour à Berlin, il s'initie à la psychanalyse, **science nouvelle** à cette époque. Si Balint vivait aujourd'hui, sans doute serait-il au premier rang de la recherche en neuroscience ! Il travaille en même temps dans la recherche à l'Hôpital de la Charité, à l'Académie Royale vétérinaire et pour un laboratoire pharmaceutique (I.G. Farben) et publie plusieurs articles de haut niveau¹. Il témoigne donc d'un **esprit critique** qu'il mettra aussi à profit pour mener à bien son séminaire expérimental avec les omnipraticiens à la Tavistock clinique en 1952.

Si Balint découvre précocement la médecine en accompagnant son père dans ses consultations, il ne semble au début pas très enthousiaste. Michelle Moreau Ricaud² rapporte ainsi une interview accordée à Swerdloff où Balint dit : « ...J'ai passé mon 2^{ème} examen médical mais je n'étais absolument pas intéres-

² Moreau Ricaud M., « Michael Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest », Mercure, 2007, éd. Erès, coll. Analyse laïque, p.83-84

sé par la médecine »³. Je suppose toutefois que pour obtenir son diplôme, il a quand même dû palper des ventres, ausculter des cœurs et des poumons, inciser des abcès.... !

De 1922 à 1923, il prend en charge à l'Hôpital de la Charité à Berlin, des patients qui présentent **des affections organiques à composante psychosomatique** telles que l'asthme, les ulcères gastriques...et essaye une prise en charge psychothérapeutique⁴.

Son intérêt pour la médecine et la médecine générale en particulier augmente puisqu'en 1926, à Budapest, il donne des cours et publie même un livre intitulé « *De la psychothérapie à l'attention du médecin généraliste* »⁵ et en 1930 il publie « *La crise de la pratique médicale* » laquelle ne s'occupe que des systèmes endocriniens, circulatoires, etc...et pas de la totalité de l'homme⁶. Ceci m'évoque ce qui se passe actuellement où les examens semblent découper avec de plus en plus de précisions les patients qui en ressortent morcelés mais ne vont pas nécessairement mieux !

Enfin, dans le contexte de l'après-guerre, alors que le National Health Service cherche de l'aide pour ses soignants dépassés, déprimés, Balint devient chercheur à la Tavistock Clinic. C'est donc avec des médecins généralistes et avec l'aide d'Enid Balint qu'il mettra au point ce qui deviendra « les groupes Balint ». Les omnipraticiens n'y deviennent pas des psychothérapeutes mais peuvent néanmoins « ouvrir » leur pratique moyennant « *un changement limité quoique considérable de la personnalité du médecin* »⁷. **Le généraliste, son patient, leur relation retrouvent ainsi du soin qui fait sens.** C'est toujours le cas aujourd'hui.

Roger Lagueux

Un psychanalyste

Balint est un psychanalyste profondément imprégné de son expérience et de son compagnonnage avec S. Ferenczi.

Il sera touché par les échecs de certaines cures analytiques. Le malaise chez les patients – les plus graves – chez les analystes aussi ou les soignants d'obédience analytique l'amène à introduire un principe nouveau : c'est la **méthode qui doit s'adapter aux besoins des patients et non l'inverse**. Et pour traiter le malaise de la clinique dans le soin il est intéressant de noter la conception qu'avait Balint du travail psychique aussi bien pour l'analyste que pour l'analysant, le médecin ou le patient, le soignant ou le soigné. C'est dit-il toujours un « travail partagé »- qui implique d'une façon tout à fait singulière les deux protagonistes en présence. Nous sommes là au cœur du transfert et du contre-transfert.

Et pour traiter le malaise que nous voulons explorer tant pour les soignants que pour les soignés nous pouvons nous souvenir que Balint comme son maître Ferenczi a toujours rêvé de mettre la psychanalyse (les connaissances de la psychanalyse) au service de la médecine. C'est le sens de sa création/invention de la formation-recherche (groupe Balint)

Celle-ci a pour but concrètement de créer/développer chez les médecins (après les travailleurs sociaux) l'aptitude à devenir sensibles à la **réalité des demandes déplacées**, inconscientes, qui leur sont faites, développer aussi l'aptitude à devenir « **thérapeutiques** » dans ce domaine **par eux-mêmes**.

Si après la guerre – et après de rudes épreuves personnelles, familiales, professionnelles, Balint trouve une position « respectée » à la société Britannique de psychanalyse, son aura est quand même particulière : on le qualifie « *d'étrange étranger* ». Sa nièce Judith Dupont dira qu'il fait partie du « *Middle Group* » - c'est-à-dire des « médiateurs », des tampons entre les partisans de M. Klein et d'Anna Freud. Mais ce fut pour lui « *une rude école de diplomatie, de tolérance, de modération et de tact* »⁸, façon de dire

³ Ibid., p.104-105

⁴ Ibid., p.103

⁵ Ibid., p.84-85

⁶ M. Balint, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1986

⁷ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Ed. Payot Annexe

⁸ Dupont Judith, *Au fil du temps... Un itinéraire analytique* Edit. Campagne Première 2015 page 224

que si Balint se situe à l'intérieur d'un véritable mouvement de la psychanalyse, il n'appartient à aucune école, mais le paradoxe, c'est qu'il **fait école** en dehors du milieu psychanalytique proprement dit. Constatant qu'il existe un décalage constant entre la théorie et la pratique, il essaie d'individualiser dans le domaine de la psychanalyse deux courants opposés : le courant biologique et le courant relationnel. Mais on s'accorde à dire que la préoccupation du **relationnel** caractérise la pensée psychanalytique de Balint⁹

En regardant les courants d'idées dans le monde contemporain, on peut observer la place faite à la pensée de Balint notamment pour la théorie de la relation d'objet et pour la compréhension renouvelée de la dépendance orale.

Et selon plusieurs auteurs¹⁰ il paraît certain que les idées de Balint ont eu une influence :

- sur les soins psychothérapeutiques aux psychotiques
- sur l'extension de la psychanalyse aux *borderlines*
- sur l'adaptation/transformation de la technique dans les cures difficiles ou rebelles

Pour l'influence dans le monde médical, Michèle vous en parlera de plusieurs façons.

Mais déjà dans sa réflexion de psychanalyste, face au malaise des médecins praticiens, nous observons que Balint aboutit même à un concept nouveau. Il propose d'abandonner le modèle purement scientifique (dont le prototype est la médecine hospitalière) au profit d'une « *médecine de la personne en sa totalité* »¹¹

Un chercheur

Tous les auteurs s'accordent à dire que Michael Balint était un chercheur « obstiné » - passionné par la recherche scientifique en biologie, en chimie - dans le domaine des religions, de la sexualité - de la vie comportementale et psychique des bébés. Mais au-delà de ça ou à travers ça, il me paraît important de nous attarder sur un souci obstiné de Balint durant sa vie entière. C'est le souci **de découvrir, de reconnaître et d'élaborer une connaissance humaine sur l'humain fondamental**. Ce sera tout le sens de son dernier ouvrage : « **Le Défaut Fondamental** »

Assurément la découverte de Balint tant en psychanalyse qu'en médecine est intéressante. On la dit même d'une grande ampleur en raison de cette double source (la psychanalyse et le travail des groupes Balint). Mais elle reste « imparfaite », « incomplète ». F. Faure dira en 1978 qu'elle aurait « les stigmates » d'une œuvre inachevée¹². Balint lui-même disait qu'« il faudrait d'autres recherches » notamment en ce qui concerne la dynamique du groupe¹³

Osons donc dire que *le Médecin, son Malade et la Maladie* écrit par Balint avec la collaboration de la « Vieille garde » - les médecins de ses groupes de recherche est le tome 1 - d'une élaboration importante, principalement celle de Balint lui-même. Le tome 2 est écrit ou sera écrit par ses successeurs, ses héritiers.

2. Balint aujourd'hui

Le « Balint » continue

Depuis que Balint est disparu, le « Balint » continue, le mouvement Balint continue car il repose sur une pensée vivante, une démarche qui touche l'humain, comme on l'a dit précédemment. En 2015, Judith Dupont, nièce de Balint, écrit que le mouvement Balint s'est propagé dans le monde entier. « *Les groupes Balint, comme on les nomme, rassemblent aujourd'hui des généralistes, des pédiatres et autres spécialistes, mais aussi des professionnels non médicaux comme des travailleurs sociaux, des éducateurs, des*

⁹ René Gelly, *L'art de M. Balint ou « la psychanalyse au service de la médecine »* in cahiers de la SMB n°32 janvier 1983

¹⁰ Michelle Moreau Ricaud, Hélène Oppenheim, Franck Faure, Judith Dupont

¹¹ Franck Faure, *La doctrine de Michael Balint* - Collection Science de l'Homme Edit. Payot 1978

¹² Franck Faure, op. cité p. 79

¹³ Michel Balint, *Le médecin, son malade et la maladie* Ed. Payot Annexe

enseignants, des infirmières notamment »¹⁴. Depuis plus de 25 ans, la plupart des groupes Balint de longue durée de mon expérience ont été des groupes pluridisciplinaires. Il y a plus de 40 ans, en 1975, le Docteur Dufour, président de la Société Médicale Balint et co-fondateur de la SMGB disait l'importance d'ouvrir la SMB à des non médecins pour la fonction de soin. Il souhaitait même que le mouvement Balint s'ouvre aux étudiants en médecine.

Que des dérives existent, c'est la réalité ! Quand le « *Balint* » se transforme en « *enseignement* » – et qui plus est en « *enseignement de psychologie de bazar* »¹⁵, comme le dit Judith Dupont, ou quand la référence à la dynamique inconsciente du sujet humain disparaît. Nous n'en parlerons pas. Ces dérives ne nous avancent pas pour faire face au malaise dans le soin.

Michèle Parée et moi-même vous proposons de nous centrer sur **Balint aujourd'hui**, c'est-à-dire ce qui se poursuit, ce qui se cherche, s'expérimente, ce qui se pense de la démarche et de la pensée de Balint chez et à travers les « héritiers » – plutôt que les successeurs. Les héritiers reçoivent l'héritage, le positif comme le négatif – ce qui est lumineux et ce qui est imparfait, inachevé, inexploré ou manquant. Mais pour garder cet héritage vivant, ils ont besoin de se l'approprier, le transformer éventuellement, le développer en fonction des connaissances nouvelles. On n'est pas l'héritier de Balint si on est pas « *chercheur* » de l'humain fondamental chez chacun : chez le patient, le soigné comme chez le soignant.

Modestement nous allons vous faire part d'expériences, d'observations, de recherches et d'élaborations chez certains de ses héritiers. Notre réflexion s'appuie sur un bon nombre d'héritiers, médecins et non médecins, qui ont osé l'aventure Balint. Pourriez-vous accepter que ce soit une tentative d'écriture du tome deux du *Médecin son malade et la maladie* qui s'intitulerait : *le soignant, le soigné et la maladie* ?

Ce qui est sûr, c'est que comme du temps de Balint, le malaise est là dans le soin

Michèle Parée

Ce qui fait malaise

Selon une étude menée par un médecin urgentiste de Rennes il y a eu plus de suicides chez les médecins que chez les techniciens de France Telecom la même année !

Les sources de ce malaise sont plurielles. Je pointe d'une part la **pénurie de médecins (de soignants ?)**. On note une diminution du nombre de praticiens surtout dans certaines régions. Ainsi en Wallonie, sur 262 communes, 106 sont en pénurie soit moins de 90 généralistes pour 100.000 habitants, 10 sont en pénurie grave c'est-à-dire moins de 50 généralistes pour 100.000 habitants et enfin 40 sont considérées à risque à savoir qu'elles basculeront dans la pénurie si un seul omnipraticien arrête, or la moyenne d'âge des praticiens actifs est de 52,8 ans¹⁶ ! **La pénurie est aussi relative** : en parallèle avec **l'évolution de la société**, les jeunes veulent avoir plus de temps pour leur famille, leurs loisirs. Ils acceptent de prêter huit heures par jour là où leurs aînés en faisaient douze. Il en découle qu'il faut trois thérapeutes pour en remplacer deux qui partent en retraite.

La **technologie** s'invite dans la relation de soin. Son utilisation peut y être perverse.

L'écran d'ordinateur où le robot, bien utile par ailleurs, fait courir le risque de **déshumaniser** le soin. Un patient m'a raconté que, passant à la consultation de « *rythmologie* », il avait entendu une voix surgie de derrière une console d'appareils, lui dire : « Monsieur, il y a en effet un problème cardiaque, nous vous opérerons la semaine prochaine ». Mon patient en avait conclu que cette voix appartenait au cardiologue...et m'avait demandé les coordonnées d'un autre spécialiste qui, lui, le verrait, l'examinerait et lui expliquerait ce qu'il comptait faire ! A l'heure d'internet plus que jamais, une **illusion de tout contrôle** est dans l'air du temps : de même qu'on entend : « s'il y a plus de policiers dans les rues il n'y aura plus d'attentat terroriste », il se dit : « si on fait tous les examens il n'y aura plus de souffrance, de mort ! »...mais quid quand ça arrive quand même !

¹⁴ Dupont Judith : Op.Cit

¹⁵ Dupont Judith : Op.Cit

¹⁶ Le Journal du médecin (Belgique) 9 juin 2017

Par ailleurs le **dossier informatisé** constitue un outil performant pour le partage des antécédents du patient, de ses allergies, de son traitement...tout particulièrement en situation d'urgence. Mais dans une période où la **transparence** semble être de mise partout (en politique, sur les réseaux sociaux...) **le colloque singulier et le secret médical** sont malmenés et avec eux tant le soignant que le soigné ! **L'ambivalence** continue si l'on pense à la reconnaissance financière octroyée pour ce mode de gestion alors que le travail relationnel est plutôt dévalorisé (cf. médecine à l'acte : plus de temps par patient égal moins d'argent).

Ceci me fait enchaîner sur une autre cause de malaise. Les soignants n'échappent pas à la crise identitaire, crise de « Valeurs » que vit notre monde occidental. Dans une culture de consommation et de loisirs, **l'aspect économique** est prépondérant en tout. Faire plus avec moins devient un leitmotiv entonné dans tous les secteurs y compris celui du soin. Les patients au chômage comme ceux en invalidité sont montrés du doigt, entre autre par des travailleurs qui ont peur de les rejoindre. En effet ils sont eux-mêmes pressés comme des citrons par leurs employeurs. Les pathologies physiques et psychosomatiques liées au travail sont en augmentation avec en tête de liste le *burn out*. Le médecin est amené par ses certificats à soutenir (ou pas) ces nouvelles pathologies sachant qu'il n'a que peu ou pas d'impact sur leurs causes. Enfin la sécurité sociale demande aux prestataires de prescrire moins, moins cher, de remettre les gens au travail plus vite...et l'épuisement professionnel gagne alors le soignant également.

Le médecin balintien n'est pas vacciné contre ce malaise, toutefois la perception du malade dans son ensemble et ce compris son environnement culturel et social, permet de garder le fil de l'humain de part et d'autre de la relation. Garder le **fil du soin** prévient probablement du *burn out*.

Une rencontre clinique

J'ai soigné Christine et sa famille il y a une vingtaine d'année puis elle a disparu (déménagement ?). Elle revient maintenant depuis 2 ans. Elle a aujourd'hui 48 ans. Elle se présente le plus souvent à ma consultation pour ses enfants, Kévin 12 ans, souffrant d'un asthme sévère et Leslie, 10 ans pour de petites maladies infantiles. A 2 ou 3 reprises elle est venue pour des plaintes liées à de l'arthrose sévère qui l'a écarté du travail depuis très longtemps. Pour cela elle a « droit » au tiers-payant (équivalent de la CMU en France). C'est donc sans étonnement (et sans grand plaisir !) que je la reçois ce jour-là pour des lombalgies qualifiées d'épouvantables, elle ne peut plus marcher dit-elle (elle arrive pourtant sur ses 2 pieds). Mon anamnèse et mon examen clinique excluent toute gravité (malaise).

Alors que je retourne vers mon bureau en me frottant les mains à l'antiseptique, je lâche un « et à part ça comment ça va ?... » Mon geste reste suspendu devant les larmes qui se déversent. Christine me raconte que sa fille ainée, Jennifer 19 ans vit toujours chez elle avec son fils de 5 ans (Jennifer a donc été maman à l'âge de 14 ans !). Elle lui « met la pression », lui laissant la charge du petit, n'assumant aucune tâche ménagère. Christine a bien « un copain » mais si elle ose un week-end avec lui, Jennifer la rappelle, ne lui laissant pas de répit, pas d'intimité. Christine veut faire intervenir le Service d'Aide à la Jeunesse et dénoncer sa fille, actuellement majeure, « d'ailleurs elle a déjà eu des ennuis avec la justice ! ». Je laisse place au silence, les larmes s'estompent. Je trouve alors quelques phrases de soutien par rapport au besoin de Christine d'avoir une vie privée, de mettre de la distance entre sa fille et elle, de la nécessité pour Jennifer et son fils aussi d'avoir un chez eux. Christine repart chez elle avec un antidépresseur (?) plutôt qu'un antidouleur que de toute façon elle a chez elle. Je l'invite à revenir en parler d'ici une quinzaine de jours si elle le désire. La consultation n'a duré que 5 minutes de plus que mes consultations habituelles.

Quinze jours plus tard elle revient mais pour son fils Kévin, enrhumé, pas un mot sur notre entrevue mais quand, avant de lui dire au revoir, je lui demande « et vous comment ça va ? » elle me répond : « Jennifer cherche un appartement avec son copain », l'antidépresseur ?...elle ne l'a pas pris...à suivre...

Roger Lagueux

Ce que nous venons d'entendre est bien dans la ligne de ce que nous trouvons dans le tome un *du Médecin, son malade et la maladie*. Le récit de Michèle est certes un récit construit, reconstruit. Il diffère

assurément du récit spontané, sans notes, du groupe Balint. Néanmoins, dans l'après coup, on peut observer ici deux représentations de la patiente, deux représentations du médecin.

Et je voudrais, Michèle, maintenant revenir sur le court moment gestué corporellement dont tu nous as fait part (purification des mains). J'ai le sentiment qu'il y a là un espace différent du moment précédent de la consultation et derrière la petite phrase « *et à part ça, comment ça va ?* », émerge une intuition. Cette intuition apparaît ici comme une activité mentale chez le médecin qui va capturer quelque chose **d'informulable** chez sa patiente. Qu'il y ait un travail interne chez le médecin vis-à-vis de ses émotions, c'est quasi certain, mais Michèle nous le dira. Et voilà que ce travail chez le médecin ouvre un **territoire de recherche nouveau et insoupçonné chez la patiente**. La dynamique transférentielle et contre transférentielle fonctionne à plein, comme sous nos yeux, et l'investissement mutuel soignant/soigné fait bouger les choses et transforme ce qui était figé dans la souffrance et le mal-être.

Antidote au malaise

Ce travail psychique, profondément humain, est un travail partagé. Il est chez le soignant, chez la soignée. Avec cette élaboration, enracinée dans l'histoire, dans les sensations et les émotions, dans les pensées, ne tiendrions-nous pas avec Balint un élément important de **l'antidote** au malaise que nous cherchons ? Pour les deux protagonistes dont nous parlons, c'est certainement vrai.

Mais je vous invite à poursuivre l'exploration des tentatives de réponse à notre questionnement concernant le malaise de la clinique dans le soin à partir de situations qui ont mobilisé bien des héritiers de Balint. Ici, deux situations apparaissent comme un antidote au malaise dans le soin.

Première situation

Il s'agit de dix leaders Balint (cinq médecins et cinq non médecins). Ils veulent comprendre ce qui se passe dans les groupes Balint dans la durée. Ils vont y mettre le temps : 15 ans d'atelier, à raison de cinq journées de rencontre par an. Assurément, ils vont pouvoir affirmer avec certitude - preuve à l'appui - que dans les groupes Balint il se fait un **véritable travail psychique**. Mais il est une autre observation qu'ils font ensemble. Plus ils parlaient de leur pratiques, plus ils échangeaient, plus ils découvraient que le groupe Balint - pour peu qu'on en respecte le cadre et les orientations dans la durée - entraînait au fil du temps vers **une élaboration psychique individuelle et collective**. Ces 10 leaders écriront deux tomes sur ce sujet, qu'ils ont intitulé « **Au fil du temps... vers une élaboration psychique en groupe Balint** »¹⁷. Cette élaboration là apparaît comme un véritable « **antidote** » au malaise des soignants¹⁸.

Deuxième situation

Après 7 ans passés ensemble dans un groupe Balint pluridisciplinaire, six participants après la fin du groupe vont écrire ensemble un article sur : « *le changement : vers une médecine de sujet* »¹⁹. Cette élaboration individuelle et collective, est particulièrement éclairante pour notre sujet d'aujourd'hui.

Ces auteurs balintiens à partir de situations cliniques longuement élaborées, précisent le changement que le groupe Balint peut apporter ou ne pas apporter.

« Sur le plan individuel, disent-ils, (c'est) un changement considérable. Grâce à l'appui du groupe, les soignants ne se laissent pas (ou plus) emportés dans l'inflation des demandes de soins qui ne permet plus de penser. La dynamique groupale (leaders et participants) crée une « *stimulation vivifiante* » qui maintient la vigilance en éveil. Et ils se demandent si le « travail Balint » ne pourrait pas être un levier pour dépasser la dimension individuelle confidentielle du changement pour faire partager, faire évoluer. Nous touchons là une force transformatrice du groupe. La possibilité de penser ramène de l'humanité et donne un sens profond à la pratique. Mais ces auteurs le font remarquer, le changement

¹⁷ Collectif sous la direction de Roger Lagueux, *au fil du temps... vers une élaboration psychique en groupe Balint*. Édition SMB tome 1, 2008 & tome2, 2010

¹⁸ Roger Lagueux, *élaboration en groupe Balint, antidote au malaise des soignants* in revue de psychothérapie psychanalytique de groupe numéro 61, 2013

¹⁹ Collectif *le changement vers une médecine de sujet* in Actes congrès Poitiers « Santé-Soins-Société et Balint quel changement » pp. 51-59, 2003

apporté n'est pas simplement individuel, il est « *groupal* ». Et c'est une composante importante. Ce travail d'élaboration en groupe se fait d'une façon quasi inconsciente. La pensée est déliée parler des échanges, dit-on. La motivation des participants est évidemment déterminante puisqu'il s'agit de partager des vécus professionnels et d'être soi-même « *entendu* » et reconnu comme le patient espère l'être.

Ces six auteurs, par contre, font remarquer que le changement est « *bien limité au plan du système actuel de santé* ». « *En même temps que le travail Balint nous rapproche, disent-ils, nous ressentons un risque d'être de plus en plus éloignés des collègues et d'être marginalisés dans les institutions* »²⁰. Dans le même article, ces Balintiens parlent « *d'entrer en résistance face à une médecine technicisée et rentable pour une autre façon de soigner qui s'occupe du sujet tout en étant soi-même sujet* »²¹.

Le Balint pousserait à entrer en résistance face à une médecine technicisée et rentable. Qu'en penses-tu Michèle ?

Michèle Parée

Il ne me semble pas qu'il y ait vraiment une opposition entre une médecine « technique », « EBM » et une médecine « balintienne », je parlerais plutôt chez le soignant balintien, d'une **intégration** de ces deux niveaux: une écoute ouverte permet une bonne anamnèse de la personne en face de moi dans son intégralité physique, psychique et sociale, ce qui permet de faire ensuite un bon examen clinique et un diagnostic éventuellement étayé par des explorations techniques (et non, comme ça se voit malheureusement, des investigations avant même d'avoir entendu et examiné le patient !). Le traitement peut ensuite s'envisager **ensemble** avec le patient. C'est mieux pour le patient bien entendu et ça valorise également le soignant.

3. Balint demain

Michèle Parée

Soignant/soigné et évolution

Nous sommes aujourd'hui, soignants et soignés, face à un **défi** : comment intégrer l'évolution des technologies, nécessaire et inévitable, en restant dans un soin humain ?

Ce n'est pas la première fois que l'humanité est face à une étape difficile de son évolution et la dépasse. Soyons donc optimistes ! La **créativité** de l'espèce humaine peut inventer un tel équilibre pour autant qu'elle se donne des temps de réflexion.

Les groupes Balint sont un des endroits où peut se penser, s'élaborer la relation de soin en tenant compte de cet environnement en changement.

Balint était un précurseur, un chercheur. Dans un moment de crise, il nous faut, à sa suite, chercher comment garder l'humain au centre de nos préoccupations. Nous devons entrer en résistance contre une pensée simpliste qui réduirait le soin à en un ensemble d'examen et de traitements à appliquer selon l'EBM (*evidence based medicine* : la médecine basée sur les preuves) tout autant que contre une idéologie qui rejeterait toute avancée scientifique en pensant que la prise en compte du psychisme seul, résout tout.

Pour cela la **collaboration** entre les différents professionnels de la santé voire avec d'autres acteurs de la société (groupes pluridisciplinaires d'inspiration Balint ?) est nécessaire.

Compagnonnage

Une autre piste me semble être une forme de « **compagnonnage** » par exemple en intégrant des étudiants à des groupes Balint de praticiens dits « chevrons ». Ceci permet, au-delà des discours, d'éprouver la richesse de ces échanges, de chercher ensemble à améliorer la relation soignants-

²⁰ Op. Cit p. 59

²¹ Op cit. p. 52

soignés, de vivre la réunion possible de la science et de l'humanisme. Depuis maintenant quatorze ans, à la Société Balint Belge, à l'initiative du Dr Christian Linclau, nous pratiquons cette mixité lors de nos « **Printemps Balint** ». Les jeunes y sont à chaque fois étonnés et enthousiastes. C'est avec eux qu'il faut innover. De même qu'en opposition à la « télé-médecine » proposée par certains, la relation de soin se « co-construit » avec un patient qui est maintenant informé par internet mais nécessite notre « **appareil à penser** » pour se soigner.

Nouvelle expérience

Enfin nous devons continuer à observer le fonctionnement des groupes et l'impact du monde extérieur sur ceux-ci. Dans quelques pays, une expérience « Balint 2.0 » est en cours. Il s'agit d'un groupe Balint fait par « Skype » avec deux animateurs qui eux se trouvent dans la même pièce. L'étude est en cours et les conclusions ne peuvent pas encore complètement être tirées. Toutefois il s'agit d'une tentative d'adapter les outils modernes à la méthodologie Balint et les jeunes qui en font partie sont enthousiastes. Cette option présente en tout cas l'avantage de rendre possible cette pratique groupale dans des pays où les distances sont grandes tel qu'en Australie et dans certaine région des Etats Unis.

La nouvelle génération veut limiter son temps de travail, alors comment lui demander de consacrer encore des heures à cette tâche intellectuelle qui peut paraître fastidieuse ? Ce serait oublier qu'il y a aussi du **plaisir** dans ces échanges. Le groupe Balint offre un terrain (**un terrain de jeu ?**) propice à supporter les changements, les incertitudes, les chaos. « On mesure l'intelligence d'un individu à la quantité d'incertitude qu'il est capable de supporter » dit Kant. Je crois qu'en groupe c'est plus facile, moins lourd plus créatif !

Roger Lagueux

Balint : La recherche continue

Dans ce colloque, nous avons entendu que le malaise de la clinique dans le soin est d'une grande complexité. L'environnement y est pour beaucoup, mais la recherche de Balint par « *sa continuité et son orientation quasi vectorielle* »²² nous incite à lui emboîter le pas. « *Le défaut fondamental* » ne nous donne pas de solutions toutes faites, mais nous aide à ouvrir une voie de compréhension en nous rappelant que les « *vestiges des expériences passées* »²³ subsistent, interviennent et donc déterminent nos réadaptations face aux différents malaises auxquels nous sommes confrontés.

Cette voie de recherche et de compréhension paraît capitale pour tous les soignants, médecins et non médecins. J'en veux pour preuve une découverte inattendue, ou pas avec une telle amplitude.

L'observation de 50 séances de groupe Balint (par huit observateurs au total), nous emmène sur les chemins de la découverte de Balint concernant **l'humain fondamental** chez les patients et les soignants. Dans tous les cycles du groupe théorico-clinique Balint, ce souci de connaissance de cet humain fondamental nous pousse – pour tenter d'appréhender nos vestiges et leurs effets - à chercher du côté de la clinique et de la théorie de l'identification projective, de la fonction Alpha, du deuil originel, de l'espace transitionnel etc. Judith Dupont nous dit que **la médecine balintienne, c'est la médecine du défaut fondamental**. Vaste chantier, mes amis !

Dans le même temps, si nous pensons à Balint demain, nous ne pouvons pas éluder la question des découvertes et des recherches sur le groupe, comme Balint en son temps. Ici, l'obstination de Michelle Moreau Ricaud pour la vérité historique concernant Balint, nous permet de bousculer certaines idées reçues - et que vous avez peut-être entendues - que Balint ne connaissait pas la dynamique de groupe. Deux lettres de Balint témoignent de sa présence, en 1947, au séminaire de Rickmann et Bion à la Tavistock. « *Il y apprend quelque chose de la dynamique de Groupe et de la thérapie* »²⁴.

²² Franck Faure, op. cit. pp. 96-102

²³ Op. Cit.

²⁴ Moreau Ricaud M. : *Les fondements psychanalytiques du Groupe Balint* texte inédit 2017

Soixante dix ans ont passé. On sait mieux qu'hier les pouvoirs du groupe. Les pouvoirs destructeurs, nous en voyons les manifestations tous les jours. Mais le groupe peut aussi être une **force de restauration et de transformation**. Ces nouvelles connaissances, si nous les faisons nôtres, peuvent nous permettre de mieux appréhender le pouvoir du groupe Balint et le pouvoir des groupes d'inspiration Balint, qui sont dans le champ de nos préoccupations. Il y a là, pour les héritiers de Balint, un chapitre à écrire pour le tome 2 ou le tome 3 de « *le soignant, le patient et la maladie* »

CONCLUSION

Michèle Parée

Dans l'introduction Roger vous parlait d'un discours à deux voix. En chanson, un duo interprète la même chanson dans des tessitures de voix différente.

De mon point de vue de médecin, je vous ai montré comment la réflexion balintienne m'avait aidée dans le cas clinique exposé plus haut. Toutefois, il y a aussi ces situations où les patients opèrent sur nous un transfert négatif difficile à supporter. Ils nous ramènent dans des zones très archaïques, inconfortables où je me sens perdue. Dans ces moments il m'est arrivé de penser : « *toutes ces années de Balint, sans parler du travail personnel sur le divan, et en être là ! Tout ça pour ça !* ». Ces échecs apparents ramenés en groupe Balint n'ont sans doute pas été assez explorés. Christian Linclau et moi avons animé notre dernier groupe Balint de l'année ce vendredi. Il nous a été donné de vivre aussi cet instant difficile... et tenir bon. Continuer le travail tel que Roger l'a fait jusqu'ici avec curiosité et enthousiasme!

Roger Lagueux

Et pour ma part comme Balint en 1957 je dirais, après 40 ans de Balint : nous avons besoin de davantage de recherche sur la relation médecin/malade, soignant/soigné, sur le rapport à la maladie (particulièrement au défaut fondamental) et sur la dynamique groupale transformatrice.

Nouvelles de l'international

D'un congrès international à un autre ...de Metz 2015 à Oxford 2017

Jean-Daniel GRADELER

Différence culturelle et exploration de la diversité en groupe Balint

Isabelle MARTINOT NOUET

Le médecin, la réalité externe et le travail en groupe Balint

Henry JABLONSKI

D'un congrès international à un autre... de Metz 2015 à Oxford 2017

Jean-Daniel GRADELER



Le Keble College

Le 20^{ème} Congrès de la Fédération internationale Balint s'est tenu à Oxford (Angleterre) du 6 au 10 septembre 2017. Ces 5 jours de congrès sont passés très vite. Le lieu choisi par nos collègues de la Société Balint Anglaise était impressionnant : le Keble College, un des 38 collèges d'Oxford, construit en 1870. Un lieu prestigieux, impressionnant alliant passé et présent à merveille. Un voyage hors du temps et dans l'imaginaire : nous pouvions aisément nous imaginer dans la peau d'Harry Potter. L'université offrant la possibilité de loger sur place, nous nous sommes vu attribuer des chambres d'étudiant pour la durée du congrès (la rentrée des classes n'avait pas encore eu lieu). Nous avons pu prendre nos repas dans la salle à manger du collège, grand hall avec tables, bancs, tableaux des anciens professeurs, lumière tamisée sous un plafond culminant à plus de 10 m.

Le succès des inscriptions a été tel que nos collègues ont dû se résoudre à fermer les inscriptions à 212 participants. 29 nationalités étaient représentées. Il y a eu 15 groupes Balint, 2 groupes de leaders et un groupe de psychodrame. L'ambiance a été très chaleureuse et les échanges riches. Le planning assez serré a alterné séances de travail en groupe, séances de communication et un temps d'atelier en petit groupe.

Le thème était « La théorie Balint et la pratique, explorer la diversité ». Le comité scientifique avait sélectionné 13 communications sur les 26 soumissions. Deux communications françaises ont été retenues, celles d'Isabelle Martinot Nouet et d'Alice Polomeni.

Parmi les propositions :

Nous avons eu un aperçu des relations que Michael Balint a entretenues dans le monde entier à travers une communication des responsables des archives Balint et d'une exposition qui était à demeure dans un hall du congrès.

La diversité a été abordée dans des communications parlant de la diversité des patients que nous accueillons, de l'étrange, de l'incompréhensible, de l'inimaginable.

Nous avons écouté deux collègues pakistanais qui ont dû surmonter des barrières culturelles, linguistiques, spirituelles et organisationnelles pour organiser un groupe Balint au sein de leur établissement.

Des collègues suédois nous ont expliqué les obstacles qu'ils ont eu à dépasser pour mettre en place un groupe Balint au sein d'une équipe d'anesthésistes qui était en crise. Des Balintiens Israéliens nous ont fait part de leur expérience de leader de groupe Balint au sein d'un service de soins palliatifs.

Isabelle Martinot nous a relaté son expérience de leader de groupe en Guadeloupe et des similitudes professionnelles et différences culturelles qu'elle a constatées par rapport à ses groupes habituels.

Alice Polomeni nous a fait découvrir le vécu d'un leader de groupe pluri disciplinaire institutionnel. Un « éducateur culturel » aborigène nous a expliqué le travail qu'il a mené pendant plusieurs années avec un généraliste australien, leader de groupe, au sein de groupes de soutien par téléphone avec des jeunes généralistes australiens. Les généralistes « occidentaux » étaient souvent désarmés et ne comprenaient pas les réactions des patients aborigènes tant que l'éducateur n'avait pas donné la « vision aborigène » de la maladie, du comportement du patient ou de sa famille.

La diversité au sein de la société Balint américaine a également fait l'objet d'une communication, en miroir avec la diversité de la société civile américaine.

Un atelier a permis de découvrir le fonctionnement d'un groupe Balint via internet entre des participants dispersés entre l'Égypte, la Corée du Sud, les Bahamas, l'Angleterre, la Grèce et la Suisse.

Un autre a travaillé sur la difficulté à monter un groupe Balint tandis que des collègues travaillaient sur l'art et le Balint à travers la réalisation d'un tableau à plusieurs participants.

Nous avons enfin eu le plaisir d'entendre les gagnants du prix Ascona qui est décerné tous les deux ans, à chaque congrès Balint à des étudiants qui relatent par écrit une relation médecin patient qui les a touchés et surtout qui décrivent leurs émotions et ce qu'ils en ont fait.

Les réunions de leaders ont été l'occasion de découvrir la diversité des pratiques dans les groupes et les manières d'animer les groupes. Cela a fait l'objet d'échanges riches et respectueux, ainsi que de découvertes pour certains.

Ce congrès a été l'occasion de retrouver des amis balintiens francophones: nos collègues belges, luxembourgeois, français et suisses. Une collègue de l'Île Maurice qui avait découvert la Fédération internationale Balint à Metz s'est rapidement inscrite à Oxford et était ravie de retrouver des balintiens dont elle avait fait connaissance en France. Des collègues moldaves nous ont demandé à être destinataires de nos communications car le français est une langue très parlée dans ce pays.

Par tous les échanges que nous avons pu avoir nous constatons que les questionnements et les difficultés à diffuser la culture Balint sont présents dans tous les pays. Quelles que soient les conditions matérielles, politiques, culturelles, dans lesquels les soignants travaillent, il est remarquable de constater qu'au final, la relation inter humaine entre un sujet soignant et un sujet soigné est le point commun à tous les cas présentés. Il y a un socle de valeurs partagées universel à tous ceux qui travaillent en groupe selon la méthode héritée de Michael Balint.

Différence culturelle et exploration de la diversité en groupe Balint

Isabelle Martinot Nouet

Un congrès de la Fédération internationale Balint à Oxford en Septembre 2017, autour du Thème "explorer la diversité", quelle expérience et mise en pratique.

Après la diversité climatique, ayant expérimenté une averse dans les rues d'Oxford, suivie d'un ciel dense à la Turner, avant le coucher de soleil.

La rencontre avec nos collègues Balintiens internationaux, dans les rues d'Oxford, les jardins du Keble College ou les pauses « thé ».

Le travail en petits groupes Balint, et les colloques ont été l'occasion d'explorer la question de l'approche de la diversité culturelle en groupe Balint sous diverses facettes.

Dans les plénières, au premier abord la diversité culturelle semble une possible barrière dans la communication. Une explication à d'impossibles rencontres, source de malentendus. Comme le malentendu évoqué dans la présentation de Nina Arzenberg : l'expression d'une patiente « rom » à son médecin « je mange votre cœur », perçue comme une menace dans un groupe, alors que selon les références connues du leader, cela voudrait dire quelque chose comme « s'il te plaît, soit gentil » (comme l'expression « à ton bon cœur »).

Puis comme l'évoque Nina Arzenberg, référence est faite à l'idée que la diversité, peut aussi renvoyer à l'idée de la perception d'une étrangeté en nous. Etrangeté en lien avec l'insupportable (the unbearable), et nos propres sentiments étrangers... Citant le livre de Julia Kristeva « l'étranger est en nous, ainsi nous sommes tous des étrangers ».

En petits groupes, le thème du congrès est abordé comme une richesse, une interrogation en filigrane. Les différences culturelles intriguent, intéressent. Questions posées de perceptions propres à chaque nation, ou référence professionnelle :

« et vous en tant que thérapeutes allemands qu'en pensez vous ? »

« et vous médecins européens comment percevez-vous cela ? » chacun semblant curieux de comprendre les différences propres à chaque pratique pour éclairer certaines zones d'ombres de ses propres références.

C'est là que surgit la force ressentie à l'évocation de l'universalité de certaines problématiques communes. Comme cette patiente venant présenter ces douleurs pelviennes semblant faire écho à un vécu de femme dont l'histoire traumatique interroge. Plusieurs femmes médecin en activité ou à la retraite sourient, évoquant que cette problématique leur parle, plusieurs ayant en tête le visage de patientes rencontrées dans leur pratique. Pas de barrière culturelle face à l'universalité d'une problématique.

