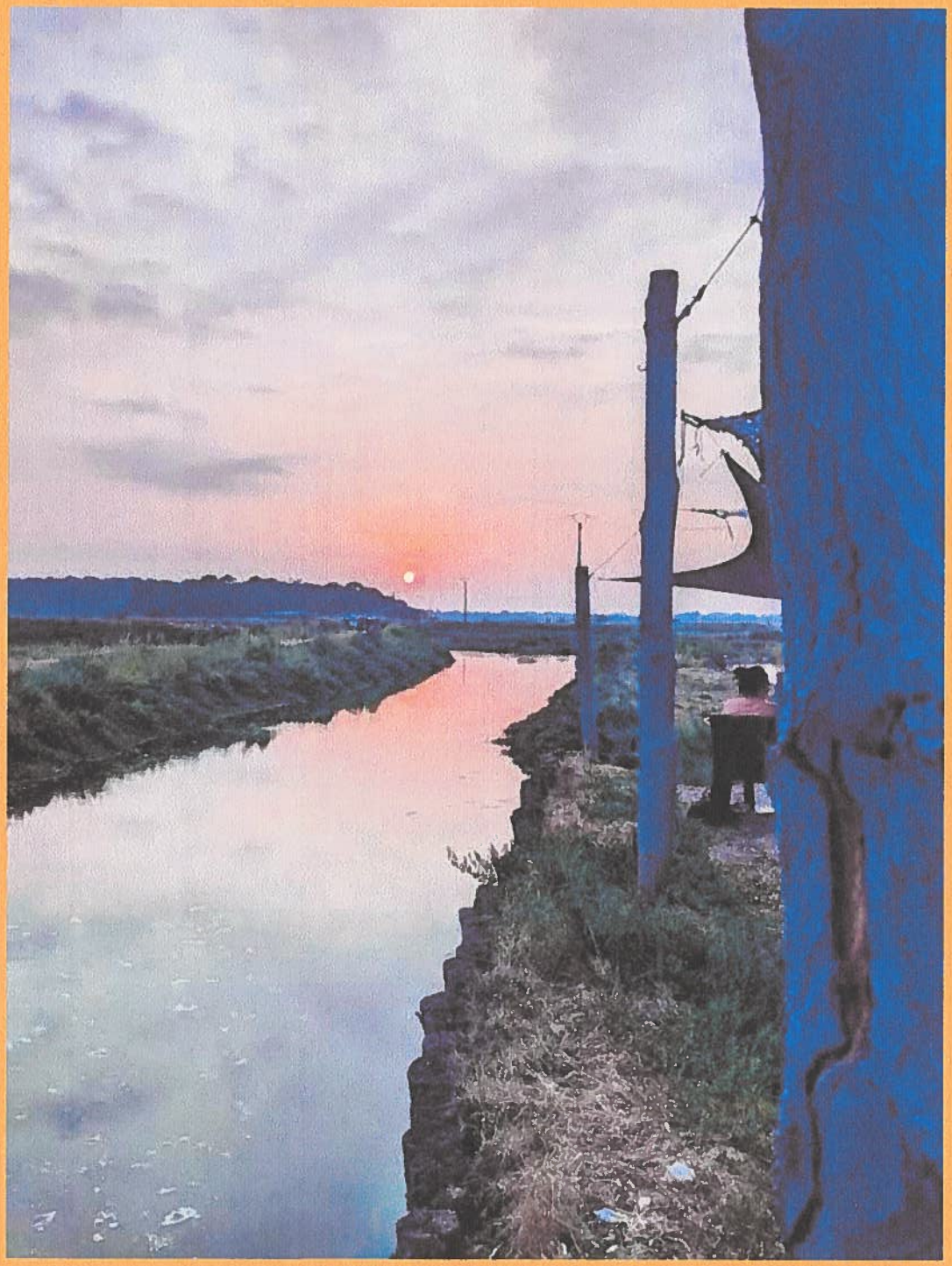
Bulletin Balint

n°90



Hiver 2022

Société Médicale Balint

Sommaire

Éditorial, *Dominique Potin-Kahn ...**page 3***
Le mot de la Présidente, *Isabelle Nouet-Martinot,... **page 5***

Les nouveaux accrédités ... *page 7*
Nicolas Juskewycz, Pierre-André Couette, Odile Pernin Demonsant, Dominique Potin-Kahn

Le soin dans tous ses états... *page 17*
Pourquoi diffuser l'écriture des autres... *page 19*
Brigitte Greis,
Du colloque singulier à Uber... *page 23*
Jean Loup Rouy,

Entretien, causerie, entrevue, des mots pour le dire... *page 27*
Entretien avec le Docteur Luc Canet
Michelle Moreau Ricaud

La pensée Balint qui rayonne... *page 37*
Actualité et pertinence des groupes Balint
Monique Aubart et Jacques Frabrizi

Qui a un cas ? Une vignette ?... *page 43*
Les anniversaires sans père & Motus, les mots tus et les mots inaudibles
Christian Pirolli

Un ouvrage ouvragé, une note de lecture... *page 47*
Dire non à son enfant, pas si facile !
Luc Canet, pour Marie- Christine Choquet, Nadine Job-Huert,

Des nouvelles d'ici et d'ailleurs... *page 51*
*- de la JEPL, « Le soignant, son patient, le corps et le groupe Balint »... **page 53***
*- des Journées d'Angers d'Automne ... **page 67***
*- de la 1ère journée des 3 associations, « La relation thérapeutique en 2021 »... **page 71***
*- du Congrès international IBF à Bruxelles : « Valeurs Balint fondamentales : cohésion et flexibilité »...**page 85***

Agenda... *page 97*
*La Journée des 3 associations balintiennes... **page 99***
*La Journée d'échanges autour des Pratiques des Leaders... **page 101***

De plus... *page 103*
Bulletin d'adhésion à la SMB, DPC Angers nov 2022, Initiation à l'animation de groupe type Balint

---

Editeur : Société Médicale Balint
Rédactrice en chef : Dominique Potin-Kahn
Comité de rédaction : Katherine Atger, Isabelle Nouet-Martinot, Jacob Benarosch, Nicolas Juskewycz
Maquette, photographie : Dominique Potin-Kahn, crédit photos Erwann Traourouder et Pascal Rineau
Secrétariat : Aurélie Sensève

Éditorial

Dominique Potin-Kahn

Je me souviens bien de ce jour où quelques bonnes fées se sont penchées sur mon berceau. Mon berceau, lieu de ma vraie « naissance balintienne » ; ma première Journée d'Échanges autour des Pratiques des Leaders en 2021, en présence (ma toute première JEPL de 2020 fût virtuelle ; peut-on naître à distance ?).
Michelle Moreau Ricaud, Souad Ben Hamed Vernotte et Isabelle Nouet-Martinot furent celles qui m'ont menée sur le chemin du Bulletin.

Une fois la proposition faite, comment vous dire mon embarras. Je venais de naître, mon accréditation s'était faite pendant le grand « vide » des mesures sanitaires (COVID-19) et je rencontrais pour la première fois mes pairs. La Société Médicale Balint ne m'était pas inconnue, mais je vivais loin d'elle en quelque sorte. Peur, illégitimité, désir, proposition qui flatte, je ne répondais pas, je bredouillais un oui et un non ou peut-être un non et un oui.
Et me voilà vous expliquant ma démarche. Entre ma naissance et ma dé-marche, il n'y eut qu'une année. Une année de doute devant l'ampleur de la tâche. Une année de doute devant l'inconnu...
Mais on ne peut marcher seule ; la seule « condition » que j'ai posée avant d'accepter enfin, c'était de travailler avec un Comité de rédaction. Reprendre le bulletin Balint c'est être dans le collectif et le groupe. Et puis le bulletin SMB ne peut être celui d'un seul membre.
Mon récit laisse-t-il aussi entendre que le Bulletin SMB serait une affaire de femmes ? En tout cas chacune a su manifester fortement l'envie que ce Bulletin renaisse ; la dernière édition s'intitulait Automne 2020...
La suite de l'histoire montrera que beaucoup de balintiennes et balintiens avaient ce souhait et que deux balintiens ont spontanément rejoint le Comité de rédaction du Bulletin.

C'est avec beaucoup d'inquiétude que j'y suis allée. Quelle responsabilité que ce bulletin qui est loin de n'être qu'une simple collecte de textes. Il est la trace ; il est l'objet qui rassemble et qui unit. C'est lui qui matérialise la pensée, celle des aîné(e)s et celle des autres, la vie, les rencontres, les réflexions, les interrogations et l'histoire et le cheminement de l'association. Il est d'autant plus précieux qu'il montre, met à jour, le désir de chacune et chacun de BIEN PRENDRE SOIN, ou en tout cas de FAIRE au mieux pour PRENDRE SOIN et de *Restaurer le sujet dans l'homme* (Dixit Pierre Delion[1]).
Ce cheminement - le mien et celui de tous les balintiens - j'ai souhaité le symboliser, pour cette édition, avec des photos de chemins, de voies, prises en Vendée où je vis.

[1]. DELION P., *Restaurer le sujet dans l'homme,* Revue pratique en santé mentale 2014/1

Mot de la Présidente

Isabelle Nouet-Martinot

"2022, pour un Bulletin Balint et ses chemins de traverse"

Quel honneur de pouvoir annoncer la sortie de ce nouveau Bulletin Balint, attendu depuis 2 ans et riche d'un parcours fait de chemins de traverse pour les Balintiens que nous sommes.
Le chemin aura été escarpé, temps d'attente, sollicitations, puis soutien d'une candidate, accompagnement dans la constitution d'une équipe de rédaction, pour l'annonce et la renaissance d'un bulletin Balint.

En soutenant Dominique Potin-Kahn qui a bien voulu se saisir de ce projet au bond, lui laissant le temps de mûrir sa patte de rédactrice et de réfléchir avec elle à sa trame et ses appels à projet, j'ai eu le plaisir de revisiter avec les membres du comité de rédaction l'essence de ce Bulletin pour la Société Médicale Balint.
C'est un lien entre les Balintiens, une nouvelle occasion de lectures et échanges à travers les mots des uns et des autres et de temps d'élaboration séquentiels, à la faveur de moments volés de lectures que chacun pourra s'offrir.
Vous y retrouverez, au hasard des chemins, des nouvelles de ce qui a pu se passer dans le champ des rencontres Balint en ces temps moins propices aux rencontres présentielles. Avec cette équipe qui s'est retrouvée autour du projet de ce nouveau bulletin attendu de tous, une première offre de textes a été transmise dès l'annonce d'une possible candidate à la reprise du bulletin, après la première JEPL en présentielle il y a un an.

A l'occasion de ces reprises de contacts progressives, en cette année 2022, comme on réapprendrait à marcher après une longue hibernation :

- ☐ **Les mots de présentation des derniers leaders accrédités,** comme pour reprendre le fil de ces parcours d'intégration de nouveaux leaders Balint.

- ☐ **De la JEP de Juin 2022, je retiendrai**, la force de s'être retrouvés à nouveau en présentiel, en un écrin précieux pour échanger sur des situations touchant l'intime de chacun et la ré-activation de contacts présentiels et d'une fonction de soutien entre pairs.