Et puis il y a ces moments d'authenticité, où dans le vécu du présentateur d'un cas, semble jaillir l'unicité d'un vécu, quand les participants écoutent leur collègue et semblent saisis par l'authenticité d'une émotion ou d'une prise de conscience. Pas de barrière de langue dans ces moments de vérité propres aux groupes Balint. Un silence, un moment de compréhension réciproque ou un sourire suffisent.

Et une fois Et une fois enlevé le manteau des différences culturelles pour échanger entre balintiens, surgit la force de l'expériences symbolique issue de jeunes démocraties : comme ce travail en groupes Balint proposé à des soignants pakistanais d'une équipe de psycho-oncologie. Une occasion d'expérimenter le droit de parole dans une jeune démocratie, à la frontière des interdits culturels (la liberté de penser pouvant être perçue comme un blasphème dans une tradition où l'obéissance reste une référence culturelle principale). L'utilisation d'un langage hybride pour

exprimer ses émotions (la langue maternelle pour les ressentis, et parfois l'anglais comme un moyen de rationaliser et se distancier de certaines émotions difficiles à extérioriser).

Et la magie de cette expérience australienne à deux voix, où un médecin des Territoires du Nord et un « éducateur culturel » d'origine aborigène nous présentent leur collaboration en animant un groupe Balint par téléphone, pour aider les médecins dispersés dans les territoires à comprendre les références symboliques propres aux patients aborigènes. Un des messages fort étant de faire comprendre aux médecins à quel point les pathologies d'un patient impactent au-delà de la relation médecin patient, sur la famille et la communauté.

Est également évoquée par nos collègues israéliens cette ultime différence culturelle, que peut être le travail en soin palliatif, autour du thème de la mort. Après un temps où les situations présentées semblent se concurrencer dans la lourdeur des épreuves, comme des combattants contre la mort, un leader semble expérimenter l'écho à sa propre expérience de la mort d'un proche, comme le rappel de l'immanence d'une rencontre propre à chacun avec la question de sa propre mort.

Que d'aspects donc ont pu être traversés au cours de ces cinq jours de congrès international, comme un rappel de l'unicité des rencontres en groupes Balint, permettant d'aller à la rencontre de l'autre, dans son unicité et sa différence.

Références :

Textes à traduire dans le prochain bulletin :

- Nina Arzberger (société anglaise et autrichienne).
- expérience pakistanaise
- expérience australienne
- expérience israélienne.

Le médecin, la réalité externe et le travail en groupe Balint

Henry JABLONSKI

Version modifiée de l'exposé introductif au congrès organisé par la société Balint serbe, accueillant le conseil d'administration de la fédération Balint internationale (Belgrade, 19-21 mai 2017)

Traduction par le Dr Jean Fléchet, validée par l'auteur

Chers collègues,

Un célèbre philosophe du 20^{ème} siècle disait : « Si vous n'avez rien d'intelligent à dire, vous pouvez toujours raconter une histoire ». Je ne vais certainement pas plaire à ce philosophe, car je vais vous raconter quelques histoires. Peut-être, à la fin, serez-vous d'accord avec le philosophe, mais j'espère que ces histoires pourront lancer une discussion.

Je voudrais d'abord vous poser quelques questions provocantes :

- le travail en groupe Balint est-il toujours compatible avec les conditions externes du médecin pratiquant ?

- comment la réalité externe peut-elle influencer les objectifs et contenus du travail du groupe Balint?

Ne vous attendez pas à recevoir de moi une réponse simple ! J'espère que vous ne tenterez pas non plus d'en faire de même !

A ce stade, je m'attends à ce que vous objectiez que la réalité externe et les conditions de travail des médecins sont intriquées avec leur réalité interne, la seule voie par laquelle chaque praticien perçoit ses conditions de travail. En tant qu'humains, nous avons une variété de moyens de traiter les situations du quotidien. Je voudrais éviter d'utiliser « stratégies de réaction », parce que cette terminologie implique quelque chose de conscient ou comportemental pour une correction facile, juste un changement de stratégie. Or, les stratégies conscientes ne sont qu'un aspect.

Par le travail Balint, nous avons, en tant que cliniciens, l'opportunité d'accroître progressivement notre conscience de la façon dont nos réactions/réponses, spontanées ou retenues, sont déclenchées par nos interactions quotidiennes avec les gens, qu'ils soient patients, membres de l'équipe ou collègues. Ces aspects sont souvent profondément ancrés dans nos personnalités. C'est une expérience fascinante pour les médecins faisant du Balint de comparer l'étendue de telles réactions ; cela tend à élargir les perspectives pour chaque membre du groupe.

Bien que le texte présenté par Andrew Elder¹ lors de la conférence leadership à Varsovie puisse apporter une forme de changement, de mon point de vue, le cadre du travail en groupe Balint n'est pas assez abordé actuellement.

Je n'entends pas par là d'abord la « liturgie » Balint, s'il faut utiliser ou non le push-back², s'il est ou non permis de s'adresser au présentateur ...

Je fais plutôt référence à la manière dont le leader Balint explore ce qui motive les participants, les conditions institutionnelles et générales de leur vie professionnelle et la façon dont lui-même s'y prend pour articuler et introduire la « Nouvelle Réalité » du groupe Balint. Le groupe Balint, avec son cadre, ses objectifs et ses limites, devient une nouvelle partie de la réalité externe des participants et se mêle en retour aux autres réalités professionnelles et privées, qui ont leurs cadres et objectifs propres.

Sur les quelque cinq dernières années, je suis devenu de plus en plus préoccupé par les conditions de travail des médecins dans le service public de santé à Stockholm. Je n'ai jamais vu pendant mes 30 années d'animation Balint que des médecins généralistes compétents et efficaces (je

¹ Dr Andrew Elder, animateur de groupe Balint à Londres, UK.

Animation de groupe Balint : des concepts fondamentaux aux développements futurs, Conférence Internationale des animateurs de groupe Balint, Varsovie, 09/ 2016

² Technique d'animation impliquant le retrait virtuel et temporaire du présentateur.

ne parle pas des collègues fragiles) réduire leurs horaires et salaires (une option privilégiée) ou trouver des revenus alternatifs à temps partiel, voire quitter carrément leur spécialité.

Cela amène une autre question : qu'attendent de la vie les médecins en général et les généralistes en particulier ? A un extrême, nous avons des collègues emblématiques, comme le Dr José Tomas de Sousa Martins de Lisbonne, combattant les maladies infectieuses, particulièrement la tuberculose dans les quartiers pauvres de la ville et Henryk Goldschmidt de Varsovie, mieux connu en tant que Janusz Korzcak, pédiatre et pionnier des droits de l'enfant, qui créa des institutions éducatives pour orphelins et autres enfants socialement très menacés. Ils étaient des médecins complètement dévoués à leur mission, sur base d'une approche ouverte et profane de leurs frères humains. Ils ont sacrifié leurs vies comme une conséquence de leur engagement. Il y a là quelque chose de saint. De fait, quelques 120 ans après sa mort, il persiste un culte quasi-religieux du Dr Sousa Martins.

Puis, à l'autre extrême, je me rappelle bien quelques collègues de diverses spécialités médicales qui sont surtout intéressés par leurs propres bien-être et renommée, consommant assidûment, parlant golf, tennis ou voile plutôt que de patients, passionnés par l'évolution de la bourse, même quand ils sont de service, etc. etc.. Quand j'ai présenté le travail Balint lors d'un congrès WONCA³ il y a quelques années, j'ai eu une conversation avec un haut placé de la WONCA, professeur de médecine générale, qui me coupa sèchement en disant : « Vous savez, ce que les médecins souhaitent, c'est une vie bonne et confortable ». Comme si la promotion du travail Balint s'opposait à cela. Est-ce que je parais misanthrope ? En ce cas, vous me comprenez mal. En avançant en âge, je n'ai plus guère d'illusions sur certains membres de notre profession, mais de grands espoirs pour d'autres.

Je pense qu'il faut un mélange unique de conditions personnelles et sociales pour former des médecins comme Sousa Martins et Korzcak. Mais, pour la plupart des médecins, l'équilibre est possible entre un engagement professionnel profond et une vie privée décente, même si parfois cela est compliqué et conflictuel. Cette question est une partie du travail Balint. Mais cela ne résout pas les problèmes de distorsion dans le système des soins de santé, produisant d'un côté des médecins qui travaillent durement et sont sous-payés et de l'autre, des médecins qui peuvent faire de gros bénéfices, parfois même, pour certains, sans répondre aux besoins raisonnables des citoyens qu'ils sont supposés servir.

En Suède, la participation au groupe Balint est volontaire. C'est pourquoi je rencontre des praticiens engagés et j'échappe au contact avec ces docteurs qui ont l'habitude de choisir la facilité. Il y a toujours eu beaucoup de travail pour un médecin engagé, mais je n'avais jamais expérimenté auparavant que le travail clinique devenait « chroniquement de trop ». Des médecins compétents et pleins de ressources, ayant une vie privée décente, en arrivent à être chroniquement épuisés et mentalement très bas. Ma compréhension de la situation est qu'ils s'usent en essayant d'assumer une charge impossible de travail administratif. Ceci les rend aussi plus vulnérables à la seconde agression qui leur est imposée par les malheurs et les demandes de certains de leurs patients. La pertinence de mon impression a été confirmée par un rapport en février cette année : la prévalence des jeunes médecins féminins entre 30 et 35 ans sur la liste des malades en Suède a plus que triplé sur les sept dernières années (de 2,7 à 8,6/1000 en arrêt de travail), la raison principale en étant le *burn out*, l'épuisement, la dépression et autres situations similaires. Juste avant ma venue ici, les nouvelles à la radio confirmaient qu'un nombre appréciable de médecins en Suède quittaient la pratique de la médecine générale.

Nos collègues balintiens serbes ont dirigé leurs réflexions et leur recherche sur la manière dont le travail en groupe Balint peut être utilisé pour composer avec le *burn out* parmi les médecins. Cet objectif n'est à coup sûr pas que suédois et serbe. En effet, la recherche sur la satisfaction au travail du soignant est, d'un point de vue méthodologique, plus accessible que d'essayer de mesurer sur les patients du membre l'impact de sa participation au groupe Balint⁴.

³ WONCA : Organisation mondiale des médecins de famille.

⁴ Dorte Kjeldmand, GP, PhD, *The Doctor, the Task and the Group*, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala, Suède, 2006.

Actuellement, on entend souvent que le travail en groupe Balint est important pour préserver la capacité professionnelle du médecin et la prévention du *burn out*. Cet argument a une « valeur politique » utile pour justifier la constitution de groupes Balint.

Pendant, est-ce là sa fonction la plus importante ? Est-ce son objectif principal ? Qu'est-il advenu de la formulation de Michaël Balint : « recherche et formation » ?

Le contexte social et médical du travail Balint

Un jour, j'ai tenté de décrire la complexité professionnelle de la pratique du médecin généraliste. Mais, plus je travaillais avec d'autres spécialistes, plus j'étais convaincu que cette description s'applique aussi aux médecins d'autres spécialités du service public de santé. Cela donne ceci :

L'art de la médecine générale requiert une aptitude à constamment improviser en fonction du climat qui s'est créé entre le médecin et le patient. L'objectif de la consultation n'est pas toujours clair ; il peut y avoir d'importants sujets cachés.

Travailler en tant que clinicien réclame de la flexibilité, une bonne capacité de travail, de l'intégrité professionnelle ainsi que tolérance, compétence sociale, attention et respect pour les types les plus divers de styles de vie et d'exigences. Ce travail est plein de contradictions internes et, en même temps, il offre la possibilité d'approcher la vie et les gens. Si vous voulez vous construire une tour d'ivoire, essayez une autre profession.

Je devrais aussi ajouter l'importance de l'intuition clinique, qui est à la fois un don naturel, mais s'améliore aussi avec l'expérience et la formation médicale continue, telle que le travail en groupe Balint, qui va vous aider à trouver l'équilibre entre vous fier à et douter de vos perceptions.

Je ne suis pas seul à penser que la fonction principale du groupe Balint est de soutenir le médecin pour qu'il fasse correctement son travail, pour qu'il donne la meilleure version de lui-même pour ses patients. Je vois la prévention du *burn out* apparaître comme un effet dérivé de ce projet.

Je reste impressionné par les qualités personnelles et les aptitudes évolutives que cela demande d'être un « assez bon » docteur dans le service public de santé. Mais je suis tout autant impressionné par une particularité, à savoir que les collègues qui amènent des cas dans les groupes sont si souvent fort insatisfaits de ce qu'ils ont accompli avec leurs patients.

Comme cela apparaît après la discussion du cas dans le groupe, c'est souvent dû au fait que ces médecins sont embrouillés. Ils n'arrivent pas à faire la part de la réalité externe de la consultation et de leur réalité psychique interne. Ils pensent avoir fait un mauvais boulot, alors qu'une analyse critique, pas principalement supportive mais respectueuse, va démontrer qu'ils ont fait un travail correct, parfois même remarquable, mais qui ne rencontre pas la perception personnelle du médecin ! Pour certains collègues, cela prend vraiment du temps pour arriver à croire qu'ils sont aussi bons qu'ils le sont réellement. Les mécanismes psychologiques sont compliqués et peuvent être exprimés de multiples façons, cachées derrière des étiquettes telles que transfert et contretransfert, projection et identification projective, ou encore propension dépressive introjective. Missenard⁵ a conceptualisé cet aspect en évoquant un Self Médical Idéal exerçant son action sans bruit chez de nombreux médecins consciencieux, faisant office de standard inatteignable, face auquel nous échouons toujours. C'est un état interne uniformisant qui peut épuiser un bon docteur.

Tous les médecins ne sont pas consciencieux, engagés et sensibles, mais les médecins choisissant de participer à des groupes Balint tendent à l'être. Les politiciens et les gestionnaires des intérêts des citoyens, qui ont mis cela en place, devraient encourager et soutenir de tels soi-

⁵ MISSENARD A., *Des médecins se forment. Essai sur le processus psychique dans les groupes Balint*, dans *L'expérience Balint, histoire et actualité*, Dunod, 1982, chap. 8, pp 247- 269.

gnants. Je proposerais même une analyse coût/bénéfice pour soutenir cette recommandation. La société en profitera, même si on considère les dépenses publiques strictement en tant qu'entreprise commerciale.

Les vicissitudes du travail en groupe Balint

J'ai mentionné la confusion du médecin. La valeur d'un groupe Balint se voit particulièrement quand vous trouvez impossible de solutionner par vous-même votre inconfort professionnel. C'est un petit miracle, la rapidité avec laquelle parfois un échange en groupe peut aider un médecin embrouillé à gagner en perspicacité, à devenir plus conscient et moins enclin à passer à l'acte ou à obtempérer à des demandes irréalistes.

Mais le travail Balint n'est pas toujours « une danse sur un tapis de roses ». La participation à un groupe Balint, même sous conditions externes favorables, peut être temporairement perturbante parce que les défenses et habitudes professionnelles du médecin, mêmes traitées avec respect, constituent malgré tout un défi pour l'équilibre du médecin.

Parfois sont exposées les conditions de travail impossibles des médecins, contre lesquelles ils se défendent, tels des enfants loyaux essayant de faire de leur mieux dans une famille dysfonctionnelle, se protégeant des pires visions. Pour des médecins loyaux et travaillant durement, cela peut prendre des années pour voir « la vérité nue ».

Dans la perspective de ces défis, le groupe doit être ouvert aux retours de sentiments et pensées mauvaises/négatives que ces discussions suscitent. Un collègue peut dire :

« Je me suis senti vraiment moche après la précédente réunion. Je ne savais que faire de moi et de tous les points de vue que vous m'avez apportés. Et vous, en tant que leaders, n'avez pas non plus été d'une grande aide ».

Ceux qui n'ont pas d'expérience Balint peuvent penser qu'une telle remarque serait le début de la dégradation de la confiance mutuelle, mais dans mon expérience, à deux seules exceptions près en 31 ans, c'est tout le contraire : c'est un moyen de s'affirmer et de critiquer le travail groupal de façon constructive. Cela va aider les présentateurs à travailler progressivement au travers de leurs difficultés et à aider le groupe ainsi que le leader à donner du reflet à ce que nous produisons l'un sur l'autre.

Y a-t-il un changement d'objectif dans le travail Balint ?

J'ai le sentiment qu'un changement progressif de centre d'intérêt et d'objectif est en train de se mettre en place dans le travail Balint depuis une quinzaine d'années. Ou y-a-t-il toujours eu, sans que je m'en sois rendu compte, une rupture :

- de l'apprentissage (recherche avec formation, comme le disait Balint) vers le soutien ?
- du développement professionnel vers la protection et la prévention du *burn out* ?
- de l'exploration des défenses psychologiques du médecin en relation avec les patients vers le support des structures défensives existantes ou diverses techniques de formation destinées à apporter un soulagement ?
- de l'offrande de sens aux ressentis et aux pensées vers la mise en scène d'une catharsis par l'expression des sentiments, la dramatisation de scènes, l'apprentissage de la perception et de l'expression correcte des sentiments dans un groupe Balint ?

Que ce soit une tendance actuelle ou une rupture de longue date, je pense que cela reflète comment des conditions externes, y compris des traditions balintiennes locales figées, affectent le travail en groupe Balint.

Maintenant, j'en reviens à une conférence organisée en 2010 par la Société Balint Serbe ici à Belgrade. J'avais été invité à présenter un exposé sur les avantages du travail Balint pour le praticien, de façon à faciliter le relationnel.

Un médecin de l'assistance a dit quelque chose comme : « *Je n'ai pas de temps pour le relationnel. Je vois 40-45 patients en une matinée, je n'ai que 5 minutes pour chacun. Je dois terminer mes consultations tôt dans l'après-midi et me précipiter vers ma tâche suivante. J'essaie de faire au mieux avec chaque patient, mais ce n'est pas assez. A quoi peut me servir un groupe Balint ?* »

Avec le recul, je dois bien admettre que j'ai évité en partie son défi. J'ai dit que les médecins généralistes britanniques n'ont, eux aussi, que, non pas 5 mais 6 minutes par patient. Qu'ils ont continué à trouver utile d'explorer ce qui se passait dans ces rencontres et aussi que nous ne devrions pas sous-estimer nos capacités cliniques et humaines, qui rendent possible, souvent dans l'instant, de sentir ce qui se passe dans une rencontre. J'ai probablement apporté d'autres remarques optimistes et légères, dont je ne me souviens plus. Ce collègue, qui était un homme solide et rayonnant, m'a interpellé: « *Arrêtez vos conneries, que faites-vous ici ?* ». J'ai senti que je ne pouvais pas m'imaginer être son patient, même si je savais que si j'avais un problème médical sérieux, il l'identifierait sans aucun doute et le gérerait correctement.

Un poème suédois commence ainsi : « Ce n'est pas pour les guerriers, mais pour les fermiers qui, sans se plaindre, labourent leur sol qu'un dieu joue de la flûte... ». J'imagine pareillement mon collègue serbe comme un fermier travaillant dur. Mais mon inquiétude venait de ce qu'aucun dieu ne jouait de la flûte pour lui, qu'il essayait juste de gérer au jour le jour une énorme charge de travail, qu'aucun de nous (sauf votre respect), qui sommes à Belgrade aujourd'hui, trouverions gérable. A posteriori, je pense qu'il exprimait ce que je venais de dire : explorer par le travail Balint des relations complexes est également exigeant. Oui, il est vrai que le travail Balint peut apporter un soulagement immédiat au présentateur. Mais, essentiellement, le travail en groupe Balint n'est pas une réparation rapide : le développement personnel individuel n'est pas toujours simple.

Aussi, me reportant à Belgrade en 2010, j'aurais aussi répondu à mon collègue serbe qu'il avait raison et j'aurais ajouté que le travail Balint n'est pas le remède aux conditions de travail insoutenables.

Je vais vous raconter une autre histoire : il y a quelques années, j'ai rencontré un psychiatre est-européen, qui me confiait qu'il se préparait à quitter le service public de santé pour s'établir en tant que praticien privé. C'était un pas important. Vous devez l'imaginer comme un médecin sérieux, dévoué à ses patients. Je l'ai félicité pour sa prise d'indépendance et lui ai souhaité bonne chance pour la transition. C'est alors qu'il me répondit avec un sourire ironique : « *A partir de maintenant, je vais travailler en psychiatrie cosmétique* ».

Manifestement, il n'avait pas appris la leçon : ne jamais plaisanter avec un psychiatre ! J'étais plutôt irrité par sa façon de qualifier ce changement. Je lui demandai pourquoi il se décrivait de manière caricaturale. N'allait-il pas faire du bon boulot ? Allait-il se prostituer en acceptant seulement des membres de la nomenklatura ayant juste besoin d'un psy pour un peu se distraire ? Certainement pas ! Evidemment il y avait une inégalité pénible. Beaucoup de ses anciens patients des institutions psychiatriques ne pourraient s'offrir un traitement en pratique privée. Mais la plupart d'entre eux auraient aussi de grandes difficultés à tirer bénéfice d'une psychothérapie plus approfondie.

Néanmoins, dans le service public, il avait essayé de faire quelque chose pour ses patients avec les ressources limitées disponibles. Je savais qu'il avait été formé dans une bonne tradition psychiatrique et psychothérapeutique. Je lui ai dit que j'imaginai qu'il pourrait maintenant prendre soin de personnes avec des problèmes substantiels, mais ayant aussi des ressources intérieures pour les gérer. Il acquiesça.

Je pense que cet épisode, parmi d'autres choses, illustre l'impact qu'a sur les médecins le statut des patients. J'ai interprété « psychiatrie cosmétique » en partie comme une expression de culpabilité de laisser des patients très fragiles aux mains du système de santé psychiatrique public insuffisant. Car, peu importe l'insuffisance d'un tel système, les personnes bel et bien formées font la différence.

A nouveau, c'est une mission administrative et politique de fournir les ressources pour attirer vers le service public des médecins compétents et motivés. Les politiciens et les gestionnaires partout en Europe ont d'importantes leçons à tirer de leurs succès et échecs précédents.

Je me souviens qu'en 1984 je travaillais à Stockholm comme psychiatre senior dans un hôpital psychiatrique, anciennement asile pour patients psychiatriques chroniques. J'aimais le travail exigeant, aménageant les salles de façon à les rendre adaptées aux patients, intégrant soin en hôpital et équipement pour patient externe. Je me gardais cinq heures par semaine pour recevoir quelques patients en thérapie, en tant que praticien privé affilié au système national de santé subsidié.

Subitement, les règles ont changé : il n'était plus permis aux employés du service public d'exercer une pratique partiellement affiliée au National Health Service (NHS). Pour moi, la question était de pouvoir pratiquer en tant que psychothérapeute et psychanalyste pour des gens à revenus modestes, alors que le système fiscal ne permet qu'aux personnes aisées de payer ce traitement de leur propre poche.

En quelques semaines, dans cet hôpital, nous fûmes sept psychiatres à remettre notre démission afin de ne pas perdre nos pratiques privées affiliées au NHS. Ainsi a été considérablement freinée la transition de cet hôpital, d'un asile en une unité psychiatrique dynamique, efficiente et attentionnée. De même, l'a été mon salaire, en quittant un poste de psychiatre chef adjoint. Mais j'ai compensé cette perte en travaillant deux nuits par semaine comme médecin généraliste urgentiste dans un service ambulatoire, ce qui était une expérience importante et m'a probablement rendu plus adéquat comme leader Balint.

Pendant des années, je me suis senti triste d'avoir quitté si brutalement ma pratique à l'hôpital; je ne pense pas avoir réalisé un trop mauvais travail comme praticien privé. Mais, rétrospectivement, je pense que j'aurais rendu un meilleur service à la société s'il avait été possible de travailler à temps partiel dans les deux secteurs.

Similitudes et différences dans les failles des systèmes de soins de santé

Je suppose que, de façon générale en Europe de l'Ouest, comme je le vois en Suède, la dégradation du service de santé public a généré un marché pour des polices privées d'assurance en soin de santé, qui existait à peine 20 ans plus tôt. Avec une assurance privée, on obtient des soins médicaux spécialisés plus rapidement que ceux qui ont le même besoin sans être assurés. Plusieurs cliniques et hôpitaux privés ont passé des contrats à la fois avec le service public et les compagnies privées d'assurances. Ces dernières font fonction d'intermédiaires pour le financement qui va bénéficier inégalement aux services de soin de santé.

Une nouvelle tendance en Suède, et je suppose aussi dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest, résulte du fait que la santé publique devient « orientée par le marché », en même temps que les compagnies privées entrent en jeu comme prestataires de soin. Cela permet de gérer plus efficacement ces institutions publiques, ce qui garantit une meilleure utilisation de l'argent des contribuables.

Mais, après tout, la santé publique n'est pas une économie de marché. Elle a plus de ressemblance avec une économie socialiste planifiée. L'allocation financière dépend de décisions politiques, les mécanismes du marché étant secondaires. Le prix des divers services découle d'une procédure administrative et non du marché. Les mesures en termes de qualité et de coût sont soumises à des intentions politiques, contenant une plus ou moins grande quantité d'arbitraire, d'instabilité et de déviances, dont les acteurs privés astucieux sauront tirer profit, beaucoup plus rapidement qu'ils ne peuvent être rectifiés de telle sorte que les ressources de santé publique seront utilisées de manière non efficiente.

Une conséquence est qu'en Suède les conditions économiques pour faire fonctionner des centres de santé de médecine générale d'une façon sérieuse ont été sabotées. Par contre, organiser un service internet pour des demandes apparemment simples venant de patients du pays entier, sans connaissance individuelle du patient est extrêmement lucratif. Chaque consultation de 5-10 minutes de ce genre est généreusement payée, un multiple d'une visite au centre local de médecine générale, et plus de 12 fois l'honoraire que je pourrais réclamer pour une consultation télé-

phonique, en tant que spécialiste affilié au NHS. C'est ainsi que les budgets du service de santé local sont épuisés par des entrepreneurs novateurs utilisant des failles du système.

A l'Est, comme je le comprends, il y a souvent des systèmes parallèles informels et bien organisés pour le paiement d'extras à l'intérieur même du service public de santé : on paie les infirmières de garde, les chirurgiens, sinon on ne sera pas traité ou on attendra ou sera négligé. Ici, si j'ai bien compris, la retombée est directe, sans intermédiaires.

Un autre biais résulte des hiérarchies médicales, qui affectent évidemment notre « position dans le ruissellement ». Comme médecin de première ligne, le choix d'utilisation des compétences médicales est très limité et pourrait même finalement affecter la prise de décision. On n'est pas autorisé à avoir recours à des procédures de diagnostic plus poussées, même s'il est évident d'un point de vue médical qu'elles sont nécessaires. Seules les méthodes de diagnostic les plus simples et les moins coûteuses sont disponibles ; on devra renvoyer au « niveau suivant ». C'est ainsi que le pratique de la médecine générale devient moins prestigieuse et moins globale – une place que les médecins généralistes d'Europe de l'Ouest ont abandonné depuis plusieurs dizaines d'années.

Je suis tenté d'en dire plus à propos des conséquences macroéconomiques de ces systèmes sur les soins de santé, mais ce serait aller trop loin pour cette présentation.

Des patients exigeants peuvent parfois représenter un sérieux problème : à l'Ouest le médecin n'est pas seulement un fournisseur de soin, mais le pourvoyeur d'importants bénéfices sociaux, qu'il peut ou non autoriser. Il est aussi fournisseur de médicaments remboursés, attractifs ou coûteux. Il est très difficile de résister à certains patients et, une fois qu'on est pris dans le filet, il est difficile de s'en libérer. A l'Est, les exigences des patients peuvent être aggravées par les conditions sociales instables, les médecins se sentiront, de façon non exceptionnelle, littéralement menacés s'ils tentent de maintenir leurs limites professionnelles. Mais cela est également devenu de plus en plus fréquent à l'Ouest.

L'arrivée des compagnies pharmaceutiques occidentales sur les nouveaux marchés d'Europe de l'Est a provoqué une commercialisation largement non contrôlée. Les personnes auparavant privées des dernières modes en tous domaines pendant l'ère communiste, sont devenues, au travers de la publicité, comme me le disent les médecins balintiens est-européens, attirées par le dernier cri en matière de médicaments. En Europe de l'Ouest également, en ce moment, le néolibéralisme permet une publicité de plus en plus séductrice et agressive.

Au vu de toutes ces circonstances, l'autonomie du médecin est relative. Mais quand cela devient-il vraiment une menace pour le professionnalisme ? Le travail Balint peut rendre ces conditions plus claires et visibles, mais aussi entraîner plus de souffrance et de frustration. Je me rappelle un collègue Balint des Balkans disant à propos d'un cas : « A ceux que tu aimes, tu ne souhaites pas dire la vérité toute nue » (car c'est considéré comme trop douloureux).

Le groupe Balint est adéquat pour des discussions sérieuses et constructives sur des sujets qu'il n'est pas possible de discuter en public. Et je pense que dans un bon groupe Balint dans lequel règne la confiance, on peut dire des vérités dérangeantes sur ce qui nous préoccupe. Je pense aussi que protéger les collègues d'aspects pénibles de leur travail peut également causer des dégâts à long terme. Winnicott divisait les gens entre les « éviteurs » et les « chercheurs ». Je suppose que la plupart des gens sont un peu des deux. Mais je pense que le travail Balint est destiné à des médecins ayant prioritairement une tendance à chercher plutôt qu'à éviter. Cela prend du temps de voir son contexte tel qu'il est, mais va, en fin de compte, favoriser la maturité professionnelle et ainsi les patients auront un médecin meilleur et plus fiable.

Ateliers de psychothérapie

Présentation des écrits de l'atelier « psychothérapie et formation Balint »

Jean-François Coudreuse

A propos de psychothérapie

Katherine Atger

Psychothérapie du médecin

Françoise Auger

La « psychothérapie » dans la pratique du « soignant » (médecins, et tout personnel de santé ayant accès au corps souffrant)

Luc Canet

« A quoi ne sert pas la formation Balint » se sont demandé les membres de l'atelier « psychothérapie et formation Balint »

Jean-François Coudreuse

De la carpe et du lapin ?

L'air du temps : quelques représentations psychosociales

Jacky Goimier

Sur la psychothérapie

Guite Guérin

Présentation des écrits de l'atelier « psychothérapie et formation Balint »

Jean-François Coudreuse, coordinateur de l'atelier (avec Michel Rohaut).

« Les différentes instances et ateliers de la SMB ont souvent posé la question des « aptitudes psychothérapeutiques » des soignants balintiens, y associant plusieurs interrogations : qu'est-ce qu'une psychothérapie ? De quelles psychothérapies s'agit-il ? Qu'est-ce qui nous fait penser à un acte psychothérapeutique ? Quel en est le cadre ? Quels sont les effets de la formation Balint ? Est-ce qu'écouter suffit à ce qu'une relation soignante soit psychothérapeutique ?

En 2011 neuf participants se sont cooptés dans la pluridisciplinarité de leur exercice professionnel : psychologue, médecin généraliste et hospitalier, psychiatre, infirmière, psychomotricienne, ayant effectué un long parcours de formation en groupe Balint. La plupart sont leaders accrédités. Ce groupe qui terminera son travail avec 5 participants, se réunira une dizaine de fois jusqu'en 2016.

Un travail d'écriture évoqué assez tôt, aboutira à ces six textes qui vous sont proposés à la lecture...et à votre écriture pour échanges...dans notre bulletin de la SMB.

A propos de psychothérapie

Katherine Atger

Notre atelier, coordonné par Jean-François Coudreuse, est né me semble-t-il de questions que nous nous posions quant à l'appropriation de la fonction de « psychothérapeute, » dès lors que le médecin, le soignant, avait pratiqué un peu de groupe Balint. Que pouvions-nous appeler psychothérapie ? Quelles compétences et quelle formation ?

Très vite, nous avons été amenés à nous demander s'il ne fallait pas distinguer : mener une psychothérapie et avoir une relation thérapeutique, ou qui a des effets thérapeutiques. Qu'est-ce que la psychothérapie ?

- **Selon le petit Robert**⁶ le mot *psychothérapie*, qui date de la fin du 19^{ème} siècle, est issu du grec « psukhe » : Ame – Psyché (nom d'une héroïne de la mythologie grecque : aimée de l'Amour) et de « pathos » : passion, affection, affection de l'Ame⁷.

C'est une thérapeutique qui s'effectue par intervention sur le psychisme. L'utilisation de la psychothérapie se fait en psychiatrie, en médecine psychosomatique ... toujours selon le Robert, on parle de Psychothérapie analytique, familiale, transactionnelle, de psychothérapie de soutien.

- Selon le **Vocabulaire de la Psychanalyse**⁸, au sens large, *cela s'entend de toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et de manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade, l'hypnose, la suggestion, la rééducation psychologique, la persuasion ... En ce sens, la psychanalyse est une forme de psychothérapie ; mais très différente et opposée aux diverses formes de psychothérapie, notamment, en raison de la fonction majeure de l'interprétation du conflit inconscient et de l'analyse du transfert tendant à la résolution de celui-ci.*

Les auteurs (Laplanche et Pontalis) précisent : *sous le nom de psychothérapie analytique, on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse, sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse.*

Nous constatons que le mot de psychothérapie englobe des interventions larges, très diverses. En ce qui concerne le soignant balintien de quoi s'agit-il ? Sa formation balintienne l'amène à travailler avec l'inconscient – celui du patient et le sien – Il essaie de repérer avec le patient ce qui se joue sous la demande du patient ...quel conflit inconscient.

Il essaie de repérer, avec l'aide du groupe, quel rôle le patient lui fait jouer de manière inconsciente (le transfert de celui-ci) ; en groupe, le soignant balintien essaie de repérer son contre-transfert, parfois ses projections, ses patterns automatiques, comment cela s'articule dans cette relation singulière ...

Est-ce pour autant une psychothérapie analytique ? Elle pourrait s'en rapprocher, à ceci-près, que si le soignant, qui a une formation essentiellement balintienne (ce qui n'est déjà pas si mal en soi), utilise quelques concepts analytiques, repère-t-il suffisamment ses identifications projectives, possède-t-il pour autant les principes théoriques et techniques nécessaires à la pratique de la psychanalyse ou de la psychothérapie analytique ? Ne serions-nous pas alors, plutôt dans le cadre d'une relation professionnelle soignante à visée psychothérapeutique ou à effet psychothérapeutique ?

Qu'est-ce qu'avoir une relation thérapeutique, nous sommes-nous demandés, alors ? À partir de situations cliniques apportées, au cours de nos réunions d'atelier, par plusieurs d'entre nous, nous avons émis l'hypothèse que parfois « *le psychothérapeutique serait peut-être « la découverte, » avec le patient, grâce à l'interrogation posée, d'un ressenti de cette pesanteur familiale longtemps incons-*

⁶ REY A., *Le Petit Robert*, éd. : Le Robert, Paris 2013

⁷ PICOCHÉ J., *Nouveau dictionnaire étymologique du français*, éd. Hachette /Tchou, Paris 1973

⁸ LAPLANCHE J. - PONTALIS J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, éd. quadrige/PUF, Paris 2002

ciente, une sorte de déblocage d'une espèce d'impasse, d'un non sens qui aurait pu encore perdurer longtemps. » ; tant il était refoulé.⁹

Cela suffit-il d'écouter passivement ? Sans doute non. Cela suffit-il de parler ? Parfois oui, parfois non ; quand parler ? Alors qu'est-ce qui fait que notre relation devient thérapeutique ? Quelles compétences ?

A ces interrogations, Guite Guérin, qui ne fait pas partie de notre atelier, mais a suivi de près notre travail, au travers de nos comptes rendus, a répondu par un très beau texte, dont Françoise Auger a repris plus haut, des points clefs soit notamment :

- **Savoir écouter** : c'est-à-dire permettre à celui que l'on écoute de lier, joindre ensemble ce qui le touche ; Guite Guérin souligne aussi la difficulté d'écouter, développe les freins. Est-on prêt à tout écouter ? Tout entendre ?

- **Savoir se taire** : qui est autre chose que d'être réduit au silence ... qu'est-ce qu'habiter un silence ou être habité par son silence, questionne Guite ? Elle nous parle aussi d'intimité psychique partagée ...

- **Savoir parler** (3^{ème} compétence) La parole peut détruire dit-elle ou au contraire construire l'être humain. Elle peut, si elle surgit au bon moment et est juste dans les mots et le ton choisis, humaniser le non sens, s'opposer à ce qui divise le sujet.

Alors, ajoute Guite Guérin, si ces compétences sont réunies, la relation professionnelle peut permettre l'élaboration psychique, la symbolisation ... nous entrons alors dans le « psychothérapeutique ».

Nous invitons à lire son texte intégral d'une grande richesse. Nous y repérons que ces compétences ne vont pas de soi...sans travail sur soi.

Qu'en dit Michael Balint ?

Au cours de notre atelier, animé par Jean-François Coudreuse, en présence d'Hélène Oppenheim notamment, lors de notre relecture de cas rapportés (cas n° 22 et n° 24) par le docteur H.¹⁰, médecin généraliste qui faisait partie du séminaire animé par Michael Balint, notre attention est attirée par « les cas difficiles de psychothérapie ».

A propos du cas n° 24 du Dr H. avec son patient, Monsieur P., Balint nous dit ¹¹:

« *Sa grande difficulté constitue un critère d'évaluation de la limite des possibilités d'un omni praticien.* » un peu plus loin « *Le docteur H. avait un flair spécial pour la psychothérapie* »...puis « *si le Dr H. n'avait pas eu la possibilité de discuter à nos séminaires de ses difficultés techniques et de son implication personnelle, elle n'aurait pas réussi à louvoyer parmi les écueils, où elle et son patient, avaient été entraînés...* »

Au cours de l'analyse de ce cas, il nous transmet avoir été un moment inquiet, quant à la poursuite de ce suivi psychothérapeutique de Mr P. par son médecin, malgré son suivi dans le séminaire balintien. A la fin du chapitre, il nous donne son opinion : « *Je pense qu'un omnipraticien devrait réfléchir à deux fois avant d'entreprendre le traitement (psychothérapique) de patients aussi difficiles et qu'il ne devrait en aucun cas l'entreprendre tout seul, sans aide* ».

Rappelons que son séminaire se réunissait pourtant toutes les semaines, ce qui permettait un suivi très serré du couple transfert / contre-transfert et un soutien du groupe.

⁹ Cf. *compte-rendu de la réunion du 10 décembre réalisé par Jacky Goimier*

¹⁰ BALINT M., *Le Médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot. Paris 1961 ; p.186 pour le cas n°22, p. 206 pour le cas n°24.

¹¹ Nous notons que le cas n° 22 a été repris par M. et E. Balint dans leur ouvrage : « *Techniques psychothérapeutiques en Médecine*, » Payot 1966, chapitre 2 intitulé : *Le climat thérapeutique en médecine Générale*. Ce cas alors appelé cas n° 2 fait encore l'objet d'un travail d'élaboration très intéressant, que nous invitons à relire, comme le cas n° 24.

Nous sentons par la-même que s'installer comme psychothérapeute, impliquerait pour le médecin, plus qu'un travail balintien. Rappelons que dans cette méthode, nous sommes attentifs à rester sur le contre-transfert professionnel du soignant, même s'il surgit parfois du matériel privé. Un travail personnel psychanalytique, en favorisant le repérage de nos projections, identifications, transfert / contre-transfert, nos limites personnelles aussi... en plus du travail balintien serait sans doute de nature à développer non seulement l'écoute, mais aussi une plasticité psychique, une créativité, permettant la parole juste, qui survient au « bon » moment...Mais là encore, soyons humble...Quelles couches de notre inconscient ont pu être explorées ?

Une supervision du psychothérapeute ne serait-elle pas alors au début et parfois encore souhaitable, tant on peut être pris à son insu dans son contre-transfert parfois...privé ?

Nous voyons bien que l'exercice de la psychothérapie soulève toutes ces questions. Pour ma part, il me semble intéressant de les laisser ouvertes et de continuer à chercher, comme nous y invite Michael Balint.

Il n'empêche que les omnipraticiens, (j'ajouterais les infirmières, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes...) gardent, comme nous le transmet Balint, de par leur pratique professionnelle, une place privilégiée qui leur permet d'avoir auprès des patients, une relation dont les effets thérapeutiques peuvent s'avérer considérables ; ceci par l'écoute du patient et s'il s'intéresse à ce que ce dernier vit aussi dans sa vie personnelle ; mais également en prenant conscience des effets que cela produit sur eux -mêmes et comment cela interagit dans la relation soignante.

De ce point de vue, notre expérience de Balintienne et de leader de groupe Balint nous permet de constater que le système de recherche en groupe conceptualisé par M. Balint, utilisant les théories de l'inconscient freudien, constitue une méthode de développement de l'aptitude psychothérapeutique remarquable toujours d'actualité, très moderne dans sa dynamique et bien utile pour l'exercice de soignant.

Psychothérapie du médecin

Françoise Auger

« **Aptitude relationnelle du médecin et les retombées psychothérapeutiques** ».

Mon propos est nourri de ma propre réflexion à travers les séances de travail de l'atelier (auquel je me suis jointe dans l'après coup de sa création), les textes de Balint, mon expérience professionnelle et de balintienne. Il s'adresse à tous les médecins balintiens ou non. Il me semble pouvoir s'adresser aussi aux autres soignants. J'évoquerai les conditions favorables au développement d'une relation médecin-patient dans le soin et le concept d'aptitude psychothérapeutique. Comment peut-elle naître et se développer, quelle est sa place privilégiée trop souvent négligée ?

Quelques généralités

La société civile actuelle s'inscrit dans un monde de communication où tout doit aller vite et l'outil informatique généralisé y participe. Le quotidien est soumis à la communication, médiatique notamment, qui transmet un flot d'informations. Pour certains patients et médecins, l'approche communicationnelle, standardisée, formatée, non adaptée à la singularité de fonctionnement de chaque individu peut être efficace et suffire.

Ceci se différencie de la relation entre deux personnes qui sous-entend la dimension d'affect et de ressentis. Chaque personne est habitée par des éléments conscients et inconscients, exprimés ou non, voire non identifiés. Un certain nombre de patients sont en quête de cette relation et non d'une simple communication d'informations. Patients et médecins cherchent alors un chemin, une voie entre communication et relation, selon les circonstances ou le contexte. C'est la raison pour laquelle mon propos n'est ni exclusif ni exhaustif. Comme médecin généraliste, je considère que nous avons besoin d'une multitude d'outils, en connaître l'existence et savoir les utiliser. Soigner certains patients requiert les uns, d'autres conviennent mieux aux autres. Parfois avec un même patient selon les problèmes abordés il faudra se servir de l'un puis de l'autre. On peut espérer que chaque médecin au fil de sa carrière découvrira les moyens qui lui conviennent le mieux et que ses premières expériences d'étudiant l'y aideront !

Encore maintenant, les études de médecine forment les étudiants, à l'hôpital la plupart du temps, à comprendre et soigner des maladies et l'on voit bien en travaillant avec eux combien ils ont de difficulté à imaginer leurs patients comme des sujets ayant une vie en dehors de cet univers hospitalier, des origines socio-culturelles, des pensées et ressentis, des émotions, un avis sur ce qui leur arrive et des interrogations sur leur devenir. Certes, ici et là, quelques chefs de services et leurs surveillantes offrent une dimension humaine au soin ou certains médecins isolés (chef de clinique, interne) font de même mais ils ne sont pas légion. Même si l'on doit reconnaître quelques avancées avec l'introduction dans le cursus des études des notions portant sur la « relation médecin-patient » en 2^{ème} cycle, cette dimension reste le parent pauvre et non intégrée aux questions de l'internat.

Réfléchir et tenter de déterminer les retombées psychothérapeutiques du médecin, en consultation, implique de rappeler les bases fondamentales d'une relation médecin-patient.

Bases nécessaires à l'installation d'une relation soignante : Socle, cadre de la consultation.

Revenons sur les conditions favorables à l'installation d'une relation médecin-patient qui permettront à l'étudiant puis au jeune médecin d'advenir.

En consultation, le médecin va demander au patient d'exprimer la nature de sa demande. Elle sera simple ou floue, diverse ou complexe.

Le médecin s'efforce d'y répondre avec son « **savoir et sa compréhension intellectuelle**¹ ». Le but pour celui-ci est d'accomplir une tâche précise et technique en toute objectivité : soigner une rhinopharyngite, une angine, une entorse... Il fait son travail, « **disparaît de la pensée du patient**² » et reçoit une compensation (le paiement) pour la tâche accomplie. Ceci peut convenir et suffire aux deux protagonistes car le contexte s'y prête volontiers. Ils se sont contentés d'une approche purement communicationnelle, elle reste technique.

Le plus souvent la demande est bien moins claire.

N'oublions pas qu'en pratique de ville environ 80% des consultations du médecin généraliste ont une composante psychique plus ou moins importante, apparente ou masquée.

Le médecin peut poursuivre son approche purement intellectuelle pour comprendre et soigner la pathologie alléguée par le patient. Bien qu'il fasse tout ce qu'il faut, qu'il suive les arbres décisionnels, prescrive les explorations et traitements adaptés, il a toutes les chances de voir revenir son patient non soulagé, non guéri.... Il n'est pas rare d'entendre ces confrères rapporter « *j'ai fait tout ce qu'il fallait et pourtant ça ne marche pas, je n'y comprends rien* » !

Certes, à la compréhension intellectuelle, qui doit être solide et régulièrement actualisée, il est fondamental d'ajouter une **compréhension professionnelle**³ du patient et de sa demande. Celle-ci implique que le médecin prenne en compte la **globalité du patient** en intégrant sa **dimension psychique, émotionnelle**. Le médecin va alors mettre en œuvre :

- Sa « **capacité d'identification** » que l'on pourrait aussi nommer empathie c'est-à-dire son désir de comprendre le patient. Toutefois, passé ce temps d'identification, il doit reprendre « **sa position d'homme de métier avec objectivité**⁴ ». Il en résulte qu'à chaque consultation il développe un processus biphasé. En retour de l'attente du patient envers le médecin, celui-ci doit posséder la nécessaire « **plasticité identificatoire**⁵ ». Différentes pour chaque patient, *capacité d'identification* et *plasticité identificatoire* peuvent, au fil du temps, être difficiles à supporter et épuisantes.

- Pour que prenne place la relation médecin-patient, le médecin va créer un « **climat**⁶ » pendant la consultation. Il doit être stable, avec un « **engagement limité dans le temps du côté du patient comme du médecin**⁷ » donc ponctuel. (Ceci est différent d'une relation personnelle qui peut se dérouler n'importe où et durer un temps variable) *En Groupe Balint certains médecins rapportent des situations au cours desquelles ils ne mettent pas de limite à certaines de leurs consultations. Ils perdent ainsi leurs repères quant à la place qu'ils occupent ... ils papotent disent-ils ...et la rencontre n'a plus d'impact thérapeutique. !*

- Les modes de communication doivent être limités. « **La compréhension est transmise essentiellement par la parole et l'examen physique pour le médecin généraliste. Ce dernier n'encourage pas ses patients à avoir des contacts avec lui en dehors des limites professionnelles et s'efforce d'éviter de devenir un facteur permanent dans la vie du patient**⁸ »

¹ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 233

² M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988

³ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 235-236

⁴ *id.*, *ibid.* p.237

⁵ J. Guyatat, *Psychothérapies médicales, Tome II*, éd. Masson, 1978, p.7

⁶ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 238

⁷ *id.*, *ibid.* p.239-240

⁸ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 239

M^{lle} N. au moment où je prends ma retraite, me dit, contrariée de ne pouvoir répondre à ses collègues : « je ne sais rien de vous ! »... on peut comprendre la difficulté de trouver la bonne limite pour les confrères partageant vie privée et professionnelle en un même lieu géographique ...village, quartier.

Comme indiqué plus haut, cette compréhension professionnelle implique une **compréhension émotionnelle du patient mais aussi du médecin**. Cette dernière doit se placer à un autre niveau que celle du patient. Il est souhaitable qu'il repère ce qui se passe en lui, du point de vue émotionnel mais il va davantage s'intéresser au psychisme du patient, son environnement familial, social et/ou professionnel, ses ressentis, ses représentations. Ce qui concerne le médecin doit être maintenu à distance, ignoré du patient autant que possible (ses émotions, ses idées, ses intérêts, ses problèmes). Les interactions entre eux restent **centrées sur le patient**⁹.

Cette aptitude, variable d'un médecin à l'autre, de ne pas introduire d'éléments personnels dans sa relation professionnelle, le **protège** de chocs émotionnels qui pourraient mettre ses ressources à rude épreuve. *En Groupe Balint on peut observer des médecins qui intriquent dans leur relation professionnelle avec certains patients une large part personnelle. Lors d'évènements de santé de leurs patients, voire personnels, ils sont volontiers mal à l'aise, embarrassés pour trouver une issue, aider les patients et volontiers désappointés.*

L'intensité de la relation est déterminée par **les désirs et besoins des patients**¹⁰ au prix de la frustration éventuelle ressentie par le médecin.

Cette **compréhension professionnelle**, dans un climat *stable* et sécurisant, va permettre au médecin d'écouter avec vigilance, observer, chercher à comprendre ce qui se présente à lui, donner une réponse ou une compréhension en s'appuyant sur ce qui constitue sa base : *plasticité identificatoire et savoir solide, engagement dans le temps et mode d'échange limités, compréhension émotionnelle centrée sur le patient*. Alors, il sera prêt, s'il le souhaite, à développer un **diagnostic approfondi**¹¹, qui aura un **effet thérapeutique**.

Les éléments ci-dessus définis sont indispensables au développement d'une relation médecin-patient. Ils en constituent le socle qui permet au médecin d'être confortable dans sa relation au patient, suffisante pour certains d'entre eux, préalable à des avancées plus approfondies pour d'autres.

Comment le médecin peut-il développer et amplifier son aptitude relationnelle pour en obtenir des re-tombées psychothérapeutiques ?

J'évoquerai deux niveaux qui contribuent à développer cette aptitude. Leurs éléments s'intriquent dans un ordre variable ou de façon concomitante, au cours d'une consultation et d'un suivi au long cours, caractéristiques d'un médecin généraliste.

Le premier niveau, à mes yeux, comporte trois points essentiels :

1) Selon Balint, le « *médecin-lui-même est l'instrument de base de la psychothérapie du médecin*¹² ». Le patient l'a choisi ou reste avec lui pour des raisons plus ou moins conscientes : ce médecin répond à toutes ses demandes, est complaisant, ou au contraire ferme, expéditif, ne posant pas de question, rassurant, intellectuellement proche, paternaliste, compétent, sérieux..., en un mot il répond à la représentation que le patient se fait de lui et de son attente consciente et inconsciente.

⁹ *id.*, *ibid.* p. 239

¹⁰ *id.*, *ibid.* p. 234

¹¹ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 74

¹² M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988

« **Le médecin-médicament** implique que celui-ci doit constamment veiller à être en bon état et exercer dans de bonnes conditions de fonctionnement, c'est-à-dire être **en bonne forme pour écouter et serein avec lui-même pour écouter avec habileté**¹³ ».

Chacun se souvient de patients qui, la main sur la porte en sortant disent « Merci Docteur, je me sens déjà guéri » ou bien « dès que j'ai pris RDV je n'avais plus mal »...

« **La pharmacologie de ce remède-médecin est représentée, moins par les besoins du patient, que par la personnalité du médecin qui détermine la forme sous laquelle il s'administre au patient**¹⁴. »

C'est au médecin de choisir sous quelle forme il va se prescrire : consultations, réponse aux appels téléphoniques, visites à domicile, à quelle dose, à quelle fréquence etc. Dans ses choix le médecin est unique, non interchangeable et nos remplaçants l'expérimentent quotidiennement. Il est souhaitable que le médecin ait conscience que son statut de médecin renvoie à une représentation particulière pour chaque patient. De cette particularité découle un certain **effet thérapeutique** sur le patient.

A la fin de l'acte de soin, le plus souvent, un médicament est prescrit. Celui-ci est imprégné du médecin, par la molécule choisie, le nom du produit, le ton sur lequel il est annoncé ... et dès ce moment, le médecin n'a pas fait un choix par hasard. Entre plusieurs produits aux propriétés pharmacologiques identiques, l'un a sa préférence du fait de sa taille, sa couleur, sa forme, son caractère dragéifié, la présentation du délégué médical...Inconsciemment ou pas, il va transmettre cet « attachement » au patient. *En hospitalisation, il y a une dilution des responsabilités entre l'externe, l'interne, le chef de clinique. Même si ensemble ils évoquent une prescription pour son mode d'action au patient, celui-ci recevra un produit générique ou non, sorte d'anonyme apporté par une autre personne l'infirmière, sans même le nommer parfoison est loin de l'effet médecin-médicament supplémentaire apporté par le traitement tant il y a d'intermédiaires !*

Cet instrument « le médecin-médicament » va inévitablement être présent dans l'acte de soin, que la consultation ait eu une durée un peu prolongée, qu'elle ait été technique ou simplement brève. Ici, le facteur temps n'entre pas vraiment en jeu.

2) Le second point porte sur « **la fonction apostolique**¹⁵ » du médecin. Elle représente la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit, sa personnalité. Elle peut également être nommée le *bon sens* du médecin. Elle intègre également ses propres *croyances apostoliques* auxquelles se rangeaient volontiers autrefois les patients « *c'est vous le docteur, c'est vous qui savez* », certains d'entre eux encore maintenant ! « **Chaque médecin a une idée vague mais inébranlable du comportement que doit adopter un patient quand il est malade...comme s'il avait le devoir sacré de les convertir à sa foi**¹⁶ ».

La fonction apostolique peut aussi être assimilée à la toute puissance du médecin et son zèle apostolique à du réconfort. « Ni l'un ni l'autre ne sont mauvais en soit. Ils ont un effet psychothérapeutique et ce sont des remèdes puissants. Toutefois, ils sont, la plupart du temps appliqués massivement sans tentative de diagnostic différentiel. **L'un des moyens d'améliorer les compétences psychothérapeutiques du médecin est de le rendre conscient de la contrainte qu'exerce sur lui la fonction apostolique et de lui permettre de ne pas la pratiquer automatiquement**¹⁷».

Il va sans dire que ces deux outils **le médecin-médicament** et **la fonction apostolique** sont spécifiques à chaque médecin. Ils sont directement impliqués dans la relation médecin-patient et

¹³ *id.*, *ibid.* p. 300

¹⁴ *id.*, *ibid.* p. 242

¹⁵ *id.*, *ibid.* p. 227-24

¹⁶ *id.*, *ibid.* p. 228

¹⁷ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 237

induisent des retombées psychothérapeutiques élémentaires propres à ce médecin face à ses patients. Il en résulte donc que les médecins ne sont pas vraiment interchangeables.

Nous savons tous combien il est difficile de reprendre la clientèle d'un médecin installé depuis très longtemps car les patients restent attachés à leur ancien médecin du fait de ces deux paramètres : fonction apostolique et médecin-médicament.

3) **L'accès au corps du patient, à son intime** représente le 3^e élément de ce niveau premier de la relation médecin-patient. Le médecin généraliste ou spécialiste (dermato, gynéco...) est amené à faire déshabiller le patient, il va toucher son corps, le palper, l'examiner...

Balint rappelle « *qu'habituellement le médecin procède à l'examen clinique en premier et, une fois le patient rhabillé, s'entretient avec lui*¹⁸ ». Cet accès ouvre une porte privilégiée au médecin car il n'est pas rare que l'examen clinique, par sa dimension intime, conduise le patient à libérer une parole d'importance qui ne pouvait être exprimée en face à face, de part et d'autre du bureau.

Un patient dont je ne comprenais pas les douleurs abdominales a pu, seulement lors de cet examen clinique, me parler du décès de son père d'un cancer colique et de son vécu de l'évènement. Par la suite les douleurs abdominales ont occupé une place mineure dont il comprenait la dimension psychosomatique (la surveillance étant sans problème).

Dans le cadre de pathologies psychosomatiques fortement suspectées (maux de ventre de certains enfants... par exemple) outre l'examen clinique soigneux, le médecin s'efforce de créer un climat de confiance suffisant pour permettre à l'enfant, par exemple, de livrer son anxiété, sa peur.

Je me souviens d'un enfant maltraité et menacé par d'autres élèves qui ne savait comment le dire à ses parents... hormis en souffrant du ventre et en me livrant son problème dans la discrétion de ce temps d'examen.

Ailleurs, une jeune étudiante évoque du bout des lèvres un certain degré de mal être. En observant sa tenue vestimentaire (manches du pull retombant sur les doigts) et en l'écoutant, notre échange de regards a été un « flash »¹⁹ comme a pu le décrire M. Balint et j'ai avancé l'idée que peut être elle se soulageait en se scarifiant. Par l'examen clinique nous avons pu entrer en relation, elle a livré des éléments importants de son histoire. Par l'examen et le toucher nous avons renforcé notre relation et avancé sur le chemin du soin.

Face aux plaintes psychosomatiques, le médecin est régulièrement préoccupé par la crainte de passer à côté d'une pathologie organique masquée. Il est donc important de garder la vigilance en éveil.

Un patient se plaignait de signes fonctionnels toujours très atypiques à son arrivée en consultation, pendant des années. Je commençais systématiquement par son examen clinique soigneux, ce n'est qu'ensuite il pouvait parler de ses états d'âme. Toutefois sa demande d'écoute ne pouvait prendre place qu'après l'étape corporelle préalable. Il lui fallait mettre son corps en avant, trouver un « motif de plainte » pour pouvoir aborder ses préoccupations.

Ces rencontres par le biais du corps physique créent une complicité dont il faut ensuite savoir que faire...se garder d'aller plus loin, fuir, orienter de suite vers les confrères « psy » sans autre préalable...ou mettre des mots, faire émerger des émotions, trouver à rebondir...?

L'accès au corps du patient, le **médecin-médicament** et la **fonction apostolique** s'associent pour créer une *relation de confiance* et de *non jugement* du médecin. Ils s'inscrivent dans la durée et participent à l'**effet psychothérapeutique basique** du médecin. Ce qui ne veut pas dire que le médecin ne puisse pas exprimer sa propre pensée mais en précisant bien qu'il ne s'agit que de son propre avis personnel.

S'il le souhaite, le médecin peut accéder à un **second niveau** :

¹⁸ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 338-339

¹⁹ E. Balint, J.S. Norell, *Six minutes par patient*, collection science de l'homme, éd. Payot, 1976, p. 65-78

« L'activité psychothérapeutique des médecins généralistes a toujours été pleine de bonnes intentions, empiriques, faites à l'aveuglette et est loin de posséder une garantie de sécurité d'une technique standardisée²⁰ »

Faut-il enseigner à partir de descriptions de consultations ou de vidéos ? Par des cours magistraux, en ateliers dirigés ? Par des jeux de rôles ? Quelle place pour la médecine narrative ?

Balint nous rappelle que *« la vie mentale ou psychique est multidimensionnelle et toute description suit un axe unique et, même si plusieurs axes sont décrits ou suivis, ils s'intriquent tant que le résultat de la description, claire au départ, devient obscure et très difficile à cerner. Décrire une consultation psychologique n'est donc pas facile en soi et n'enseigne rien²¹ »*.

« La seule manière d'acquérir une nouvelle aptitude est de s'exposer à la situation réelle et d'y apprendre à reconnaître les problèmes et les méthodes qu'on peut employer pour les traiter ; des conférences sur ces problèmes et ces méthodes peuvent apporter une certaine aide mais ne pourront jamais remplacer l'expérience directe²² ».

Conduire un entretien avec un patient au cours duquel émergent des retombées psychothérapeutiques ne s'improvise pas. D'après Guite Guérin²³ : quatre conditions sont requises et nécessitent de se mettre en situation pour :

- **« Ecouter »** : c'est-à-dire permettre à celui que l'on écoute de lier, de joindre ensemble ce qui le touche, ce qui l'émeut et ce qu'il en pense, avec des mots à lui qui correspondent à son émotion, à son vécu à lui.

- **Savoir écouter** : c'est la faculté que possède l'être humain de se mettre en pensée à la place de l'autre.

- **Savoir se taire** : c'est faire silence en soi, c'est-à-dire créer un silence intérieur pour laisser un espace de disponibilité. C'est un espace psychique accueillant l'émotion et la pensée du patient.

- **Savoir parler** : la parole c'est dire « je ». La parole permet d'ouvrir le temps et de concevoir le temps présent comme un pont entre un passé à garder ouvert et un avenir à ne pas codifier. Ce partage du monde intérieur du patient avec le médecin, devenu thérapeute, demande du temps. Il construit une intimité particulière. La parole qui soigne est d'abord celle du patient lorsqu'elle est écoutée et reçue. La parole soigne lorsqu'elle fait pacte et circule entre deux subjectivités.

Etre présent à l'autre, être prêt à le rencontrer, ça s'accepte, ça s'apprend, mais ça ne s'enseigne pas. C'est une expérience qui se vit, se renouvelle, s'approfondit mais n'est pas remplacée par le récit ou la lecture de l'expérience».

Ecouter, se taire et parler sont pratiqués par la plupart des médecins sans pour autant qu'ils se soient penchés plus spécifiquement sur la manière de les utiliser pas plus que sur l'impact envers les patients. D'où parfois, le détournement de ces démarches, les « dosages » inadaptés, déviés, rapportés par les patients avec trop de silences lourds remplis de mystères, des questions retenues sans ouverture possible, des mots excessifs, l'absence d'espace pour que le patient puisse s'exprimer et être écouté car il n'est qu'entendu, ... maladresse des propos tenus... ailleurs certains médecins, d'eux-mêmes, font leur expérimentation et avancent intelligemment.

A ce stade de mon développement, je voudrais souligner que la **nature courante de la demande des patients**, au plan « ordinaire », quotidien, chez le généraliste voire le spécialiste est souvent assez simple.

²⁰ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 184

²¹ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 184

²² M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 317

²³ Guite Guérin, *extrait du texte écrit pour l'atelier de la SMB, décembre 2012*

Il souhaite être **écouté et entendu** réellement, compris, volontiers devenir « partenaire actif » du médecin dans le cadre des soins qui lui sont prodigués. J'entends par partenaire actif, qu'il reçoive suffisamment d'informations concertées et que le médecin s'assure de la bonne compréhension du sens de celles-ci. A mes yeux, à ce stade déjà, le climat de la consultation comme décrit précédemment associé au « remède médecin » et à « la fonction apostolique », repérés et réfléchis par le médecin peuvent **répondre** à une **grande partie de l'attente des patients**.

*Récemment j'entendais un patient porteur d'un mésothéliome pleural lié à l'amiante. Son traitement entrainait dans un nouveau protocole de soin. Il reprochait à l'équipe médicale de ne pas l'informer suffisamment et de ne pas chercher à ce qu'il soit acteur en étant plus au fait des mécanismes du soin et collaborateur à part entière. Il constatait que les médecins l'inscrivaient dans un état passif qu'il lui était difficile à vivre, davantage encore que le traitement lui-même. En un mot il ne souhaitait pas d'approche psychothérapeutique mais seulement être pris en considération comme **sujet** capable de penser et collaborer et non comme **objet** de soin.*

En fonction de certaines circonstances, des pathologies, (diabète, maladies chroniques...) et des patients eux-mêmes, ces derniers peuvent avoir pratiquement autant de connaissances sur eux-mêmes et leur pathologie que le médecin.

Ils ont acquis alors une autonomie, médecin et patient sont partenaires en position quasi égalitaire. Cet état est assez rare mais peut parfois être un objectif à atteindre. Ce qui ne signifie pas que la situation soit figée ou définitive. Il suffit que survienne une complication, un événement intercurrent pour que le patient régresse sensiblement et qu'alors le médecin reprenne une place de première ligne.

Arrivés à cette étape de notre développement, ce cheminement relève avant tout d'un **comportement humain du soin** auquel tout médecin qui choisit cet axe de travail, soigner des patients donc des sujets, devrait être au minimum formé tout au long de ses études, afin qu'au même titre que sa démarche intellectuelle diagnostique et thérapeutique, elle soit profondément ancrée en lui.

Au terme de ce parcours et de l'intégration des deux niveaux décrits, sans doute pouvons-nous considérer que le médecin a développé son **aptitude relationnelle avec ses patients**. Selon chaque médecin et patient, selon le contexte, cette relation peut suffire pour que **chacun soit assez satisfait**. Les soins prodigués auront un **certain degré de retombées psychothérapeutiques** mais de façon limitée. En effet, bien des médecins ne sont pas tentés de s'aventurer sur le terrain psychique des patients. C'est bien leur droit. Le patient lui, saura repérer qu'avec ce médecin là, il pourra lui soumettre des problèmes techniques mais devra accepter sa frustration s'il souhaite aller plus loin ou être compris de façon plus approfondie.

Comme signalé en préambule, 80% des demandes des patients en médecine générale portent une dimension psychique ou psychologique, apparente ou masquée. Si certains médecins sont sensibles à cette dimension il serait souhaitable qu'ils puissent avoir à leur disposition des outils afin que cette *aptitude relationnelle première* ait des *retombées psychothérapeutiques plus marquées*. Cet accompagnement plus en profondeur pourrait s'effectuer sous la forme **d'entretiens prolongés** au cours desquels écouter, comment se taire et quels mots choisir seront fondamentaux.

Peut-il alors rester le médecin, généraliste ou autre (dermato, gynéco...) qui réalise **l'examen clinique physique**²⁴ lorsqu'il s'inscrit dans cette démarche des entretiens prolongés, au cadre défini avec le patient. Ceci d'autant plus que le médecin est ou non de même sexe, de même âge, que l'examen se situe au-dessus ou au-dessous de la ceinture, qu'il suit ou non d'autres membres de la famille ?

En effet, sans soutien ou espace de formation, ce type d'approche représente une position très aléatoire pour le médecin au sein de laquelle il risque de s'égarer entraînant le patient avec lui.

²⁴ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 220

Il est donc fondamental qu'il soit suffisamment conscient de ses **propres limites**. A vouloir être un « bon médecin » doit-il ou saura-t-il s'arrêter au bon moment par rapport à ses capacités²⁵ ?

Où et comment le médecin peut-il se former à cette approche?

Ces réserves ont pour seul but l'inviter le médecin non formé, qui souhaite avancer sur ce terrain, à s'entourer d'aides diverses, de son choix, qu'il s'agisse d'un superviseur²⁶ ou de l'éclairage apporté par le **travail en groupe Balint** voire d'autres encore. Toutes seront plus solides que les simples échanges de couloir avec les confrères.

Un certain nombre de médecins, intéressés par la relation médecin-patient vont trouver en eux-mêmes, de façon intuitive, les éléments tels que ceux évoqués précédemment et les suivants. Ils avanceront doucement, pas à pas, trouveront leurs propres limites, apprendront de leurs erreurs, mais le plus souvent dans l'isolement et la solitude.

Toutefois, l'outil à mes yeux, le plus adapté et le plus efficace pour **développer la relation médecin-patient et en obtenir des retombées psychothérapeutiques** est, **le travail en groupe Balint**.

Le médecin participant à un groupe Balint a-t-il des consultations aux retombées psychothérapeutiques pour ses patients, plus marquées que ses confrères non balintiens? Peut-être..., pourquoi et comment ?

Je répondrai avec réserve à cette question. Notons d'abord que rares sont les médecins qui bénéficient de cette formation-recherche.

D'autre part, le travail en groupe Balint s'inscrit dans la durée et le « **changement considérable bien que limité de la personnalité du médecin**²⁷ » va s'opérer selon un processus d'une durée variable d'un médecin à l'autre en fonction de ce qui le constitue et de là d'où il part, en fonction de la force de ses résistances notamment et de son aptitude naturelle présente ou non.

Des médecins n'ayant participé qu'à quelques séances de groupe Balint (exemple des séminaires OGC-DPC où se déroulent 4 séances sur 2 jours ou 2-3 séances lors des congrès) ne sont que sensibilisés à la démarche ; leur formation reste en cours et ils n'ont pas encore pu percevoir « ce changement » subtile, habituel mais progressif !

En groupe Balint au long cours, chaque participant est confronté à **ses propres résistances** qu'il lui sera plus ou moins difficile à identifier, accepter, puis assouplir, amender. Ainsi chacun avancera à son propre rythme. La périodicité actuelle des séances, selon les groupes, toutes les 2 - 3 ou 4 semaines, est un autre paramètre qui renforce cette notion du temps sans oublier le travail psychique du médecin dans l'après-coup des séances de groupe au fur et à mesure des patients présentés, revus en consultation et des cas des autres participants.

Les motivations et la sensibilisation des participants qui rejoignent un groupe sont variables, bouche à oreille, première expérimentation ponctuelle, histoire douloureuse avec un patient...quoi qu'il en soit un point commun les réunit : leur intérêt pour **la relation humaine, la relation médecin-patient, la prise en charge globale du patient incluant la dimension psychique du soin**.

Le travail en groupe Balint va permettre de se familiariser **avec** l'inconscient. A date, horaire et durée des séances, fixés à l'avance, les membres du groupe s'installent en cercle sans dossiers préparés, ni notes. D'emblée un participant va se proposer pour présenter une situation, « un cas », spontanément, avec ses oublis, ses imprécisions. A la fin de sa narration de la situation, le présentateur formule sa question au groupe.

²⁵ *id.*, *ibid.* p. 200

²⁶ *id.*, *ibid.* p. 206 cas n°24 9

²⁷ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 131 10

Les autres participants l'auront écouté, feront préciser certains points de l'histoire puis laisseront libre cours à leurs associations d'idées. Dans ce climat de confidentialité, de liberté de parole, de respect de l'autre, sans jugement, la situation initiale va prendre un autre éclairage et aider le confrère à mieux saisir, comprendre ce qui se passe, ce qui se joue entre le patient et lui-même. Il repère davantage ce qui relève du patient et lui-même. Les participants, sans se couper la parole, vont amplifier leur **aptitude à écouter** celui qui parle (tant le présentateur du cas que les autres membres du groupe). Le groupe va faire préciser le sens des mots employés parfois et ceci contribue, pas à pas, à trouver les **mots justes** pour exprimer ce qui est dit. Les échanges aident à préciser les ressentis, les émotions tant du patient, recueillis et observés par le médecin, que des siens proprement dits et ceux perçus par les participants.

Au fil des séances ce **repérage des émotions** s'effectuera plus rapidement. Le travail sur le cas présenté aidera à comprendre ce qu'il en est de la **distance relationnelle** et, de retour en consultation, le médecin sera mieux équipé pour **la réajuster** et seront plus à même de se **protéger émotionnellement**. En **partageant** avec le groupe des situations complexes, en les travaillant et nourri de **l'éclairage du groupe**, le médecin se sentira plus apte et **moins seul** pour affronter ce qui lui paraît difficile et établira davantage de **diagnostics approfondis**. L'ensemble de ce travail participera au **repérage** et à la **réduction des mécanismes de défense** des médecins.

Par ce qui est décrit plus haut, le travail en groupe Balint va ainsi contribuer à former le médecin aux quatre paramètres qui entrent en jeu dans la démarche psychothérapeutique, écouter, savoir écouter, savoir se taire et savoir parler. Les participants s'y expérimentent. Par cet entraînement il leur sera ensuite plus aisé de rebondir sur ce que disent les patients, en leur faisant préciser un point, en exprimant un étonnement, un ressenti ou une interrogation, une incompréhension, un désarroi, un désappointement devant une ambivalence par exemple. Ils seront plus à l'aise pour les verbaliser, les utiliser le cas échéant et les « métaboliser ».

On peut volontiers observer le **parallèle entre la consultation et le groupe** et dire qu'il s'agit de **situations « miroir »**. Le présentateur, en quelque sorte, occupe la place du patient, le groupe s'identifiant au médecin. *Si un cas présenté est très angoissant, l'histoire complexe et confuse ...du groupe va émerger le même climat d'angoisse et les participants vont paraître perdus, confus. Puis le travail, par le jeu des associations d'idées et des ressentis de chacun, va permettre aux participants de mieux comprendre et repérer ce qui se produit d'inconscient chez chacun, le présentateur, les participants et le patient. L'enrichissement se fait autant lors du cas présenté qu'avec les cas des autres participants.*

Un dernier paramètre d'importance concernant le travail en groupe Balint porte sur le fait que le travail de chaque cas, même s'il apporte au présentateur une multitude d'éclairages, d'idées, de réflexions, en aucune façon n'apporte de conduite à tenir, de solution, de « guideline ». Chaque présentateur de cas va s'en nourrir et trouver en lui sa **propre créativité** pour rebondir, à sa façon, avec ce patient-là.

Dans le travail en groupe Balint le lien avec la psychanalyse est le travail avec l'inconscient par le jeu des associations libres. Seuls les animateurs dits leaders ont un degré de connaissance de la psychanalyse et/ou de pratique. Elle n'entre pas directement en ligne de compte Il n'y a pas plus d'interprétations psychanalytiques que de recherche de diagnostics psychiatriques. Il peut toutefois arriver que le groupe ressente le caractère « bizarre » d'un patient pour lequel sera évoquée une dimension psychotique ou névrotique lesquelles ne seront qu'un élément de la compréhension du cas.

Au sein du travail en groupe Balint, le médecin, avec le groupe travaille avec l'inconscient, le sien, ceux des participants et ceux des patients, il approfondit sa propre compétence et compréhension professionnelle. C'est aussi pour lui une occasion rare d'apprendre à mieux se connaître, grâce à la liberté de parole, l'authenticité des échanges sans jugement, l'expression des émotions et ressentis, le droit à la « bêtise ».

Le groupe, par la sécurité apportée par les leaders et la confidentialité, ne sort pas de l'espace du **moi professionnel** même s'il est parfois plus ou moins intriqué avec le *moi personnel*, lequel n'est pas traité.

Par ce travail le médecin est plus apte à observer, comprendre, repérer, s'interroger, supporter les transferts positifs ou négatifs plus ou moins massifs de la part de certains patients et de ses propres contre-transferts. Ainsi il se met **moins en danger, protège ses ressources émotionnelles**. Il s'épuise moins tout en **amplifiant son plaisir à travailler**.

Mais « *s'il est souhaitable que le médecin soit capable de comprendre certains facteurs conscients et inconscients impliqués dans les pathologies de ses patients, il n'est pas certain que cette « compréhension » soit en elle-même efficace du point de vue thérapeutique*²⁸ ». Un jeune enfant asthmatique présente des crises à l'évidence liées au comportement et à l'anxiété de la mère car il est indemne lorsqu'il se rend chez ses grands parents. Il est indispensable de faire cheminer la mère car la seule compréhension par le médecin, même évoqué à la mère, ne suffira pas à changer la situation.

Si un médecin présentait un tel cas en groupe Balint, ce dernier l'aiderait à approfondir la compréhension de la mère pour l'amener, au cours des consultations suivantes, à cheminer et découvrir **par elle-même**, ce que lui a compris, avant elle mais ce n'est pas toujours possible, ou long, ou maladroitement conduit.

Cet outil : **le travail en groupe Balint** peut donc aider ces médecins qui souhaitent s'aventurer sur le terrain de la dimension psychique des demandes des patients.

Comme l'indiquait M. Balint, « **plutôt que poser des questions [dont] il n'obtiendrait que des réponses mais rien d'autre, si le médecin a appris à écouter** (en groupe Balint par exemple) **il obtiendra des renseignements importants**²⁹ ». Il se met ainsi à la **disposition du patient** et peut l'aider à **établir lui-même des connections** entre ce qu'il vit, ses relations, son histoire personnelle et en **devenir plus conscient**.

Ainsi, « Le médecin peut aider le patient à être davantage **acteur de sa vie** en lui permettant d'utiliser ses pensées et ses ressentis afin de mieux orienter ses choix, **en le faisant advenir**. Il peut faire prendre conscience au patient d'une chose que celui-ci avait maintenu à distance, dont il était inconscient, qu'il ne réalisait pas ou niait. **Le but est d'élargir la conscience du patient, modifier son monde intérieur, ce qui est le principe de la psychothérapie**. » Guite Guérin³⁰.

Lorsque le médecin a cheminé comme nous l'avons décrit, par des **entretiens prolongés** il développe un **diagnostic approfondi** avec son patient. Selon ses propres compétences, son travail en groupe Balint, il pourra être amené à orienter ses patients et/ou poursuivre en un sens ou l'autre :

- Ou bien il concentre son aide pour ajuster le comportement extérieur du patient à l'égard des personnes importantes de son entourage, il soutient le patient,
- Ou bien il aide au réajustement de ses problèmes internes et là il s'agit d'un véritable espace psychothérapeutique

En fonction de sa formation, ses compétences et son désir, le médecin va s'autoriser éventuellement d'aller plus ou moins loin avec le patient dans cette approche psychothérapeutique. A ce stade, l'accompagnement du groupe Balint est volontiers insuffisant et probablement un superviseur serait le bienvenu.

²⁸ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 245-11

²⁹ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, éd. Payot, 1988, p. 131-143

³⁰ Guite Guérin : *texte référencé plus haut*

J'insiste sur la prise de conscience des **limites des compétences** du médecin et de la question du **cadre** à déterminer. En effet le médecin présente alors une double fonction avec des consultations classiques et celles dédiées aux entretiens.

Parfois, il se donnera seulement pour objectif de sensibiliser et préparer le patient à cette liberté de parole et au « jeu » des associations libres afin, le moment venu, d'être prêt pour une véritable démarche personnelle psychothérapeutique avec un soignant spécifique. *Mme N. a mis 15 ans, (après un « flash » survenu entre nous lors de notre 1ère rencontre où elle avait fait le lien entre ses dorsalgies et une histoire d'inceste) avant de se décider à franchir le pas vers une psychanalyste pour « liquider » son histoire traumatique et ses retombées.*

Il est fondamental que le médecin se soit familiarisé avec les différentes formes de suivi psychothérapeutique, ait constitué un carnet d'adresses auprès de qui orienter, en confiance, ses patients. A ce titre le médecin généraliste peut être considéré comme **porteur** pour que la demande du patient puisse arriver à sa conscience et qu'il entreprenne une démarche personnelle.