- ☐ **Des Journées d'Angers, je retiendrai la richesse d'accueillir,** depuis 3 ans, leaders Balint et participants, avec la continuité de possibles retrouvailles séquentielles. Pour se retrouver et élaborer en groupe Balint et en plus grand groupe. Nous avons accueilli cette année le Pr Delion venu partager sa vision de la fonction Balint auprès des soignants. Puis accueilli, ensemble, de nouveaux participants à qui faire découvrir la richesse et la créativité du travail en groupe Balint.

- ☐ **Du dernier congrès de Bruxelles, je retiendrai, outre la richesse des présentations, la force du travail entre leaders en groupes de supervision**… La force de se retrouver entre pairs, pour un soutien et « holding » mutuel, d'où est ressorti fortement l'idée de « prendre soin de ceux qui prennent soin des autres ». **Sans oublier l'élargissement des frontières, avec le projet staying connected en ligne.** Depuis l'invitation de la Fédération Internationale Balint (IBF) à une journée internationale des leaders en Octobre 2020, est né un groupe international de leader en ligne (Bigo), qui nous a fait oser la continuité du travail Balint en ligne pour les leaders et soignants isolés dans leurs pratiques. Après l'invitation

de Balintiens internationaux par l'IBF à un congrès « staying connected » en ligne en Octobre 2021, est né un groupe Balint international hébergé par la Société Médicale Balint.

- Et depuis les rencontres d'Aix la Chapelle et Bruxelles, le groupe en ligne proposé par la société Médicale Balint s'est élargi à des collègues francophones.

Le bulletin est un des échos de notre travail au sein de la Société Médicale Balint et entre Balintiens d'ici et d'ailleurs :

- **Chemins de traverse où ont pu se retrouver participants, animateurs de groupes dans cet écrin précieux des groupes Balint,** en présentiel pour ceux qui ont pu rejoindre un groupe régulier, ou dans une combinaison de rencontres présentielles et de continuité de travail en ligne pour des soignants plus isolés dans leur pratique.

- **Pour prendre soin de ceux qui prennent soin des autres, fonction qui traverse la communauté Balint, et plus que jamais essentielle...** à la sortie de ces temps mouvementés pour chacun et les soignants en particulier. La force de ces rencontres croisées en groupes Balint et la sincérité des retrouvailles ont semblé importants pour les participants des groupes et des leaders. Les histoires rencontrées ont été sincères et touchantes, parlant du soin des patients et du soutien les uns des autres, entre pairs, en une période où l'idée d'une bien-traitance institutionnelle semblerait évanescente.

- **Au défi de soutenir et de développer des temps de travail en groupe Balint** : pour qu'étudiants et soignants puissent partager un peu de cette souffrance qu'ils reçoivent de leurs patients, ou qui débordent en prise directe, avec une réalité faite de tensions, en ces temps d'échange on ne peut plus précieux …

- **C'est un projet d'équipe de rédaction qu'a souhaité notre rédactrice en chef** : pour reprendre le flambeau de ce merveilleux objet qu'est le bulletin Balint, à la faveur de temps d'échange et de regards croisés, au sein de l'équipe de rédaction. Un projet soutenu par le bureau et le CA de la SMB comme vecteur de communication avec nos adhérents 2021 et 2022, à diffuser par les animateurs auprès de leurs groupes.

- **Avec mes remerciements tout particuliers à notre nouvelle rédactrice en chef** Dominique Potin-Kahn pour avoir accepté de reprendre ce flambeau, ainsi qu'à Brigitte Greis et Marie-Anne Puel, qui ont porté ce fil d'Ariane pour notre grand plaisir pendant toutes ces années, ainsi qu'aux contributeurs d'hier et d'aujourd'hui.

Bonne lecture à tous,
et bienvenue à vos réflexions et à vos plumes, une fois le fil de l'écriture relancé.

Isabelle Nouet Martinot - Présidente Société Médicale Balint

Les nouveaux Leaders accrédités

De la rencontre à l'intégration
Nicolas Juskewycz

De la rencontre à l'accréditation
Pierre-André Couette

En quête du GRAL
Odile Pernin Demonsant

Un chemin parsemé d'évidences et d'oublis
Dominique Potin-Kahn

« De la rencontre à l'intégration »

Billet de Nicolas Juskewycz

Psychiatre et pédopsychiatre, pratiquant la psychothérapie d'inspiration psychanalytique depuis l'internat en médecine (1978), je ne me suis inscrit dans le mouvement « Balintien » et « Sapirien » que depuis peu. En théorie, je connaissais le travail de Michael Balint et celui de Michel Sapir depuis longtemps, mais en pratique : depuis 2018 pour M. Balint et 2019 pour M.Sapir. A partir de mai 2018, SMB, AREPS, AFB et AIPB me sont devenus peu à peu des sigles familiers (SMB : Société Médicale Balint, AREPS : Association de Relaxation Psychanalytique Sapir, AFB : Association de Formation Balint, AIPB : Association Internationale du Psychodrame Balint).

Ma rencontre avec le mouvement Balint

Je connaissais donc son existence, mais il a fallu ces Journées Balint à Reims en mai 2018 pour m'y inscrire, ne voulant pas louper cette opportunité dans la ville dans laquelle j'exerce. Je ne connaissais personne, et pourtant, j'y ai trouvé une ambiance chaleureuse et j'ai pu travailler un de mes cas difficiles. Agréablement surpris, j'ai poussé l'audace à m'inscrire à la « Société Médicale Balint » et participer aux journées Balint de Metz. La relecture du livre de Michael Balint « Le médecin, son malade et la maladie » a permis de mieux saisir cette méthode de travail qu'est le groupe Balint.
En même temps, j'ai découvert que le mouvement Balint était beaucoup plus large et je me suis inscrit aux Journées Balint d'Annecy en 2019. C'est là, que je peux parler de ma rencontre pleine avec le mouvement Balint dans l'esprit d'ouverture pratiqué par les différentes associations et confirmer le lien étroit entre Michael Balint et Michel Sapir.
Je terminerais ce préambule par une citation : Expérimenter et trouver la solution de soi-même fournit une expérience d'apprentissage beaucoup plus forte que d'écouter des conférences… (Heide Otten, Théorie et pratique du travail en groupe Balint).

Mon cheminement

Se dégager des contraintes externes comme internes par un travail personnel sur moi-même en m'appuyant sur l'autre et les autres pour ne pas me disperser et m'égarer, c'est le constat que je fais.
A la lecture de mon parcours de formation ces 5 dernières années, l'insistance à travailler la question du corps et de la psyché dans la relation avec mes patients, non pas sur le plan théorique, mais à partir de la pratique, continue d'ouvrir cet espace de l'expérience de thérapeute.
Le colloque de Cerisy fut un moment très riche. Ce colloque organisé par le Centre Culturel International de Cerisy-la-Salle est un lieu de rencontres intellectuelles et du 21 août au 28 août 2021, le thème de travail était : Psychanalyse et médecine, entre corps et langage. L'intervention de Michelle Moreau Ricaud, les liens établis avec Mustapha Meslem, les échanges avec tous ces thérapeutes réunis autour du même thème ont laissé une empreinte très féconde et une complicité très agréable avec les membres de la SMB et du quatrième groupe notamment.

C'est à partir de ce vécu que quelques membres du G.R.A.L (Groupe de Réflexion à L'Accréditation des Leaders) m'ont transmis leur interrogation : pourquoi ne pas demander une accréditation ?

L'accréditation

La demande s'est faite en novembre 2021, avec une accélération en février 2022 pour être accrédité en mars 2022.
Toujours un peu naïf, je découvrais cette possibilité pour pouvoir enfin avoir accès aux JEPL et à plus.
Comprendre, découvrir, s'enrichir d'expériences aux retombées favorables pour mes patients est un mouvement constant en moi.

Impression, réflexions, intégration

Chapitre complexe ! Dans le cadre de la SMB, du mouvement Balint, dans le « Moi » conscient, dans l'intersubjectif, l'intrasubjectif, le lien, le groupe … ?
Je crois savoir ce que je veux sans pouvoir m'approprier le sens profond, mais les pulsions de vie et épistémophiliques notamment et ses avatars m'emportent. Le doute m'envahit parfois. J'apprécie, j'aime être utile, mettre du sens dans mon existence, au service de l'autre dans une dimension éthique. Les concepts de « juntsi » et « ren » de Confucius me parlent. Tout un programme !!!
En tant que leader accrédité, membre du C.A. (Conseil d'Administration), et du comité de lecture du bulletin de la SMB, il me faut écrire un billet d'une à deux pages d'abord, puis poursuivre la formation surtout par les JEPL (Journées d'Échanges autour des Pratiques de Leader Balint), une année en tant qu'observateur, la supervision quand je co-animerai un groupe Balint.
J'élargis spontanément par mon expérience de formation, le travail de relaxation à induction variable de Michel Sapir qui a d'ailleurs co-animé avec Michael Balint les journées Balint d'Annecy.
Pour ma part, j'y ajouterai une formation à la dynamique de groupe.
A partir de là, je me sentirai légitime.

« De la rencontre à l'accréditation »
Billet de Pierre-André Couette

J'étais installé depuis 4 ans en cabinet de médecine générale.
J'avais remarqué que certaines situations ne me satisfaisaient pas vraiment, et me mettaient mal à l'aise, sans comprendre pourquoi. Je me disais que c'était probablement mon manque d'expérience. Je me sentais pourtant assez serein dans ma formation universitaire. Et plus j'avançais avec certains patients, plus je me rendais compte qu'il y avait quelque chose qui parfois clochait.
Au début, il y a plein de petits signes qu'on ne voit pas vraiment et qui se répètent : les personnes âgées qui m'appellent « mon petit docteur » avec un sourire affectueux comme s'ils disaient « mon petit-fils ». Ça ne me déplaisait pas, mais me questionnait un peu quand même…
Et puis, ma difficulté à accompagner des couples qui se séparent. Médecin de famille pris entre 2 témoignages, 2 vérités et 2 doutes. Surtout mes doutes, finalement…
Et surtout, le cas qui m'a ouvert les yeux : cette patiente de 70 ans qui ne pouvait s'empêcher de m'apporter d'abord des petits cadeaux de remerciements pour ma prise en charge. Puis des cadeaux plus importants augmentant mon malaise…Je la voyais comme une gentille grand-mère alors que je comprendrais par la suite, avec l'aide du Balint, qu'elle avait un comportement …érotomaniaque ! Je tairais ici le dernier cadeau. C'était trop ! Je réalisais que cette situation en révélait d'autres avec la perception de ne pas bien comprendre ce qui se jouait, et que c'était probablement lié à ma pratique, mon histoire, bref, mon inconscient.
Un vrai « coup » de projecteur sur le manque de formation, de discernement, de supervision. La soi-disant compétence scientifique et le savoir-être (gentil) ne suffisaient plus !
Mon père, cancérologue à la retraite, avait fait du Balint. Il m'en avait parlé avec beaucoup d'enthousiasme.
J'ai donc pris contact avec le groupe proche de chez moi. Cette démarche m'a été facilitée par un de mes associés, lequel, à peine installé avait ses cas à lui…
Dès la première séance, je me suis lancé et j'ai présenté ce cas qui me semblait énorme.
Le groupe et le leader étaient accueillants.
Je me souviens surtout de la nuit blanche qui a suivi.