Au cours de nos échanges au sein de l'atelier, le thème portant sur **transfert** et **contre transfert** a été modestement abordé hormis pour dire qu'ils n'étaient pas de même nature pour le médecin et pour le psychothérapeute, voire le psychanalyste.

Concernant le médecin on pourrait dire qu'il désigne l'ensemble des sentiments et des émotions conscients et inconscients qui sont mis en jeu et agissent sur les échanges entre le médecin et le patient³¹.

Le transfert provient du patient. Il va le développer à travers :

- le climat dégagé par l'arrangement du cabinet du médecin
- la manière individuelle qu'a le médecin de pratiquer la médecine
- ce qui va transférer d'inconscient de sa demande sur le médecin
- c'est-à-dire l'investissement qu'il fait sur l'autre

Il s'exprime par la confiance qu'il offre au médecin, son adhésion aux démarches médicales, l'apport de symptômes facilitant le diagnostic, parfois la recherche d'une proximité, la fréquence des consultations, l'apport de cadeaux ou au contraire une très grande réserve et/ou une contestation des propositions de soins...

Le contre-transfert provient du médecin et est en grande partie inconscient.

- Il s'installe dès l'arrivée du patient et peut ensuite s'exprimer par le temps qu'il octroie ou non au patient pour l'écouter, par sa curiosité scientifique ou non et/ou émotionnelle afin de recueillir suffisamment d'éléments à l'établissement d'un diagnostic approfondi
- ou au contraire à l'extrême, le médecin n'a qu'un souhait, se débarrasser du patient !

En groupe Balint, certains médecins, tellement formatés pendant leurs études pour refouler tout ressenti, toute émotion, peuvent ne pas mettre un seul mot sur leur ressenti face à un patient quand le groupe les interroge. Dans l'après coup d'une séance de travail, ils vont découvrir grâce à ce nouvel éclairage ce qui se passe en eux, dans leur intime, que le patient et son histoire ont fait ressurgir, sans qu'il soit utile de le signifier au groupe.

Si le transfert du patient s'exprime souvent à plein canal, le contre-transfert du médecin est en général contrôlé au niveau de ses émotions ou maintenu dans certaines limites. Le travail en groupe Balint peut apparaître pour le médecin comme un outil qui amplifie son aptitude relationnelle dont il obtient des retombées psychothérapeutiques. L'un des éléments qui fait la différence avec une psychothérapie à part entière porte sur cette notion de transfert et contre transfert qui sera ici une approche limitée. Chez le psychothérapeute elle sera plus approfondie et touchera la sphère intime.

³¹ M. Balint, E. Balint, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 324

Conclusion

Au fil de mon propos, j'ai voulu souligner l'apport qu'offre l'outil « groupe Balint » au médecin et au patient. Il permet au patient d'être restitué en une place de sujet, par l'écoute et la prise en compte de ses désirs, émotions, affects, représentations.

En parallèle, le médecin, lui aussi sujet, avec un espace au sein duquel il peut partager ses ressentis et émotions éprouve plus de plaisir à travailler et se protège des moments émotionnels excessifs, il exerce alors une médecine plus humaine par la relation authentique qui crée.

Par le groupe Balint, le médecin perçoit avec plus de perspicacité ses propres limites dans son engagement avec ses patients, à visée psychothérapeutiques. Il saura mieux repérer à quel moment s'arrêter avec tel patient et vers qui l'orienter éventuellement. Alors, un patient bien préparé poursuivra son chemin psychothérapeutique de façon constructive, sans perte de temps ni effet contre-productif.

Dans ces conditions, le médecin sera resté à sa place, en allant au plus loin de ce qui lui est possible, en lien avec son statut de médecin et créera une **alliance** entre la médecine de premier recours et la santé mentale.

L'autre grande différence avec la psychothérapie proprement dite exercée par les psychothérapeutes et psychanalystes est que le médecin est un soignant qui a **accès au corps**. Ceci induit un avantage et une limite dans l'approche psychothérapeutique qui ne seront pas sans interférer au plan du transfert et contre transfert là aussi de caractère différent chez les uns et les autres.

Les médecins peuvent et/ou pourraient davantage développer leur **aptitude relationnelle** si, tout au long de leurs études ils y étaient sensibilisés. Avec des connaissances simples ils auraient la possibilité d'acquérir les bases essentielles pour délivrer une médecine humanisée. Ceux parmi les plus intéressés à la dimension psychique des plaintes et du soin, sans empiéter sur le travail des psychothérapeutes, ont la possibilité de l'amplifier afin d'en **développer des retombées psychothérapeutiques**. Ils trouveront l'outil qui leur conviendra le mieux, en l'occurrence : le groupe Balint en est un de choix !

« A quoi ne sert pas la formation Balint » se sont demandé les membres de l'atelier « psychothérapie et formation Balint ? »

Jean-François Coudreuse

Quels peuvent être les effets de la formation Balint sur les soignants, qu'ils soient ou non médecins ? Quelles compétences leur apporte-t-elle ? Et : « est-ce que la formation Balint fabrique des psychothérapeutes ?

Elle peut, certes, contribuer à ce que l'écoute des soignants et leur relation aux patients aient des effets psychothérapeutiques, puisque tout acte de soin, à dimension humaine, peut soigner physiquement et psychologiquement; mais il ne faut pas confondre un acte psychothérapeutique et un soin. En effet, même si toute relation de soin est un moment de transfert (T) et de contre-transfert (CT), même si soignant et soigné ne le savent pas, il n'y a « psychothérapie » que si T et CT sont repérés, reconnus et analysés ; c'est la raison pour laquelle la formation en groupe Balint est un travail « avec « le T » et non « sur le T ». Nous devons donc préciser quelles compétences acquises nous permettent de travailler « avec ».

Mais, tout d'abord, de quelles psychothérapies parlons-nous ? il s'agit, pour nous, des psychothérapies analytiques, c'est-à-dire référées au travail sur les effets de l'inconscient dans la relation soignante ; il existe de nombreuses autres psychothérapies qui ne seront pas l'objet de notre questionnement. Dans le Larousse de psychiatrie, 1993, la psychothérapie est définie comme « toute utilisation des moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique » ; il n'y a pas dans cette définition de référence à l'inconscient. Guite Guérin précise, elle, que : « la psychothérapie est une thérapie par les effets de la parole qui modifie le monde intérieur du patient » ; la parole nous dit-elle, rapproche d'une dimension psychique. Il reste à définir quelles sont les conditions de la formation des soignants à la psychothérapie et le cadre du soin psychothérapeutique, car une thérapie « où il y a de la parole ne suffit pas à faire une psychothérapie ».

Les membres de notre atelier « psychothérapie et formation Balint » ont toutes et tous effectué un parcours analytique personnel et certains sont psychanalystes et leaders de groupes Balint, ce qui a enrichi notre point de vue et nous a permis de repérer certains effets spécifiques de la formation Balint. Cette réflexion a été complétée dans notre atelier par la confrontation entre les deux pratiques que Balint avait voulu faire se rencontrer, à savoir la médecine et la psychanalyse, rencontre qui se poursuit d'ailleurs aussi dans l'animation de nos groupes Balint du fait d'un co-leadership associant le plus souvent un psychanalyste et un soignant.

Les aptitudes psychothérapeutiques améliorées par la formation Balint, sont variables d'un soignant à l'autre, quelque soit son mode d'exercice (médecin, psychologue, ou autres fonctions soignantes...). En effet la capacité d'écoute, d'insight et la fluidité associative de chacun varient selon la personnalité du soignant et selon son cursus de formation, notamment celui d'un travail personnel analytique avant, pendant ou après le travail en groupe Balint.

Certes, la formation Balint sert à réduire nos points aveugles, à élargir nos points de vue, à pouvoir entendre davantage ce que nous raconte le patient, y compris ce qui nous était antérieurement inaudible, ce que Guite Guérin formulait comme un : « savoir écouter, savoir se taire, savoir parler », mais ce n'est pas parce que l'on a une écoute améliorée (et notamment une meilleure écoute de soi-même), que l'on est capable « d'entendre » ; alors, comment savoir que l'on peut exercer comme psychothérapeute ? Peut-être le jour où nous pensons pouvoir supporter, au long cours, le transfert d'un patient qui nous fait la demande de ce travail; probablement aussi lorsque nous aurons reconnu en nous la nécessité d'un travail analytique sur notre contre-transfert ?

Alors être psychothérapeute, n'est-ce pas être psychanalyste ? Winnicott lui-même refusait d'établir une distinction entre psychanalyse et psychothérapie.

Certains analystes de notre atelier estiment qu'un exercice de psychothérapeute peut parfois poser des difficultés que ne rencontre pas le psychanalyste dans son exercice; en effet, le travail du psychothérapeute et de l'analyste sur la dimension transférentielle est confronté à un cadre différent (face à face, objet du travail,...), posant la question de savoir ce qui fait cadre pour le T et le CT, quand le médecin, le soignant « est demandé » comme psychothérapeute.

En cas de somatisation, nous sommes souvent dans l'archaïque, nécessitant un travail sur le symbolique ; nous devons pouvoir alors écouter et entendre le patient sur son vécu d'être malade ; est-ce que le médecin-soignant qui s'occupe du corps réel peut être aussi psychothérapeute du corps symbolique ?

Un psychothérapeute est un ancien patient d'une thérapie analytique, ce qui représente un commencement de formation pour le futur psychothérapeute qui va ainsi déjà se familiariser avec ce qu'est un travail psychique ; nous pouvons à ce propos faire un parallèle avec la démarche de la formation Balint; en effet celle-ci peut améliorer les capacités d'écoute par le lent apprentissage de l'écoute du patient et... de soi-même, favorisant ainsi des moments psychothérapeutiques bénéfiques, car réduisant le dualisme corps-psychisme.

Dans une consultation médicale, la création de quelques « passerelles « corps réel-corps symbolique) ne permet pas de qualifier « psychothérapie », notre travail de soignant, car la dimension transférentielle n'y est pas analysée; or, c'est bien d'analyse dont il s'agit ; une écoute et une empathie travaillées en groupe Balint ont certes des effets thérapeutiques, puisqu'avoir découvert en soi l'existence de processus inconscients, a des effets thérapeutiques chez le patient (et chez le soignant), mais une psychothérapie demande un véritable « travail d'analyse « chez le patient et chez le thérapeute.

Et Michaël BALINT, qu'en dit-il ?

Balint ne nous facilite pas la tâche quand il écrit dans le *British Medical Journal*, 1954,16, que : « pour un quart d'entre elles au moins, les consultations de médecine générale sont des psychothérapies pures et simples » (mais il ne précise pas de quelles psychothérapies il s'agit). Pourtant Balint, lui-même, écrit un peu plus tard à Londres en 1957 : « Incontestablement, l'étendue de la psychothérapie dans la pratique générale est mal définie et les méthodes et techniques n'ont pas été dégagées et moins encore validées et standardisées. ».

Dans le *Médecin, le Malade et la Maladie* (aux chapitres 20 et 21), Balint poursuit ses réflexions sur la réponse du médecin à l'offre du malade : « un des problèmes les plus importants de la psychothérapie en pratique générale est : que faut-il traiter ? « le médecin, en effet, en vient à décider ce qu'il faut traiter, quand et comment. C'est sur le résultat final de cette reconstruction à demi-inconsciente, à demi-consciente, de la pathologie dynamique du patient que se base la réponse du médecin aux propositions du patient ».

M.-A. Puel, dans son article : « Le généraliste psychothérapeute ou apprenti sorcier ? », estime que cette notion de « demi-inconscience » cristallise la question, car, à son insu, le médecin construit une réponse à l'offre proposée par le patient sans l'analyser suffisamment pour l'utiliser de façon psychothérapeutique.

C'est pourquoi la psychologisation est la maladie balintienne la plus grave « note M. Sapir dans l'ouvrage collectif : « L'expérience Balint », coordonné par A Missenard ; ceci était déjà signalé avec insistance par Balint dans son ouvrage *princeps* : le M.M.M : « le danger est celui du médecin qui peut être tenté d'écarter tous les symptômes physiques pour s'élancer en droite ligne vers ce qu'il pense être la racine psychologique du trouble...en d'autres termes à reconvertir ses symptômes limités en la souffrance morale intense qu'il a essayé d'éviter dans une fuite vers une

souffrance physique plus tolérable...la maladie du patient n'est pas un problème psychologique...il faut apprendre à ne pas réaliser cette espèce de tour de force, véritable violence de la privation du patient».

Avec la formation Balint, peu à peu, le médecin se prescrit; l'analyste, le psychothérapeute, lui aussi se prescrit...avec les outils de l'analyse. Le groupe Balint est une excellente sensibilisation aux effets psychothérapeutiques d'un travail d'écoute, d'où une aptitude psychothérapeutique améliorée.

Un « acte » psychothérapeutique est un acte où l'inconscient est engagé (celui du soignant et celui du patient).

Une psychothérapie n'est pas une technique comme en médecine (Pierre Benoît).

La formation pour être psychothérapeute se fait, selon la formulation de Guite Guérin : « ailleurs et autrement ».

La « psychothérapie » dans la pratique du « soignant » (médecins, et tout personnel de santé ayant accès au corps souffrant) (Quelques réflexions pour notre atelier « aptitude psychothérapique »)

Luc Canet

La notion de « psychothérapie » dans l'art de soigner

Quand Ch. Brisset nous disait qu'« une partie de l'action thérapeutique de tout médecin relève de la psychothérapie », c'était, à l'époque, un « dire » d'avant-garde.

Sans doute aussi était-ce assez provocateur puisqu'il s'adressait à des confrères « psychiatres » qui, alors, pour bon nombre, estimaient que la « psychothérapie » était leur terrain propre, une « chasse gardée » : On était au début des années 80¹.

En cela, il faisait état de son expérience de « leader Balint », alors qu'il animait son premier groupe Balint, durant les années 70. Y travaillaient, en toute égalité, des médecins généralistes et spécialistes. J'en étais, et je dois tant à ce groupe...et à son leader !

Dire comme il le faisait que la psychothérapie du praticien non spécialisé est « implicite » n'était certes pas une lapalissade anodine à l'époque. Il nous y encourageait souvent.

Pour beaucoup de praticiens, être « psychothérapeute », à son insu, a quelque chose de « dérangeant » voire d'inquiétant...et pourtant nous savons bien depuis ce que nous a apporté l'ensemble du « corpus » psychanalytique, que toute relation qui entoure l'art de soigner est l'objet d'un échange permanent de « transfert – contre-transfert », même si cela est ignoré, craint, voire refoulé par un certain nombre de médecins et autres « soignants ».

C'est précisément cela qui est « travaillé » dans nos Gr. Balint. (Bien sûr il serait intéressant de préciser, ce qui, dans la pratique du groupe Balint, la différencie de la cure psychanalytique classique, et plus précisément, de la psychothérapie de face à face menée par le psychanalyste et, à fortiori, de la cure-type. Cette tentative de différenciation devrait se pencher essentiellement sur ce qu'il en est, chez les médecins « balintiens » formés par la méthode du groupe, de l'analyse du transfert-contre transfert.

Le moment favorable à cette formation relationnelle

La formation dans le cursus, au début des études ?

Cela peut être tout d'abord une découverte chez le futur « soignant », lors de ses premiers contacts cliniques. Il prend conscience que sa présence, ses dires, ses attitudes corporelles sont susceptibles de provoquer des réactions « émotionnelles » chez le patient...mais aussi chez lui-même !

Cela est parfois ressenti comme dérangeant non conforme à l'idée que l'on s'était fait des rapports adéquats à entretenir avec un patient (conditionnement familial, social culturel ?) : honte et refoulement peuvent en être la conséquence.

Quand et comment dépasser ces « barrages » ? Comment faire pour ne pas laisser s'éteindre ces interrogations des débuts de l'« immersion » clinique ?

Le futur « soignant » pourrait en parler si on lui en donne l'occasion : Pouvoir mettre des mots et échanger, avec ses « pairs », avec les « aînés » dans la profession, sur ce qui est ressenti, nous

¹ Exposé au Congrès des psychiatres et psychothérapeutes suisses, Interlaken, 26-28 septembre 1980, in Psychiatrie Française, 1980, n°4 et in, Cahiers de la Société Médicale Balint, juillet 1981, n°30, pp :1-11

semble capital. C'est là le grand intérêt de nous investir dans des groupes de parole, dans ou en dehors de l'Université.

Ces groupes de parole, favorisés de plus en plus dans les CHU, nous montrent combien les « modèles » de comportement des aînés (internes, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, personnel infirmier) peuvent parfois perturber ou, à l'inverse, favoriser une approche « humanisée » dès le début de l'expérience clinique des participants.

Par ailleurs, des études universitaires apparaissent qui se penchent sur l'évolution de l'empathie au cours des stages d'internat dans les hôpitaux².

Les expériences favorisées par notre Société Médicale Balint, dans différentes Faculté de Médecine et, rappelons-le, en premier lieu celle, historique, de Bobigny, pourraient nous aider à préciser de quelle nature est ce « partage d'expérience » au sein des groupes de parole existants, et la suite qui leur est donnée. Plusieurs de nos leaders Balint sont à la tâche sur ce sujet. Les expériences, à Paris, à Créteil, et en province, à Strasbourg, ou à Grenoble(avec Anne-Marie Alléon et Marie-Christine Choquet) devraient être partagées

Le moment est venu de confronter les différentes données émanant de nos Universités et ce sujet sera probablement abordé largement, lors d'une Table Ronde espérée, durant le prochain Congrès de la SMB, en septembre 2016.

Une formation recherchée devant des difficultés « relationnelles » vécues au cours des premières années d'exercice ?

C'est souvent en ayant réussi à dépasser ses propres inhibitions, de s'en être, parfois, ouvert à d'autres, qu'un certain nombre de praticiens peuvent « oser » une nouvelle approche de leur « relation », celle vécue dans un groupe Balint « classique » et découvrir, en groupe, avec l'aide d'un leader accrédité Balint, sa manière « personnelle » de partager avec son patient un diagnostic et parfois une nouvelle façon de « vivre » son métier. La « psychothérapie » du praticien, celle dont nous tentons d'étudier les contours, infiltre alors intuitivement et intimement la relation soignant-soigné.

Mais qu'en est-il de l'acquisition d'une aptitude « psychothérapeutique » chez tous les médecins et « soignants se soumettant à une formation en groupe Balint ?

N'est-ce pas une "utopie" visionnaire celle qui voudrait prétendre à ce que tout médecin omnipraticien (le médecin généraliste) soit un « psy qui s'ignore³ ». Nous ne la partageons pas.

Quand Balint recensait que 30% seulement des impétrants-médecins d'un groupe de « formation à la relation soignant-soigné » étaient, en réalité, aptes à poursuivre celle-ci et à développer éventuellement cette aptitude, on peut, avec le temps, penser qu'il était encore trop optimiste...

Un obstacle majeur : le temps à consacrer pour cette formation

La méthode de formation en groupe Balint nécessite une fréquentation effective et « active » : relation de ses propres « cas », avec un réel partage de la dynamique de groupe. On apprécie, de nos jours, qu'il faille compter un minimum d'environ une centaine d'heures/an, dans un groupe dit « au long cours » (chaque séance ayant une durée de deux heures), pour une année. Nous savons bien, aussi, qu'une fréquentation d'une seule année, même avec ce rythme, resterait très insuffisante pour que le « changement limité quoique que considérable » souhaité,

² Airagnes G, Consoli S, De Morlhon O, Galliot, A-M, Lemogne C, Jaury, Ph. « une formation appropriée fondée sur les groupes Balint peut améliorer les capacités empathiques des étudiants en médecine : une étude préliminaire, in Proceedings, 19th International Balint Congress, Metz, 5-9 septembre 2015, p.110 et Journ. Psychosom. Research, 2014, 76, pp426-429

³ Velluet L., *Le médecin, un psy qui s'ignore*, éd. L'Harmattan, Paris, 2005, 267p.

puisse se manifester chez chacun des participants. Il ne s'agit pas, en effet, d'une simple modification du « comportement » professionnel pour acquérir cette « aptitude psychothérapeutique ».

En cela, notre méthode des groupes Balint, présente un lourd handicap vis-à-vis de toutes les méthodes dites « comportementalistes » qui s'offrent, actuellement, aux praticiens : ce « changement limité quoique considérable de la personnalité » du praticien, conditionnant cette « aptitude psychothérapeutique » épouse difficilement notre époque dans laquelle le facteur « temps » est de plus en plus obsédant pour chacun des professionnels de santé, et tout particulièrement pour nos médecins. Et ceci s'observe, actuellement dans tous les pays industrialisés⁴.

A cet égard, le système proposé récemment par l'OGC, DPC fut considéré par notre SMB comme une voie possible vers un procédé plus commode pour une ouverture sur ce processus de formation. En réalité, il s'avère présenter une capacité de « sensibilisation » des participants à la relation soignant-soigné : pour un petit nombre, il pourra conduire vers cette véritable formation « au long cours » que nous cherchons à développer.

Mais ce serait une grave illusion de penser - ou de laisser croire - que cela pourrait se substituer au groupe Balint « classique » en tant qu'outil de formation.

Il sera en tout cas intéressant de voir si des groupes Balint « au long cours » émergent dans les suites de ces sessions éphémères. Il me semble que cela est possible mais il est bien tôt pour l'affirmer.

Annexes

Il m'a semblé intéressant de livrer cette observation dans le contexte de cette « ouverture » psychothérapeutique parue dans la prestigieuse revue de médecine (NEJM) venant des USA.

Le nouveau dilemme du Docteur

Suzanne Koven

Traduction : Luc Canet

La patiente est assise au bord de ma table d'examen, penchée en avant, boucles blondes tombant sur ses yeux, sa posture fragile est le reflet de son état « émotionnel ». Bien que le symptôme qu'elle décrit soit relativement mineur - une diarrhée épisodique - elle semble désespérée. Elle s'agrippe à la table comme si cela lui permettait de retenir ses larmes.

Un collègue psychiatre me dit que ces moments-là, quand il y a un décalage évident entre ce que le patient dit et l'intensité émotionnelle avec laquelle il (ou elle) le dit, sont particulièrement mûrs pour aller voir plus loin. Mais le psychiatre est avec ses patients pendant 45 minutes. Je dois la voir en 15 minutes, dont plusieurs se sont déjà écoulées pour traiter et documenter le symptôme principal de cette femme : des selles molles.

Je me trouve dans un dilemme : dois-je demander à la patiente pourquoi elle est si bouleversée, ou puis-je demander une coproculture, prescrire des médicaments anti-diarrhéique, taper mon ordonnance et la renvoyer ainsi ?

En 1906, la pièce de George Bernard Shaw, « Le dilemme du docteur » apparût sur la scène londonienne : un médecin, Sir Colenso Ridgeon, avait découvert un remède contre la tuberculose. Le dilemme de Ridgeon était qu'il n'avait qu'une quantité limitée de ce médicament et une petite équipe pour l'administrer. Il ne pouvait traiter que dix patients à la fois et donc devait décider ceux dont la vie était la plus utile à sauver. Dans un long prologue, Shaw mettait en évi-

⁴ Koven, S. *The doctor New Dilemma*, in : NEJMed., feb.18, 2016, pp.608-609 (traduction en « annexe »)

dence la façon d'éviter que les médecins soient motivés par le gain financier et la façon de débarrasser la profession médicale, des charlatans.

Au cours des dernières années, la pièce dramatique de Shaw, du début du vingtième siècle sur l'éthique et l'économie des soins de santé a été considéré comme prémonitoire, comme préfigurant la création du National Health Service en Grande-Bretagne et l'Affordable Care Act aux États-Unis. Même avec ces développements modernes Colenso Ridgeons demeurerait aux prises avec les personnes à ressources limitées, à l'inégalité dans l'accès aux soins de santé et à ses collègues sans scrupules ou incompetents.

Le dilemme auquel je fais face le plus souvent en tant que médecin de soins primaires, cependant, ne fait pas partie de ce que Shaw avait anticipé. Les produits que j'ai du mal à rationner sont mon propre temps et mon énergie émotionnelle. Presque chaque jour, je vois un patient comme cette femme qui a la diarrhée, et je me retrouve à la croisée des chemins : dois-je lui demander ce qui vraiment la trouble et prendre le risque d'une interaction avec le temps qui passe ? Ou bien puis-je accepter ce qu'elle me dit, à sa stricte valeur nominale, et risquer de manquer une chance de l'aider vraiment ?

Souvent, la situation est moins dramatique. Disons que je traverse la salle et je trouve une patiente qui m'attend, en lisant un livre. Puis-je lui demander quel livre elle lit ? S'il est celui que j'ai récemment lu, puis-je lui demander si elle l'a, comme moi, apprécié mais trouvé cela un peu plus long que nécessaire ? Nous pourrions débattre de ce point, et alors elle pourrait commencer à me parler d'autres romans de sa liste de livres à lire, et bientôt nous serions - oh horreur ! - entrées dans une conversation. Et de précieuses minutes seraient perdues en bavardage inutile.

Mais s'agit-il d'un bavardage vraiment inutile ? Ces conversations peuvent générer la confiance, - des études l'ont suggéré - qui améliore les résultats pour la santé, tels que le contrôle de la pression artérielle et le soulagement de la douleur - en fait, ce qui est essentiel pour la guérison.

Une fois, alors que je remplaçais un collègue, je vis une vieille femme que je n'avais jamais rencontrée avant. Je me vante d'être en mesure de mettre les patients à l'aise, d'être en mesure d'établir une relation avec presque tout le monde, mais, avec cette femme, il n'y avait rien de tout cela. Elle exprima son scepticisme à propos de tout ce que je disais. A la fin, elle tira un stylo de son sac pour écrire mon diagnostic, avec l'intention claire de l'examiner plus tard et de se gausser de ma bêtise dans ma proposition de ce dernier.

« Quelle belle plume ! lâchai-je. » C'était : un bel objet en écaille avec une plume en or brillant. L'hostilité de cette femme fondit immédiatement. Elle me dit que les stylos étaient sa grande passion. Elle les collectionnait et les échangeait. Elle avait été à des expositions de stylos et visitait des boutiques de stylos partout dans le monde. Je lui dis, alors, que j'aimais moi aussi les stylos et que, en fait, mon mari venait de m'en acheter un pour mon anniversaire, dans un magasin à Dublin. Bien sûr, elle connaissait la boutique.

« Qu'en est-il de la plume ? demanda-t-elle. »

J'avouais que je ne me souvenais pas.

Elle m'a demandé alors de le décrire :

« épais... tige en bois naturel, capuchon en chrome... »

- Un Faber-Castell ! dit-elle, rayonnante

- C'est cela criai-je », mon sourire correspondant au sien. »

Elle rangea son stylo sans enregistrer mon diagnostic. Elle avait cru en moi.

Dans le cadre d'un nouveau programme « d'écriture-en-Résidence » dans le département de médecine interne de mon hôpital, j'ai rencontré des groupes de médecins et d'infirmières pour discuter de brèves œuvres de la littérature en rapport avec la pratique clinique.

Avant ces réunions, je demande toujours s'il y a un thème particulier qu'ils aimeraient aborder, et la réponse, hélas, est toujours le même: l'épuisement professionnel, le « burn-out ».

Pour plusieurs groupes, j'avais sélectionné « Communion », un essai publié il y a 20 ans dans lequel Richard Weinberg, un gastro-entérologue, raconte ses échanges avec une jeune femme souffrant de douleurs abdominales chroniques. Au début, Weinberg a du mal à aller à la rencontre de cette femme, qui semble se cacher sous des couches de vêtements amples, se présente avec des symptômes vagues, et des piles de résultats de tests demandés auparavant par des médecins exaspérés. Le tournant vient quand Weinberg, qui aime cuisiner, mais est inexpert en pâtisserie, pose à cette femme, qui travaille dans la boulangerie familiale, des questions à propos de la pâtisserie. Alors que cette femme expose de façon précise l'art de produire un excellent « Napoléon », Weinberg fait l'observation suivante : « Pour la première fois ses yeux prirent vie ».

Ce moment relationnel conduisit, au fil du temps, cette femme à confier à Weinberg un douloureux secret. À des rencontres régulières, que planifie Weinberg à la fin de ses sessions à son cabinet, ils s'assoient et parlent.

Weinberg est mal à l'aise dans ce rôle de « psychiatre », mais la patiente ne veut parler qu'avec lui. Peu à peu, elle se sort de sa coquille, et ses symptômes disparaissent.

Au début, il n'est pas évident de savoir comment "Communion" se rapporte à la pratique médicale moderne. Weinberg avait pu avoir des conversations sérieuses mais il n'en avait pas l'utilisation habituelle. En 1985, il n'y avait pas les entraves de l'écran d'ordinateur. Weinberg avait à faire face à un seul obstacle, celui de s'engager vis à vis de cette jeune femme troublée : sa volonté de le faire. Ses conversations tranquilles avec elle, nous semblent aussi surannées maintenant que des sacs noirs et des seringues en verre. Pourtant, le moment où Weinberg se jette à l'eau, quand il pose des questions à cette femme à propos de la pâtisserie, nous semble très familier. C'est un moment que nous avons tous vécu et, trop souvent, y avoir reculé - comme un seuil que nous craignons de traverser.

Nous nous imaginons, maintenant, nous mêmes, à la place de Weinberg, et nous découvrons une double contrainte, un nouveau dilemme pour le médecin: si nous posons des questions à propos de la pâtisserie, nous prenons désespérément du retard dans nos tâches administratives et nous nous sentons plus encore en *burn out*. Si nous ne posons pas de questions à propos de la pâtisserie, nous évitons ce genre d'intimité qui non seulement aide le patient, mais aussi nous apporte quelque chose et nous empêche de nous sentir dépassé (*burned out*).

La femme aux boucles blondes ne peut plus retenir ses larmes. Elle montre son tour de taille et sanglote : « je ne peux plus porter quoi que ce soit » !

Je suis frappée par le choix de ses mots, par la puissance métaphorique de son cri. Dans le passé, elle m'avait parlé de sa difficulté à maintenir ses relations, de sa solitude. Je lui recommandai alors une psychothérapie, mais elle la refusa.

Je considère et je me fais à moi-même cette remarque suggérant que sa diarrhée peut être la manifestation éloquentes de sa douleur psychologique.

Mais 25 minutes se sont, déjà, écoulées, et ce n'est tout simplement plus le temps d'ouvrir cette porte. Je commande les coprocultures, je prescris un médicament anti-diarrhéique et quelques modifications du régime alimentaire, je mentionne brièvement, à nouveau, la psychothérapie, et je quitte la pièce. Puis je rejoins mon bureau pour rédiger l'observation et la note d'honoraires concernant notre rencontre, assise au bord de mon siège,... au bord du désespoir.

« Communion »

Richard B. Weinberg, MD Ann. Intern. Med. 1995 ; 123(10):804-805

Traduction : Luc Canet

Je ne suis pas quelqu'un d'intimidant, mais je trouvai ma dernière patiente de la journée, recroquevillée dans le coin de la salle, comme si elle était dans l'attente d'un bourreau.

Une jeune femme, dans sa vingtaine année, tenant une liasse de dossiers médicaux contre sa poitrine, à la manière d'un bouclier.

Elle avait pris, elle même rendez-vous pour notre centre médical.

La première page de son dossier portait la mention "douleurs abdominales chroniques." Je me suis présenté, je me suis assis, et j'ai commencé à recueillir son histoire.

Elle se plaignait de fortes douleurs abdominales depuis son adolescence, mais la description de la douleur était si vague qu'aucun diagnostic spécifique ne me vint à l'esprit. Et ses dossiers me montrèrent que d'autres médecins n'avaient pas mieux réussi. Elle avait été vue dans les principales Consultations de gastro-entérologie de la ville, Elle avait effectué tous les tests, et avait essayé tous les médicaments.

Je me suis demandé, ce qu'elle avait pu garder de son pénible passage de médecin à médecin au cours de cette odyssée médicale ? Et que pourrais-je faire pour elle ? Alors que je l'interrogeai, je l'étudiai avec une fascination croissante.

Elle était anxieuse et retirée, mais néanmoins elle montrait un courage désespéré, comme un animal acculé menant, de manière provocante, un dernier combat.

Elle gardait le regard dirigé vers le bas, mais de temps en temps, elle me fixait intensément, comme si elle cherchait quelque chose.

Elle portait un pull terne, trop large et un bluejeans surdimensionné, ses cheveux mal coiffés tombaient sur ses yeux.

Ce qui me frappait c'était qu'elle avait fait délibérément tout son possible pour cacher le fait qu'elle était une jeune femme très séduisante. Elle semblait si mal à l'aise de parler d'elle-même que je me suis mis à chercher à en savoir davantage sur son histoire familiale.

Ses parents avaient émigré d'Italie. Sa mère était morte quand elle était adolescente, et même si elle n'était pas l'aînée, il lui était revenu de tenir le rôle de la mère pour ses cinq frères et sœurs.

Elle était une fervente catholique, qui, comme sa mère, assistait à la messe tous les matins. "Mais je ne prends pas la communion », ajouta-t-elle.

Son père était boulanger, et après des années de travail acharné, il était devenu propriétaire de sa propre boulangerie, dont elle-même s'occupait.

A l'heure actuelle, la cuisine est mon « hobby », mais la cuisson est une compétence culinaire, que je n'ai jamais maîtrisée. Aussi, suis-je toujours à l'affût de bonnes boulangeries, car ce n'est pas faciles à trouver. Je lui demandai, alors, où était sa boulangerie et s'ils faisaient des pâtisseries françaises, une de mes faiblesses. Ils les faisaient.

« Sont-elles aussi bonnes que celles de la Boulangerie française Gourmet », demandai-je, en mentionnant le nom d'un lieu connu, à proximité de mon Centre médical :

« Je suis un accro de leurs « Napoléons ». Pour la première fois ses yeux s'allumèrent : « Je ne donnerais pas de pâtisseries de cette Boulangerie Gourmet française, à mon chat » rétorqua-elle, « les Français ont appris tout ce qu'ils savent sur la cuisson des Italiens », me dit-elle, avec la fierté d'un artisan.

« Il n'est pas aussi facile de faire un « Napoléon » qu'il y paraît - c'est très difficile » dit-elle avec un ton de voix qui impliquait qu'elle connaissait le secret mais qu'elle n'était certainement pas sur le point de me le livrer.

Son élan passionné me prit par surprise, mais il disparût aussi vite qu'il était apparu. Le reste de l'entrevue fut monosyllabique. Son examen physique était tout à fait normal. Je lui ai dit, alors, que je pensais qu'elle souffrait, très probablement, d'une forme sévère du syndrome du « côlon irritable ». Elle m'écoula attentivement, mais ne dit rien.

Je prescrivis un régime et un antispasmodique qu'elle avait encore à essayer, et je lui demandai de revenir me voir dans un mois. Je n'étais pas optimiste. Je ne m'attendais vraiment pas à la revoir, mais elle reparut la semaine suivante.

Comme auparavant, elle s'était assise en silence dans la salle d'examen, et répondit à mes questions de façon laconique.

Parce qu'elle était devenue si animée en parlant de la boulangerie, la semaine précédente, et parce que la cuisson semblait être le seul point de contact, je consacrai la plus grande part de la consultation à la questionner à propos des pâtisseries italiennes: quelles étaient celles vendues lors des vacances, quel genre de levure fonctionnait le mieux et quelles recettes son père avait amené d'Italie. Elle était très bien informée. Elle ne me dit rien au sujet de ses douleurs abdominales.

Je lui donnais un autre rendez-vous pour un mois plus tard. Elle revint encore une fois la semaine suivante. Cette fois, elle semblait un peu plus à l'aise, mais je notais les cernes sous les yeux :

« Dormez-vous bien ? demandai-je

- Non

- Pourquoi ?

- Parce que je fais un cauchemar

- Un cauchemar ? le même cauchemar chaque nuit ?

- Oui

- Pouvez-vous me raconter son sujet ? »

Elle se tut pendant un certain temps, puis elle prit une profonde inspiration, comme si elle avait pris sa décision. Et, d'une voix monocorde, à peine audible, elle me décrit son rêve : elle est en train de courir, parce qu'elle doit se rendre à la confession avant que le prêtre ne s'en aille. Mais quand elle entre dans l'église, celle-ci est vide, sombre, froide. Elle appelle, mais il n'y a pas de réponse. Soudain, des acolytes invisibles jusqu'alors, la saisissent et l'entraînent à l'Autel. Sa tête est tirée vers l'arrière et de l'eau bénite est introduite de force dans sa gorge pour étouffer ses cris. Elle a du mal à lever la tête et voit alors une procession de prêtres à capuchon tenant de longues bougies, se dirigeant, dans l'allée, vers elle.

Je frémis en l'écoutant. La conséquence de cette imagerie sinistre était inévitable :

- Avez-vous déjà été agressée sexuellement ? demandai-je doucement. "

- Oui

- Quand ?

- Quand j'avais quatorze ans. »

Elle respirait maintenant avec un halètement court et rapide. Je ne savais pas s'il fallait continuer ou non. Ses yeux dirent oui.

« Que vous est-il arrivé ? »

Avec un grand effort, elle me raconta qu'elle avait été violée par le petit ami de sa sœur aînée. Il était venu à la boulangerie, tard dans la nuit, à la recherche de sa sœur, mais l'avait trouvée à la place. « Il n'y a rien de plus sale qu'il n'ait fait sur moi », sanglotait-elle, et ensuite, elle débita, sans s'arrêter, les sombres détails de son calvaire :

« On ne l'a jamais signalé ?

- Non

- Vous ne l'avez jamais dit à personne ? »

Elle me regarda avec un visage implorant.

« Comment pourrais-je le dire à quelqu'un... ce serait tuer mon père et détruire ma famille, pleurerait-elle.

- Vous êtes la seule personne à qui je l'ai dit ! »

Je me sentais complètement dépassé. Je l'ai consolé de mon mieux, et quand ses sanglots eurent cessé, je lui ai suggéré doucement de voir un psychiatre ou un conseiller pour le viol.

Je suis gastro-entérologue et je lui ai dit que cela sortait de mon domaine d'expertise. Je lui ai expliqué que je n'avais ni les connaissances ni l'expérience pour l'aider. Mais elle refusa catégoriquement d'envisager un envoi à quelqu'un d'autre. Elle n'aurait pas confiance en eux.

Je compris alors qu'ayant mis au jour son sombre secret, j'étais devenu responsable de ses soins. Pendant des semaines après son agression, elle ne pouvait manger. Et alors, insidieusement, elle tomba dans un rituel de pénitence :

Elle se faufilait dans la boulangerie, tard dans la nuit, et se gavait de pâtisseries, puis se faisait vomir, et répétait le processus jusqu'à ce que son estomac lui fasse mal, et elle en était épuisée. Elle était impuissante à arrêter sa boulimie, sauf de façon brève. Elle utilisait ce rituel pour expier sa culpabilité et sa honte. Elle sembla tirer une grande force de ces consultations. Lorsque la discussion devenait difficile, nous parlions de cuisson.