Par la suite, j'ai eu de nombreux cas à présenter et aussi à écouter. Cette bienveillance, cet apprentissage récurrent des thèmes balintiens : le médecin, le malade et sa maladie, le médecin médicament, la fonction apostolique…Thèmes récurrents souvent quand il s'agissait des cas des autres participants et étonnamment toujours nouveaux pour mes cas !

Assez rapidement, la faculté de médecine de Caen a fait appel à des médecins ayant une expérience Balint pour proposer une initiation à des groupes d'étudiants en médecine générale. J'ai accepté, bien que je n'aie pas eu le temps de percevoir en moi un éventuel changement. J'avais tout de même intégré la bienveillance, la confidentialité et j'étais convaincu de l'apport inconscient de cette pratique. Et surtout, on était en binôme pour animer les séances avec ces étudiants. Ce qui était rassurant.

Cette double pratique, à la fois personnelle avec « mon » groupe Balint, et en tant qu'animateur avec des étudiants, me plaisait beaucoup.

Du point de vue de l'animation avec les étudiants, il y a eu de belles rencontres. J'avais l'impression de leur apporter quelque chose, de leur transmettre des connaissances (c'était à l'époque…), d'analyser les cas, de les amener à faire des pas de côté. Et récemment, j'ai été surpris à la lecture

d'une thèse d'une des participantes sur l'apport du Balint auprès des étudiants en médecine. Elle a surtout mis en évidence l'importance de cette possibilité qui leur était offerte de partager des situations difficiles, voire douloureuses et de se sentir moins seuls, avec un certain plaisir à se retrouver en groupe, avec une liberté d'échange. Un effet de groupe très fort, avec une attention particulière les uns aux autres, même en dehors du Balint. Les étudiants n'ont pas spécialement rapporté d'intérêt aux « thèmes balintiens »…
Qu'importe ! Je retiens, à la lecture de la thèse, cette émotion dans la relation de groupe.

Avec le temps, le travail et les rencontres, ma pratique, en tant que médecin et en tant qu'animateur Balint à la fac, s'est modifiée.
Dans ma pratique médicale, j'essaie de prendre davantage conscience d'une certaine confusion dans ma représentation des patients. Non, toutes les personnes âgées ne sont pas mes grands-parents ! Toutes les familles ne représentent pas une famille idéale…
Dans ma pratique d'animation à la fac, avec mon binôme, j'ai évolué aussi : moins de transmission descendante et plus d'écoute. Nous invitons les étudiants à s'autoriser à être touchés eux aussi par leurs rencontres avec les patients, à mettre des mots sur leurs émotions, à les partager.

Après 13 ans de Balint du côté des participants, notre groupe s'étant modifié par des départs et des arrivées, j'ai senti le besoin de poursuivre autrement. Et après discussion avec mon leader, j'ai entamé une démarche d'accréditation auprès de la SMB.
Ma motivation initiale était de pouvoir répondre à la demande des étudiants : « Et après notre DES, on pourrait continuer ? ».
J'avais aussi une recherche de légitimité dans l'animation de groupes à la fac.
Je souhaitais, et souhaite toujours, trouver d'autres animateurs pour les étudiants en médecine générale, faire grossir l'équipe. Nous ne sommes que 3.
Et puis, je ne voulais pas arrêter, tout simplement.

En tant que nouveau leader, avec un nouveau groupe hors universitaire, un nouveau binôme, c'est un nouveau départ dans la pratique du Balint.

Pouvoir proposer du Balint c'est aussi répondre à une attente, ce qui, je crois est confirmé par ce retour des étudiants en attente justement de « bien-traitance ». Plus on propose de Balint, plus on « sème » et on verra ce qui germera.

« En quête du GRAL »
Le billet de Odile Pernin Demonsant

C'est par la petite porte que je suis arrivée à la SMB.
En tant que médecin généraliste, je participais régulièrement à des formations professionnelles.
J'avais eu l'occasion de rencontrer Louis Velluet[2] et de m'intéresser à sa manière de travailler.
C'est à partir de 2000 que je m'inscrivis de manière régulière aux séminaires et journées de communication de l'AFMG (Atelier Français de Médecine Générale) et participais aux réunions mensuelles.

J'ai vite compris que souvent les mots soulageaient mieux les maux de mes patients que la pharmacopée.
J'ai commencé à comprendre ce qui se jouait dans les situations difficiles avec nos patients.

C'est en 2015 que Louis me suggéra de demander l'accréditation en tant que leader Balint. Je connaissais un peu la SMB pour y avoir organisé des formations, participé à des congrès.

Pour moi un leader Balint était quelqu'un qui suite à une formation adaptée, avait un parcours particulier animait et gérait un groupe Balint.
Dans mon imaginaire c'étaient des personnes d'une compétence exceptionnelle, entourée de mystères, d'un savoir-faire inatteignable pour moi.
Cette compétence devant être reconnue par le GRAL « (Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders) »
C'est une instance consultative, instance pour moi des plus mystérieuse, que j'associais au GRAAL.
Avec l'aide de Louis, je me mis donc en quête du GRAAL ou GRAL, je rédigeais un CV et prenais rendez-vous avec un membre de cette instance, qui me reçut, avec bienveillance, dans un coquet appartement parisien.

Quelques mois plus tard, j'eus une réponse favorable.

Et s'il y avait un lien entre la quête du GRAAL et l'inconscient ? Mes collègues spécialistes ont peut-être une réponse.

---

[2]. Louis Velluet, médecin généraliste et psychanalyste, a été l'un des principaux acteurs de la mise en place du premier Département de Médecine Générale dans une faculté française (Paris XIII) au début des années 70. Il a introduit les groupes Balint à la faculté.
En corrélation des travaux de Michael Balint, il a œuvré en particulier pour la redéfinition de la Médecine de Famille en adaptant les données de la science à l' histoire du patient.
Il a publié un certain nombre de textes abordant le caractère spécifique de la Médecine de Famille et la relation thérapeutique lors de la consultation en médecine générale. En 2005, il publie un livre :
«Le médecin, un psy qui s'ignore » où il décrit les différentes facettes de la pratique dans le milieu naturel et illustre les fonctions spécifiques du médecin de famille.
En 1979, il a fondé l' AFMG (Atelier Français de Médecine Générale), organisme de recherche et de formation et qui, depuis lors, organise tous les ans des séminaires et journées de communication. Au sein de la SMB, Louis Velluet a été invité permanent au CA, expert de l'atelier de formation médicale continue et animateur Balint à la faculté de Paris Cochin et à Angers.
Louis nous a quitté le 28 mai 2017

« Un chemin parsemé d'évidences et d'oublis »

Le billet de Dominique Potin-Kahn

Je suis jeune Leader, pourtant ma rencontre avec le Balint date d'il y a 20 ans. Je venais d'être diplômée en psychologie clinique et mon premier poste était en milieu hospitalier dans une H.A.D. (Hospitalisation à Domicile) de l'Hôpital de la Croix-Rouge. Même si je ne me destinais pas à exercer dans ce type de service, je m'estimais chanceuse d'avoir eu une proposition de poste avant même la délivrance de mon diplôme. Chanceuse, mais bien seule dans cette unité où je rencontrais des patients en fin de vie, et à leur domicile. J'ai très vite senti que je ne pouvais pas, et ne devais pas rester seule. Dans l'hôpital il y avait deux autres psychologues, à temps partiels, bien éloignés de ma pratique « hors cadre ou hors les murs ».

Comment suis-je arrivée au groupe Balint ? Je n'en n'ai plus aucun souvenir. Aucune rencontre ne m'y a conduite, je n'en avais jamais entendu parler, que ce soit dans mes études ni durant mon stage en hospitalier. Aujourd'hui c'est comme si c'était évident ou naturel, la question du groupe relève d'un intérêt tout aussi professionnel que personnel pour moi. Je me devais d'y être et je finirai par en être.

En tout cas, et çà je m'en souviens très bien, je me suis retrouvée, quasi parachutée dans un groupe durant deux années, dans les locaux du Diocèse de Rouen. Le caractère solennel du lieu, ma découverte totale du dispositif, une assemblée de professions que je n'avais jamais côtoyée auparavant, composée des personnes inconnues pour moi, leaders y compris, et le fait d'être encore seule de ma profession m'a plongée dans une certaine tension sans pour autant remettre en cause la pertinence de ma venue et de ma place. Travailler la relation soignant-soigné m'a paru évident et je dirais aisé même si le dispositif n'y a pas réellement contribué. Les séances passant, j'allais à la rencontre de Balint, j'explorais la relation soignant-soigné et la fonction du groupe.

Ensuite, portée par mon intérêt pour l'institution en tant que groupe mais aussi en tant qu'organisme abritant la relation-soigné, j'ai rejoint l'association européenne TRANSITION. Association fondée par Jean-Claude Rouchy [3] dans laquelle j'ai eu l'honneur, des fois « douloureusement », de recevoir son enseignement à la conduite des groupes. A son décès je n'ai pas souhaité poursuivre vers l'analyse institutionnelle. J'avais un peu souffert mais il m'était difficile de transférer vers un autre personnage.
Pendant des années j'ai animé des groupes d'inspiration Balint dans le secteur social et médical. Je ne perdais pas de vue le groupe aux sens stricts : mon analyste avait collaboré avec Jean Claude ROUCHY et René KAES[4], j'ai fait quelques temps de la supervision pour ma

[3]. Jean Claude ROUCHY, psychanalyste, analyste didacticien de groupe, rédacteur en chef de la Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe (Ères) et de Connexions (Ères). Il est président de la Fédération des associations de psychothérapie psychanalytique de groupe et président de Transition (association européenne d'analyse de groupe et d'institution).

[4]. René KAES, élève de Didier Anzieu, s'est particulièrement intéressé à la psychanalyse des groupes. Il est Professeur émérite à l'université Lyon 2 de psychologie et de psychopathologie clinique. Il est psychanalyste, ancien membre du Quatrième Groupe, membre fondateur du CEFFRAP, Cercle d'études françaises pour la formation et la recherche, aux côtés de Didier Anzieu, en 1962. Membre du comité de lecture de la revue *Cliniques méditerranéennes*. En 1993 il fonde le Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC EA 653).

pratique de groupe avec Monique SOULA DESROCHE[5] jusqu'à son décès… et mon superviseur de l'époque était Leader Balint de la SMB.