Je passais de nombreuses soirées dans la bibliothèque pour y faire des lectures médicales autant que je le pouvais, sur viol et troubles alimentaires. Il n'y avait pas beaucoup de textes écrits sur le sujet, et au bout d'un certain temps, il me sembla que j'apprenais plus de ma patiente qu'à la lecture des revues cliniques.

Encore mal à l'aise dans ce rôle inhabituel, je discutai de son cas avec un collègue dans le département de psychiatrie. Il me demanda :

« Est-elle à l'aise pour parler avec vous ?

- Oui

- Est-ce qu'elle vous semble aller mieux ?

- Je le pense

- Eh bien, vous faites aussi bien que nous-autres pourrions le faire me déclara-t-il. »

Les visites continuèrent, et les mois passaient. Je notai des changements subtils mais sans équivoque : Son regard inquiet avait disparu et elle se mettait à sourire ; elle avait gagné un peu de poids et me fit remarquer qu'elle pensait avoir meilleur aspect : une touche de maquillage était apparue ; elle vint au cabinet avec une nouvelle coiffure; elle m'informa qu'elle était retournée à des études à temps partiel et qu'elle avait obtenu son diplôme d'études secondaires. Elle m'annonça qu'elle prenait à nouveau la communion.

Ses visites se firent à intervalles de plus en plus longs. Je ne l'avais pas revu depuis trois mois, quand elle apparut alors que j'étais sur le point de quitter le cabinet. Au début, je ne la reconnus pas, tant elle était transformée. Elle était dynamique, vivante. Elle était belle, élégamment vêtue comme pour une soirée en ville.

Je m'aperçus qu'elle s'était habillée pour moi. Je sentais aussi que quelque chose était terminé, que c'était la prise de congé.

Nous nous sommes assis dans la salle d'attente, vide. «Je quitte la boulangerie » me dit-elle, «Je vais faire un voyage en Italie cet été, et quand je reviendrai, je vais commencer l'université à temps plein. Je voulais vous voir avant mon départ pour que je puisse vous apporter ces...», dit-elle, en me tendant une boîte en carton blanc, soigneusement attachée avec un ruban brillant.

«Dois-je l'ouvrir maintenant » demandai-je ? Elle acquiesça. A l'intérieur de la boîte, reposant soigneusement sur des napperons individuels, se trouvaient six « Napoléons » parfaits, la pâte

feuilletée bien levée, le chocolat fondant, à surface noire et lisse, soigneusement alignés en chevrons.

« Mon père fait habituellement ceux-ci, mais parfois il n'obtient pas le bon résultat. Ceux là, je les ai réalisés moi-même, pour vous », dit-elle. Je souris et je la remerciai pour sa gentillesse. Nous parlâmes un peu de son prochain voyage. Puis elle se leva pour s'en aller. « Merci de croire en moi, » dit-elle. « Je voudrais vous dire la même chose » répondis-je. Un mince film de larmes brillait dans ses yeux. Elle se pencha vers moi et m'embrassa sur la joue.

« Au revoir » murmura-t-elle, puis elle se dirigea dans le couloir vers l'ascenseur. A l'ouverture des portes, elle se retourna et me fit un sourire radieux qui me réchauffa comme le soleil.

« Ne les mangez pas tous à la fois ! » dit-elle avec une étincelle de malice dans les yeux.

« Ce n'est pas bon pour la santé, vous savez. »

« Un médecin ne choisit pas ses patients », le professeur aux cheveux gris qui m'avait enseigné le diagnostic physique disait : « c'est le patient qui choisit le médecin. »

J'avais été choisi pour recevoir un cadeau de la confiance...et de tous les dons que j'ai jamais reçus, aucun ne me sembla plus précieux.

Cet après-midi, je quittais la clinique, me sentant euphorique et plein d'amour pour ma profession. Le soir, après le dîner, j'ai ouvert mon cadeau et je participai à la « communion » de la fille du boulanger.

De la carpe et du lapin ?

L'air du temps : quelques représentations psychosociales

Jacky Gomier

Ce serait dans l'air du temps de pouvoir devenir plus aisément « psychothérapeutes » pour les médecins. C'est notamment la loi du 25 juillet 1985 (et plusieurs décrets dont celui du 7 mai 2012) qui en donne la possibilité. Mais pour autant, une rapide formation théorique suffit-elle, pour devenir réellement psychothérapeute ?

Balint lui-même répondait : « on a totalement oublié que la psychothérapie est surtout non pas une connaissance théorique, mais une aptitude personnelle » (*Le Médecin, son malade et la maladie*, p.317).

Mélange des genres, tout un chacun pourrait s'approprier une quelconque fonction.

Tout serait thérapeutique : certaines formes ésotériques de soins, techniques de développement personnel, philosophie du bonheur, psychologie positive, coaching, etc.

Les besoins en matière psychologique n'étant pas satisfaits par les canaux ordinaires (délais des CMP et institutions de toutes sortes...), les patients « consommateurs de soins » souvent dans l'urgence de la demande (alors que la souffrance s'origine dans l'enfance ou très lointainement) peuvent trouver naturel de s'adresser à leur interlocuteur familier qu'est le médecin ou le soignant habituel.

Le corps médical et soignant souffre : burn-out, suicides, etc. Une plus grande agressivité des patients est mal vécue. Plus qu'une demande sur l'inconscient, malgré les besoins, du côté soignant, on attendrait des recettes pour faire face au sentiment « d'insécurité montante », « d'impuissance ».

Les patients de leur côté attendraient aussi des recettes pour s'accommoder de leur vie de plus en plus stressante. Il faudrait donc se réparer rapidement pour être productif, compétitif.

Ce désir d'un « savoir sur l'autre » du soignant serait-ce une « résistance » à un « savoir sur soi » pour faire face à ce relationnel du soin si stressant ?

Ce que le balint pourrait apporter aux soignants :

La formation Balint améliorerait le relationnel soignant / soigné.

Elle redonnerait de « l'humanité à la relation soignante dans une société déshumanisée » (propos à l'atelier de Françoise Auger) et une part de la médecine déshumanisée pourrait-on ajouter.

Hélène Oppenheim parle avec pertinence de « méthode efficace pour améliorer les premiers soins et la coopération avec la santé mentale ».

Ainsi le soignant pourrait mieux entendre et décoder la demande du patient qui possède souvent une part du savoir sur sa maladie. Il serait ainsi plus à l'aise dans la relation soignant / soigné et dans l'administration du soin. Mais pour autant mieux comprendre ce savoir du malade, n'est pas forcément répondre à la demande, qui pourra être éventuellement réorientée vers d'autres professionnels.

Le Balint, en amenant les participants à écouter leurs pairs enrichit leur écoute, leur empathie. Pour autant une écoute passive n'est pas une écoute clinique, ni n'autorise nécessairement l'interprétation favorisant l'insight.

Le plus souvent, les situations rapportées ont trait à un conflit, une incompréhension qui, s'ils ont pu être « disséqués », peuvent permettre un mieux-être du soignant dans sa relation avec ce patient spécifique voire dans des situations similaires.

Le Balint « renarcissise » par son effet groupal d'encouragement collectif, singularise mais aussi universalise les possibles errements partagés par la profession (les participants). Ces erreurs seront « pardonnées » et en éviteront d'autres.

Le surmoi professionnel parfois oppressant peut se voir amendé, assouplissant dès lors le relationnel et la pratique soignante.

Ainsi, cette déclinaison des divers intérêts de la formation Balint certes non exhaustive, n'apparaît pas si mince que cela et répond me semble-t-il grandement aux besoins de la profession soignante.

L'accès à une compétence psychothérapeutique : un pas qui n'est pas franchi à l'occasion de la formation Balint

Balint lui-même parle de « changement de personnalité limité bien que considérable » (p. 321 *ibid.*) et situe ces limites avec grande difficulté : « Je me rends parfaitement compte que je me trouve ici sur un terrain en grande partie inexploré et assez incertain...à l'heure actuelle, il n'existe pas d'accord quant aux critères établissant les standards minima et optima du changement souhaité de personnalité nécessaire pour un psychothérapeute. Le système analytique repose sur le principe assez coûteux : qui peut le plus peut le moins. »

Un tel système et de tels standards dépassant les possibilités de notre projet, nous avons dû créer nos propres méthodes et définir nos propres standards. » (p. 315 *ibid.*). Ainsi Balint aurait-il « bricolé » un kit « spécial médecins » dont on a du mal à cerner les contours.

Plus loin, il indique : « La seule chose qu'il ne doit cependant jamais oublier c'est qu'il est un médecin de famille et non un psychiatre amateur » (p. 294 *ibid.*).

Il est évident que la formation Balint n'évoque que la sphère professionnelle et en aucun cas la sphère privée intime du participant. Ainsi donc les Balintiens ne peuvent prétendre avoir travaillé en groupe Balint leur histoire personnelle infantile et familiale qui est la clé d'une compétence thérapeutique, voire psychanalytique.

En outre ne s'agit-il pas là d'un travail davantage groupal qu'individuel.

Colette Chiland (L'entretien clinique, PUF, p. 155) décrit ainsi ce préalable à une compétence clinique :

« Notre comportement dans l'entretien clinique et plus encore notre perception même de ce qui s'y joue sont en partie conditionnés par tout ce qui a tissé depuis notre enfance les structures de notre propre inconscient. Si l'on ajoute que les échanges qui se passent sur un registre non verbal échappent à notre contrôle, on comprendra que tant qu'un travail intérieur de prise de conscience et d'analyse, voire de remise en cause de notre mode relationnel n'est pas entrepris, les risques sont importants d'occultation des problèmes de l'autre, en raison des projections et des résistances qu'ils suscitent en nous. Etre le plus possible au clair avec la part inconsciente de nous-mêmes que nous engagerons dans l'entretien clinique est donc une nécessité... »

Des concepts, un cadre et un temps très différents !

D. W. Winnicott évoque cette différence de concepts et de finalité entre médecins et psychothérapeutes (Préface « La nature humaine » éd Gallimard, p.11) :

« Un médecin écrit d'habitude et plus facilement sur la maladie que sur la santé. Certes, en étudiant la maladie, nous en venons à étudier une grande part de ce qui importe concernant la santé. Mais l'hypothèse du médecin, qui veut que la santé soit une relative absence d'affections

pathologiques, n'est pas une hypothèse qui puisse nous convenir. Le mot « santé » en effet a sa propre signification positive, et l'absence de maladie n'est rien de plus que le point de départ d'une vie saine. »

Et Groddeck d'ajouter :

« Derrière ces deux termes, thérapie et traitement, se cache le conflit interne de notre profession, qu'ils expriment le combat que chaque médecin doit mener à toute heure de la journée.... » (La maladie, l'art et le symbole, Georg Groddeck, éd. Gallimard, p. 144).

Nous butons ici au conflit et aux liens entre Psyché et Soma, point de rencontre et d'exclusion irréductible. Quand le corps veut vivre, la psyché ne le veut et quand la psyché le désire, le corps ne suit pas !

Là réside la problématique originelle dont la question de la « psychothérapie » ne serait qu'un des aspects.

Les psychosomaticiens apportent certaines réponses - y aurait-il d'autres axes de recherche possibles ? La question est posée !

Ne se situerait-t-on point au sein de la SMB au croisement de cette problématique insoluble pour l'instant ?

Une thérapie psychanalytique voire une analyse prennent du temps ce qui les différencie des thérapies brèves et entretiens de courte durée.

N.B. (Un comportementaliste m'expliquait qu'il se concentrait sur un symptôme puis sur un autre nécessairement consécutif - je rajouterais pour être « productif et adaptatif ».)

De fait la « perlaboration psychique » s'inscrit dans le temps et par ailleurs différemment selon les patients (temps T1 de conscientisation, T2, T3...).

Comment le médecin qui voit X patients par jour peut-il proposer ce temps nécessaire à l'élaboration psychique ?

Comment par ailleurs le cadre psychothérapeutique peut-il se faufiler dans le cadre du lieu et du temps du Cabinet Médical (un RV régulier dans un temps défini, positions face à face ou divan, abstinence du toucher on touche / on ne touche pas...)?

Comment également aborder la régression, l'archaïque et les contre transferts négatifs notamment dans les états limites, les pathologies psychotiques, narcissiques, etc. ?

Didier Anzieu (« créer, détruire ») parle du « système de la pensée négative généralisée » auquel le soignant devrait répondre par un « prêt à penser », fonction du Moi auxiliaire de R. Kaës, fonction alpha de Bion.

Comment y faire face sans avoir soi-même connu cette phase régressive et exploré ses propres fragilités qui seront attaquées par les projections défensives des patients.

Pour finir, mes précédents doutes - qui seraient certainement à mieux expliciter et approfondir - ne me semblent pas exclure ponctuellement les désirs sincères de certains médecins ou soignants de franchir le pas - sous condition d'un travail personnel approfondi analytique, d'une expérience clinique, d'un temps de supervision, et d'un engagement exclusif dans la clinique du psychisme.

Les nombreuses années à animer seul ou en co-thérapie des groupes Balint me font penser qu'ils ne sont pas forcément si nombreux ceux qui auraient cette fibre clinique et ce désir profond.

Je pense qu'il existe des courants très antagonistes sur la question posée au sein de la SMB.

Je n'ai pas compris à cet égard la posture de la SMB lorsqu'elle n'a plus à un certain moment voulu soutenir l'atelier « psychothérapie et formation Balint » (quel était alors l'enjeu ?).

Je ne suis pas a-conflituel, mais des réflexions apaisées sur le sujet seraient certainement possibles et appréciées, de même qu'une certaine humilité collective.

N'est-ce pas déjà très « considérable » d'essayer de procurer aux Balintiens ce changement « limité » dont parle Balint ?

Alors ne nous embarquons peut-être pas davantage dans d'autres aventures très aléatoires (formation à la supervision, formation à la psychothérapie...) à moins qu'il s'agisse d'une fuite en avant pour réparer...l'insuffisance de la réponse médicale à la souffrance humaine...voire plus profondément refouler la faute historique originelle d'une alliance qui aurait pu être contre-nature (de la carpe et du lapin) ?

Alors peut-être faut-il nous interroger les uns les autres sur nos désirs profonds, sur notre désir d'alliance, sur nos limites respectives et communes.

Que voulons-nous « soigner » ensemble ?

Sur la psychothérapie

Guite Guérin

« *Bouleaux, apprenez-moi que je ne suis rien et que je suis digne de vivre* ». Poème japonais

« *Loin de toi, se déroule l'histoire mondiale, l'histoire mondiale de ton âme* ». Franz Kafka

Le langage est apparu il y a de 100 à 200.000 ans. Il est ce qui unit et désunit les hommes, à l'intérieur d'eux-mêmes et entre eux lorsqu'ils utilisent la parole.

Hölderlin nous a dit : « Le langage est le bien le plus précieux et le plus dangereux qui ait été donné aux hommes ».

Koestler ajoute : « Ce qui a le plus tué, sur terre, c'est le langage ».

Enfin, Pascal Quignard écrit : « Le langage est la maison pour tout ce qui n'est plus, et tout ce qui n'est pas ».

Depuis le 12^e siècle, en Occident, le langage que l'enfant reçoit s'appelle langue maternelle. Ailleurs, en Pologne par exemple, il s'appelle langue paternelle et, en Russie, langue familiale.

Une question centrale apparaît d'emblée et restera sous-jacente à nos réflexions : « **quel rapport y a-t-il entre la langue et la vie ?** » se demande un jeune adolescent qui ajoute : « Je cherche des mots qui ont un sens pour moi, qui me représentent, dans lesquels je puisse entrer. L'étape à franchir, c'est de comprendre que les mots sont aussi de chair et pas seulement les mots d'un code ». En écho, une petite fille de 8 ans demande à sa mère : « Je voudrais voir une parleuse de vie ».

Lorsque nous utilisons le langage, nous le transformons en paroles. **Une psychothérapie est une thérapie par la parole qui modifie le monde intérieur du patient.** C'est pourquoi il convient que les paroles de l'homme soient crédibles et inspirent confiance. Pour cela, en chinois, le caractère « foi » est formé de la réunion des deux caractères « homme » et « mot ». Une psychothérapie, c'est l'essai de penser l'impensé.

Dans la Grèce chrétienne, la psychothérapie désignait l'action de convertir les païens. Et le mot *thérapeute* vient du grec " *thérapeutès* » qui signifie *serviteur et soignant*. Une psychothérapie est un espace et un temps pour penser sa vie psychique, sa vie intime et sa vie publique.

Ecouter (et s'écouter), c'est apprendre une autre langue

En 1938, Freud écrivait : « L'analyse se déroule dans deux lieux différents, d'un côté chez le patient, de l'autre chez l'analyste ». De la même façon, la psychothérapie se déroule chez le patient et chez le thérapeute. La psychothérapie est une thérapie par les effets de la parole : soit celle du patient, entendue, accueillie par le soignant, soit celle du soignant, entendue, reçue par le patient. **Là aussi, la parole vise une conversion, mais une conversion à la vie.** Une parole juste, efficace, implique des compétences exigeantes de la part du thérapeute. Pour l'essentiel, ce sont : savoir écouter, **savoir se taire, savoir parler.**

« Qu'est-ce qu'écouter ? ». Nous l'éclairerons par une autre question : Qu'est-ce que ne pas écouter ? Qu'est-ce que l'écoute, sinon l'initiation à l'étrangeté du discours des patients, au sens où on dit : qu'est-ce que l'instruction, sinon l'initiation à l'étrangeté du monde ? Ou bien : qu'est-ce que la maternité sinon, pour la mère, l'initiation à l'étrangeté de l'enfant et, pour l'enfant, l'initiation à l'étrangeté de sa famille ?

Ecouter, en latin, se dit *obaudire* qui, en français, a dérivé en *obéir*. *Avoir de l'attention envers l'autre* vient du latin, *attentio*, dérivé de *attendere* qui signifie *tourner son esprit vers*. Une écoute, un accompagnement du patient supposent une empathie, supposent de supporter l'état du patient, aux deux sens du terme : le subir, s'y trouver confronté, ne pas s'y dérober, d'une part ; et le porter avec lui, le soutenir, d'autre part. Ecouter, c'est ne jamais oublier que, derrière ce qui est dit, il y a d'abord le fait de dire. Pour certains patients, ce fait de dire leur suffit :

- il suffit comme source de plaisir ou comme violence faite à l'autre (l'écouter)
- ou il suffit à faire cesser la séparation (ou la fusion) avec l'autre
- lorsqu'on écoute un patient, il faut s'attacher, non pas au rapport de son dire avec ce qui serait un discours de normalité, mais au rapport qu'il entretient lui-même avec ce qu'il dit.

Dans l'écoute, le fait d'entendre est-il, déjà, une interprétation ? Une parole entendue est-elle, déjà, une parole interprétée ? Entendre est-ce, déjà, interpréter ? Si on peut faire savoir que l'on a entendu, alors, la parole a trouvé un destinataire et le patient en est reconnu l'auteur.

Ecouter, c'est savoir reconnaître notre surdité.

Notre projet ou notre exigence serait de pouvoir tout écouter. Certains musiciens peuvent tout entendre ; ils possèdent l'oreille absolue, celle qui distingue le « la » pur, celui qui n'a pas d'harmonique. Mais, pour nous, il n'y a pas d'oreille absolue qui puisse entendre le tout d'une langue. Car en commençant à parler notre langue, on en abandonne certaines zones, certains îlots, on en méconnaît certains symboles.

D'où la nécessité, d'abord, de se reconnaître sourds à certaines pensées, paroles, émotions. La surdité aussi a sa noblesse. En Afrique, chez certains peuples, le sourd n'est pas celui qui n'entend plus rien; mais celui qui est déjà si grand qu'il ne peut pas percevoir les voix qui viennent de si bas. Quelquefois, les paroles nous diminuent dans notre humanité au sens où l'on dit que la vie de certains hommes nous diminue.

Lorsque le patient partage avec nous la description d'une situation ou le récit d'un événement, ce dire-là, celui du patient, est humanisé parce que reçu, accueilli. **Le patient pense avec nous comme on écrit avec un stylo**. Ecouter, c'est permettre à celui que l'on écoute de lier, de joindre ensemble ce qui le touche, ce qui l'émeut et ce qu'il en pense, avec des mots à lui qui correspondent à son émotion, à son vécu à lui. Pour se rencontrer soi-même, il faut que l'émotion vécue puisse être pensée, dite. Avec quoi écoutons-nous ? Vous savez qu'en chinois, le signe *humanité* s'écrit comme *deux êtres humains*. Ce qu'on appelle *humanité* ou, en d'autres termes, *considération pour autrui*, c'est la faculté que possède l'être humain de se mettre en pensée à la place de l'autre.

Il suffit que deux êtres humains, père et fils, employeur et employé, ou tout simplement deux inconnus en voyage se trouvent face à face, pour que se noue entre eux un pacte implicite réglant leur relation. C'est ce qu'on appelle *humanité*. C'est-à-dire le *souci de l'autre*. La faculté qu'a un être humain de compatir en pensée à la vie d'un autre. C'est avec cette faculté-là que nous écoutons.

Si l'être humain n'était pas divisé, comment pourrait-il s'identifier à l'autre ? Cette faculté de nous mettre à la place de l'autre, quelque moment, nous est donnée par cette division, celle-là même que nous maudissons lorsqu'elle vient nous séparer de nous-même, lorsqu'elle nous rend étranger à nous-même ou nous déchire gravement. Mais enfin, sans cette division, l'autre nous resterait définitivement étranger.

Thomas Mann a justement senti la valeur de cette non-coïncidence de soi à soi lorsqu'il écrit : « L'idée selon laquelle chaque personne est elle-même et ne peut en être une autre est-elle autre chose qu'une convention, qui laisse arbitrairement de côté toutes les transitions qui lient l'individu au général ».

Ecouter quelqu'un, c'est pouvoir s'identifier à ce qui est dit :

- soit en reconnaissant le sens de ce qui est dit,

- soit en lui donnant du sens, peut-être ponctuel ou temporaire, et avec le risque toujours encouru du faux sens ou du contresens.

Enfin, pouvoir s'identifier à ce qui est dit c'est quelquefois faire l'hypothèse qu'un sens viendra, plus tard, transformer ce qui n'est encore qu'absurde ou incohérent.

La difficulté d'écouter vient de ce que nous fait le texte du patient :

- ça ne nous touche pas, pas assez ou pas du tout
- c'est contradictoire, incohérent, c'est-à-dire que ça nous désunit nous-même,
- ou bien ça nous touche trop et l'émotion nous déborde.

Il y a une phrase d'Alfred Döblin, dans un texte sur Hamlet (*La longue nuit prend fin*) qui résume cette sorte d'angoisse qui nous vient parfois en écoutant. Il écrit : « Il appelait au secours. En l'écoutant, on tremblait, non pas pour lui, mais pour soi-même ». Vous l'avez remarqué, je suis passée presque sans m'en apercevoir de « Qu'est-ce qu'écouter ? » à « Qu'est-ce que ne pas écouter ? »

Ne pas écouter, c'est ne pas pouvoir être -ponctuellement-l'auteur de ce que nous entendons. Ne pas pouvoir l'être à cause de la violence du texte, à cause de sa répétition sans fin, à cause de son inanité à nos oreilles. Il y a entre celui qui parle et celui qui écoute, le même type de lien qu'entre celui qui écrit et celui qui lit l'écrit. Le lecteur, pendant sa lecture, est aussi l'auteur du texte. Seulement, quand on lit, on choisit ses auteurs. Quand on écoute, on peut juste -de temps en temps- fermer ses oreilles ou son esprit. Il y a au moins deux façons de ne pas écouter un patient :

- l'une consiste à ne pas le reconnaître comme semblable à soi, dans une humanité commune
- l'autre consiste à ne pas le reconnaître comme différent de soi, témoignant d'une autre facette de notre condition humaine.

Enfin, comment écouter sans s'appuyer sur le sentiment de comprendre ? Qu'est-ce qui permet de supporter un discours auquel on ne comprend rien ? C'est, d'abord, accepter de ne pas comprendre, accepter d'être séparé du patient, accepter de ne plus être ensemble. C'est, ensuite, la possibilité de s'appuyer, temporairement, sur une certaine connaissance de l'histoire du patient et sur les questions que nous pose la non-connaissance du patient. Enfin, ce sont la patience et l'idée que, plus tard, on comprendra.

Qu'est-ce que « ne pas comprendre ? C'est :

- soit ne pas pouvoir entrer dans un mode d'être, de penser, parce qu'il nous est trop ou totalement étranger,
- soit ne pas vouloir entrer dans ce même mode d'être, de penser parce que nous en refusons l'appréhension, et même la nomination, comme nous étant insupportables.

Quelles conséquences au fait d'entendre sans comprendre ? Ce que l'on entend n'a pas à être qualifié, ni compris, a priori. Que devient chez le thérapeute une parole entendue et non comprise ? Elle est angoissante. Pour s'en protéger, nous lui faisons subir différents traitements. Nous la déformons, nous l'annulons, nous l'oublions. Mais nous pouvons également la mettre en attente d'un sens espéré. Notre travail consiste à l'accueillir et à patienter dans l'attente d'un sens à venir qui lui sera donné, plus tard. Il consiste à accepter que le patient comprenne seul, ou avant nous. Il consiste également, tout au long de la thérapie, à nous servir d'une qualité humaine essentielle : savoir mourir et ressusciter intérieurement, comme le font certains patients. Leur désir d'être et de vivre s'entend. Leur absence de désir ou celui de mourir s'entend aussi.

La lecture est l'apprentissage de l'écoute. Dans *Lire Lolita à Téhéran*, une romancière iranienne, Azar Nafisi, écrit : « Un roman, c'est l'expérience, à travers nos propres sens, d'un autre monde. Si vous n'entrez pas dans ce monde, si vous ne retenez pas votre souffle en même temps que les personnages qui le peuplent, si vous ne vous impliquez pas dans ce qui va leur arriver, vous ne connaîtrez pas l'empathie et l'empathie est au cœur du roman. Seule la littérature apprend à se

mettre à la place des autres, à comprendre leurs contradictions. Elle empêche ainsi que l'on devienne impitoyable. Quand on comprend toutes les dimensions d'un individu, on ne peut si facilement l'assassiner... La fiction nous permet de comprendre n'importe quel individu, si abominable soit-il. Un bon roman est celui qui fait apparaître la complexité humaine et crée assez d'espace pour que chacun de ses personnages fasse entendre sa voix. Un grand roman apporte un éclairage intellectuel et émotionnel nouveau sur la complexité de la vie et des individus...». Résumons : la lecture nous donne accès aux autres. La lecture, c'est de l'intime partagé. Accès aux autres et accès à soi, à notre propre monde intérieur. La lecture enrichit notre outil psychique, le dégage de l'enfermement, le rend vivant : « Un livre doit être un coup de hache dans la mer gelée en nous. » (F. Kafka).

Au 1^{er} siècle de notre ère, Plutarque a écrit : « **Ecouter, c'est être prêt à se transformer** ».

Savoir écouter est la première qualité de celui qui doit parler. Le silence du soignant est nécessaire à l'écoute du soigné. **Savoir se taire** est autre chose que d'être réduit au silence, **c'est habiter le silence**.

Ecouter, c'est prendre au sérieux la présence et l'absence du patient. C'est être présent à sa parole et à son silence. C'est lui donner la possibilité d'être présent à lui-même, à ce qui parle en lui. Côté soignant, le silence est une plage de disponibilité. C'est un espace psychique accueillant l'émotion et la pensée du soigné.

Le silence intérieur du thérapeute reconnaît la parole comme don et comme dette. La parole vient des ascendants, des ancêtres. Le silence l'enveloppe. Nous faisons nôtres le Silence et la Parole comme socles à partir desquels nous pouvons nous taire ou parler. Le silence du thérapeute, celui dans lequel il baigne, est le silence de l'ignorance, le silence du mystère de l'origine, de l'étrange de l'origine et celui du mystère de la mort. Il est le silence du sens, l'absence de sens. Avec A. Nothomb rappelons que, bien souvent : « le sens est la consolation des faibles ».

Ce silence-là, le thérapeute l'accepte pour autant qu'il accepte la parole comme lui venant d'ailleurs, pour autant donc qu'il reconnaît sa dette de parole à l'égard de ceux qui lui ont transmis sa langue. Dans Faust, Goethe nous a déjà donné ce conseil : « Ce que tu as hérité de tes pères, acquiers-le afin de le posséder. »

Notre silence intérieur est constitué dans la mesure où il est contenu dans l'intervalle des paroles qui nous fondent. Il est constituant dans la mesure où il est lui-même le contenant des paroles qui représentent notre dette de pensée.

« Soyez à tout moment attentif au message émanant sans cesse du silence », nous dit R.-M. Rilke (*Elégies de Duino*). Le silence plein est silence auquel ne manque aucune parole. Il nous emplit de paix. Il est repos. Il est accord avec nous-même et avec le monde. **Le silence plein est notre vie sans angoisse, notre être sans angoisse**. C'est l'état que vise la Méditation.

Et qu'est-ce que méditer ? Nous trouvons la réponse dans **Le Livre tibétain de la vie et de la mort** : « Méditer, c'est ceci : quand la pensée précédente est passée et que la pensée future ne s'est pas encore élevée, n'y a-t-il pas un intervalle ? Si. Eh bien prolonge-le, c'est cela la méditation ».

La méditation commence avec le silence de la mémoire. Elle commence dans la paix conclue avec le souvenir que l'on peut oublier. Le thérapeute accompagne son patient jusqu'à ce temps possible de la méditation.

A qui parle le patient ? Il parle à un inconnu censé l'entendre. Cela implique une croyance dans la langue. Cela implique d'avoir foi dans le fait que la langue est intelligible. Cela suppose un rapport de confiance avec la langue et avec celui qui l'entend. Cette croyance et cette confiance sont des formes de l'amour. Elles sont à la base du transfert, à la base de l'amour de transfert. A qui parle le patient ? est la même question que : à qui écrit-on quand on écrit un texte, une

fiction ou un poème ? A un inconnu qui saura entendre. On parle et on écrit à un inconnu. Cet inconnu est le destinataire.

Le thérapeute soutient simultanément deux positions. D'une part, il est, avec empathie, ponctuellement, l'auteur de ce que dit le patient. Et, d'autre part, dans le même temps, il est celui à qui s'adresse le patient. Donc, il est, à la fois, l'auteur et le destinataire.

Au sens large du mot, le transfert est la manifestation de l'inconscient dans notre vie. Il est « la mise en actes d'une mémoire oubliée et chargée d'affects intenses ». Au sens strict du mot, le transfert est le lien que construit la parole du patient. Il est le lien que construit le patient en s'adressant à un autre être humain censé l'entendre.

Deux dimensions sont essentielles au transfert :

- L'une consiste à assigner à l'être à qui l'on s'adresse une place fixe, définie par notre propre monde psychique particulier. Elle consiste à te réduire à l'un de nos objets internes, celui dont on se servira, celui avec qui on répétera, une nouvelle fois, une part de notre histoire au lieu de la découvrir, ou du moins avant de la découvrir. Le transfert est, par cette dimension, la répétition du même symptôme, du même arrêt de notre être, de la même impasse de vie.

- L'autre dimension, opposée à la précédente mais également présente, est le fait de s'adresser à un autre être humain, en tant qu'on le crédite d'un savoir nous concernant et qu'on le crédite d'être rattaché à l'Être, d'être ouvert sur la Parole, ouvert sur du possible auquel nous sommes conviés. On le crédite de ne pas être défini, fermé, clos, mais au contraire en lien, en rapport avec un champ symbolique ouvert dans lequel nous pourrions entrer. Le transfert est lié au fait de s'adresser à un autre, représentant de la langue commune et sujet d'une parole qui nous reconnaîtra. Le transfert est à la fois le frein et le moteur de la rencontre et de la relation entre patient et thérapeute.

Le contre-transfert chez le thérapeute, est, au niveau conscient, la somme de ses erreurs de jugement. Mais, pour l'essentiel de ses effets négatifs, le contre-transfert est inconscient. Il est le fait de refouler certains signifiants du patient, certaines paroles ou émotions du patient. A ces deux niveaux, le **contre-transfert** n'est pas pris en compte par l'empathie. Il est ce qui n'a rien à voir avec l'empathie. Il n'y a pas de symétrie entre transfert et contre-transfert. Le contre-transfert du soignant n'est pas l'expression du transfert du soignant sur le patient. **Il est ce qui empêche une part du monde**, une part du transfert du **patient de s'exprimer**, et surtout d'être entendue.

Comme pour certains transferts négatifs, il s'avère difficile pour le thérapeute de supporter certains transferts positifs. Eux aussi entraînent quelquefois un aveuglement, une cécité, une méconnaissance, voire un rejet du patient. Le thérapeute qui supporte le transfert du patient entend et accepte de partager avec celui qui parle la responsabilité de la parole. D'une certaine façon, ponctuellement celui qui écoute est responsable de ce qu'il entend, ou plutôt il est co-auteur de ce qu'il entend. Il ne s'agit pas pour lui d'être dans l'état où est le patient d'être comme le patient. Il s'agit d'être celui à qui le patient s'adresse, celui qui l'entend, celui qui se sait et se veut le destinataire du mal-être du patient. Le contre-transfert précède le transfert. Il est la disponibilité à entendre le patient.

Après **savoir écouter et savoir se taire**, réfléchissons à la troisième compétence nécessaire au thérapeute : **savoir parler**.

Parler c'est nommer les êtres et les choses. C'est se référer, à la fois, à leur présence et à leur absence. « Mal nommer les choses, c'est ajouter à la misère du monde » (A. Camus). La parole est accordée à tout être humain. C'est un don reçu dans l'enfance, un don que chacun doit acquérir et dont chacun est responsable. La parole est un don reçu et acquis avec la vie. Elle est reçue avec l'acquisition de la langue. Elle est à la fois, vécue comme un don et reconnue comme une dette, un don et une dette symboliques. La parole est légitime et par elle, la pensée est légitimée.

Il arrive qu'au cours d'une thérapie, un psychotique nous pose cette redoutable question : « Qui vous permet de parler ? D'où prenez-vous la parole ? »

Les thérapeutes d'enfants connaissent bien également ces questions de l'enfant concernant l'autorité. La légitimité de l'autorité pose la question de la légitimité de la parole. Sa légitimité n'est pas liée à son contenu. L'enfant pose la question de ce qu'est la parole. A quoi ça sert ? Pourquoi tu dis ça ? De quel droit tu dis ça ? Qu'est-ce que tu sais ? A quoi tu te réfères ? Quand l'enfant met en question ce que dit l'adulte, il conteste, non pas le contenu de ce qui est dit mais le fait même de dire et le fait que l'adulte s'adresse à lui. Il conteste la subjectivité non responsable. A l'enfant qui questionne ainsi, l'adulte peut faire remarquer que lui-même, l'enfant a le droit de parler sans savoir de qui il tient ce droit, comme il a, a priori, le droit d'exister parce qu'il est vivant.

Si je m'autorise à dire ou à faire ceci ou cela, en même temps j'en suis et je m'en reconnais responsable. Mon autorité est l'exercice de ma responsabilité. Ce que l'enfant réfute, c'est la légitimité de toute parole de l'adulte. Il réfute la subjectivité de l'adulte. Il réfute la sienne. Cela a lieu lorsque la parole a été mise à mal par tous les adultes précédents. Il n'y a pas de légitimité parce qu'il n'y a pas eu d'adulte responsable, c'est-à-dire quelqu'un qui tienne parole.

S'il n'y a pas eu de légitimité précédente, antécédente, il n'y a pas non plus légitimité de soi-même et de sa parole. L'enfant est étonné d'être écouté. Dans certains cas, il n'aurait jamais rencontré quelqu'un, il ne saurait pas ce qu'est « être ensemble ». Il ne se considère pas comme un être humain à qui l'on peut s'adresser et qui peut s'adresser à nous. Il a ce chemin à faire : se reconnaître le droit et le pouvoir de parler, accepter d'être entendu, accepter d'entendre un adulte qu'il crédite d'une parole fiable.

La parole permet d'ouvrir le temps et de concevoir le temps présent comme un pont entre un passé à garder ouvert et un avenir à ne pas codifier. « Souviens-toi de ton futur », nous dit le Talmud. Le partage du monde intérieur du patient avec le thérapeute est le début, le premier temps, voire l'essentiel d'une thérapie. Il est soulageant, réconfortant de partager notre monde intérieur avec un autre être qui l'accepte, le reçoit sans le contredire, l'annuler ou le banaliser, sans le penser trompeur, artificiel ou sans valeur. Ce partage demande du temps. Il marque le début d'une thérapie et se poursuit tout au long de son déroulement. Ce partage est un instrument que patient et thérapeute découvrent ensemble. Il construit une intimité particulière que, seul, le patient précise, enrichit. Explicitement, cette intimité psychique est réduite à son versant patient. L'écoute, la réflexion, l'étude s'appliquent au sujet patient. Le psychisme du thérapeute n'est pas le sujet d'étude. Il est l'outil nécessaire à la thérapie, même s'il peut également, quelquefois, être un obstacle.

Des trois ordres d'intimité possibles entre les êtres humains : l'intimité de l'espace et du temps de la vie quotidienne, l'intimité du corps et l'intimité psychique, seule cette dernière se crée entre patient et thérapeute. L'intimité psychique partagée est le partage du présent, des différents temps du présent que nous propose saint Augustin :

« Le présent du passé, c'est la mémoire.

Le présent du présent, c'est l'attention.

Le présent de l'avenir, c'est l'attente. »

L'intime partagé, c'est la subjectivité partagée. Son contenu n'est pas un ensemble de confidences. Elle n'est pas le partage de confidences. Elle n'implique pas de tout dire. Elle est une subjectivité présente partagée, même et surtout si elle n'est pas si sûre d'elle-même, comme chacun en fait l'expérience et comme la décrivent les artistes :

« Quand je suis seul, je suis nombreux. » (Arthur Rubinstein)

« Je ne suis pas une seule personne, mais plusieurs, et même je ne sais pas du tout qui je suis ». (Virginia Woolf)

« Nous sommes tous multiples ». (Whitman Walt)

Nous rencontrons les rapports de l'intime avec l'identité et la solitude. L'intimité partagée implique un rapport de soi à soi qui rend présent à soi-même et s'oppose à la solitude. « Ne pas

pouvoir joindre la vie antérieure à la vie présente, ne pas pouvoir les raconter en entier à quelqu'un, pas même à soi, telle est la solitude ».

Elle est une intimité qui ne se partage pas, pas même avec soi. François Cheng pense l'intimité comme permanence de l'être, unité de l'être, même si, en nous, l'être est morcelé, désuni.

Ce que l'autre vit nous appartient, ce que nous vivons lui appartient, au sens où chaque vie participe à l'humanité commune et où pour T-S. Eliot : « Chaque vie intime vit selon une vie publique. »

Une parole juste est gage de son efficacité, comme le confirme cette pensée hassidique : « On peut redonner vie à la parole par la parole ». Si certaines paroles nous tuent d'autres peuvent nous ressusciter. La parole détruit ou construit l'humain. Le mot hébreu peshir signifie interprétation. Il désigne le commentaire dont le but est de révéler un visage, une personne. Une parole juste révèle du sens ou de la cohérence. Elle ouvre l'espace intérieur, propose un lien, donne du sens à ce qui, jusqu'alors, n'en avait pas ou plus. Elle humanise le non-sens, la contradiction. Elle rend humain ce qui, pour le patient ne l'était pas. Elle s'oppose à ce qui le divise, le sépare de lui-même. Elle répond à la solitude comme perte de sens ou perte de lieu. Elle soigne la solitude du patient voire celle du soignant. La parole qui soigne est d'abord celle du patient lorsqu'elle est écoutée et reçue. L'existence même du patient, sa façon particulière d'exister et de vivre ses symptômes, s'en trouvent dans un premier temps, légitimées.

La parole soigne lorsqu'elle fait pacte et circule entre deux subjectivités. Il est légitime de m'adresser à toi et de t'adresser à moi, en tant qu'êtres humains. **Une parole soigne lorsque, justement elle reconnaît que nous sommes des êtres de paroles.**

On parle à partir de l'origine inconnue de notre langue, à partir de l'inconnu dans notre langue, à partir de notre inconscient. J'appelle inconscient la langue reçue dans le corps et apprise par le corps, engrammée dans une mémoire qui, pour des raisons neurologiques, nous est inaccessible. En effet la maturité du système nerveux central n'est atteinte qu'à l'âge de 28 ou 30 mois. **L'inconscient est un texte oublié qui fonde, à la fois, notre vie et notre empêchement à la vie.**

Aussi, ne laissons pas le patient sans réponse mais ne répondons pas à sa place. Laisser parler, permettrait de se taire. Ne le laissons pas sans question mais partageons sa question. Être présent à l'autre, être prêt à le rencontrer, ça s'accepte, ça s'apprend, mais ça ne s'enseigne pas. C'est une expérience qui se vit, se renouvelle, s'approfondit mais n'est pas remplacée par le réel ou la lecture de Texpérienoe. Écoutons les patients :

« Parler tout le temps, ce n'est pas empêcher l'autre de parler, c'est empêcher de penser ».

« Je pensais être la seule à me parler, la secte à être divisée à l'intérieur de moi...»

« Si vous ne parlez pas, c'est comme si je n'étais pas sûre qu'on soit deux.»

« Ce sont nos paroles qui vous nourrissent. »

« Je voudrais rejoindre ta vie d'avant la parole de mon père, ce qui m'a longtemps séparée de la source de la vie...Depuis que j'ai le sentiment de parler la langue maternelle (et non paternelle, bien que ce soit la même), le monde me paraît plus amical, plus doux, ça m'aide beaucoup de parler la langue de ma mère, car la langue de mon père est la langue qui tue. »

Un autre patient raconte: « Le grand-père de mon amie était un enfant naturel, abandonné à la naissance puis adopté à 20 ans, il apprend qui est sa mère biologique. K. va la voir et lui dit: « Je ne viens pas pour vous embêter, je viens vous remercier de m'avoir donné la vie ». Le patient ajoute : « C'est juste entre les hommes, la possibilité pour chacun d'accéder à une parole vraie C'est ça la vraie égalité devant ton départ de la vie ». Entendant cela, surgit en moi le sentiment qu'une parole existe d'autant plus qu'elle ne pourra pas exister, au sens même où tu es né d'un amour qui existe d'autant plus qu'il n'aurait pu ne pas exister. Une parole vraie n'est ni à la mode, ni démodée. Sa justesse traverse le temps.

Toujours, le patient essaie de dire. Il cherche à être entendu et à se comprendre lui-même. Certains sentiments ou émotions paralysent sa pensée. Deux écueils se présentent à lui :

considérer que la parole suffit, ou considérer qu'elle n'est rien. Ces deux impasses représentent la foi, au sens commun du terme. **La possibilité de penser lui est rendue si elle reçoit du thérapeute assez de sécurité et assez de liberté.** La parole est ce qui rend la réalité psychique pensable. Elle désigne et incarne ce qui, a priori, est d'abord un investissement.

Il y a un abîme entre parler et dire. Dire, c'est exposer des énoncés. Parler, c'est dire « Je ». Parler en son nom, produit une perte de jouissance qui doit être acceptée. « Je » suis là et pas ailleurs, « Je » suis là et pas partout. Parler devient une réalité subjective partageable, vivante.

Voici un exemple de réponse efficace à une patiente qui pleure, longtemps. Elle pense incarner et rendre présente la souffrance de son père décédé. Je reconnais : « Vous êtes juste inconsolable ». Quelque temps plus tard, elle me répond : « En moi, cela, ça me console et ça me permet d'accepter de vivre ».

Le but de la thérapie est l'élaboration psychique. Elle a deux volets, deux pôles :

- d'une part, elle est ce qui permet qu'advienne une représentation, une métaphore, une idée, un symbole inconnus, absents jusqu'alors. Elle suppose un travail, une réflexion qui va de l'impensé au représenté par des mots. Elle suppose de passer outre à l'auto-censure, la censure la plus coriace. L'élaboration construit une pensée.
- d'autre part, elle investit la pensée d'émotions, d'affects, de sentiments. Elle quitte l'anesthésie. Elle adhère à la pensée, elle l'incarne. Elle joint pensée et affect. **L'élaboration psychique construit une pensée investie.** Entre pensée investie et pensée non investie, il y a la même différence qu'entre croire et savoir. L'acte de croire mobilise une adhésion qui ne concerne pas le savoir. **La croyance est une croyance dans l'Être. Elle est une forme de l'amour.** Le contenu de l'acte de croire définit la vérité pour le sujet. Nous rencontrons ainsi la définition de la vérité selon Freud : « La vérité psychique est une fiction investie d'affect. »

Nous rencontrons également la définition de la vérité par Nietzsche (*La volonté de puissance*) : « La vérité psychique est une sorte d'erreur, faute de laquelle une certaine espèce d'êtres vivants ne pourrait vivre. Ce qui décide, en dernier ressort, c'est sa valeur pour la vie. »

Un autre nom de l'élaboration psychique est la symbolisation. C'est la possibilité, pour le patient, d'acquiescer, au cours de récits successifs de son histoire répétée, traduite, reconstruite, une place qui lui permette d'accepter son passé personnel et familial, puis de s'en séparer. Nommer autrement l'histoire. Ne pas la reproduire. L'avoir vécue. Être libre de l'oublier ou de s'en souvenir.

Les freins subjectifs à cette élaboration psychique semblent de trois ordres :

- d'abord, l'auto-censure volontaire, plus difficile à lever que la censure sociale. La possibilité de tout dire au thérapeute lève en partie l'auto-censure qui résiste tout de même. Elle maintient la différence entre le dedans et le dehors. L'obstacle est le temps qu'il nous faut pour accepter le partage de nos émotions et de nos pensées, pour réduire, voire abolir, la différence entre le dedans et le dehors concernant notre vie. Il ne s'agit pas de secret, de mensonge ou de fausseté, plutôt de quant-à-soi ou de dignité. Un écrivain italien, Enzo Cormann, l'exprime au mieux : « Je ne dis pas que l'homme dissimule ou ment, je dis seulement qu'il ne se sent pas d'être au-dehors comme il est au-dedans ». Il nous faut du temps pour souhaiter et réussir ceci : être au-dehors comme au-dedans.

- Cette auto-censure volontaire levée, il reste l'auto-censure inconsciente, involontaire, obstacle essentiel à un changement consistant. L'autocensure inconsciente, disons l'inconscient, est là, pour le patient comme pour nous, difficile à aborder. Elle est dans un rapport direct avec la culture et la langue du monde de notre enfance. Mais, une fois constitués, l'auto-censure et l'inconscient restent hors connaissance.

Sont des freins au travail psychique : l'inhibition, la paresse, la paralysie de la pensée, son inertie, lorsque penser est plus pénible que satisfaisant.

- Le troisième obstacle à l'élaboration psychique est l'angoisse de chacun, thérapeute ou patient. Du patient le thérapeute supporte le poids d'inconnu, d'étranger, voire d'étrange, dans l'attente de la subjectivité à construire. Il attend la rencontre avec l'altérité chez l'autre. L'angoisse est liée à cette attente de la subjectivité à venir. Elle est liée à l'inconnu et à l'altérité, chez l'autre et chez soi. Elle accompagne le désir de savoir, le désir de connaissance concernant l'être. L'angoisse est le prix de ce désir. Elle peut le paralyser. Elle est ni plus, ni moins, celle de chacun d'entre nous lorsqu'il cherche à connaître et à construire sa vie psychique.

L'insight est une particularité de l'élaboration psychique. Il est, ponctuellement la perception d'un sens nouveau chargé d'affect. Il est la perception ponctuelle des affects accompagnant les paroles du patient. Il est l'intuition qui allie et accueille pensées et affects du patient. L'insight est la possibilité d'associer émotion et pensée. Penser en mots nos émotions. Vivre nos pensées. L'insight modifie et la pensée et l'émotion. Il réunit en nous celui qui pense et celui qui ressent. Il est à l'opposé de la langue de bois et à l'opposé de la pulsion sauvage, de la violence hors langue.

L'insight se produit chez le thérapeute et chez le patient, chez l'un ou chez l'autre, ou chez les deux. Par l'insight, le thérapeute éprouve précisément ce que vit le patient à ce moment-là. Côté patient l'insight entraîne un changement dans sa représentation psychique. Pensée, perception et représentation sont modifiées. Mais cela ne suffit pas à obtenir un changement notable car l'inconscient n'est pas seulement une représentation méconnue, mais une représentation intensément investie. Le travail psychique du thérapeute consiste à se représenter, à penser et à percevoir sur la durée ce que l'insight réalise ponctuellement.

Penser et percevoir ce que l'autre vit est une forme d'identification à lui. S'identifier, en ce sens, est du côté de l'amour. L'apparition de nouvelles pensées, de nouvelles représentations, l'évolution des dires du patient, la nouvelle perception qu'il acquiert de son histoire dépendent de la qualité du lien patient-thérapeute. Cette qualité implique permanence, fiabilité, fluidité de la relation, côté thérapeute. Malgré ces descriptions du travail psychique chez le patient et chez le thérapeute, une question demeure : qu'est-ce qui permet de passer d'une pensée à une autre pour, finalement, rencontrer celles qui donneront un lieu pour être et vivre ?

A cette question, j'aimerais pouvoir répondre : une parole du thérapeute. En tout cas, le fait que la pensée précédente ait été vraiment entendue et acceptée (je ne dis pas comprise) est nécessaire. Ceci est nécessaire pour qu'une parole du thérapeute puisse à son tour être entendue. Une parole juste propose un sens décelé par le thérapeute dans les propos du patient. Elle propose au patient de percevoir ce dans quoi il est englué : l'amour, la haine ou l'indifférence dont il a été l'objet et dont il reste le débiteur. **Elle suggère des mots pour penser ce qui ne l'a jamais été**, des mots proches de ceux qui ont constitué notre futur patient. Nous savons qu'il est plus difficile de quitter ce qui n'a pas eu lieu que ce qui a existé. Lorsqu'un lien positif a été investi et vécu par enfant et parents, l'ancien enfant, notre patient, peut penser et vivre : je l'ai assez aimé pour pouvoir le quitter. Une parole juste envisage et propose une séparation là où est vécue une perte. La parole du thérapeute sépare l'investissement du patient de celui de ses parents. Elle dit ce qui n'a pas pu être dit. Elle dit qu'une séparation du patient d'avec les investissements de ses parents sur lui est pensable, possible, légitime. Les investissements pathogènes des parents sur l'enfant sont toujours du côté de l'inceste psychique ou du côté du meurtre psychique. La parole thérapeutique dit qu'une séparation n'est pas une dépossession du parent, qu'elle n'est pas une trahison ni un reniement. Elle dit qu'elle est une libération humaine, en quelque sorte une décolonisation. Elle rencontre une pensée qui fait dire à Bernard-Marie Kottès : « L'homme a appris à s'asseoir et à se reposer tranquillement dans sa solitude. »

Dans ce texte, certaines formules confondent thérapeute et patient car, pour moi, le thérapeute est un ancien, voire un toujours patient. Une thérapie est un exercice qui permet d'entrer dans la langue commune et à la langue commune d'être accueillie en soi. Ceci, afin qu'entre langue personnelle (et inconsciente) et langue commune, il y ait moins d'opposition, de contradiction, de séparation. Les effets de la thérapie sur leurs mondes intérieurs sont exprimés au mieux par les patients. Chacun dit, à sa façon, que la thérapie s'ouvre sur l'amour de la langue :
« Mon entrée dans la langue avait été faite sous le signe de la négativité ».

« *Votre silence me contraint à donner de la valeur à ce que je dis* ».
« *Tu m'as appris le goût du verbe* » dit une enfant de 6 ans à sa thérapeute.
« *Ici j'ai appris à parler ma langue* ».
« *Je sais maintenant qu'il y a des larmes dans les mots* ».

Des années qui suivent la fin de sa thérapie, le patient peut dire, avec Amélie Nothomb lorsqu'elle décrit le poids et la valeur des mots dans notre vie : « Ce ne furent pas les années les plus heureuses de mon existence, mais ce furent celles où la vie m'a paru le plus près de moi ». Une psychothérapie ne rend pas heureux. Elle permet juste au patient d'être en accord avec sa vie et en capacité de la rendre meilleure, en se souvenant que : « Il n'y a de parole que celle que l'on devient ». (Un rabbin de Paris)

Le vécu des balintiens

La relation diluée

Brigitte Greis

BALINT hors les murs

Florence Tessarech

La relation diluée

Brigitte Greis

Pourquoi avoir écrit sur un tel travail ? Car je ne suis pas institutionnelle. Ma pratique est libérale. Je me suis donc tournée vers ce que je connais le plus dans ma pratique quotidienne et qui me pose question : travailler en libéral, dans une relation très intime à domicile auprès d'une patientèle visitée depuis longtemps, dans un quartier populaire et diversifié quant aux origines, âges, statut social, et autoriser l'intervention d'équipes organisées hospitalières ou sociales auprès de ces patients. Autoriser étant un grand mot puisque, bien souvent, notre avis n'est pas consulté.

J'ai applaudi quand les réseaux se sont montés, espérant un soutien, des avancées auprès des administrations quant aux aides distribuées à certaines situations, une aide aussi quant aux réflexions, décisions, difficultés ressenties et vécues auprès de certaines familles vis-à-vis du vécu de la maladie, de la vie, de la mort, de la douleur. J'ai aussi espéré que mon implication personnelle dans le soin, dans l'entre-deux de la relation, que ce soit au pied d'une jambe cassée ou bien d'une fin de vie, allait éclore dans ce qui se passait au cours de chaque temps partagé dans le « tête à tête » du soin, et que surtout j'allais pouvoir informer, transmettre, être informée ; que ce qui traversait douloureusement les vies, les corps et les âmes, allait être partagé non pas pour rompre la solitude de la pratique, mais pour permettre un espace et un temps possible pour que les mots et les gestes, les regards et les silences, les soins, s'inscrivent dans un confort, une liberté, une indépendance, une logique du sens qui remplit l'acte de porter soin et laisse le sens de la vie possible au patient.

Je gardais et je garde en moi ces préceptes, qui me sont apparus en évoluant dans ma pratique, c'est-à-dire dans mes expériences, rencontres, crises, formations, questionnements :
Le soin a à voir avec le temps et met en relation deux personnes et plusieurs autres dans leur histoire. La relation duelle cache bien d'autres relations.

Le soin a à voir avec soi et l'autre.

Le Logos a à voir avec un lieu de naissance et une raison sociale, dans une contradiction étrange qui fait que le sujet mis en scène dans la maladie et son corps, peut disparaître dans cette mise à jour du logos et son institutionnalisation.

J'avais espoir en ces interventions de l'extérieur, j'avais confiance : c'est-à-dire que je pensais à un meilleur du « porter soin » autour du sujet et de ses demandes.

Quand plusieurs personnes sont intervenues, alors le temps a changé et l'entre-deux a été malmené. La souffrance s'est déplacée, le silence s'est tu, les paroles se sont planifiées et organisées en diagrammes, le résultat de soins est devenu un objectif et les personnes sont devenues des mallettes à objectifs. La confiance s'est étouffée et le temps a été mesuré.

Alors des questions se sont posées :

- la créativité du soin est-elle possible à plusieurs intervenants ?
- comment se tisse le lien quand il y a multiplicité de soignants ?
- le lien est-il une nécessité pour soigner ?
- le patient est-il une personne quand le réseau intervient ?
- que devient le contrat thérapeutique duel en réseau ?
- le réseau est-il un rappel de l'institution au patient à son domicile ? Donc un rappel au règlement d'une participation à la collectivité ? Le collectif s'impose-t-il au privé ?

En premier lieu, lorsqu'elle développe une pensée de nature philosophique à partir de son champ d'activité, la médecine se fait philosophie : le diagnostic de l'homme malade suppose la connaissance morale et physique de l'homme.

En second lieu, lorsqu'elle se donne pour objet de veiller et d'accroître le bien-être de l'esprit et du corps, la philosophie se fait médecine : il s'agit de prévenir et de tenter de remédier aux désordres de l'individu comme à ceux de la cité.

En troisième lieu, l'échange d'outils conceptuels entre les deux disciplines au fil de l'histoire permet l'édification d'une véritable pensée médicale, d'une pensée qui se cherche, au-delà des acquis légitimes et qui questionne ces acquis.

Comment penser le soin aujourd'hui malgré les avancées scientifiques et la multiplication des interventions à domicile d'équipes de soins structurées et imprégnées de « savoir sur l'autre » et de certitudes ? Quel apport de la pensée balintienne peut nous aider ?

La temporalité dans le soin, c'est une question qui traverse toutes les autres et c'est celle que j'ai choisie pour aborder ce thème de l'intervention d'équipes professionnelles à domicile. Car le temps souligne ce qui se passe dans la relation de soin.

Le temps on ne sait pas ce que c'est. C'est comme la mort. Dolto dans une conférence sur la mort disait qu'on ne savait pas ce qu'était : la mort. On la vit mais on ne peut la transmettre et seuls les autres voient notre mort et en parle après. C'est comme la crise. On en parle mais on ne sait pas vraiment ce que c'est. C'est comme les monstres sous les lits des enfants. Une fois qu'on regarde sous notre lit et qu'il n'y a rien, on se rendort rassuré.

Dans le soin, cette tension, est soutenue par la vie et la mort. Il n'y en a pas d'autre. C'est une tension vers l'inconnu, vers l'acceptation de la différence, vers l'Autre, vers Soi : deux entités à naître dans la rencontre, dans une histoire qui se renouvelle dans la singularité. Il y a du manque à gagner. Dit-on. Enfin les administrateurs, les décideurs le disent, les comptables.

Dans le soin, le temps est planifié, écrit, il est scientifique, calculé, cadré, il est souvent une mesure, il est, donc, aussi l'économie du soin, mais jamais il n'appartient à autre que celui qui est traversé par le bouleversement que provoque la maladie en lui.

Le manque qui le traverse, est une prise de conscience d'un danger, d'une crise dans son corps, ou son psychisme, d'une peur, d'une souffrance, d'une grande solitude. Le temps alors va avec ce manque, ce questionnement. Et si, il y a un manque, c'est que ce qui manque existe quelque part et que le temps n'a pas de date.

Le silence est une longue patience, la mélancolie va avec le temps, la solitude du souffrant prend son temps. L'organisation de soins en équipe à domicile, ces équipes comme des délégations de l'institution hospitalière, distille une pensée rationnelle du soin et du patient, inséparable de l'ordre, de limites, de modes de pensée qui refuse la déraison donc la complexité humaine et l'inventivité.

Sans doute le soin est-il mélancolique quand il se nourrit d'incertitudes et de nombreux temps.

Comment éviter que la relation soignante soit confisquée par l'intervention du soin ? Quel écart, quelle tension, animent le soin entre deux personnes, et plusieurs entre elles distancées par leurs compétences spécifiques, au-delà de la singulière relation du patient et du soignant ? Cependant, le soin est un moment de trouble qui désorganise, le patient et le soignant, ce n'est jamais du pareil au même, et cela génère des énergies nouvelles, des constructions, des vies différentes, du désir. Le soin est un moment où le corps est vacant, où la personne se débrouille avec le démantèlement de son corps, parfois de sa vie. La science lui apporte des savoirs, des techniques, des espoirs, des « agir » efficaces. La mort est toujours l'ombre du soin.

Mais jusqu'où la foi en ces savoirs est-elle légitime ? Jusqu'où le corps accepte-t-il de s'adapter aux savoirs médicaux si sûrs parce que prouvés, testés, comptabilisés, répertoriés ? Autant quand le psychisme est touché.

Parler de la maladie, suppose parler avec le malade, avec le soignant, les soignants. Parler prend du temps. Accéder au monde de l'autre prend du temps. La santé, la maladie, est l'histoire de la personne, aussi soigner ne va pas sans susciter la narration. Le récit est ce temps particulier qui fait vivre la relation soignante et suscite le soin. C'est une solitude partagée, celle du patient et de sa souffrance et celle du soignant qui se doit d'accompagner. On ne peut se mettre à la place du patient, au risque de se faire mal aussi et de ne plus être soignant. Tout discours de l'extérieur qui affirme la compassion est trompeur, car il inhibe le temps de la compréhension de la souffrance. Le temps du « lien-récit-écoute » est un long temps ou pas, la maladie est courte ou longue, et si les sciences peuvent cadrer le temps de guérison, qui sait comment le patient vit le temps de ce qu'il vit dans son corps ou son psychisme ? Quel soignant ose dire et comprendre le lien vécu avec ce patient, lien qui peut perdurer dans sa propre solitude.

Le soin se nourrit d'étonnement, de vacance de l'esprit et du savoir-faire, car l'autre est toujours un être émergent avec soin, en devenir. La vacance d'esprit n'est jamais vide, le vide n'existe pas, mais le silence est comme un vent du désert qui fait vivre les paysages et les remède sans cesse, le sable conserve les momies et les vestiges, et les couleurs.

Le soin laisse place à l'improvisation au-delà de la science, avec la science, ce qui n'est pas rien. Les décisions se rapprochent du désir et déterminent nos capacités à se projeter dans la pulsion de vie, et se mêle alors ce que chacun vit avec et en l'autre.

Si FAIRE et BIEN FAIRE sont indissociables de la science et du soin, c'est l'existence et l'essence de l'être qui prédominent et dominent nos volontés de projeter et d'organiser la vie. Alors, nous nous entourons de savoirs, d'expériences, d'êtres et d'objets dans lesquels nous nous investissons, un temps incertain et nous conservons tout cela pour l'illusion d'un lien qui perdure et forcément à sens unique dans l'absence. Alors que cherchons nous à maintenir, à contrôler, ainsi ? Note soi, notre lien à l'autre, la mémoire de l'histoire vécue, l'expérience du soin ? Est-ce l'amour ou le rêve poétique qui nourrissent ainsi cette tension à conserver même dans l'absence ? Quand dans le soin, le soignant perd son patient, il en conserve le souvenir et les images et sensations captées dans le présent, très longtemps après, alors que l'amour est proscrit dans la relation soignante ?

La déraison ou la poésie, ou bien la foi en ce qui se passe soulignent l'intemporalité du lien. Alors nous pouvons envisager d'être hors du temps, non planifié car jamais certain, toujours dans une mouvance ou multiple. Quand nous aimons un héros, nous n'aimons que ce qui nous attire, et même dans les contes, les héros ont plusieurs facettes, plusieurs visages, que nous acceptons parce que nous les aimons. L'amour permet de comprendre, de se comprendre, du moins de tendre à cela. C'est cette tension qui fait que le temps ne nous appartient pas et nous offre multiples paysages, préservant ainsi l'autonomie de celui à qui nous portons soin.

D'où notre désarroi nécessaire à appréhender la vie, soi et les autres et le temps, qui finalement, n'existe que par rapport à l'énergie de notre tension et volonté à vouloir comprendre, à s'engager aussi dans la relation singulière du soin, à tenter de prendre conscience de ce qui se passe. Cela a un nom. Balint en a si bien parlé.

Le temps, peut-être n'est que le sens de l'implication de notre soi avec l'autre et son corps ou et âme à soigner. N'est-ce pas tout simplement la force de notre engagement avec l'autre ?

Qu'est-ce qui révèle le temps dans notre parcours du FAIRE ? N'est-ce pas la crise qui fait que l'on prend conscience du temps et de ce qui se passe ?

C'est un sujet de conversation, c'est un événement soudain dans la vie quotidienne des personnes, c'est un événement sournois ou violent, c'est un moment dans la vie de la personne

prévisible ou bien subi et incontrôlable. Cela a des conséquences. Cela demande aux témoins un comportement, une analyse, de la création d'une aide possible pour un lendemain différent. C'est du soin.

Or la problématique des équipes HAD ou réseaux c'est qu'ils parlent « au nom de » et dans un sens unique et sûr de ses vérités. Aussi le lien n'est pas créé entre les différents intervenants. La médecine de la personne, le soin qui est imprégné du temps et du transfert est une clinique de l'incertitude qui s'oppose aux fonctionnements des équipes hospitalières dénués de liberté.

La médecine de la personne c'est aussi une clinique de l'incertitude.

Il y a donc une difficulté certaine à oser poser ces questions et ces concepts : créativité, lien, personne, contrat, institution, public et privé, transfert dans la relation, temporalité. Je n'y répondrai pas forcément dans ce court exposé car une étude plus approfondie est nécessaire et demande des compétences plus adaptées que ma seule écriture et observation vécues de ma pratique. Mais je les ai suggérés dans mon travail d'écriture et j'ai tenté d'éveiller une curiosité interrogative ou une résistance créative- selon la situation- sur ce qui se passe dans le soin en intimité (je préfère ce terme plutôt que duelle, trop réducteur) et dans le soin à plusieurs intervenants.

J'ai donné de l'importance à l'écriture, qui autorise la recherche de SOI et ai écouté le Logos, ou la parole de l'autre au travers de ses origines, comme une résistance au discours plaqué de l'institution où le SOI n'a pas de place.

Alors comment passe-t-on dans le soin, du contact et de la connaissance du corps à la pensée de l'être qui l'occupe ? De l'extériorité à l'intériorité, de l'intime dans la relation soignante, au secret de l'être en soi, qui nous y invite ? Est-ce l'imaginaire ? Quel symbolisme nous y incite ? Voilà des questions que le soin à domicile posent sans vérité acquise au préalable, des questions occultées par les réseaux parce que soucieux de bien-faire.

L'actualité du soin infirmier auprès du patient, chez lui particulièrement, est surpris par le désordre dans lequel se trouve le patient, et parfois dans l'impossibilité dans laquelle se trouve le soignant à penser ce qui se passe au contact du soigné. Cette actualité est nourrie du réseau secret selon lequel le patient se manifeste dans la vrai-semblance. L'intimité, l'atmosphère, alors, du soin, met en danger l'ordre de ce réseau secret et investit la soignante d'une expérience de l'autre et d'elle-même à la conscience de soi. Quelle parole est possible alors ? Quand le sujet ne parle plus ou peu, le corps réagit et transmet des messages dans une expérience intime, parfois irrationnelle, subjective, donc seule propriété du sujet, difficilement transmissible, secrète, donc là, au bord de l'interdit, indicible aux codes et règles de la psychologie.

Dans la relation de soin, d'aide, on est toujours sur les berges d'une violence qui est contenue dans la sauvegarde de l'intime ou du secret.

Voir, sentir, entendre, toucher, conditionnent notre présence à l'autre. Ce n'est pas toujours professionnel, inaudible aux équipes hospitalières. L'intimité prémédite la volonté particulière de s'engager à l'autre, elle permet la mémoire qui enfante des repères, qui nous met dans cette crise interrogative face à la vrai-semblance du sujet. Le temps et l'espace nous mettent dans un repli particulier face à la pertinence du questionnement. Alors se passe quelque chose qui nous projette dans une répétition de la relation duale primaire, puis dans la re-création de l'engagement professionnel, au-delà de l'acte appliqué. Cela se passe ailleurs, dans nos paysages intérieurs.

D'une relation de soin au départ inégale, l'intimité partagée dans le soin, au risque de dévoiler le secret, oblige les deux partenaires à être intimes ensemble et paradoxalement pour se défendre de la violence du dévoilement. Chacun se singularise par l'acceptation de l'autre, dans l'imprégnation de l'univers sans jamais se l'approprier.

Je pourrais conclure ce rapide exposé en émettant l'idée que la relation de soin ne peut être que thérapeutique que si elle met en jeu l'intime et l'existence de SOI, autant du côté du patient que du soignant. Le conflit généré par l'intrusion d'une équipe cadrée et cadrante dans le soin à domicile inhibe toute reconnaissance de la complexité humaine et donc de pensée. Cela génère le risque que le patient ne s'approprie pas la pensée de sa santé et que le soignant à domicile déjà en lien soit spolié de cette histoire tissée avec lui. Il en ressent un sentiment de perte des deux côtés ayant pour conséquences des souffrances non dites.

« Montaigne nous dit dans « Les menteurs » : « *Nous ne sommes hommes et nous tenons les uns aux autres que par la parole* ». De Socrate à Freud, on a tenté d'atteindre ce qu'est le SOI en sollicitant le verbe, le récit, la parole. Michel Foucault a cherché comment glisser entre la volonté de savoir et la volonté de vérité en remettant en cause la vérité possible. Devant l'énigme dans laquelle vit la personne au travers de la maladie, porter soin prend une autre valeur que faire du soin et nous implique pour une prise de risque acceptable et tolérable afin d'aider la personne à se maintenir dans une vie qui lui est le plus accessible à sa liberté.

BALINT hors les murs

Florence Tessarech

En écho au colloque parisien de la SMB fin juin « *Malaise de la clinique dans le soin et pertinence de l'approche balintienne* », ma présentation des groupes Balint lors du congrès « *Sécurité en santé, les nouveaux territoires de la maîtrise du risque* », organisé par la FAQSS à Montrouge le 7 décembre 2016.

Prendre en compte les vulnérabilités des professionnels : une chance pour les établissements de santé ? Tel était le thème de la session où j'avais été conviée par Laure Magnin et Eric Bertrand, je reviendrai peu après sur leur rôle prépondérant et sur le choix du titre, avec Matthieu Girier DRH du CHU de Créteil, Mathieu Asse, MNH petite enfance, Pascale Oriol, médecin du CHU de St Etienne, membre de la cellule d'écoute des médecins.

Avant de présenter le texte de ma communication scientifique que j'avais condensée - pour respecter un temps de parole restreint et permettre une discussion, avec la volonté de transmettre la spécificité et la dynamique des groupes Balint qui donnent une place au transfert identifié comme tel. Avant donc de partager avec vous cette intervention, il n'est pas inutile de préciser le décor du théâtre propre à toute manifestation, ici la composition du public, ainsi que le contexte de mon invitation.

Tout d'abord un public fort hétérogène composé pour l'ensemble du congrès, d'utilisateurs et de représentants d'utilisateurs, de médecins, de cadres de santé et de soignants, de managers et de décideurs, de spécialistes et de gestionnaires de risques, également d'ingénieurs, de techniciens et d'experts, ainsi que des acteurs institutionnels. Les réunions préparatoires m'avaient laissé supposer un public sans grande connaissance du travail des groupes Balint et de la Société Médicale qui porte son nom. D'où mon souhait de proposer une présentation imagée et x et brève, qui s'est avérée très applaudie.

Le contexte de l'invitation

Côté jardin, Laure Magnin

Psychologue clinicienne, elle travaille pour l'AP-HP dans un service de santé au travail où elle reçoit le personnel hospitalier, ce qui l'a sensibilisée au psycho-traumatisme, à l'addiction et à l'analyse des pratiques professionnelles.

Depuis peu, elle est en relation professionnelle avec Eric Bertrand, jeune ingénieur créatif et entrepreneur, également président de la FAQSS, une fédération qui regroupe plusieurs associations dont l'association nationale des responsables qualité en psychiatrie.

Parallèlement, elle a une pratique libérale. Dans ses deux lieux d'exercice, elle a la même écoute de clinicienne en chemin vers une pratique de psychanalyste.

Depuis une dizaine d'années, Laure Magnin a choisi de travailler avec moi dans le cadre d'une supervision. Ayant elle-même pratiqué l'analyse de pratique, elle connaît mon intérêt pour le travail des groupes Balint et ma pratique de groupes d'inspiration Balint. C'est ainsi qu'elle a proposé ma participation au congrès que je viens de présenter, où elle en a assuré le rôle de modératrice.

Côté cours, Eric Bertrand

Tout ce qui concerne la qualité de vie au travail est une des priorités de sa mission de Coordinateur des risques professionnels à l'APHP. Il est également le jeune président de la FAQSS.

D'après lui, un professionnel de santé qui se sent bien dans son travail d'un point de vue psychologique et physique sera en bien meilleure posture pour prodiguer des soins de qualité. Son propre exemple en est l'illustration, d'abord « risk manager », il s'est très vite passionné pour le facteur humain. Il est entre autre engagé dans un vaste projet de recherche nommé SPOT (San-

té-Psychologique-Organisation-Travail) qui porte sur l'impact des risques psychosociaux dans les établissements de santé.

Un projet qui devrait aussi associer deux groupes hospitaliers, l'Ecole centrale de Paris et l'Ecole des Mines pour permettre des axes de recherche sur la capacité à proposer un cercle vertueux alliant prévention, changement, bien-être au travail et performance.

Tant dans son enseignement auprès d'ingénieurs, que dans les réunions de travail avec Laure Magnin et les intervenants de la table ronde du congrès, Eric Bertrand aime introduire des jeux de dés et d'images qui invitent aux associations propres à chaque utilisateur. Des associations qui m'ont évoqué l'association libre analytique. Sortes de filiations d'où est née l'idée de conjurer avec une jubilation juvénile la prise en compte des vulnérabilités des professionnels à une chance pour les établissements de santé.

Mon intervention



Xavier d'Auzon (perplexes.org)

Ce dessin, créé pour le colloque du 7 décembre 2016 par Xavier d'Auzon que je remercie, est une métaphore malicieuse des Groupes Balint. Elle s'inspire d'une histoire de famille.

Le célèbre Jean Marie Charcot est associé à l'hystérie, à l'hypnose et à la genèse de la psychanalyse, puisque Freud arriva de Vienne avec une bourse d'étudiant pour se former auprès de lui d'octobre 1885 à février 1886.

Son fils, Jean Baptiste Charcot, le futur célèbre océanographe, a d'abord entrepris des études de médecine avec une spécialité de cardiologue, pour faire plaisir à son père.

Mais depuis son jeune âge il dessinait des bateaux qu'il appelait ...« Pourquoi pas ? » Et c'est ainsi que des années plus tard... avec la fortune laissée par son père, il fera construire son premier « Pourquoi Pas ? »

Et moi, j'ai eu l'envie d'associer ce nom aux chemins des possibles, dont il va être question.

« Prendre en compte la vulnérabilité des soignants »



Michaël Balint (1896-1970)

Tout d'abord, rencontrons Michaël Balint, le créateur des groupes Balint. Son père était un médecin généraliste hongrois. Il proposa à son fils de l'accompagner dans ses visites pour lui transmettre sa profession. L'adolescent deviendra médecin et psychiatre, puis psychanalyste. Dès le lycée, Balint découvre Freud, l'interprétation des rêves et la psychopathologie de la vie quotidienne.

Plus tard à Budapest, il participera à des groupes de médecins organisé par Sandor Ferenczi, lui-même médecin, psychiatre et aussi psychanalyste, Freud a été son analyste, mais aussi son ami.

En 1939, face à la montée du nazisme, Balint se réfugie en Angleterre où il recommence ses études de médecine pour exercer.

Au sortir de la guerre il s'installe à Londres où le profond malaise et la souffrance des médecins le touchent d'une façon singulière. Il crée alors une méthode de groupe qui travaille sur des cas très concrets. Pour lui, c'est une formation recherche qui prend en compte les phénomènes de transfert et de contre transfert, d'abord pour des assistants sociaux, puis des médecins généralistes.

Dans un texte de 1906 toujours d'actualité, Ferenczi s'interroge : « Que sont ces transferts ? Des reproductions [des sortes de décalcomanies]...qui se caractérisent par la substitution de la personne du médecin à des personnes autrefois importantes... le transfert apparait comme un mécanisme...qui se manifeste en toute circonstance de la vie* . »

Le groupe Balint aujourd'hui, qu'est ce que c'est ?

C'est toujours une méthode de groupes qui se réfère à la vie professionnelle, il ne s'agit pas d'une thérapie.

Au fil des années, elle s'est ouverte à d'autres professions que le corps médical ou paramédical, des enseignants aux agents, en passant par les auxiliaires de vie. C'est aussi une méthode qui se pratique dans le monde entier parfois par Skype dans certains endroits éloignés.

En fait un Groupe Balint, qu'on appelle parfois une adaptation du Balint, peut concerner toute personne mise en relation professionnelle avec d'autres sujets. Vous avez tous remarqués et sûrement éprouvés les conflits inhérents qui en découlent, conflits qui peuvent parfois sembler totalement irrationnels, en apparence.

Pour illustrer ce constat un bref exemple : Mme A, auxiliaire de vie formée aux troubles de la maladie d'Alzheimer, est réputée pour être toujours joviale et pour s'adapter aux personnalités de ses différents bénéficiaires. Elle ne comprend pas sa réaction chez Mme X à qui ce jour là, elle doit préparer le déjeuner en ½ l'heure. Au lieu de lui parler, ce que la très vieille dame qui a toute sa tête, attend d'elle, Mme A., très énervée, s'enferme dans la cuisine et ne dessert plus les dents.

Une part d'elle-même est même bien contente d'avoir réagi ainsi.

Nous pourrions en reparler.

Donc le groupe Balint, c'est un dispositif simple pour partager des récits de relations difficiles et pour réfléchir à l'intérieur d'un groupe avec une fréquence, un calendrier et un temps définis à l'avance.

Une salle, des chaises en cercle avec 8 à 12 participants sans note, ni dossier, sans téléphone de préférence, et un ou deux animateurs, les leaders également sans note, formés à la méthode Balint et à la psychanalyse, autrement dit à l'expérience de l'inconscient. En langage simple la part méconnue de soi même qui semble parfois nous narguer, comme le mot sur le bout de la langue ou un mot mis à la place d'un autre.

Revenons à la fonction du leader : il est garant du cadre annoncé au début de chaque nouveau groupe.

A savoir : la non conflictualité, le problème à résoudre est prioritaire, le non jugement, chacun fait sien le cas du collègue. Un dernier point concerne la confidentialité : les noms de famille restent anonymes et ce qui se dit, appartient au groupe.