En 2017, je vais faire la rencontre de la Société Médicale Balint en demandant mon accréditation sur la suggestion de mon superviseur. Je « faisais » du groupe Balint, je lisais Balint et ses condisciples, j'étais une bonne ambassadrice Balint, et cela semblait me suffire. Pourtant cette accréditation va être compliquée : la maladie qui a reporté le processus, puis les mesures sanitaires Covid qui ont figé l'association et l'avancement de ma demande, une réponse qui ne pouvait se faire qu'en présence lors d'une JEPL. Et enfin, en décembre 2020, j'étais invitée en tant que Leader à ma première JEPL qui se déroulerait en visio ! C'est donc dans mon salon que j'ai fait la connaissance et intégré la SMB. Dedans dehors, proche et loin, avec et seule, cette rencontre avait un goût étrange comme la première, avec aucune promesse formelle qu'il pourrait en être autrement dans un futur plus ou moins proche. Je rencontrais dans mon petit écran les Leaders en plan poitrine, voire gros plan, yeux droits devant sans se poser, c'est ainsi que le veut la caméra. L'argumentaire de la JEPL portait sur le thème du corps virtuel, moi je faisais intellect et in vivo en même temps. Il s'agissait bien de désincarnation, de virtualité, de regards fixes qui ne se posent plus, de complicité et d'alliance qui ne peuvent avoir lieu. Mais comme le dit l'expression : « mariage pluvieux, mariage heureux », les rencontres suivantes furent fortes, comme s'il y avait quelque chose à rattraper.

[5]. Monique SOULA DESROCHE analyste didacticienne de groupe et d'institutions, chargée de cours à l'Institut de psychologie de Paris V, a conduit comme ethnosociologue des actions d'économie sociale et de développement en Afrique (EPHE) et auprès de personnes âgées et d'exclus en France. Elle était membre du comité de rédaction de Connexions et membre fondateur de Transition.

Le soin dans tous ses états

Pourquoi diffuser l'écriture des autres

Brigitte Greis,
past-rédactrice en chef du Bulletin de la SMB

Du colloque singulier à Uber

Jean Loup Rouy

Le mot de Brigitte GREIS

Un moment de libre écriture de Brigitte GREIS

Autour de la mission qu'elle a assurée pendant 4 ans de 2017 à 2020 en tant que Rédactrice en Chef du Bulletin de la Société Médicale Balint

« Pourquoi diffuser l'écriture des autres ? »

Je suis donc infirmière libérale à Poitiers depuis de nombreuses années et c'est parce que j'ai vécu de nombreuses crises dans le temps de cette activité que j'ai dû m'aider à travailler en souffrant moins. Je me suis donc adressée à la Société Médicale Balint pour commencer un travail de réflexion pour toutes ces questions qui se sont posées à moi de façon récurrente.

Parler de la souffrance des soignants est à contre-courant de la santé moderne et organisée qui donne une image de la vieillesse, longue, belle, assurée et assumée, facile, de la santé sans faille, de la beauté du corps infaillible, voire du bien-être que l'on vend sans vergogne, de la bienveillance. Nous ne parlons que de la souffrance des soignants au travers d'institutions socio-économico-politiques. Mais on ne peut faire l'économie de ces questions : que signifie regarder la vieillesse des autres et vouloir la soigner ? Que soigne-t-on avec la maladie ? Qu'est ce guérir ? Et que signifie ***soigner*** quand on sait que la mort est l'aboutissement de nos actes ? Qu'est-ce qui fait que l'on se pose toujours ces questions ? Que signifie la santé maintenant ? Qu'attend-on des décideurs des institutions de soins ?

Alors dit-on : on accompagne… Il faut une belle mort, douce, il ne faut plus souffrir.
Cependant le corps de la personne se dégrade, s'immobilise et les ***images*** qu'il renvoie s'opposent à la beauté, à la douceur, à la non –souffrance. Les personnes que l'on se doit d'accompagner sont devenues des personnes bien avant que je le devienne moi. Il y a alors un ressenti d'***obstacle***.

Là, commence un ***paradoxe*** auquel sont confrontés les soignants, rarement formés à cela, et qui peut générer une ***crise*** professionnelle : au soin du corps dans un but de guérison ou de mieux-être, de propreté, de confort, se mêle alors une prise en charge philosophique et morale de la personne dont on ne connaît pas toujours le sens de la vie. Alors que la dignité est un caractère qui n'appartient qu'à la personne eu égard ses propres valeurs, les soignants sont confrontés à la ***pensée du soin*** qu'elle se doit d'adapter le plus conformément aux valeurs de dignité de la personne et au soin qu'elle a du corps, de sa vie, de sa souffrance. La technicité et la science médicale vont se colorer aussi des représentations et des valeurs qu'elles injectent dans le concept de compassion. Or il n'existe pas d'unicité dans la représentation que l'on a du corps, pour les valeurs de souffrance, chaque personne est différente, chaque personne demande un soin particulier, on le sait bien au fond de nous : c'est une ***relation*** exclusive, puisque nous recherchons la dignité et l'adaptation à la vie. D'autre part la science défie la philosophie du soin bien au-delà de la volonté de guérir et de la pensée de ce que signifie : être vivant et en bonne santé.

Regarder, toucher, stimuler la volonté de soigner, se remplir des images de la personne que l'on accompagne, c'est sûrement être concerné par ce qui se passe, mais comment et à quel moment nous le savons ?

Peu à peu se sont révélées dans ma pratique soignante à domicile des difficultés à soigner des personnes malades ou vieillissantes, voire en fin de vie. Plusieurs situations m'ont mise à défaut de ***bien agir*** de façon ***imprévisible***, comme une ***crise*** au sein du soin. Or la crise ne signifie pas toujours que « tout va mal ». Edgar Morin écrit dans Sociologie[6] : « La crise est souvent un révélateur, elle porte en elle un moment de vérité et met en mouvement des forces de transformation. » Le mot « Krisis » en effet, en grec, signifie « décision ». Je me suis demandée aussi si la description et la maîtrise scientifique du corps et de l'âme avaient pour conséquence de nous immuniser contre la souffrance ou bien de nous y inciter ? Qu'est-ce qui nous protège de ne pas souffrir de ce que l'on voit, sent, entend ? Le temps, l'art et la manière avec lesquels nous soignons dépendent de ce que nous comprenons de l'autre à soigner et la réalité de la « maladie » ne vaut que par rapport à nos représentations de la souffrance de l'autre et des connaissances scientifiques bien sûr. Sans doute quand nous ne pouvons plus comprendre ou imaginer ce que souffre l'autre, alors nous nous éloignons de notre mission de soin dans le respect et la dignité de la personne. Cette ***rupture*** nous révèle alors à quel point est singulière la relation qu'est le soin. Particulièrement ce soin qui concerne la dépendance et donc qui touche à l'intimité de la personne, il est empreint de sentiments et valeurs à forte densité humaine et peut nous mettre en faillite du bien-faire.

Ainsi ces paradoxes, ces obstacles, révèlent nos difficultés, nos actes manqués, nos oublis, nos fatigues, parfois nos violences inconscientes ou nos excès d'amour dans un ballet à deux. C'est parce que nous parlons de ***relation*** soignante que l'on suppose aussi une rencontre entre deux personnes. Et, comme dans toute rencontre, au mystère des échanges de sentiments, d'imaginaire, se mêle la pratique professionnelle, d'autant plus que la ***vulnérabilité*** oblige la rencontre. Les soignants répondent à un appel d'aide. Ils sont responsables dans l'inégalité supposée de la relation. C'est une lourde charge qui implique leur engagement et les pousse à accueillir ce qui est invisible de la personne au-delà du corps. Là encore, les soignants sont confrontés à un autre paradoxe entre ce qui doit être et ce qui est : la régression, la dépendance, la stupeur de l'esprit, la peur, la souffrance, offensent les principes d'infaillibilité professionnelle, de certitude du bien-faire, de bonne vie, de dignité, je dirais même de légalité impossible.

La soignante que je suis découvre que la vulnérabilité la concerne aussi et que dans la crise de sa pratique professionnelle, elle se doit de se reconstruire, ou du moins accepter la transformation, comme nous l'a souligné E. Morin avec le concept de crise, comme aussi nous le dit si bien Michael Balint. Ainsi son implication dans le soin l'engage dans son intimité professionnelle, la pousse à réfléchir sur son ***intentionnalité professionnelle*** en tenant compte de sa souffrance, une souffrance que l'on se doit de reconnaître.

---

[6]. Edgar Morin, Sociologie, ed. Fayard, 1984, p.176

C'est ainsi que je suis arrivée dans un groupe Balint, à faire du Balint comme on dit, c'est-à-dire, à ne pas répondre à ces questions, à oser dire qu'on ne sait pas, à apprendre à écouter les collègues quelle que soit leur compétence, sans jugement, à apprendre à réfléchir à ce qui se passe en moi quand je ressens un obstacle ou un paradoxe dans une rencontre avec un sujet à soigner, à reconnaître ma vulnérabilité en tant aussi que sujet soignant, et celle du sujet patient ainsi que mon implication dans le «il se passe quelque chose», pour oser dire que **ce** quelque chose m'a touchée.

Ce fut un travail long, où la pensée s'est élaborée au fil d'un questionnement d'où s'est dégagée l'expérience du groupe dans sa nécessaire intimité et qui a abouti à l'écriture, la mienne, celle des autres, et d'échanger autrement au travers du bulletin entre autres. C'est ainsi que j'ai pu « travailler » mon intentionnalité à soigner, en écrivant et en recherchant l'écriture d'autrui. Mon questionnement ne pouvait que se développer dans l'écrit, sans dénier le poids des sciences, de la technique, de la pharmacopée, de l'impact socio-politique de la gestion de la santé.

J'ai donc accepté cette lourde tâche qu'est la rédaction d'un bulletin en hésitant beaucoup. La solitude de ce travail, la quantité d'heures à lire, relire, comprendre, cadrer et recadrer, les difficultés du numérique, m'ont placée devant un challenge qui n'avait que d'égale ma volonté de recherche et d'échanges : permettre des écritures libres, susciter des idées, des pensées, des études, dans un cadre fidèle à la pensée balintienne ou proche d'elle : le sujet à soigner, soignant et soigné. Cela a duré 4 ans de 2017 à 2020, au rythme de 2 numéros par an. J'ai sollicité des auteurs, parfois hors de la SMB, j'ai tenté de créer une mise en page respectueuse des textes et agrémenté avec des photographies que j'aime prendre, appropriées à l'humeur des textes. J'ai accepté les « ronchonneries » et les enthousiasmes, les désirs aussi d'être visibles et lus. Autoriser la visibilité de l'écrit n'est pas anodin et engage sa responsabilité vis à vis du sens du désir de transmettre que l'on veut bien faire passer.

Le bulletin est un organe fondamental pour transmettre, pour y recevoir des idées-recherche, des humeurs, des enquêtes, des témoignages, des libres pensées, des libres lectures pour des libres lecteurs. Le modèle papier imprimé semble désuet à l'heure actuelle, lourd et coûteux à gérer pour une seule personne. Mais un blog peut aussi permettre cet échange et cette recherche, avec une équipe soudée et ouverte aux idées, soutenue par une dynamique associative présente et réactive. Cela peut être possible ! Et peut-être l'arrêt momentané du bulletin, n'est qu'un besoin de silence pour élaborer un "advenir" à la recherche balintienne.

Du colloque singulier à Uber

Jean-Loup Rouy

Cet article de Jean-Loup Rouy fait écho à la contribution de Guy Even, "Une relation thérapeutique pour tous !", présenté à la 1ère journée des 3 associations balintiennes, publié dans ce bulletin à la rubrique Des nouvelles d'ici et d'ailleurs.

Il est très difficile, aujourd'hui de trouver un médecin de famille disponible. Or, regardez sur Google « Uber. Médecin généraliste » : on peut vous en proposer un en quelques minutes. Ma question est de savoir s'il s'agit de la même médecine.

La question de savoir ce que l'on attend d'un médecin est rarement posée, comme si la réponse allait de soi. Il est vrai que devant une varicelle ou une fracture du col, le médecin peut être vu d'abord comme un distributeur de diagnostic et de traitement. Mais même dans ces cas « simples », les habituels facteurs psychologiques et environnementaux peuvent être déterminants. Les médecins urgentistes savent qu'ils n'auront pas, au long cours, à tenir compte de ces facteurs « annexes ». Le médecin généraliste, lui, ne pourra jamais les ignorer. C'est même ce qui fait qu'il n'est pas seulement une addition de spécialités d'organes et/ou de fonctions : les programmes d'études médicales l'ont pourtant laissé croire pendant longtemps, même s'ils s'intéressent à la médecine générale plus qu'il y a quelques décennies.

L'exercice de la médecine générale est en train de changer : la raréfaction des médecins a entraîné l'apparition de professionnels de santé destinés à les aider. La Collectivité pense trouver là une solution efficace au problème des déserts médicaux. Peut-être même une solution moins chère que de former de nouveaux médecins, mais cela reste à prouver. Dans le même temps, l'offre de soins se diversifie en dehors de la médecine. L'imagination de ceux qui veulent soigner sans être médecin est sans limites. L'attrait des patients vers ces façons différentes de se soigner a toujours été important : la difficulté de consulter son médecin ne peut qu'accentuer cette évolution.

L'épidémie de Covid a favorisé la croissance de toutes les formes de télémédecine, depuis le simple téléphone jusqu'à l'utilisation de matériels sophistiqués avec vidéo. Certains médecins n'avaient pas attendu cette évolution pour réserver des plages horaires spéciales : leurs patients habituels pouvaient régler de cette façon des problèmes relativement simples et ne nécessitant pas de se déplacer. Mais il n'y a aucune comparaison entre cette façon de faire et l'appel à un médecin anonyme proposé par une plateforme évoquant une certaine forme d'ubérisation de la médecine.

Ceux qui se font bien à l'anonymat

Certains cherchent une réponse technique immédiate à leur problème de santé. Ils ont besoin d'une sorte de réparateur rapide. Peu importe que ce professionnel de santé soit plus ou moins anonyme, changeant, inconnu, choisi (?) sur Internet. S'il est fourni par Google, peu importe, surtout si c'est 24 heures sur 24, et rapidement. Pour certains patients, le soignant idéal serait même une sorte de machine : on tape sur un clavier les symptômes, un document sort avec le diagnostic, un autre avec le traitement. Le fait d'avoir à faire à un soignant anonyme pourrait même être vu comme une sorte d'avantage par certains. Ils peuvent penser, plus ou moins clairement, que de cette façon ils n'auront pas à répondre à des possibles questions indiscrètes, à étaler des choses intimes, en bref, à parler d'eux-mêmes. Ils supportent mal l'idée que l'on soit amenés à parler, à propos de leurs symptômes, d'éléments plus psychologiques. Une consultation de dix minutes devant un écran, avec un médecin inconnu, ne favorise pas vraiment l'approfondissement des problèmes. Ces personnes ont recours à des professionnels de soin uniquement sur le mode de l'urgence. Il s'agit assez souvent de personnes plutôt intellectuelles, mais pas uniquement. Elles gardent un certain recul par rapport à la médecine, recul favorisé par l'anonymat. Google peut leur procurer le médecin idéal, avec même « l'alibi » de la difficulté de consulter dans des conditions « normales ».

Ceux qui ont besoin d'une relation plus personnelle

Et puis il y a les autres. Et ils sont nombreux .. Ils ont aussi besoin qu'on leur dise de quoi ils souffrent. Mais ils ont besoin d'une oreille connue, presque familière, certes technique, mais aussi personnelle, attentive, compréhensive, ce que ne favorisent pas les oreilles anonymes. Ce médecin doit pouvoir entendre les doutes, les peurs, les questions de profanes peu habitués au langage médical. Mais aussi toutes sortes de questions qui paraissent peu en rapport direct avec la médecine, depuis les difficultés conjugales jusqu'aux problèmes scolaires des enfants etc.
Ces patients sont d'abord ceux atteints de maladies au long cours. Médecin et patient finissent par connaître beaucoup de choses l'un de l'autre. Ils deviennent proches et parlent parfois de tout et de rien, tout en n'oubliant pas que c'est la maladie qui les fait se rencontrer. Cette proximité risque même de tendre vers une sorte d'amitié, sans garantie que cette évolution soit efficace : la notion d'un minimum de « distance » reste importante, pour des raisons à la fois éthiques et d'efficacité.

Parmi ces patients au long cours, on trouve tous ceux que certaines nomenclatures nomment « médicalement inexpliqués ». Cette définition a un défaut : elle laisse entendre que la clinique, la radiologie, la biologie et autres examens complémentaires doivent résoudre tous les problèmes « médicaux ». Ce qui laisserait entendre que les autres, eux, ne le seraient pas. La question de savoir ce que l'on attend d'un médecin se pose donc bien, en effet. « Non médicalement expliqués » ressemble trop à « non médicalement explicables ». Ces patients aux pathologies difficiles à cerner ont déjà tendance à essayer les nombreuses thérapeutiques marginales. L'offre de soins très anonymes qui se profile pourrait faire fuir encore plus vite ces patients hors de la médecine traditionnelle.

Une offre diversifiée de consultation

S'il devient problématique de consulter, à son cabinet ou chez vous, un médecin qui vous connaît bien, il devient, et deviendra, de plus en plus facile, de trouver sur internet un médecin disponible par téléconsultation. Des plateformes médicales se multiplient. Elles ont un point commun : elles se présentent comme une possibilité d'avoir un avis médical, rapidement, voire tout de suite, tout en précisant bien qu'il ne s'agit pas d'un service d'urgence. Les patients qui consultent de façon habituelle sur le mode de l'urgence se trouveront sans doute bien de cette nouvelle offre médicale. D'ailleurs, il n'est pas exclu que ces nouveaux modes de consultation puissent rendre des services réels, même pour ceux qui préfèrent leur médecin habituel.

Mais tous ceux qui ne se contentent pas de Google ? Déçus par les plateformes, ils risquent fort de se retrouver chez ceux qui soignent de façon marginale, voire ésotériques. Comme s'il s'agissait de phénomènes en rapport direct, plus le recours à un médecin devient difficile, plus fleurissent les structures qui proposent toutes sortes de choses pour améliorer la santé, voire directement pour soigner. Le problème de la multiplication de ces offres de soin. Est, entre autres, le risque d'augmenter un peu plus le « morcellement » du patient. Déjà tiraillé entre des spécialités de plus en plus pointues, il va avoir du mal à se retrouver dans l'image d'un individu « entier ». Il n'y a guère que le médecin généraliste, jusque-là, pour essayer de faire une synthèse de tous les éléments qui concernent sa santé.

Les textes qui parlent de la télémédecine oublient souvent de préciser qu'il n'y a aucun rapport entre un médecin qui consulte en vidéo un patient qu'il connaît bien et un médecin qui en fait autant, mais de manière anonyme, sans avoir été choisi.

Il ne faut pas se méprendre : l'apparition d'aides pour les médecins, depuis l'assistant jusqu'aux moyens techniques de télémédecine est une conséquence directe du manque de médecins. Il est un peu tôt pour savoir si cette évolution sera bénéfique ou non pour la seule chose qui compte : la santé des populations et des personnes.

Références.

1-Ubérisation des prestations médicales. (https ;//www.conseil-natioal-medecins.fr)

2-Mathieu-Fritz A, Esterle. Les transformations des pratiques professionnelles des téléconsultation médicales. Rev Fr Sociol 2013 ;54 :303-29

3-Dorra A. Essor de la télémédecine de la biologie et de l'imagerie : et l'examen clinique était en perte de vitesse. Quotidien du médecin 2020 ; 9872 : 2

Entretien, causerie, entrevue, des mots pour le directement

Entretien avec le Dr Luc Canet

Michelle Moreau Ricaud

Entretien avec le Dr Luc Canet

Michelle Moreau Ricaud

Michelle Moreau Ricaud : "Avant de terminer mon livre sur Michael Balint. Le renouveau de l'École de Budapest, publié chez Erès, 2000 et réédité en 2007, j'avais rencontré des leaders historiques du Mouvement Balint. J'ai mené ainsi des entretiens, avec Ginette Raimbault, Jean-Claude Benoît, Roger Delasnerie, Philippe Koecklin , Frank Faure, René Gelly, Luc Canet, etc...

Ces leaders Balint ont bien voulu me consacrer du temps, soit sur le mode conversation ou de la correspondance, soit sur le mode d'entretien plus formel. Quelques ont été publiés dans la première édition de mon livre ou dans le Bulletin.
J'avais également rencontré Guitte Guérin en 1995, il y a 20 ans donc. L'entretien se termine sur mon questionnement sur la théorie de Michael Balint. Remis à plus tard, nous avons repris plusieurs fois ensuite des débats sur les théories de Balint sur lesquelles elle avait des réserves. Mais elle avait été sensible à la manière dont j'avais rendu compte, dans mon ouvrage, de ma lecture des ouvrages de Balint.
Cependant elle restait fidèle à Lacan."

- Michelle Moreau Ricaud : Bien que nous travaillions ensemble depuis déjà de longues années[7], j'ignore à quel moment vous avez rencontré le *Mouvement Balint* dans votre trajet...

- Luc Canet : Je vais vous le dire ; je suis né le 27 décembre 1924, j'ai débuté mon cursus médical à Rouen. Vous savez que j'ai un frère jumeau, également médecin. (Pédiatre, chef de service de réanimation néonatale)

- M.R. : Oui, mais il n'est pas « balintien », n'est-ce pas ?

- L.C. : Non, nous avions fait ensemble l'Externat des Hôpitaux de Paris. Par contre, je n'ai pas pu faire l'Internat comme mon frère, parce que j'ai dû me soigner en sanatorium pour une tuberculose contractée en cours de préparation du concours.
J'ai fait ensuite « fonction d'interne » en médecine générale pour gagner ma vie, ainsi qu'une spécialité : rhumatologie. J'ai étudié douze ans avant d'exercer en libéral à mi -temps et comme Attaché de consultation, salarié à l'hôpital Laennec, puis Tenon et ensuite La Pitié, ainsi que dans cet hôpital où nous réunissons notre groupe Balint.[8]

---

[7]. Ex-Président de la SMB. En binôme de leaders du groupe Balint « Paris –Sud », de 1986/7 à Sept 2021

[8]. Institut Mutualiste Montsouris (ex : Hôpital International de l'Université de Paris) Service du Pr Philippe Jeammet, puis du Pr Maurice Corcos, que nous remercions pour leur accueil chaleureux.