* Ferenczi S., *Transfert et introjection, Psychanalyse I*, p. O . C 1908-1912, p. 93, éd. Payot 1968

Autrement dit, le leader crée une atmosphère suffisamment sécurisante pour que le participant accepte de parler de la manière la plus spontanée des choses qui le questionnent ou le préoccupent et même qui l'inquiètent, des choses désagréables entendues ou ressenties, des choses qui n'ont pas de place pour être dites.

Il est important de souligner que personne n'est obligé à prendre la parole. Il faut parfois du temps, et même beaucoup de temps pour faire sien des mots qu'on n'a pas nécessairement appris à dire, ou qu'on n'a pas l'habitude de dire.

Le groupe Balint, c'est aussi La dynamique d'une formation recherche :
Elle invite à la narration : « qui a envie de nous parler d'un de ses patients ou d'une situation ? demande le leader en début de groupe. »

Le récit de sa pratique devant les autres opère un déplacement vers une autre logique, celle de ceux qui écoutent.

Peu à peu, cette expérience qui mobilise des affects, les siens, ceux du groupe, mais également la perception de l'absent, produit des effets de transformations dans la personnalité professionnelle.

Le récit convoque nécessairement une énigme : qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qui dérange le ou la collègue ? Pourquoi il ou elle a réagi ainsi ? Est-ce qu'il ressent la même chose que moi quand il rapporte des choses désagréables qu'il a entendu ? Qu'est-ce qui a amené l'autre à provoquer une telle souffrance, ou une si vive colère ?

Une énigme qui va être le point de départ d'un travail collectif d'enquêtes, de recherches. Une énigme qui invite les participants à associer librement à partir de ce qui se présente à l'esprit, des questions, des réflexions, des expériences ou des images.

Il est possible d'imaginer, ou même de rêver sur ce qui s'est passé, sur ce qui aurait pu se passer, sur des suppositions ; les canadiens parlent de fantaisies ! Balint lui, parlait de « droit à la bêtise. » S'intéresser aux « bêtises » de l'un ou l'autre permet de faire le pari qu'elles ont un sens et que tout le groupe peut faire des découvertes.

La particularité des « groupes de formation recherche ».

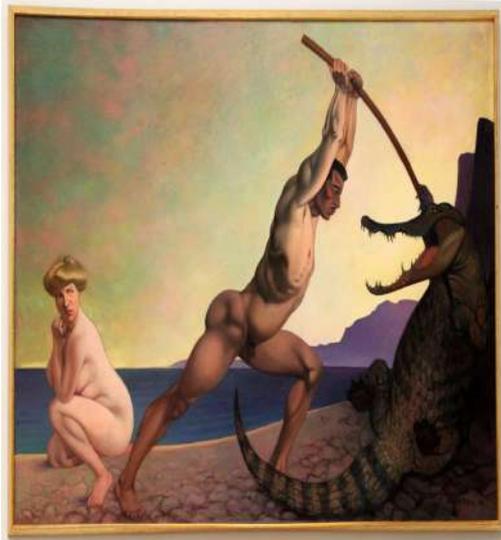
Sur quoi insistait Balint quand il qualifiait sa méthode de groupe de Formation recherche ?

Manifestement, il s'appuyait sur un paradoxe qui caractérise « le balint », le fait que l'animateur n'a pas de solution, alors qu'il est mis en position de formateur. C'est un formateur en creux, confronté à la négation, à la nécessité de chercher, tout en portant le refus d'endosser la posture de savoir professoral.

Un paradoxe qui est le propre de la vie humaine.

Pour illustrer ce qui n'est pas si clair, J'évoquerai le souvenir d'une séance infernale de l'hiver 2014 qui a pris sens dans un après coup.

La colère d'Aude dans un groupe d'auxiliaires de vie. Son planning, c'est n'importe quoi ! Elle vient d'annoncer qu'elle est enceinte après deux autres enfants, je ne suis pas sûre qu'elle en soit ravie. Le groupe s'enflamme, plusieurs des participantes sont au bord du crépage de chignon. L'une d'elle sort, elle ne supporte pas la violence. Aude me regarde en souriant : « le groupe a pris ma colère ! »



Persée tuant le dragon, 1910

Et moi, je me demande que faire ? Et voilà ... je repense au tableau de Félix Vallotton que j'ai vu et revu la veille au Grand Palais.

Je parle de Persée, mais aussi d'Andromède. Je raconte ce que j'ai imaginé, son envie d'être à la place de Persée, son envie de tuer le dragon.

Alors comme un ballon de baudruche qui se serait dégonflé, le groupe est redevenu calme et nous nous remettons au travail.

Plusieurs mois se passent...jusqu'au jour où une des participantes, souvent mise en position de victime, me demande : « Comment vous faites pour nous supporter ? »

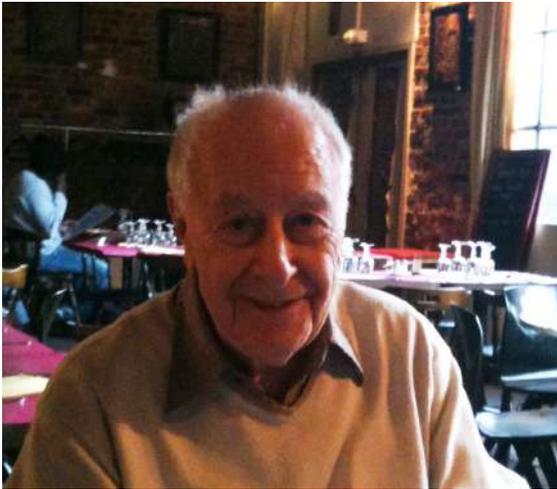
Pour conclure, en relation avec les interventions qui m'ont précédée, je voudrais partager avec vous l'évidence que vous avez probablement pressenti.

Le travail des groupes Balint qui allie formation et recherche autour d'un objet commun, fédère. En prenant en compte la complexité d'une situation, avec ses émotions et ses défenses, il donne la possibilité d'apporter d'autres éclairages sur sa propre pratique.

Pour être plus efficace, mais aussi le plus humain possible, tout un chacun peut avoir besoin de prendre du recul par rapport à cette pratique. C'est précisément ce que permet le groupe Balint, notamment dans «l'écoute de la discussion» et «l'étayage du groupe » selon les termes de Balint.

Au fil du temps, cette forme d'aventure m'a permis de constater à quel point la rencontre avec sa propre vulnérabilité inhérente à chaque être, peut se transformer en une plus grande sensibilité aux autres. Une sensibilité qui s'apparente à de l'empathie. Une source d'empathie, qui peut être un chemin vers un mieux être du patient et des soignants, au sens large du terme, mais aussi des agents qui peuvent s'inscrire dans une forme de prendre soin.

Hommage à Louis Velluet



Louis Velluet † 30/5/2017

Présentation de la pratique analytique mise en œuvre au Centre P. Cazenave
Françoise Bessis

Hommage à Louis Velluet
Philippe CROS

Hommage à Louis Velluet

Co-auteur avec Annie Catu Pinault de la psychothérapie spécifique du médecin généraliste, Exercer, janvier/février 2001, n°60, p.4-10

Introduction

Toute thérapie se définit par les objectifs qu'elle s'assigne : la psychothérapie du médecin généraliste a pour but de favoriser l'autonomie physique et psychologique des sujets suivis, et chaque fois que cela est possible, leur capacité de vivre au sein d'un équilibre familial et social stable.

Cette psychothérapie peut être dite spécifique pour des raisons qui tiennent à la nature même de la pratique de la médecine générale. Les travaux de Michael Balint et de ses continuateurs ont montré qu'elle n'est en rien inférieure aux autres psychothérapies et qu'elle peut être la mieux adaptée dans certaines situations cliniques. Pour l'étudier, il est donc indispensable d'oublier la connotation légèrement condescendante attachée à l'expression « psychothérapie de soutien du médecin de famille et de l'entendre comme l'équivalent du « holding », concept proposé par le psychanalyste anglais Donald W. Winnicott.

Quels sont les caractères qui permettent d'affirmer la spécificité de cette psychothérapie ? Le premier caractère, et peut-être le plus important est le fait qu'elle soit indissociable de l'approche physique et des prescriptions médicamenteuses, ce qui la différencie des psychothérapies exclusives. D'autre part, elle s'appuie sur les caractères spécifiques de l'exercice, tels qu'ils ont été définis très précisément. Elle produit ses effets dans la mesure où s'établit avec les patients « une relation proche, personnelle et continue, sans distinction d'âge, de sexe ou de pathologie » ce qui la différencie des pratiques spécialisées ou hospitalières.

Ce sont les caractères particuliers de cette relation thérapeutique se déroulant dans le milieu de vie des patients, et au sein d'un réseau relationnel nécessairement proche, qui favorise l'établissement d'un transfert original.

La relation individualisée et le transfert qu'elle suscite, construisent un espace thérapeutique original, à la fois réel et virtuel, où évoluent médecin et patients, espace qui pourra prendre schématiquement trois formes différentes, selon la gravité et le type des pathologies observées et selon le stade auquel sont parvenus ces patients sur le chemin qui mène à l'autonomie. Nous décrirons brièvement ces trois formes avant de les illustrer par un exemple clinique significatif. Nous laisserons volontairement de côté la description détaillée de la technique psychothérapeutique et des diverses stratégies qui feront l'objet d'un autre travail.

Le transfert

Ce phénomène universel, mis en lumière depuis Freud, et abondamment illustré par les recherches psychanalytiques, intervient dans toute rencontre interpersonnelle. Il se caractérise par la projection sur la personne de l'interlocuteur de sentiments archaïques concernant les personnages-clés de son enfance, intégrés dans l'inconscient du sujet. « Il s'adresse donc principalement à des personnages d'un monde imaginaire. Il induit des comportements stéréotypés, de véritables réflexes conditionnés, qui se déclenchent chez le sujet confronté à des situations ou à des personnes présentant des points communs avec les situations ou les personnes qui ont présidé à son origine. »

Dans la pratique médicale entendue au sens large, le transfert se situe largement hors de toute réalité : il est en particulier lié à la croyance dans un « supposé-savoir » attribué aux médecins a priori. Dans le cadre de la médecine dite « scientifique » ou spécialisée (aussi bien d'ailleurs que dans les pratiques d'inspiration psychanalytique) cette croyance déborde largement la conviction

tion normale que le praticien possède des connaissances précises pour attribuer à ses interventions une efficacité « magique » évoquant la « toute puissance » parentale originelle.

A l'inverse, dans le cadre de la médecine de famille du fait de la proximité, il ne s'agit plus seulement d'une variété abstraite de transfert sur une Science impersonnelle, et du déploiement de fantasmes suscités sur un « personnage » neutre dont on sait peu de choses. Si le transfert s'établit à partir de ce qui peut entrer en résonance avec les mécanismes archaïques inconscients du sujet, il s'appuie également sur des éléments de réalité. Il se construit peu à peu à travers une relation de personne à personne. Le médecin existe pour le patient en fonction de son sexe, de son âge, de ses particularités et de ses attitudes ou comportements observables. Proximité, accessibilité et continuité créent les conditions de ce transfert, sous réserve, et ceci est fondamental, que le médecin de famille accepte de mettre en jeu sa responsabilité en s'impliquant personnellement. Cela suppose qu'il sache reconnaître le transfert, qu'il accepte de l'assumer et, éventuellement, qu'il puisse le décrypter avec le patient.

C'est à cette condition que peut se mettre en place un espace commun aux deux partenaires de la relation médicale. Dans cet espace, la psychothérapie spécifique du généraliste va intervenir en fonction des différents degrés de la régression, liés à la structure de base du patient, ou provoqués par les affections intercurrentes.

La régression

Elle peut être considérée comme un phénomène physiologique défensif, réponse aux agressions physiques ou psychiques subies par les individus. Ce mode de défense peut rester en sommeil aussi longtemps que les mécanismes de régulation neuro-humoraux fonctionnent de façon harmonieuse et que les agressions sont modérées. La régression peut également être inapparents et se traduire uniquement par un simple retrait (besoin d'isolement, de sommeil, de gratifications orales ou autres). C'est lorsque se produit un débordement momentané du système d'adaptation, du fait de l'intensité du traumatisme ou de la faiblesse structurelle du sujet, qu'elle apparaît clairement. Elle consiste dans un abandon plus ou moins accentué des investissements extérieurs : difficulté ou impossibilité d'accomplir les tâches quotidiennes, désintérêt pour les activités habituellement vécues comme agréables. Cette mise à distance de l'environnement paraît aller de soi lorsque le sujet subit une atteinte physique sérieuse, mais il faut savoir qu'il traduit en réalité le retour à un mode de fonctionnement primitif et un besoin instinctif, quasi pulsionnel de trouver une protection.

Mû par ce besoin, le sujet peut évidemment se tourner vers une structure (hôpital ou service d'urgence) mais, lorsque le transfert spécifique s'est établi, c'est l'image du médecin de famille qui s'imposera à lui. Sur ce médecin qui combine de façon indissociable les caractères d'une personne concrète et ceux d'une fonction, le patient projette des images parentales archaïques telles qu'elles lui apparaissent aux stades primitifs de son développement, douées de pouvoir certes, mais également de réactions affectives.

Le médecin de famille joue alors le rôle de ce que Freud a théorisé sous le nom de Système Pare-excitation (8). Dans les premiers temps de la vie, au cours du processus qui va de la dépendance absolue à l'autonomie, l'entourage maternel (parental) se comporte comme une enveloppe qui filtre les stimulations extérieures (froid, chaleur excessive, bruits, chocs) ou protège des excitations internes excessives (faim, colère, etc.). Excitations ou stimulations sont alors liées à des représentations apaisantes : la manière dont le corps est touché et tenu (Handling), la voix du parent qui intervient comme une enveloppe sonore protectrice. Tout cela constitue le Holding (soutien) de Winnicott évoqué dans notre présentation.

C'est donc par l'intermédiaire de ce holding que le généraliste investi par le patient va jouer le rôle d'un Système Pare-excitation Auxiliaire intervenant en toutes circonstances pour favoriser le rétablissement du fonctionnement normal des régulations neuro-humorales.

C'est ainsi que, dans le quotidien, au-delà de sa visée diagnostique, l'examen physique peut toujours être thérapeutique, si le praticien n'est pas en proie à une angoisse excessive. De

même, au-delà de toute visée normative ou « pédagogique » la parole du praticien peut également toujours être opérante, dans la mesure où elle témoigne d'un intérêt réel pour le patient (c'est cet aspect de la pratique que l'un d'entre nous a décrit comme « la fonction de réassurance »).

Sur le long terme, la présence physique du médecin généraliste peut perdre une partie de son caractère impératif, sa voix au téléphone, son image intégrée dans la mémoire préconsciente et inconscient des patients, joue un rôle non négligeable dans la prévention des dérégulations.

La modification progressive des modalités de recours au médecin, le changement du climat des rencontres permettent une évaluation du travail qui s'accomplit. Ils concrétisent le retour du sujet à une position autonome ou son accession au processus qui y mène à travers son passage par les différentes formes de l'espace thérapeutique global.

Les trois espaces

Le premier espace ou espace primaire est celui où l'effet pare-excitation joue à plein. Tout sujet subissant une agression physique ou psychique d'une grande intensité est susceptible de s'y retrouver. La dépendance est variable mais inévitable. A l'extrême, les possibilités d'élaboration mentale sont suspendues. A ce stade, le maintien de la relation interpersonnelle avec le médecin de famille est le complément indispensable des éventuelles interventions spécialisées. Il revêt une importance capitale pour la mise en jeu des capacités de résistance et le retour à l'autonomie.

Mais l'espace primaire ne concerne pas que les situations aiguës. En dehors d'elles, un grand nombre de sujets peuvent y demeurer durant un très long temps : état d'immaturation, névroses familiales sévères, conditions de vie précaires, favorisent la chronicisation. Malgré toute la bonne volonté du praticien, et en dehors des exhortations, tous les patients n'ont pas accès d'emblée au deuxième espace. Certains d'entre eux, certains groupes familiaux fusionnels en particulier, se maintiennent dans cette relation de dépendance qu'ils recherchent et que le recours aux diverses structures institutionnelles tend parfois à entretenir. Au médecin généraliste, on va demander une relation de maternage qu'il aura souvent bien du mal à modifier, même lorsqu'il en a pris conscience.

L'espace intermédiaire ou « espace transitionnel » est celui où se déroulent la plupart des relations thérapeutiques en médecine générale. La gestion des diverses pathologies y va nécessairement de pair avec la prise en compte systématique et explicite de la personnalité du sujet, de celle de ceux qui l'entourent et de leur histoire, dans une optique différente de celle de l'anamnèse classique.

Le but recherché est d'aboutir à un langage commun au patient et au médecin et à une reconnaissance mutuelle des deux parties en présence. Plus qu'un espace de négociation, terme souvent utilisé mais à nos yeux un peu restrictif, c'est un lieu d'expériences partagées et d'échanges où chacun doit apprendre à découvrir l'autre. C'est un espace de jeu où la créativité peut s'exercer.

Un des objectifs à atteindre est de démystifier l'image du médecin tout-puissant, « tout-sachant » et d'aider le patient à découvrir la part qu'il peut prendre dans la résolution de toute situation morbide à laquelle il est confronté.

Le troisième espace est l'espace d'intégration ou « d'autonomisation ». Il est l'aboutissement d'un parcours qui a permis au patient de prendre conscience de son individualité et du caractère indissociable de son unité psychosomatique. Le médecin généraliste joue à la demande, le rôle du support de projets thérapeutiques communs, discutés et acceptés par le patient, celui-ci conservant son libre arbitre.

Il est important de savoir que la possibilité d'accéder à cet espace n'est pas corrélée au niveau culturel des sujets maos qu'elle dépend en particulier de deux facteurs. D'une part le degré de maturité émotionnelle ou affective atteignable par un sujet donné, d'autre part des capacités du thérapeute dans ce domaine.

Dans l'histoire d'un sujet, les passages dans les trois formes d'espace que nous venons de décrire brièvement peuvent alterner, en fonction des incidents ou accidents pathologiques subis, mais, dans ces circonstances favorables, ils s'ordonnent schématiquement comme un parcours idéal illustrant une évolution positivement maturante des deux partenaires de la relation. C'est ce que nous allons essayer de montrer maintenant à l'aide d'une observation caractéristique.

L'observation

Mademoiselle N. est connue depuis 1990. Elle a alors 36 ans. On recense 90 consultations au cours de 9 premières années de suivi.

Lors de la première rencontre, elle apparaît comme une personne un peu enrobée, pas très féminine. Elle vient pour une toux qu'elle relie à des bronchites, à l'usage du tabac et au décès de son père d'un infarctus, six mois auparavant. On note d'emblée qu'elle a fait une tentative de pendaison à l'âge de 11 ans et qu'elle a reçu plusieurs fois des antidépresseurs à l'occasion d'épisodes dépressifs récurrents (65-77-84). Un symptôme a frappé le médecin : l'envie de se dessiner sur le corps avec un cutter.

La patiente va revenir dans le cadre s'un suivi habituel de médecine générale : frottis, douleurs des genoux, vaccin, etc., mais également signes dépressifs. Le décès du père est révoqué ainsi que le sentiment de culpabilité qui habite en permanence cette patiente.

Dès cette période, le holding du médecin se concrétise par son envie de soulager la patiente dans l'immédiat mais aussi de l'aider à repérer ce qui pourrait lui permettre d'être moins malade à long terme.

La patiente perçoit ce souci de l'aider qui l'amène à voir une première diététicienne (1991). Parallèlement, elle viendra, plus ou moins régulièrement pour fatigue, aménagement de son régime, problèmes O.R.L., et toujours symptômes dépressifs (insomnie, angoisse, inhibition, anhédonie). Elle peut également exprimer ses difficultés psychologiques et commencer à retracer en partie son histoire (origine familiale, personnalités des parents, omniprésence de la mort). Elle parle des exigences du père, de la nécessité dans laquelle elle se sentait de réussir, enfin de ses difficultés à être une femme.

A l'énoncé de ces premières remarques personnelles, on pourrait croire que l'évolution va se faire favorablement, de façon progressive, vers l'espace intermédiaire. D'autant qu'elle choisit deux ans plus tard (1993) une autre diététicienne qui, elle, est également psychothérapeute et une dermatologue aussi psychothérapeute. Mlle N. « se sent mieux dans sa peau ». Elle tente même une première expérience de relation sentimentale stable.

En fait, malgré les progrès effectués, elle est toujours proche de **l'espace primaire** : en février 1996 apparaît une atteinte cutanée puis musculaire en avril qu'elle relie immédiatement à la rupture de sa relation. Le diagnostic de dermatopolymyosite (maladie auto-immune) étant posé, le traitement associera cortisone et méthothrexate et bien sûr le soutien qui s'avère plus que jamais nécessaire. Angoissée, déstabilisée Mlle N. somatise ailleurs : œsophagite (oct. 1996), pyélonéphrite (nov. 1997) : « on est tellement occupées, ma dermatomyosite et moi, on ne peut pas se battre sur tous les fronts, j'essaie de pactiser avec la maladie ». Durant toute cette période elle s'appuie sur son médecin mais également sur sa réussite professionnelle.

L'éventualité et le conseil de voir un psychanalyste ont été abordés depuis longtemps mais c'est à la suite de sa première « crise de paralysie musculaire » que Mlle N. adhère à l'idée de consulter à l'institut psychosomatique (I.P.S.O.), autour des idées suicidaires, de l'auto-agressivité

et de sa **peur pour un organe vital**. En attendant la prise en charge effective par un psychanalyste affilié à l'I.P.S.O qui demandera quelques mois, Mlle Neubourg décide de commencer le travail avec son médecin généraliste. Entre le moment où la lettre sera écrite et la rencontre avec le psychanalyste aura lieu une série d'entretiens très rapprochés et très productifs (six en un mois) amorçant le passage de l'espace intermédiaire à l'espace d'autonomisation. Un travail sur les liens entre histoire familiale, histoire collective de ce siècle d'une part, et troubles psychosomatiques d'autre part, est entamé. La démarche psychanalytique elle-même s'est concrétisée par deux tentatives (1996 puis 1997) qui paraissent être des échecs. Pourtant elles permettent de travailler sur le refus de la patiente de « la loi du père ».

La diminution progressive du traitement médicamenteux signera la guérison clinique et biologique de l'affection auto-immune. Les dernières consultations de l'année 1999 illustreront l'entrée dans **l'espace d'autonomisation**. Elles semblent être des « consultations prétextes » : épisode O.R.L. banal où elle évoque la présence d'un compagnon animal dans sa vie, en soulignant le lien avec une diminution de ses rations alimentaires. Puis, lésions cutanées bénignes sur un corps exposé fièrement, permettant de parler de l'arrivée d'un compagnon, humain cette fois.

L'histoire de cette patiente, dont nous ne pouvons donner ici qu'un bref résumé, mériterait, comme beaucoup d'autres observations caractéristiques de médecine de famille, un très long travail d'analyse. Elle éclaire bien le passage progressif de l'espace de soutien (espace primaire) l'espace d'autonomisation (d'intégration) à l'aide des moyens et des attitudes spécifiques du praticien.

Les outils

L'outil essentiel dans le premier espace est le praticien lui-même exerçant sa fonction de système pare-excitation auxiliaire (P.E.A). Cette première période s'étend sur les cinq ou six années du début de l'évolution (1996-97). Le holding se caractérise par :

- la vigilance en ce qui concerne les risques lésionnels et vitaux
- la disponibilité, y compris pour des raisons multiples et parfois apparemment anodines.
- le souci ressenti (et parfois affiché) du bien-être physique et psychique de la patiente.

Mais sont déjà mis en place simultanément : l'écoute, le « déblayage » de l'histoire familiale, le repérage des liens et du synchronisme entre symptômes physiques et émotions ou événements de vie. Autrement dit, l'interrogation sur l'état global de la patiente, de ses problèmes et conflits en cours et les premiers essais de leur décodage.

Même si ces interrogations ne sont pas forcément développées devant elle, la patiente est amenée à percevoir qu'elles ont leur importance. Par contre, toujours dans le cadre du holding, conseil lui est donné d'aborder la maladie sur le long terme dans le but d'aller au fond des choses et dans la préoccupation d'une prévention secondaire. C'est une autre façon de lui signifier que l'on prend soin d'elle.

L'entrée dans l'espace intermédiaire est marquée par le retour de la phase dépressive qui vient occuper le devant de la scène. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, elle va être l'occasion de mettre en œuvre les moyens qui favoriseront la guérison ultérieure. La recherche du sens de la maladie peut débuter. Le corps reste un motif de consultation privilégié (d'autant que l'évolution est marquée par une poussée inflammatoire) mais, parallèlement, les consultations débouchent souvent sur les difficultés de la vie sentimentale, en particulier la relation au père (voir encadré). Un véritable dialogue peut s'engager. Le fait que la patiente puisse s'autoriser à parler de plus en plus librement de sa vie personnelle et du climat de souffrance et d'angoisse dans lequel elle a vécu au sein de sa famille autorise le médecin à approfondir avec elle tous les éléments qui apparaissent. Le conseil de voir un psychanalyste psychosomatique en découlera tout naturellement.

On retrouve dans l'espace d'autonomisation les éléments précédents : le maintien de la disponibilité dès que nécessaire et la permanence d'un rôle plus soutenant quand la patiente a un problème somatique ou une difficulté psychologique ou relationnelle. Il importe d'être là mais également de décoder si l'on est dans l'évidence du besoin de régression, d'une simple vérification de la disponibilité du généraliste ou de se donner l'occasion d'approfondir la réflexion. La nouveauté réside dans l'introduction des entretiens « ritualisés », à savoir la décision prise de faire un certain nombre de consultations dans un temps court et limité. Cette initiative est contemporaine de l'attente de la thérapie par le psychanalyste. D'une part elle contribue à approfondir le sens de la maladie, à permettre à la patiente d'évoquer son auto agressivité, ce qu'elle ressent comme son « non-droit au bonheur ». D'autre part, elle répond au désir du médecin de rendre la patiente autonome dans la démarche, d'instaurer une certaine distance, de lui apprendre à aller approfondir aussi par elle-même, ailleurs.

Présentation de la pratique analytique mise en œuvre au Centre Pierre Cazenave

Françoise Bessis*

Bref historique

La création du Centre Pierre Cazenave est précédée d'une longue expérience comprenant plusieurs étapes :

- la création de l'Association Psychisme et cancer en 1991 sous l'impulsion d'une malade, BBL, avec ses deux thérapeutes (un pneumocancérologue et un psychanalyste), tant pour elle était vitale cette double prise en charge à la fois somatique et psychique. Elle souhaitait que d'autres malades puissent en bénéficier à une époque où la prise en charge psychique des malades était beaucoup moins développée qu'actuellement.

- l'élaboration du projet de Centre se fit à partir de l'intuition clinique, de la trouvaille de Pierre Cazenave, qu'il nomma maladie du nourrisson dans l'adulte, et qu'il expose dans *Le Livre de Pierre*, sous la plume de Louise Lambrichs : l'accès, à l'occasion de sa propre maladie cancéreuse, à une détresse infantile aux racines extrêmement archaïques, jamais reconnue malgré ses deux analyses et même frappée de honte, accès qui lui permettait de se réapproprier des parts délaissées de lui-même et de donner sens à sa maladie somatique comme possible expression de cette pathologie des liens précoces. Il mit en œuvre cette recherche clinique dans la rencontre avec les malades atteints de cancer à la clinique de la Porte de Choisy et suscita la création d'un groupe de travail entre analystes dans lequel nous élaborâmes les bases de l'approche théorico-clinique et thérapeutique qui devait inspirer la conception d'un Centre destiné aux malades atteints de cancer. C'est en nous appuyant sur les travaux de l'école psychosomatique de Paris, l'IPSO, créée par Pierre Marty, mais surtout et de plus en plus sur les travaux de Ferenczi, Winnicott, Bion, Torok et Abraham, MacDougall, que nous élaborâmes cette clinique du trauma, base de notre pratique au Centre.

Après la mort de Pierre Cazenave, j'ai créé le Centre en 1998 avec la collaboration de deux collègues psychanalystes du groupe de travail, les Dr Philippe Cros et Nicole Frey, et la cooptation de malades accueillants.

Bref exposé de la clinique du trauma

Après vingt ans d'expérience, et de la continuation de notre travail d'élaboration, dont deux colloques en 2004 et en 2014 ont témoigné, quels sont les outils cliniques et thérapeutiques qui nous permettent, en tant qu'analystes, d'aborder cette clinique du trauma et quel est l'apport spécifique pour les malades de ce lieu d'accueil thérapeutique qu'est le Centre ?

Est traumatique ce qui confronte le sujet à un danger mortel, le frappant dans tout son être psychique et corporel, menaçant son existence subjective ; l'impact mortifère du trauma, point essentiel de la théorie ferenczienne, étant provoqué ou aggravé par la défaillance de l'autre et son déni. C'est dire l'importance, la responsabilité de cet autre (ce *nebenmensch*, cet être proche des débuts de la vie, ce pair aidant, ce thérapeute) tant dans son effet destructeur que possiblement réparateur.

Au Centre, nous avons à répondre à différentes modalités du trauma, pour aider le malade qui vient nous voir à y faire face.

* Le Dr Françoise Bessis psychiatre, psychanalyste, est directrice de centre « Psychisme et cancer » Pierre Cazenave qu'elle a créé avec le docteur Philippe Cros et qui accueille des consultants atteints de cancer ou leurs proches

Nous avons ainsi, d'abord, à aider le malade à faire face au trauma actuel lié à cette maladie, le cancer, de survenue imprévisible, angoissante quant à son évolution, qui présente la mort, et qui peut provoquer un état de sidération débordant l'efficacité du recours aux défenses et repères habituels.

Les principes relationnels mis en œuvre par un médecin américain, Thomas Salmon, pour accueillir les soldats traumatisés pendant la Deuxième Guerre mondiale, cité dans l'ouvrage Histoire et trauma de Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière, sont d'une aide précieuse. Immédiateté, proximité, simplicité, et *expectancy* (espérance, espoir).

Il y a en effet urgence à rejoindre ce patient en détresse, menacé d'effondrement, figé dans un temps gelé. Nous sommes ainsi toujours disponible pour accueillir un malade qui débarque au Centre.

Il est essentiel d'instaurer d'emblée une proximité avec le malade, ce qui constitue un espace de sécurité qui lui permet de prendre le recul suffisant pour sortir de son isolement, de sa sidération traumatique, et réintégrer le monde des vivants. En cela est précieuse la simplicité avec laquelle, au Centre, le patient peut s'agréger au groupe d'accueil où se réunissent autour d'une tasse de thé et de quelques douceurs anciens et nouveaux consultants, avec les accueillantes dont la présence dans ce groupe constitue un apport capital. En effet, par leur parcours (expérience de la maladie et d'un travail thérapeutique dont elles peuvent témoigner), ces accueillantes constituent pour le malade un appui fiable, c'est le thérapeute, c'est-à-dire le compagnon de combat, celui qui a été concerné par la catastrophe et y a survécu, ayant pu même s'enrichir à cette occasion d'énergies et de ressources nouvelles.

Par ailleurs, la manière dont le thérapeute, loin d'être dans une attente passive, se rend partie prenante de la détresse actuelle du malade, tout en lui témoignant de son espérance de vivre, de sa foi en son devenir de sujet, l'instaure en position d'autre symbolique, témoin fiable, garant de son existence.

Dans ce moment particulier d'ouverture psychique du patient, liée à l'ébranlement de ses systèmes défensifs et à une vulnérabilité qui favorise l'appel à l'autre, la rencontre avec le psychanalyste, dans ces conditions, peut permettre la réactualisation et l'accueil transférentiel de cette autre modalité traumatique que sont les traumas des liens précoces ; ceux-ci ont été mis en évidence et explorés de manière décisive par Ferenczi puis Winnicott qui ont ouvert ainsi l'accès thérapeutique à une pathologie psychique jusque-là méconnue.

Comment évoquer, rapidement, le mécanisme et l'impact mortifère de ces traumas ?

En ce temps initial où l'enfant est dans un état d'extrême vulnérabilité liée à son immaturité constitutive, la non réponse à son besoin vital, à sa détresse primaire, par l'adulte le prive de cette reconnaissance primordiale de son existence, condition de son développement psychique et de son devenir de sujet.

Cette maltraitance en négatif induit un clivage (auto-clivage narcissique) entre une part de soi issue de cette détresse infantile non attestée, non introjectée, restée sensible mais dévitalisée, et une autre, qui s'est prématurément identifiée à l'adulte et à son savoir en l'incorporant pour assurer la survie dans une adaptation plus soumise que créative à la réalité que Joyce McDougall décrit comme une normopathie. C'est le nourrisson savant de Ferenczi, le faux self de Winnicott.

Cet intellect clivé d'une psyché vivante, du corps émotionnel, peut induire une fragilité psychosomatique et un profond mal d'être avec le sentiment de ne pas être en prise avec la vie malgré de grandes performances et réussites.

C'est cet enfant issu du trauma à la rencontre duquel va l'analyste. Enfant retranché, en appel de naître, qui faute d'inscription psychique ne se manifeste pas à travers les formations de l'inconscient mais dans des agir transférentiels, un langage corporel, un besoin fort d'étayage et

de régression, qui réclame de la part de l'analyste une approche psychodynamique proche de l'abord thérapeutique des états limite et des psychoses.

L'enjeu de ce travail de symbolisation de ce réel traumatique peut être de taille, un renouveau au sens de Balint, c'est-à-dire puisant dans des forces vives, primitives, produisant, comme le dit Saint Augustin cité par Gaudillère, du commencement.

Hommage à Louis Velluet

*Philippe CROS**

Ma rencontre avec Louis Velluet remonte à la fin des années 70 lors de la création à la faculté de Bobigny du premier département d'enseignement de la médecine générale en France, à l'initiative de doyen Cornillot et du docteur Jean de Butler. Au terme de mon clinicat, je me suis installé en libéral en 76, certes comme interniste, mais bien décidé à pratiquer la médecine générale, aussi ai-je rapidement intégré l'équipe des enseignants-généralistes qui comptait nombre de balintiens, Anne-Marie Reynolds, Pierre Gelly, François Berton et... Louis Velluet.

Huit ans de pratique d'un enseignement novateur créent des liens qui, bien que distendus, demeurent. Aussi, lorsqu'en 2004, Françoise Bessis a organisé le premier colloque de notre association Psychisme et Cancer, j'ai proposé qu'il intervienne. Ce furent des retrouvailles qui se prolongèrent en 2005 lorsqu'à nouveau je proposais à Françoise Bessis son nom pour la supervision du groupe des accueillantes du centre Pierre Cazenave.

À l'initiative de Rose-Marie Dautry, j'ai accepté de recueillir les témoignages de ces femmes qui ont participé à ce groupe mensuel de travail sur leur pratique, non pas pour en donner un résumé ou une synthèse, mais pour les articuler en évitant les redites et en respectant leurs propos.

Louis Velluet, très marqué par ses lectures de Ferenczi, Balint et Winnicott, alliait des qualités rarement associées chez la même personne : la souplesse et la fermeté, la rigueur et la simplicité, le tact enfin. Aucune surprise à les retrouver dans les lignes qui suivent.

L'une d'elles se souvient – pour en avoir pris note – de leur première rencontre le mardi 28 mai 2005, de son côté très humain, de la simplicité de son propos. Fort de sa pratique des groupes Balint avec des soignants, il se demandait si ce modèle était bien adapté à leur travail. En effet, ce ne sont pas des professionnelles du soin, cependant il était en droit de penser que leur expérience et de la maladie cancéreuse et de l'analyse leur donnait quelques compétences. Une seconde rencontre lui permettra de répondre positivement à cette question et par la suite de mieux cerner leur rôle et son importance auprès des malades et des proches. animateur plus que superviseur, à leur côté et non en surplomb, mais toujours rigoureux quant au cadre, il avait rapidement compris la difficulté de leur travail auprès des malades et des proches, et la richesse du « maillage » analyste-accueillantes dans les permanences. La confiance qu'il inspirait, son écoute fine, précise, profonde, sa patience, sa position de retrait souvent, sa discrétion, son absence de jugement et de tout jargon théorique, ont contribué, de l'avis de toutes, à ce qu'elles se sentent reconnues, prennent la mesure de leur place et de leur rôle, et que se construise au fil du temps une réflexion commune et personnelle, un intérêt renouvelé pour ce qu'il appelait leur objet d'amour commun.

Souvent silencieux, il fût le témoin nécessaire et vital de leur travail, un précieux point d'ancrage lorsque le bateau Psychisme et Cancer tanguait. Un groupe s'est ainsi créé et les liens patiemment tissés ont résisté aux départs de certaines et aux entrées d'autres... et lors de leur dernière réunion en Mars, devant son absence imprévue, elles ont cependant pu travailler sans lui.

Je souhaite rapporter ici le témoignage de l'une d'elles qui, en cette heure où j'écris ce texte, vient d'entrer en soins palliatifs : « je me souviens d'un moment d'une supervision qui avait résonné en moi d'une façon particulière, si particulière que, lorsque je pense à Louis Velluet,

* Le docteur Philippe CROS médecin interniste, balintien depuis les années 70, où il enseignait à Bobigny. Psychanalyste au centre Pierre Cazenave depuis sa création en 1998 il est l'initiateur de la supervision que Louis animait auprès des accueillantes du centre à partir de 2005. Il témoigne de ce travail.

c'est ce moment qui se présente à moi. Nous étions toutes en train de discuter autour du cas d'une consultante présenté par l'une d'entre nous. Alors qu'il y avait un échange très nourri, le côté paisible de ce moment m'avait tellement frappé que j'ai regardé Louis Velluet. Il était là, au bout de la table, bien ancré et adossé à son fauteuil, avec un léger sourire, le regard vif, attentif mais impassible...en veille. Tant que nous avons échangé sur le cas, il n'a rien dit. Ce n'était pas nécessaire. Il était là, cela suffisait. J'avais eu alors l'image d'enfants jouant devant une mère bienveillante...celle que je n'avais pas eue. Je sentais que le groupe était bien... Je l'étais aussi ».

Voici les noms des accueillantes qui ont témoigné de cette supervision menée par Louis Velluet : Marie-Françoise Blanc, Michèle Bouquet, Yvette Emmenegger, Farnaz Franjou, Nicole Justine, Réjane Meinerade, Claudine Menteau, Françoise Pilon, Danièle Saugier

Ecrire pense-t-il

La place du langage de l'imaginaire et de la poésie dans le groupe Balint

Brigitte Greis

Autres mots

Alain Devaux

La place du langage de l'imaginaire et de la poésie dans le groupe Balint

Brigitte Greis



Photo : B. Greis, Forum international de Tokyo

Il semblerait que ce qui se passe dans un groupe Balint se situe sur 3 niveaux que je distinguerais ainsi : le sensible, le transcriptible, l'intelligible. Il me fait penser aussi à 2 barrières parfois antinomiques mais cependant indispensables : l'émotionnel et le théorique, l'ordinaire et l'universitaire, ou le silence du langage et le discours. La lecture psychanalytique tente de comprendre ce qui se passe et oppose ces 2 cultures mais l'une ne va pas sans l'autre et sans doute le langage poétique tente de pallier à cette difficulté : la suprématie discursive de l'une sur l'autre.