- M.R. : Vous êtes ex-Président de la S.M.B., leader accrédité de groupe Balint, membre du Groupe de Réflexion pour l'Accréditation des Leaders (GRAL) ; quand avez-vous entendu parler de Michael Balint pour la première fois ?

- L.C. : Voyons… Vous savez, j'étais au départ un médecin, plutôt de type « scientifique ». Un jour, j'ai reçu un cadeau d'un copain de sana qui était devenu mon meilleur ami ; il était psychiatre à Nantes. Pour mon anniversaire, il m'avait envoyé *Le médecin, son malade et la maladie* qui venait d'être traduit en français par Valabrega. Je fus passionné par cette lecture et, dans la suite, j'ai lu tous les livres de Balint qui paraissaient en français !
Et puis, je vais vous raconter une anecdote : en lisant l'observation d'une consultante que j'avais reçue alors que j'étais un vieil Externe, j'avais remarqué qu'elle avait fait une poussée de polyarthrite au *moment de la rupture de son couple.* Et j'ai dit cela devant mon patron, le Professeur d'un grand Service de Rhumatologie ; il m'interrompit, d'un air pincé : « Passez, passez ! » avec un geste de la main. (Rires).
Je n'ai jamais oublié cet épisode !

- M.R. : La poussée de polyarthrite était *déjà* liée, pour vous, aux événements de la vie de la patiente ?

- L.C. : Oui, c'était très important pour moi, la prise de conscience de cette relation : les histoires d'amour, de mariage, de divorce. Mais la plupart des « patrons », à l'époque, ne voulaient pas en entendre parler (rires).
Je crois que c'est l'épisode qui m'avait sensibilisé à ce désir d'une formation relationnelle autre. Et puis, le groupe avec Charles Brisset s'est créé ; j'imagine que c'était dans les années 1968-69. J'ai fait mes premières armes dans ce groupe composé de gynécologues et de médecins généralistes ; j'en étais le seul rhumatologue.

- M.R. : Donc, dès le début de ce qui deviendra la Société Médicale Balint. Mais comment aviez-vous connu l'existence du groupe conduit par Brisset ?

- L.C. : J'avais été informé, par quelqu'un de proche, qu'un groupe allait se constituer avec Charles Brisset. Je ne sais plus la date exacte ; ça se mêle avec 1968. Ah, cela aussi c'était une telle rupture dans la vie ordinaire, **un** *événement* ! En mai 68, je descendais tous les soirs rue des Saints Pères à la Faculté, où se tenaient des assemblées permanentes !

- M.R. : A la Faculté de médecine, vous militiez pour la réforme des études médicales ?

- L.C. : Bien sûr ! Et les collègues du groupe Balint aussi !
Dans le groupe Brisset, j'ai rencontré Guite Guérin, qui était jeune co -leader avec Brisset, il y eut aussi un Benoît, jeune psychiatre mais pas celui que vous connaissez, un autre, et d'autres médecins encore. C'était un groupe ouvert : on y entrait, on en sortait. Un certain nombre restèrent tout au long de l'existence de ce groupe, d'autres moins…
C'est-à-dire ne restaient que ceux qui tenaient le coup ! Nous étions en permanence entre dix et quinze dans ce groupe.

C'est dans celui-là qu'Anne Caïn est venue plus tard, vers la dixième année d'existence de ce groupe expérimenter sa méthode psychodramatique. Nous avions, alors, en alternance, un groupe Balint classique et un psychodrame « Balint ».

- M.R. : Vers 1977, donc. Anne vous a initié au psychodrame ; comment ça s'était organisé ?

- L.C. : Anne Caïn lui avait parlé de ce qu'elle faisait à Marseille et Brisset l'avait fait venir, tout simplement.
Brisset a pensé, je crois, que ça pourrait dynamiser un peu ce vieux groupe... On commençait à se plaindre et à oser lui dire : « vous parlez trop, nous aussi nous avons des choses à dire » …

- M.R. : Brisset intervenait trop : faisait-il des commentaires, des interprétations ?

- L.C. : Pas du tout : il se mettait à *trop nous expliquer la médecine* ! (Rires)
Comme il était en train d'écrire des choses intéressantes sur la maladie, sur le médecin et le malade, il nous parlait de cela ; il avait tendance à être plus intervenant qu'au début du fonctionnement du groupe. En excès. Au début ça allait ; puis s'est-il senti seul ? Vers la huitième ou neuvième année, il avait une propension à prendre davantage la parole...
Alors, spontanément, les membres du groupe lui ont dit qu'il ne les laissait plus parler ! C'est à ce moment qu'il nous a proposé de travailler différemment : une fois sur deux avec Anne Caïn qui venait pour animer ce groupe.

- M.R. : L'atmosphère du groupe a t- elle changée alors ?

- L.C. : Oui, mais je me souviens de la première séance …qui fut *terrible* ! On s'est dit : « ce n'est pas possible ! C'est épouvantable ! » Un médecin... s'était pratiquement *psychiquement « dénudé »* en jouant. C'était violent et violant ! Ça touchait aux interdits. Enfin c'était une impression très bizarre ...

- M.R. : C'était plus facile de *parler* de ce qui se passait dans les consultations, dans l'acte médical, dans la relation médecin - malade, que de le « *jouer* » ?

- L.C. : Pour moi, oui.
Pourquoi introduire d'autres techniques que celle de Balint ?
Et, pour moi, ce n'était pas tout à fait du Balint …mais par fidélité à ce travail « fondateur » du psychodrame Balint, je reste, néanmoins, un adhérent de l'Association internationale de psychodrame Balint (AIPB) fondée par Anne Caïn.

- M.R. : Et sur le plan institutionnel, que se passait-il à la SMB ?

- L.C. : Vers 1972-1973, nous avons fondé *l'Institut de Formation à la Médecine Relationnelle* (I.F.M.R.).

- M.R. : Une scission de la S.M.B. ?

- L.C. : Non, ce fut une idée des Drs Gachkel et Bensaid, au moment de la fondation, par Michel Sapir, de son Centre Balint. C'était une sorte de prise de distance à son égard, devant l'impression qu'il donnait de vouloir réaliser une « O.P.A. » sur tout ce qui était formation relationnelle soignant-soigné dans le registre Balintien.
Je rappelle que Brisset était titulaire de la Consultation de psychosomatique à l'hôpital Rothschild. Cet hôpital était ouvert à toutes les expérimentations, un lieu de recherche où l'on trouvait Aboulker, Chertok, etc. Brisset avait fait venir Sapir pour y conduire une Consultation de cette nature avec l'introduction d'une méthode originale de relaxation psychodynamique. Lorsque Brisset prit sa retraite, Sapir poursuivit ce travail et fonda son Centre, rue Duhesme. Y a-t-il eu, pour Sapir, un risque de perdre la consultation au départ de Brisset ? En tout cas, Sapir a créé un lieu qu'il a appelé un temps, « Centre Balint », puis A.R.E.F.S. ensuite, *puisqu'il n'avait pas la possibilité de le nommer ainsi*. Mais cela avait été réalisé en dehors de tout ce qui composait la SMB.
Le Dr. Gachkel, leader « pionnier » lui aussi, proposa, dans cette période, aux instances de la SMB, de créer en accord avec elle, un « Institut de Formation Médicale à la Relation » (I.F.M.R) Cette formation a duré quelques années, jusqu'à la mort de Gachkel, je crois bien. On y trouvait des psychanalystes amis de Gachkel comme le Dr. Dell, etc. ... Le Goues, alors Interne en Psychiatrie, et d'autres futurs psychiatres ou psychanalystes, venaient là, pour apprendre le leadorat Balint comme 'observateur' dans un des groupes de cet Institut.

- M.R. : Et Jacques Gendrot, psychiatre et psychanalyste (SPP) qui avait co-organisé un groupe avec Balint à Kernuz, en Bretagne, l'été 1968, était-il dans cet Institut ? Il était analyste à la S.P.P...

- L.C. : Non, Gendrot n'était pas là. Gachkel était le psychothérapeute consultant d'un Service de l'hôpital Henri-Rousselle. Un groupe de médecins généralistes venait se former avec lui dans ce Service : Rosowsky, Bensaid, M. Nicolle, etc. en faisaient partie.

Plus tard j'ai participé à un autre groupe Balint avec Pierre Benoît. Celui-là, c'était un groupe un peu spécial : nous avions toujours des choses à nous dire, à échanger ; alors ce groupe, composé de « vieux » balintiens qui avaient aussi fait une analyse, voulait travailler sur ce qui pose toujours des « problèmes » dans la relation (nous parlions de ce qui fait le « Hic »), C'était comme un « après - groupe Balint ».[9]

- M.R. : Beaucoup de médecins démarraient-ils une analyse après le groupe Balint ?

- L.C. : Non, quelques-uns, certes, mais plus pour d'autres raisons que leur passage dans un groupe Balint.

- M.R. : Revenons à cet Institut « I.F.M.R. » : pourquoi a-t-il fermé ?

---

[9]. Canet L, Aubeny E., Delasnerie R., Nicolle M., Steimer P., Touboul R., « L'après-Balint : Réflexions d'un Séminaire de travail sur les « Hic » en médecine », Communication au 5ème Congrès International Balint (Cologne (R.F.A.) 31-10 – 2-11, 1980

- L.C. : Norbert Bensaid en était le Président, et moi le vice-président dans le but de faire le lien avec la S.M.B. C'était une organisation dans laquelle les membres du C.A. faisaient partie de la S.M.B. C'était donc très lié à la SMB et cela contrebalançait, de fait, l'A.R.E.F.S. qui n'avait, à l'époque, établi aucun des liens qu'elle a, aujourd'hui, avec la S.M.B. Mais N. Bensaid qui était un médecin installé en libéral, et élève de l'Association Psychanalytique de France, n'a pas eu le désir, à la mort de Gachkel, d'être en charge de cette institution.

- M.R. : Alors vous êtes tous rentrés à la « maison mère » ?

- L.C. : Oui…Et comme « bon élève », j'avais été coopté par Bernarchon, en parrainage. Il m'avait demandé de me présenter au Bureau, puis à la Présidence de la S.M.B. En 1974, j'avais rédigé, avec d'autres, les *critères* qui définissaient le fonctionnement des groupes Balint et leur animation : c'était, alors, la synthèse des positions prises par les instances de la S.M.B. Elles furent exposées à Bruxelles dans ce fameux Congrès International …

- M.R. : où il y avait eu des contestations ?

- L.C. : Oui mais ces « critères » furent officialisés pour nous les balintiens français, comme notre « Charte »
Ensuite, nous avons préparé le Congrès de 1976 à l'hôtel PLM à Paris.

-M. R. : Où Mme Enid Balint était l'invité d'honneur ?

-LC. : Oui,
Notre positionnement, à la SMB, était alors assez « anti –Moreau », le
très entreprenant Président de la Société Balint Belge, à cette époque ! Il nous paraissait entrainer le mouvement Balint international, *hors les chemins tracés par M. Balint.*
Par ailleurs, par ses demandes insistantes auprès de ses collègues leaders « internationaux », le Dr. Gachkel nous permit de nous introduire comme observateurs dans le « Groupe des Leaders Internationaux » où notre instance SMB française n'était pas, jusqu'alors, invitée : M. Sapir étant le seul à convoquer les Français, il cooptait ceux que lui seul choisissait. Je vous rappelle qu'à l'époque, il « ignorait » la S.M.B. et son esprit institutionnel indépendant.
Grâce au Dr.Gachkel, les Drs. Amsel, M.Nicolle, Bernarchon et moi, avons pu rejoindre ces réunions des leaders pionniers « internationaux »

- M.R. : Pouvez-vous lever une confusion sur ce plan institutionnel ?

- L.C. : Quelle confusion ?

- M.R. : Pourquoi y a –t-il, d'un côté la Fédération Internationale Balint, et, de l'autre, le « groupe des Leaders » qui, un an sur deux, est placée sous la direction de la Tavistock, puis de Michel Sapir en France ? Çà reste flou pour moi ce « groupe des leaders ». Côté français : M. Sapir n'était pas l'héritier du « Groupe Marignan » ?
En préparant une note sur la fondation de la S.M.B., j'ai compris que la première Société Balint s'est créée en France, en 1967, et que ça s'est fait de manière pour moi étonnante : intitulée d'abord « Société Médicale des Groupes Balint (S.M.G.B) », elle s'est fondée *contre* le groupe des leaders français qui se réunissait chez Émile et Ginette Raimbault, rue Marignan.

Autrement dit, des médecins qui se forment dans le groupe Balint, fondent la S.M.G.B. entre eux, *sans* leurs analystes leaders ?

- L.C. : Oui ; ils étaient suspicieux de ce qui leur semblaient pouvoir se dire, à leur insu dans ce fameux « groupe Marignan », ils se sont dit : « Nous existons en tant que tels ; il n'y a pas que les psychanalystes qui seraient, les seuls susceptibles de réfléchir sur cette nouvelle façon de se former. Et Bernachon n'était pas le moins engagé dans ce comportement !

- M.R. : Pierre Bernachon m'avait présenté les choses ainsi : une émanation de la révolte de médecins en formation : Dufour, Sacco, Harlé, qui l'invitaient au café après le groupe.

- L.C. : Oui, ils avaient peur d'être « manipulés » ; il faudrait relire le premier *Bulletin de la S.M.G.B.*
Quelqu'un qui pourrait vous aider c'est Delasnerie : il avait toutes les archives.
Frank Faure fut un temps Président de la S.M.B. Il fut un météore, l'analyse phénoménologique était sa méthode. Et il a beaucoup écrit sur le Balint.

- M.R : Son ouvrage - d'une lecture difficile - vous a t- il quand même aidé ? René Gelly, son beau-frère, m'avait dit que ça lui avait *redonné envie* de faire du Balint.
- L.C. : ...Oui, c'est plus tard que j'ai tiré bénéfice de la lecture de son ouvrage : *la Doctrine de Michaël Balint.*

- M.R. : Avez-vous rencontré Balint ? Pourquoi ne le faisiez-vous pas venir ? De même que John Balint, Judith Dupont, André Haynal ?

- L.C. : On était plutôt dans le « faire » ...On a réalisé par exemple une publication sur l'asthme ; le laboratoire Glaxo nous soutenait...

- M.R. : et un médecin, Choppy, savait trouver des mécènes ; vous le connaissiez ?

- L.C. : Oui ; il est oto-rhino et psychanalyste ; il était, m'a-t-il semblé, plus proche de Sapir, je pense, mais il a travaillé longtemps dans la SMB.

- M.R. : Partagez-vous l'opinion qui court, que « le Balint c'est fini », que ça dérive vers tout et n'importe quoi ?

- L.C. : Non, bien sûr !!
La S.M.B. a montré qu'elle était capable de vivre et non de survivre.
Il y a même un regain depuis quelques années. On a dit qu'il y a eu une acmé au moment du Congrès International de 1976 [j'étais alors le Président de notre SMB], puis une lente descente aux enfers et enfin une reprise et une plus grande présence, malgré l'existence d'autres associations qui forment les médecins à la relation.

- M.R. : Mais alors dites-moi : cette rencontre avec Balint ?

- L.C. : Je ne l'ai vu qu'à deux occasions : dans la rencontre avec les leaders de groupe et à une réunion de la S.M.B. près de la Tour Maubourg (dans le 7eme arr.) lors de sa venue pour un Congrès de Médecine psychosomatique. J' « observais » le groupe.

- M.R. : Et … ?

- L.C. : Oh, j'étais fort impressionné ! C'était un grand monsieur : ça m'aurait beaucoup intimidé de travailler avec lui !
A cette même période on m'a rapporté qu'il avait fait une expérience particulière parisienne : une tentative de groupe avec des patrons de médecine. Ce fut épouvantable, parait-il ! Ils avaient été très secoués, certains avaient décompensé, etc. Il avait dû être très « violent » ...

- M.R. : Oui ? Et les « patrons » ?

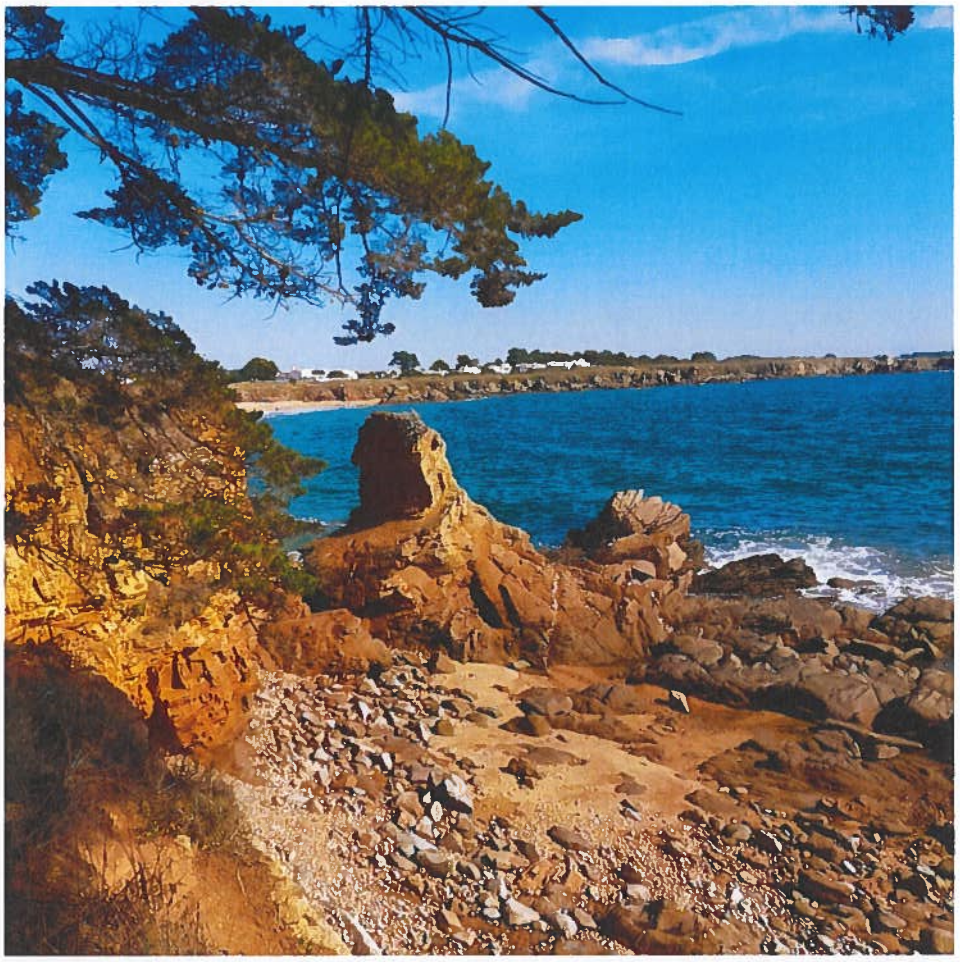
- L.C. : Très « défendus » …

- M.R. : Merci Luc, pour toutes ces précieuses informations.[10]

Luc Canet, Michelle Moreau Ricaud, Paris,1996

[10]. Entretien réalisé et rédigé en janvier 1996, au moment de l'écriture de mon livre Michael *Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest*, Toulouse, Erès, 2000. Réédition 2007.

La pensée de Michael Balint qui rayonne



Actualité et pertinence des groupes Balint

Monique Aubart et Jacques Fabrizi

ACTUALITÉ ET PERTINENCE DES GROUPES BALINT

Par Monique Aubart et Jacques Fabrizi,

Article écrit par les 2 auteurs à destination des étudiants de 3ème cycle des études médicales du Luxembourg

BIOGRAPHIE DE MICHAEL BALINT (1896-1970)

Psychanalyste, Michael Balint a acquis une renommée internationale pour l'attention qu'il a porté sa vie durant à la relation entre les médecins et leurs malades. Michael Balint, né à Budapest, poursuivit des études médicales sous la pression de son père, lui-même médecin, et, parallèlement, des études de chimie. C'est en tant que chimiste à l'I.G. Farben qu'il travailla à Berlin, en même temps qu'il y accomplit sa formation psychanalytique. Il épousa en 1921 Alice Szekely-Kovacs, fille de Vilma Kovacs, psychanalyste et élève de Sandor Ferenczi, personnalité importante de l'intelligentsia hongroise. À Berlin, entre 1921 et 1924, formés par Karl Abraham et Hans Sachs, Michael Balint et sa femme côtoyèrent toute une jeune génération d'analystes, en particulier Mélanie Klein.

De retour à Budapest en 1924, Michael Balint poursuivit son analyse avec Sandor Ferenczi et fut admis à la Société psychanalytique de cette ville en 1925. Il participa à l'organisation de l'institut de psychanalyse et d'une polyclinique de psychothérapie psychanalytique dont il deviendra le directeur en 1933 à la mort de Sandor Ferenczi. En 1938, le couple fuit la Hongrie et s'installa à Manchester en Grande-Bretagne, où sa femme Alice Balint mourut brutalement à leur arrivée.Après la guerre, Michael Balint s'établit à Londres, où de 1948 à 1961 il travailla à la Tavistock Clinic. Ce fut dans ce cadre qu'il s'intéressa aux problèmes que posait l'application de la psychanalyse à une institution de soins, à la formation des professions intéressées et à l'étude du groupe familial. Avec Enid Balint, sa nouvelle épouse, il entreprendra une longue collaboration scientifique. Membre de la Société britannique de psychanalyse, il en deviendra le président quelques années avant sa mort.Son œuvre scientifique demeure originale et dense. Influencé par Sandor Ferenczi et par Mélanie Klein, il étudia spécialement les états dits narcissiques. Il mit l'accent sur un aspect essentiel de l'expérience d'individuation de l'enfant, caractérisé par un état de manque, le « défaut fondamental », que le sujet « normal » cherche à combler au mieux. L'œuvre la plus connue de Michael Balint est celle qui concerne la formation psychologique des omnipraticiens abordée sous l'angle du rapport entre ceux-ci et leurs patients dont tous les aspects sont décrits en détail dans « Le médecin, son malade et la maladie », un ouvrage publié en1957.