Je ne parlerai pas de théorie, puisque notre thème est la poésie, l'imaginaire. Bien d'entre vous sont éduqués à la théorie, au langage conventionnel. Je prendrai donc un chemin de traverse pour comprendre ce qui peut nous aider dans un groupe Balint, dans l'élaboration d'une pensée ou du moins une tentative de cette élaboration.

Qu'est-ce donc que la poésie ? L'imaginaire ?

Bachelard dit que le langage ne traduit pas seulement, il crée de l'être.

J'ai un peu hésité à présenter ce thème sur l'imaginaire et la voie poétique pour parler de ce qui se passe dans le groupe Balint, dans la recherche balintienne, dans la relation de soin en général. Je vous propose une réflexion à discuter ensemble quant à la pensée du soin sous l'angle de l'imaginaire.

Suis-je bien légitime pour parler de la pensée du soin ? Ce n'est pas un « cabotinage » que de se poser cette question. Elle est nécessaire et incontournable pour me reconnaître impliquée dans la relation de soin, au sein d'un groupe Balint. La culture balintienne m'a aidée pour accepter ma tentative de comprendre, d'être dans la métapsychologie. Ma pratique, mon expérience, mon vécu font que je n'installe aucune certitude, aucune finitude de ma réflexion. L'imprévisibilité de ce qui se passe nourrit mon questionnement, ma curiosité, interroge mes représentations, mes habitudes, mes référé-

rences, mes préjugés. J'accepte une clinique de l'incertitude.

Je fais référence à Heidegger qui note deux pôles chez le malade : celui de son intime, son niveau intérieur et celui de la prise en charge paternaliste par l'extérieur. Il souligne alors que le corps est intelligent et que l'être a le choix. Avec la psychanalyse on a été plus loin et on a découvert le désir.

En tant que soignante, j'ai été confrontée à cette dualité heideggerienne et aussi à la suprématie des deux entités, l'une sur l'autre. C'est donc au sein de cette dualité que j'ai vécu une crise professionnelle qui a permis cette recherche et cette résistance aux langages conventionnels et sociétaux. Cette résistance me protégeait, me stimulait, aiguillonnait ma relation à l'Autre, m'avertissait de l'existence de mon MOI existant avec l'Autre.

Je vous parle alors de la **zone de création** expliquée par Balint¹ dans laquelle on se trouve dans une crise. La régression nécessaire face à **l'invisibilité génère de l'inquiétude** qui nous pousse à créer, chacun avec ses propres forces. L'invisibilité chez l'Autre suppose une **altérité active**. Et parce que je suis inquiète je peux créer un langage qui n'enferme pas. Je réfute la pensée du dehors comme l'explique si bien Foucault qui s'est battu contre toute forme d'enfermement et surtout celui de la pensée. La théorie, la littérature éloigne le sujet de son langage, il l'extériorise. Il écrit : « je parle et met à l'épreuve toute la fiction moderne »². Je peux me soustraire mais ne pas me détacher. L'attachement est présent si je suis inquiète. C'est une révélation et cela suscite de l'attention intuitive³, qui est nécessaire pour être et donner vie à l'altérité.. **Le lien est parce la personne est, et trouble le « ce qui se passe »**.

Alors la liberté du langage des images autorise à exister et peut-être à accéder ou du moins sentir le monde de l'Autre sans l'étreindre.

Charles Juliet écrit⁴ : « si j'écris des poèmes c'est précisément pour essayer de prendre possession de ce MOI intime à côté duquel je ne peux penser. Mais enfin il y a des obsessions, des désirs, des souvenirs...et si je l'exprime poétiquement c'est parce que je le sens précisément mais confusément ».

La **précision et la confusion** font le lit de la création de notre pensée. C'est bien ce que nous démêlons dans un Groupe Balint, n'est-ce pas ?

Je voudrais faire un rappel alors sur la création du langage. La poésie occupe une place centrale dans la Grèce antique, comme une mémoire sociale. C'est de la poésie et par la poésie que se forme une culture commune autour des Dieux et les mythes ont construit la Cité. La poésie construit la culture grâce à l'oralité et la mémoire. La théogonie fait autorité. Ne sommes-nous pas confrontés au sensible, à l'inquiétude, à la mémoire, à l'oralité dans un Groupe Balint ? L'attente, l'incompréhension, le vide, la somnolence, l'oubli, ne nous troublent-ils pas et ne nous renvoient-ils pas à une sensation régressive de chaos, à un voyage imaginaire ?

Quand il n'y a rien, est-ce qu'il y a chaos demandent les grecs ? Est-ce une béance ?

Il y a un espace de vertige, une absence aveugle illimitée puis il y a le temps et le

¹ M. Balint, *Le défaut fondamental*, éd. Payot, Petite Collection, 2006

² M. Foucault, *La pensée du dehors*, éd. Fata Morgana 1966, p.9

³ W.Bion, *L'attention et l'interprétation*, éd. Payot, 1974

⁴ Interview de Charles Juliet avec Dorothee Werner, ELLE, novembre 2013

groupe qui prennent une forme limitée où tout est dessiné, représenté, visible. Le monde a un plancher, avec des hauteurs et des souterrains, et au plus profond de la Terre il y a aussi le chaos, car on ne le connaît pas. Puis il y a Eros, l'amour primordial. Le chaos est neutre, ni masculin, ni féminin. La Terre naît d'une béance et des épousailles du ciel avec la terre, et la force de la Terre engendre l'eau⁵.

C'est important ce rappel de la béance, du chaos. Cela sensibilise au fait que l'on passe de l'individu au collectif et que le collectif a besoin pour exister de règles mais aussi des ressentis de l'individu. Balint disait qu'avec sa recherche on passait d'une médecine à une personne à une médecine à deux personnes. Dès lors que nous comprenons que nous sommes deux et plus, tout change et pour être humain il faut le savoir ensemble. Être deux c'est neutre. Ni masculin, ni féminin. Hannah Arendt consacre sa thèse de doctorat sur le concept d'amour nécessaire à la démocratie qui développe les vertus humaines et se bat contre la déshumanisation. Ce n'est pas rien. On peut alors supposer la relation de soin comme une relation d'amour. On entre en résistance contre le conventionnel. Mais le propre de l'humain est d'être dispersé, imprégné de connaissances, de savoir, d'éducation et de désirs. Nous sommes donc habités par la confusion et la complexité. **Nous ne pouvons être simples.** Nous n'apercevons des objets que selon ce que nous ressentons. De ce que nous sommes, nous n'en vivons que l'écume, qu'un langage fait pour tous réduit à une compréhension immédiate mais réductrice.

La pensée est toujours en alerte et dès lors qu'elle est transcrite, elle est neutralisée par les conventions et les lois du discours, des modèles, des représentations. On pourrait dire que la pensée est intime aux choses et aux événements et bien au-delà de la logique implacable du discours. Il faut accepter de se laisser surprendre et de laisser les choses se montrer avant que le rideau ne tombe, avant que les références n'arrivent et voilent le sens pour l'interpréter. C'est comme arriver avant que cela ne se passe, **avec l'absence, sans le temps**, sans la mémoire. **L'acte de pensée est furtif, surprenant, il joue avec l'absence et se joue du temps.** Il capte les choses sans s'y attarder mais comme une photo, il imprime ce qui est compris. La pensée furtive aussi joue sur les paradoxes de l'absence et de la présence totale, de l'apparition qui échappe en même temps à la compréhension du réel⁶. C'est un risque⁷ permanent où l'on chasse l'ennui et l'habitude, la myopie du langage.

Entrer en poésie c'est faire de la résistance à la violence du langage qui laisse échapper notre vérité profonde. C'est sans doute lutter contre des conventions de langage et des représentations imprégnées de convictions.

Le soignant s'adresse à un être qui souffre et a vocation de lui faire comprendre sa souffrance, parfois de l'éradiquer voire de vivre avec. Jouer avec la poésie c'est accéder à des émotions, qui somnoient dans l'inconscient, avec pudeur et délicatesse. Nous ne sommes pas toujours dans le réel car nous sommes imprégnés de symboles de ce réel ou bien des préjugés. La diversité de nos langages nous autorise à aborder ce réel avec l'écriture, le jeu des mots, la peinture. Pour cela il ne faut pas toujours savoir où l'on va. Cette démarche conduit au silence, à se défaire de soi-même, à accepter l'autre enfin. Cela passe par l'appropriation de soi sans lequel nous ne pouvons être avec l'Autre.

⁵J.P. Vernant, *Les Dieux, l'univers, les Hommes*, éd. Seuil, 1966

⁶ J. Baudrillard, E. Valientes Noailles, *Les exilés du dialogue*, éd. Galilée, 2005

⁷ A. Dufourmantelle, *L'éloge du risque*, éd. Rivages poche, 2014

L'imaginaire : cela à voir avec ce qui est enfoui en nous, qui peut resurgir à tout moment. La connaissance psychanalytique va nous aider à chercher et peut-être comprendre et enfin accepter ce qui se trame en nous. Mais pas seulement la science psychanalytique. Et avec Balint je me bats pour donner à ma place de soignante toute sa valeur thérapeutique aussi modeste et ordinaire soit-elle. L'ordinaire a cette force particulière qui nous préserve des discours impérieux.

On aborde là l'enfance, les origines, la culture, le sensible, le lien avec l'Autre. C'est de l'altérité active, complexe, imprévisible. Nous avons vu avec J.P. Vernant que la création du monde passe par la création du mythe pour réguler, organiser, pour donner du sens et démocratiser la Cité. C'est la pensée qui établit la Cité et non l'inverse. Du chaos naissent des éléments qui vont se lier. **On ne peut s'empêcher de regarder alors le Groupe Balint.** Cela passe par les mots, les ressentis, la mémoire, les images et représentations, en toute liberté ou porté par un torrent intime. L'investissement du Moi dans le langage libre casse les barrières entre les sciences, le savoir, les discours idéologiques, les codes conventionnels, la littérature même. L'intime et le public, le sociétal et le politique, se mêlent et la vie s'autorise dans le lien suscité par l'imaginaire et le senti.

Dans la pensée grecque le diurne et le nocturne étaient inversés au départ. Le jour commençait le soir et vice-versa. L'imaginaire s'est autorisé des contraires face à la béance, au-delà du savoir. Et, si la psychanalyse souvent d'origine universitaire, prétend savoir ou expliquer, l'imaginaire reste le garde-fou de ce savoir et autorise la liberté de l'être.

L'imaginaire, comme la poésie, ne sont pas dans le désir de savoir. C'est bien là leur force. La machine à fantasmes a ce pouvoir de libérer, de réguler, de créer, et autorise l'oubli comme la mémoire à la fois. La psychanalyse peut toucher la primitivité de l'être, ses lieux d'origine peut-être. Mais l'imaginaire lui est nécessaire comme « un soin » : une médecine onirique qui influence notre inconscient ou tente de le révéler. Un lien se crée entre le passé, le présent, et l'avenir, hors temps par l'émergence de l'émotion qui fait du sujet un être existant libre. Le langage du corps, incontrôlable, le langage créé par l'imaginaire associé à l'émotion et à l'intelligible fulgurant, enfante de l'être.

Enfin **l'imaginaire exulte ma solitude, ma liberté et ce qui m'est original.** Il lie la mémoire, mes symboles, ma primitivité, mes convictions intimes pour lesquels il demeure un garde-fou. C'est du privé. La psychanalyse est plutôt du côté du collectif et du discours, paradoxalement. Le corps ou l'âme malades deviennent un médiateur et un diffuseur possible de l'être naissant en se distanciant du transcritible alors que le sensible prédomine et s'allie à l'intelligible.

La poésie, l'imaginaire sont ces lieux où l'on peut émigrer sans se cacher : un tel émigrant ne fuit pas ses lieux, il les occupe autrement en revendiquant sa liberté et en refusant toute soumission au discours de l'extérieur. C'est du Désir.

C'est aussi cette voie possible où les abysses de l'être voguent en des champs multiples : mémoire, réparation, apparition, présence, oubli, acceptation, intuition, révolte. La vie peut continuer hors de la censure du langage qui enferme et dans lequel on ne peut se projeter.

« Le langage tout seul est extrêmement fascinant et ses lois envahissantes et d'autant

plus impérieuses qu'elles elles forment la société de la société ». Note Pascal Quignard⁸

Avec la poésie et l'imaginaire, on entre de façon imprévisible et presque par effraction dans la reversion des mots à l'encontre du réel, à cet endroit du désir et de la mémoire, dans la rencontre du MOI et de l'AUTRE. C'est un risque, c'est accepter d'avoir peur, c'est accepter d'être.

Dans le groupe Balint, circule la pensée furtive et les boucliers de défense, de protection, de références, de régression suffisante, pour ne pas se soumettre à la logique implacable de l'adhésion au discours extérieur.

Autres MOTS

Alain Devaux

Elle est belle

Comme une actrice

Elégante et maquillée

Un parfum enivrant

Longtemps

Sur sa poitrine

Timidement

Je pose mon stéthoscope.

Et là

Je vois

Au milieu du ventre

Un trou

Un orifice béant

Recouvert d'un sac

Rempli d'excréments.

C'est un certain GROHN

Le salaud

Qui a fait ça.

Notes de lecture

Martin WINCKLER *Les brutes en blanc*
Michelle Moreau-Ricaud

Ruwen OGIEN *Mes mille et une nuits : la maladie comme drame et comme comédie* Simon-Daniel Kipman

Guy EVEN *Les « deux têtes du médecin »*
Brigitte Greis

Souad BEN HAMED-VERNOTTE *Approche clinique de quelques mécanismes pervers narcissiques, la face cachée de la relation*
Brigitte Greis

Martin WINCKLER *Les brutes en blanc*, Paris, Flammarion, 2016, 248 p
Michelle Moreau-Ricaud

Contrairement à la boutade d'Oscar Wilde - « Je ne lis jamais un livre dont je dois écrire la critique : on se laisse tellement influencer » - ! J'ai lu la dernière publication de Martin Winckler...

Auteur de plusieurs romans, d'essais, de chroniques et d'un site : *Winckler's Webzine*, un temps Rédacteur à la revue *Prescrire*, l'auteur s'est surtout fait (re) connaître pour l'excellent « La Maladie de Sachs », POL 1998. Bruno Sachs, double de l'auteur, médecin, personnage déjà présent dans deux romans précédents, *Trois médecins* et *La Vocation*, nous est présenté par les proches en courts monologues alors que lui-même écrit sur ses patients.

Le film que Michel et Rosalin Deville ont tourné en 1999, à partir de ce roman document, *La Maladie de Sachs*, montre de façon saisissante comment ce médecin doit avoir la tête à tout ...jusqu'à la perdre !

Martin Winckler nous livre cette fois, avec ce tableau de « la maltraitance médicale en France », comme l'indique son sous-titre, un véritable brûlot contre les médecins (mais les psychanalystes sont loin d'être exemptés)

Rappelons, pour nos collègues de la Société Médicale Balint, que Martin Winckler est le pseudonyme de Marc Zaffran, ancien étudiant tourangeau, devenu médecin généraliste, ayant exercé en pratique libérale et à l'hôpital de Pithiviers de 1983 à 2008. En retraite précoce depuis cette date, il a émigré au Canada, où il participe à la recherche sur la formation du médecin à l'université de Mac Gill, à Montréal, et à Ottawa.

La violence du titre de ce livre est-elle justifiée ?

Ce titre, sur la première de couverture, est à peine atténuée par le sous- titre à l'intérieur du livre : *La maltraitance médicale en France. Effet de bombe.*

Disons tout d'abord qu'il faut bien reconnaître qu'il y a de plus en plus de plaintes de patients au moment où la santé est à l'ordre du jour avec la réforme de Marisol Touraine et la loi de santé. En dépit de la déontologie médicale, les faits de maltraitance de patients par certains médecins sont avérés. L'auteur, quant à lui, dénonce tout un tableau de brutalités exercées par les médecins : abus de pouvoir sur les patients, relations abusives avec parfois gestes déplacés ou même viols (p 126), insultes, menaces, refus de recevoir des patients qui sont au CMU, dépassements d'honoraires, moqueries, mépris, condescendance, négligences, etc.

Dès le lendemain de la publication et sans l'avoir lu (?), l'Ordre des médecins, dans une réponse immédiate étonnante - alors qu'il laisse trop souvent, et pendant des années, des pratiques dévergondées impunies - a taxé ce livre de caricature. Il précise que les patients, en très grande majorité, « font confiance à leurs médecins ».

Faut-il s'étonner que la profession médicale, ancrée mythologiquement dans le « sacré », avec Asclépios, Hygée et Panacée, soit tant décriée de nos jours ? Certes Molière ne l'avait pas épargnée, avec *Le Médecin malgré lui* et *Le Médecin volant*, ni Jules Romains dans *Knock* ou le triomphe de la médecine. Mais cette fois, nous ne sommes plus dans la comédie...

« Pourquoi y a-t-il tant de médecins maltraitants ? »

Cette question est celle du bandeau du livre. Si elle est pertinente, faut-il en chercher les raisons dans les études médicales ? Dans la troisième partie Martin Winckler évoque « l'enseignement maltraitant », les lacunes de l'esprit critique, la caste médicale, les chapelles, les conflits d'intérêt, le pouvoir (politique compris), les collisions avec les laboratoires, les « inventeurs de maladie » (Jörg Blech), le déni des émotions, etc.

Je me demandais si l'esprit carabin ne subsistait pas chez certains des médecins incriminés... Ne commencent-ils pas à se dé-former dans les bizutages que subissent les étudiants post concours de la première année, illégaux mais toujours d'actualité, qui inaugurent leur entrée dans les études médicales proprement dites ? Ces séquences d'humiliation sont-elles spécifiques à cette profession ? Elles n'aident certainement pas à développer une empathie envers les patients, lors des premières rencontres avec eux ; les identifications aux aînés maltraitants, ainsi que les mécanismes de défense contre la souffrance, les maladies, la mort, pourtant nécessaires à la pratique clinique pour « tenir bon », pourraient-elles induire indifférence, cynisme, voire arrogance ?

L'auteur nous confie comment, selon lui, pendant ses études, il a pu échapper aux « mauvais patrons » auxquels s'identifient les étudiants, reproduisant à leur tour l'attitude hautaine dès lors qu'ils deviennent eux-mêmes médecins. Il a rencontré, dit-il, de « bons patrons » qui l'ont influencé, et beaucoup de patientes (en gynécologie, lors de prescriptions de contraception). Celles-ci l'ont-elles « civilisé », empêché d'être un médecin brutal ? Les échanges avec des collègues étrangers et, dès 1985, en fréquentant un groupe Balint auraient fait le reste ? Voici ce qu'il en dit : « J'ai eu de la chance, des collègues médecins et psychologues ainsi que la pratique des groupes Balint m'ont aidé à comprendre ce qui, dans les traits de ma personnalité, me rendait sensible aux arguments des patients... et me poussait de mon côté à me méfier et à douter de ce que le patient disait. Pour me protéger. » (p.85). Il a pu ainsi apprendre à considérer le patient et à l'écouter. Il cite l'ouvrage de Michael Balint, psychanalyste hongrois émigré en janvier 1939 en Grande-Bretagne *Le Médecin, le Malade, la Maladie*, écrit en 1957, et traduit dès 1960 par Jean-Paul Valabrega¹ (non cité ; la note est à corriger p. 290) qui travaillait sur *La relation thérapeutique* au CNRS.

Avec la référence de ces deux psychanalystes intéressés par cette extension de la pensée freudienne à la médecine à des titres divers, nous sommes bien loin de ce médecin de fiction, l'insupportable Dr House de la série américaine télévisée, que vous connaissez tous, et citée par l'auteur. Pour Gregory House, médecin hospitalier de médecine interne, point n'est besoin, sauf exception, de voir le patient, suivi par les médecins et infirmières de son service : le dossier suffit. Véritable machine à diagnostiquer, il est savant, sûr, ne cherche à découvrir que l'énigme de la maladie ; ou plutôt c'est la vérité diagnostique et non celle de l'être malade qu'il recherche. Pourquoi perdre du temps à rencontrer le patient ? Il le dit à son équipe : « *Everybody lies* », tout le monde ment. Le patient ment et le médecin aussi d'ailleurs.

Au long du livre d'autres pratiques médicales sont dénoncées : la prévention (parfois maltraitante en cancérologie, exemples à l'appui), la « supercherie » du cholestérol, les campagnes de dépistage du cancer de la prostate, le traitement de l'infertilité, la violence des annonces des maladies. Choix médicaux ou dérives connues pour le bien du malade, ne sont-elles pas des formes d'acharnements thérapeutiques ?

Notons que Marc Zafran s'était formé dans le groupe Balint que le Dr Pierre Bernarchon avait conduit pendant plusieurs années au Mans, (et à sa mort repris par Simone Cohen-Léon) Il a dû le quitter car il n'exerçait plus.

Il avait également été notre invité à un congrès de la S.M.B, tenu à Pau. Martin Winckler ferait-il alors la leçon à ses collègues (malgré la toute première phrase de son avertissement ?)

L'auteur renvoie ses confrères au Code de déontologie, dont il rappelle les articles les plus importants, estimant que certains l'« enfreignent sans vergogne trahissant la confiance que leur accordent la plupart des patients, manquent à leurs obligations professionnelles et violent les lois de la République » (p.52).

¹ Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Tavistock Publications, 1957, traduit par Jean-Paul Valabrega en 1960, Paris, PUF, puis 1961 Payot : *Le Médecin, le Malade, la Maladie*.

JP Valabrega (un des trois fondateurs du Quatrième Groupe) travaillait alors sur *La relation thérapeutique* ; il avait rencontré Balint, invité par D.Lagache à la Société Française de Psychanalyse, après la première scission de l'histoire de la psychanalyse en France.

En fin d'ouvrage, un chapitre intitulé « Que faire face à la maltraitance médicale ? » s'adresse aux patients. L'auteur leur donne une dizaine de conseils pédagogiques, pragmatiques, dans la visée comportementaliste, de choses à faire lors de la consultation, afin qu'ils puissent exercer leurs droits de patients jusqu'au dépôt de plainte, si nécessaire, non à l'Ordre des médecins, mais au pénal.

Une meilleure formation des médecins nous paraît être une des solutions. L'introduction des Sciences humaines en médecine fera-t-elle changer les choses ? On a vu en septembre 2016, à notre 42^{ème} Congrès de la S.M.B., tenu à Bobigny, l'introduction, commencée là en 1968, grâce au Professeur Pierre Cornillot ouvrant les études médicales aux médecines alternatives, mais également aux groupes de paroles ou aux groupes Balint². Sa rencontre avec Edgar Faure alors ministre des universités avait favorisé cette ouverture, restée encore trop timide dans les autres UFR. Peut-on espérer que sciences humaines et groupes Balint pourront sensibiliser à la relation, au dialogue ? La formation - recherche, le « training cum research » de Balint, avec présentation de cas, devant des collègues et des psychanalystes pourraient compléter le savoir par un apprentissage d'un savoir-faire.

Revenons une fois encore sur le titre, évoquant, en négatif, la fameuse série Les Hommes en blanc de ce médecin du Sud ouest, le Dr André Soubiran. Nombre de futurs étudiants en médecine l'ont dévoré et ont été, peut-être, soutenus dans leur vocation par cette lecture. L'éditeur et l'auteur escomptent-ils un pareil succès pour le livre de Martin Winckler ?

A ma demande à Flammarion au sujet d'une présentation du livre en présence de l'auteur, lors de son séjour à Paris ce mois d'octobre 2016, la réponse négative laisse beaucoup de questions sans réponse :

- n'y a-t-il pas, chez l'auteur, un culte un peu naïf des médecins anglo-saxons, canadiens et américains notamment ?
- ce livre a-t-il été écrit pour le grand public ? pour les patients ?
- les médecins français seront-ils curieux de lire le procès qu'il leur est fait, cette fois par l'un des leurs, afin de réfléchir à leur style de médecin et de l'améliorer ?
- n'y a-t-il pas, enfin, le risque de discréditer à l'avance tout médecin et de ruiner ainsi « l'attente croyante », confiante envers les médecins ?
- risque-t-il également de provoquer une recrudescence d'agressivité et d'agressions verbales et physiques envers les soignants et médecins ?
- enfin, un autre danger ne serait-il pas de judiciariser, à l'américaine, les malentendus, différents et erreurs entre médecins et patients ?

Un regret : la formation dans les UFR de médecine (parfois embryonnaire) est passée sous silence et la formation médicale continue n'est nulle part envisagée ; point d'adresse non plus de la Société Médicale Balint, fondée en 1957 à Paris³, par quelques jeunes médecins qui s'initiaient au groupe Balint.

Malgré ces quelques critiques et son ton, ce livre serait néanmoins à lire par tous les personnels soignant et pourrait alimenter un débat qui ne manquerait pas d'être fructueux.

Faudrait-il alors, dire, avec Sade et ... Winckler :

« Français encore un effort si ... » si vous voulez former de bons médecins !

² Velluet, L. « Naissance et évolution de la formation Balint à la Faculté » ; le Dr A.M. Reynolds est l'une des premières à avoir dirigé ces groupes Balint.

³ Moreau Ricaud, M. (2000) *Michael Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest, Toulouse*, Erès, ré-édition 2007

Ruwen OGIEN *Mes mille et une nuits : la maladie comme drame et comme comédie*,
Albin Michel, 2017
Simon-Daniel KIPMAN

L'agonie vivante

Je prie le lecteur d'excuser ce titre, mais il répond à une longue réflexion et expérience avec des malades, et des personnes en fin de vie, que cette fin de vie soit programmée à court terme ou aléatoire.

Mais l'essentiel est que Ruwen Ogien est mort, le 4 mai dernier, et qu'il se trouve que, par hasard, j'ai entre les mains son dernier livre : *Mes mille et une nuits : la maladie comme drame et comme maladie*. Mais il n'y a pas de hasard, comme on dit. Celui-ci n'est que le lieu de nos incompréhensions et méconnaissances. Celles-ci devraient être réduites, croit-on ; par la puissance à venir des « big data » et la multiplication des statistiques grâce aux mêmes ordinateurs.

Ruwen Ogien avait à la fois une formation de sociologue et de philosophe. Directeur de recherche au CNRS, il a publié de très nombreux ouvrages depuis sa thèse sur « la faiblesse et la volonté », ouvrages aux titres évocateurs et ironiques : « pourquoi tant de honte » (2005), « le corps et l'argent » (2010), « l'influence de l'odeur des croissants chauds sur la bonté humaine et autres questions de philosophie morale expérimentale » (titre qui prend tout son sel quand on sait que récemment Mme le Pen a apporté des croissants à des ouvriers en grève et mis au chômage. Les travaux de Ruwen Ogien appellent en effet à une « éthique minimale ».

Cette éthique minimale intéresse, concerne directement les médecins, car son slogan, sa règle unique est « d'abord ne pas nuire aux autres ». Cette règle renvoie en effet au « primum non nocere » Cette locution latine attribuée à Hippocrate, mais en fait d'origine inconnue, a bercé tous les étudiants en médecine, plutôt que les commerciaux des laboratoires.

Et son dernier livre nous interpelle tout autant. Ruwen Ogien était atteint et est mort d'un cancer. Ce dont il NOUS parle ici. A partir de ses connaissances sociologiques et de son humour, bonne défense contre la souffrance, il nous offre un livre passionnant.

Pourtant des livres sur et à partir d'une expérience personnelle de maladie grave sont foison. Peu d'entre eux ont un tel impact, car il en parle de l'intérieur et de l'extérieur, encore que, à mon goût les références anglo-saxonnes soient trop nombreuses. Mais je sais bien que c'est la loi du genre, universitaire et informatique.

Dire que c'est un livre plaisant peut paraître osé ; mais l'approche de Ruwen Ogien me le permet. Sa distanciation s'applique tout autant à lui-même, à ce qu'il ressent et souffre, mais à ce que les bons auteurs peuvent en dire. Sous couvert d'une description de son propre cas et de ses relations avec les soignants, il aborde toute une série de questions qui font le lait (et pas le lit) des réflexions sur ce qu'est une médecine et une psychiatrie de la personne (voir les ouvrages publiés par Doin disparu sur ces sujets et sous ma direction).

La première question est celle des limites de la maladie : « est-on malade quand on souffre d'une entorse à la cheville ou d'une piqûre d'abeille ? » (p.9). La douleur et la souffrance, ou leur quantité ou leurs qualités ne sauraient faire le, partage. Et R. Ogien en profite pour partir en guerre contre le « dolorisme » (l'un de ses chapitres s'intitule « le cadavre du dolorisme bouge encore ») Comment une maladie, fut-elle grave ou chronique,, peut-elle avoir des « vertus positives » (p.12).

Ce « gout du dolorisme » serait-il un effet de ce qu'il appelle (p.33) le « paternalisme médical » qui va jusqu'à « blesser le patient », celui qui fume, qui s'expose au soleil, etc.

Si le patient est obligé, ou amené à jouer un rôle qui ne sied pourtant pas à la variabilité de ses émotions, celui du BON malade ; le médecin lui, est coincé par des impératifs sociaux et moraux, que même le patient attend de lui, et qui semblent devenir loi.

Il n'y a pourtant ni bon patient, ni bon médecin ; comme par exemple il n'y a pas de bonne guerre ou de bonne stratégie : il y a celle qui a marché, celle qui a marché selon les critères sociaux du moment. A la rigueur, le soignant serait peut être suffisamment bon (good enough) pour ne pas se heurter ni à soi, ni à l'autre, ni aux autres.

Des codes précis, mais ni toujours écrits, ni toujours justifiés ou justifiables, règlent la rencontre soignant/soigné (ou le contraire).

Et cette rencontre fonctionne soit pour un un-peu-mieux, soit pour un plus mal, etc.. Et cela aux yeux du patient, à ceux du médecin, du soignant, et à ceux du public proche et éloigné. La relation duelle est, tous comptes faits, sur scène, en situation.

Plus loin, il distingue le FAIT d'être malade (p.124) et le droit d'être malade, avec leurs évolutions historiques et même politiques.

La maladie, on le sait, a été successivement décision d'un dieu, attaque extérieure (la médecine pastorienne), puis victimisée par la société, avant de devenir responsabilité personnelle dans une logique économique assurantielle. Ces évolutions historiques et sociétales, ce ou ces « modèle suppose qu'il existe un ensemble d'attentes normatives à l'égard du médecin » (p.133). Cela s'illustre très particulièrement aujourd'hui, dans la médecine préventive et précoce. Ces attentes normatives façonnent tout autant le modèle du malade, victime, faible, puis affaibli. On a assisté plus récemment à l'émergence du :

- patient expert (p.140), relayé ou soutenu (j'écrirai volontiers sous-tenu, tenu en dessous) par internet. Ce qui, évidemment rein à voir avec l'adage selon lequel c'est le patient qui en sait le plus sur SA maladie, à condition que le soignant sache l'écouter ;
- du patient autonome, adepte de l'auto médication.
- et au patient consommateur, choisissant ses soignants et ses soins comme on choisit un melon au marché : en en tâtant plusieurs.

S'il ne fait qu'évoquer les maladies dites psychosomatiques, et qu'il ne dit rien des « bénéfiques secondaires de la maladie », sa conclusion devrait nous faire réfléchir sur la mixité et la variabilité des émotions du malade. Pour ce quoi nous concerne, cela m'évoque les difficultés de prise en charge des psychotiques et de leurs brusques mouvements contre transférentiels, ou des malades atteints de maladie cycliques et leurs changements d'humeur.

Il ajoute (p.237) « la souffrance physique est un fait brut qui n'a aucun sens, qu'on peut expliquer par des causes, mais qu'on ne peut pas justifier par des raisons », à moins, bien sûr d'y introduire des logiques inconscientes.

Guy EVEN *Les « deux têtes du médecin*, Edition L'Harmattan, 2017

Brigitte Greis

D'emblée, nous butons dans un tapis avec une vieille dame, entraînant aussi le médecin dans sa chute. Tomber pour les personnes âgées est un risque majeur au contraire du petit enfant qui se relève toujours.

Vivre devient un risque qui confronte le médecin à son savoir-faire, au faire et à ses références scientifiques et au choix qui n'appartient qu'à la personne d'adhérer à l'espoir de continuer à vivre. Au médecin de stimuler cet espoir bien sûr mais comment stimuler la tension qui l'habite pour soigner : par sa présence parfois absente ?

Par le clivage corps et âme et science et statistiques et protocoles ? Par un lien particulier qu'il développe avec le patient malgré ses propres fragilités, celles du patient mais aussi celles du soignant ? « L'essentiel est ailleurs » écrit Guy Even.

A partir de cas cliniques, Guy Even cherche ce qui va créer une médecine qui respecte le choix de santé du patient. L'inquiétude, l'incertitude, vont mettre en balance les compétences scientifiques irréfutables pour que surgisse le désir de vie qui amène le changement dans la relation de soin. « Docteur, ma vie a changé ».

Des références littéraires, psychologiques, psychanalytiques, médicales cimentent cette recherche pour une intelligence de la santé et de la médecine.

Souad Ben Hamed-Vernotte *Approche clinique de quelques mécanismes pervers narcissiques, la face cachée de la relation*, Edition L'Harmattan, 2017

Brigitte Greis

La question de la perversion narcissique et de ses manœuvres attire autant qu'elle effraie. Le but de ce travail est de fournir des repères pour aider le soignant dans ses évaluations et aussi pour l'aider à affronter des situations difficiles. Ce livre s'adresse à des soignants mais il peut éclairer aussi des professionnels de l'ordre judiciaire grâce à quelques repères.

Agenda des évènements organisés par la SMB

- Conseil d'administration** 30 novembre 2017 à Paris
- Assemblée générale** fin 2017
- Automnales d'Angers 2017-10-01** reportées à l'automne 2018
Contact : Isabelle Martinot-Nouet (isabelle.martinot@me.com)
- Journées de Reims** 25 au 27 mai 2018
Contact : Jean-Daniel Gradeler (jdgradeler@me.com)
- Bulletin Balint n°84** juin 2018, réception des articles pour le 30 mai 2018
Contact : Brigitte Greis (brigitte.greis@orange.fr)
- Journée des pratiques** 2 juin 2018 (à confirmer) à Paris
Contact : Atger Katherine (k.atger@live.fr)
- Congrès de la SMB 2018** Metz rentrée 2018 :
Contact : Jean-Daniel Gradeler et secrétariat de la SMB

Agenda du collège de formation/perfectionnement des leaders de la SMB

Les activités de formation 2017/ 2018 :

1. Groupe théorico-clinique Balint n° 5: 6 week-ends

Approfondissement de la pensée et de la démarche formation recherche de Balint

Responsables : Luc Beziau - Roger Lagueux

Leaders de groupes Balint : Brigitte Greis – Maurice Henniaux

Lieu : Paris

Dates :

2017 : 20-21 mai 2017 16-17 – septembre 2017 9-10 décembre 2017

2018 : 24-25 mars 2018 26-27 mai 2018 plus un week-end en septembre

2. Supervision en groupe – cycle n°3 : 9 séances de 4 heures

Superviseur : Roger Lagueux, co-superviseur en formation : Luc Béziau

Ce cycle a débuté en janvier 2017 il reste trois séances.

Lieu : Paris /Dates : 2017 : 14 octobre –18 novembre /2018 : 13 janvier

3. Supervision en groupe - cycle 4 : 9 séances de 4 heures

Superviseurs : Roger Lagueux et Colette Lortet

Lieu : Bordeaux/Léognan

Dates : 21 octobre 2017 plus dates arrêtées avec les participants

Contact : roger.lagueux@wanadoo.fr / téléphone : 05 49 57 16 31

Les journées « Santé mentale » du 12 au 25 mars 2018

Le mot de la présidente : Parentalité et enfance

Anne Deffontaines

Parce que la première mission du parent est de donner la vie et de favoriser et soutenir cette vie singulière de leur enfant, quelques soient les modalités d'expression de la vitalité chez celui-ci.

Parce qu'en tant qu'humains nous sommes concernés par cette vie qui circule.

Parce qu'en tant que soignants nous sommes sensibles à la douleur de vivre, que ce soit celle des parents dont l'idéal est blessé par ce qu'ils vivent comme un échec, comme une brisure, , que ce soit celle des enfants qui n'ont pas les ressources pour trouver la place qui leur convienne, que ce soit celle des familles dont les multiples incompréhensions et angoisses génèrent de la souffrance et du malaise.

Enfin parce qu'en tant que Balintiens nous savons combien l'échange, le partage, la mise en mots et l'écoute mutuelle peuvent soutenir ceux qui nous font la confiance de partager leur intime douleur.

Rendons nous aux **semaines d'information sur la santé mentale qui auront lieu du 12 au 25 mars 2018 sur le thème de « parentalité et enfance » et proposons des actions là où nous sommes.**

Bulletin Balint n°83



Contributeurs

Mme Atger Katherine : ex-directrice d'IFSI, leader accrédité et membre du GRAL

Mme Auger Françoise : médecin, leader accrédité de la SMB, past-présidente de la SMB

Mme Bessis Françoise, psychiatre, psychanalyste

M. Canet Luc : médecin rhumatologue, leader accrédité de la SMB et membre du GRAL

Mme Catu Pinault Annie : médecin

M. Coudreuse Jean-François : médecin gériatologue, leader accrédité de la SMB, past-président

M. Philippe CROS : médecin interniste

Mme Deffontaines Anne : médecin psychiatre, leader accrédité de la SMB, membre du collège de formation, présidente de la SMB

M. Devaux Alain : médecin, SMB Belgique

M. Goimier Jacky : psychologue, psychanalyste, leader accrédité de la SMB

M. Grader Jean-Daniel : médecin, leader accrédité et trésorier de la SMB

Mme Greis Brigitte : infirmière libérale, leader accrédité de la SMB, auteur, rédacteur en chef du Bulletin Balint

Feu Mme Guerin Guite : médecin, psychanalyste, leader accrédité de la SMB, auteur, membre du GRAL

M. Jablonski Henry : psychiatre et psychanalyste, animateur de groupe Balint, Stockholm, Suède

M. Kipman Simon-Daniel : médecin psychiatre, psychanalyste, auteur

Mme Lagueux Maryvonne : psycho-sociologue clinicienne

M. Lagueux Roger : psychologue, psychanalyste, leader accrédité de la SMB, président du Collège de formation

Mme Martinot Nouet Isabelle : médecin, leader accrédité de la SMB

Mme Moreau Ricaud Michelle : enseignante, psychanalyste, membre du 4ème groupe, auteur, leader accrédité et membre du GRAL

Mme Parée Michèle : médecin, leader accrédité SMB Belgique

Mme Roustang Isabelle : médecin

Mme Tessarech Florence : psychologue, psychanalyste

Feu M. Velluet Louis : médecin, psychanalyste, enseignant, auteur, leader accrédité de la SMB