Très tôt, il se passionna pour la médecine psychosomatique. À Budapest, il chercha à mettre à profit la psychanalyse à la formation des médecins. À Londres, il contribua à la formation psychologique des travailleurs sociaux — méthode dite du casework — et appliqua les techniques de celle-ci à la formation des médecins généralistes qui, en groupe, à partir de cas

cliniques, échangeaient et confrontaient leurs points de vue. Ainsi naquirent les « groupes Balint » qui s'efforçaient de rendre les praticiens attentifs à la relation soignant-soigné.

LES GROUPES BALINT

Dès les années 1945, Michaël Balint, persuadé que la richesse inexploitée des relations entre médecins et malades ne pouvait s'enseigner en cours magistraux, proposa une formation de groupe — les groupes Balint. À partir d'un cas de patient rapporté par un médecin, le travail en groupe Balint permet de décoder les difficultés relationnelles que le médecin a éprouvées au cours d'une consultation. Ce travail a pour finalité l'amélioration de la relation soignant-soigné. De nos jours, la pratique de groupe Balint en conserve les principes même si elle s'est adaptée à l'évolution de l'exercice de la médecine. Cependant, l'avènement de la biomédecine et l'intrusion du numérique au sein du colloque singulier complexifient la relation médecin-patient. La déshumanisation des soins qu'elles engendrent renforce la pertinence des groupes Balint.
Les leaders, formés à l'écoute de leurs patients par l'expérience d'une psychanalyse personnelle, animent et supervisent le travail du groupe en veillant à établir les meilleures conditions possibles à la genèse d'un travail psychique. Ils s'efforcent de créer, comme en psychanalyse, une atmosphère dans laquelle le médecin qui expose le cas puisse se représenter et élaborer la relation qu'il a établie avec son patient. Empruntant à la psychanalyse sa règle fondamentale de libre association, le leader demande au médecin d'exposer un cas de sa pratique actuelle qui lui a posé problème ou parfois, au contraire, qui lui a laissé une impression de trop grande satisfaction. Il n'y a pas de petits ou de grands cas ; il n'y a que des cas qui chagrinent le médecin dans son exercice au quotidien. Un ou deux cas sont généralement abordés au cours d'une même séance. Après avoir rappelé le caractère strictement confidentiel des propos tenus au cours de la séance, le leader pose la traditionnelle question : « Qui a un cas ? », souvent suivie par un silence qui parfois se prolonge. Il recèle son importance, car l'absence de paroles ne signifie pas l'absence de pensées.
Il s'avère préférable que le médecin, qui expose un cas, oublie autant que faire se peut le dossier du patient et l'exercice médical *stricto sensu* afin de se focaliser sur la relation médecin-patient qui s'est tissée entre eux. La spontanéité et la liberté du récit relaté par le médecin lui permettront de cerner et de comprendre les difficultés qui ont entravé la relation. Il s'attachera à décrire son patient sur un plan physique, mais aussi à préciser les particularités de son expression verbale, gestuelle, voire émotionnelle. Le médecin essaiera de verbaliser ses émotions et ses ressentis dont le champ s'avère immense : agacement, frustration, colère, haine, dévalorisation, culpabilisation, sentiment d'avoir été instrumentalisé par le patient, déception de ne pas avoir été à la hauteur ou de ne pas avoir compris ce qui se tramait dans cette relation, etc. Peu à peu, par la pratique régulière des groupes Balint, il acquerra des aptitudes psychothérapeutiques, puisque sa manière de penser et de concevoir la relation soignant-soigné s'en trouvera modifiée.

Le groupe fait preuve d'une écoute attentive vis-à-vis du médecin qui relate le cas. Puis il réagit, pose des questions, propose des hypothèses, en toute bienveillance et surtout sans jugement dépréciatif à l'égard du médecin. Le leader veille à la grande liberté des échanges et au respect des personnes, interprétant si nécessaire ce qui se trame, ce qui fait résistance et se révèle par la dynamique de groupe.

Les praticiens découvrent dans les groupes Balint qu'ils sont confrontés à des situations à la fois singulières et universelles. Les cas présentés par leurs confrères participent de la même réflexion que ceux auxquels eux-mêmes pourraient être exposés à leur tour. Ainsi, tel malade pour lequel on éprouve l'impression d'avoir tout tenté nous reprochera notre négligence, tandis que tel autre pour lequel on pense avoir fait preuve de quelque désinvolture nous vouera une reconnaissance éternelle. Il en est de même pour certains patients que l'on n'apprécie pas et qui consultent trop souvent à notre goût et d'autres que l'on reçoit en consultation avec plaisir et qui ne reviennent pas… Il arrive aussi que les motifs de consultation avancés par la plupart des patients cachent d'autres demandes, que l'on ne sait pas toujours décoder. Les troubles psychiques masquent parfois des désordres physiques et, inversement, le patient peut changer de registre, pérennisant ainsi son statut de malade.
La formation médicale enseigne la neutralité aux étudiants, une neutralité qui fait abstraction de la personnalité du médecin, de son histoire intime, de son intériorité et de son humanité. Dans l'écoute proposée à son patient où se situe le curseur entre le caractère professionnel et intime du médecin ? En fonction de la proportion de l'un ou de l'autre, on passe progressivement de la stricte relation professionnelle dénuée d'affect, à une relation d'empathie, de sympathie, voire à une relation quasi fusionnelle. On bascule de l'objectivité à la subjectivité. Cette notion permet de définir la distance relationnelle et chaque praticien aura à cœur de se situer dans la "bonne distance" afin d'améliorer l'effet thérapeutique. La qualité de l'écoute dépend de cette distance. La comparaison avec un objectif photographique sans mise au point automatique comme il en existait, il n'y a pas encore si longtemps, paraît intéressante. L'action de tourner la bague de réglage permettait d'affiner la mise au point. Si le réglage n'était pas adéquat, on était soit trop près, soit trop loin et l'image était floue. À chacun, de rechercher la netteté, de faire le point, de trouver "la bonne distance", "sa bonne distance" et celle-ci sera propre à chaque médecin. Lorsque le récit du patient rencontre le vécu du médecin, cela entraîne des mécanismes d'identification et induit des résonances qui vont nuire à toute objectivité. C'est une fonction intrinsèque à chaque médecin. Michaël Balint l'a bien décrit ; toute relation entre un médecin et un patient se déroule à un moment précis de leur histoire lui procurant un caractère unique.
Le travail en groupe Balint permet à terme aux participants de ressentir ses émotions et de les reconnaître afin de les utiliser à des fins thérapeutiques. Ainsi, grâce à cette formation, les praticiens, qui entendent leurs confrères en faire état, améliorent leur ressenti et l'écoute de leurs patients. La qualité des soins dispensés s'en trouve également améliorée et l'on observe une plus grande adéquation avec les attentes de leurs patients. Le confort de leur exercice professionnel s'en trouvera également bonifié par une disponibilité, une liberté d'esprit qui permettra au médecin d'acquérir une plus grande tolérance dans l'acceptation de l'autre et de sa différence.

Les groupes Balint comprennent une dizaine de participants et se réunissent tous les mois avec un leader et un co-leader. Il existe des groupes homogènes qui ne comprennent que des médecins généralistes et d'autres, dits hétérogènes, qui s'ouvrent aux autres spécialités, psychiatres, psychothérapeutes et psychologues. Le travail en groupe Balint suppose un engagement personnel et s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient.

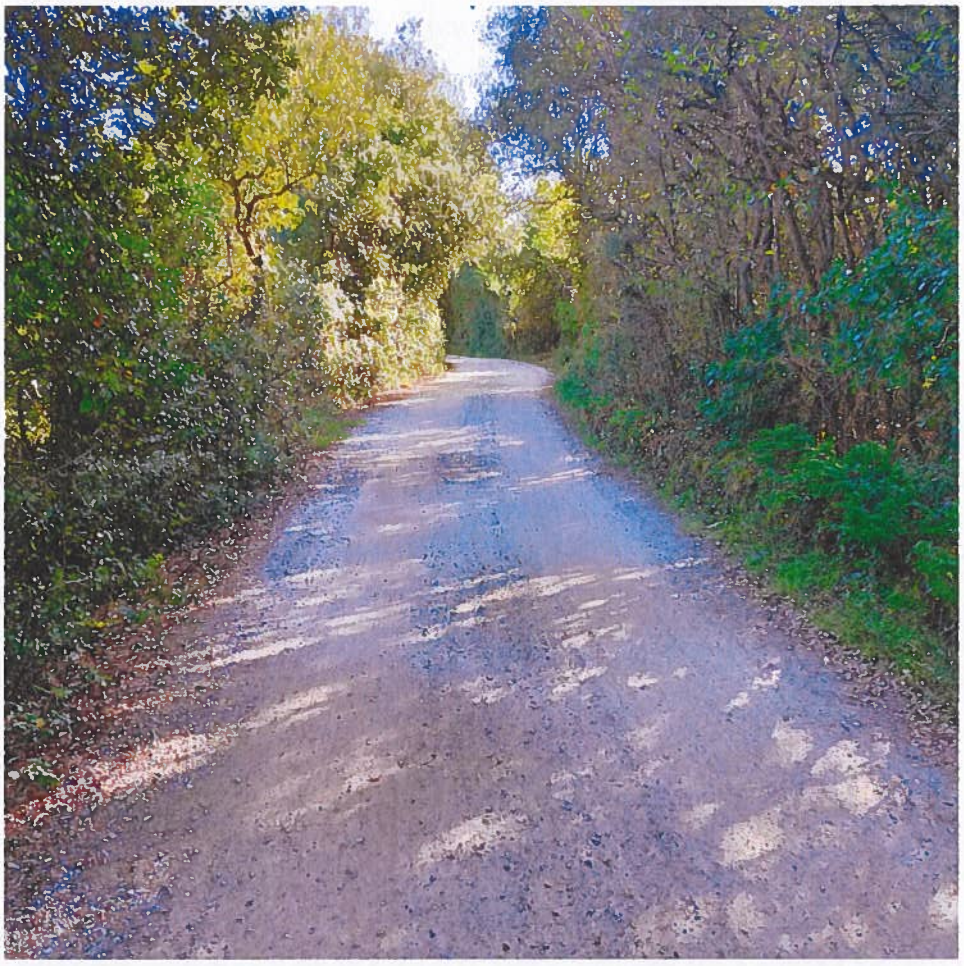
Les deux photographies suivantes illustrent, de belle manière, l'évolution de la perception que permet la pratique des groupes Balint en changeant d'angle de vue :

@jacquesfabrizi

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- *Michael Balint, Le médecin, son malade et la maladie, Éditions Payot, Paris, 1996.*
- *Michael Balint, Techniques psychothérapeutiques en médecine, Éditions Payot, Paris, 1970.*
  Michael Balint, Le défaut fondamental, Éditions Payot, Paris, 1991
- *Michael Balint, Les Voies de la régression, Éditions Payot, Paris, 2000.*
- *Michael Balint, Amour primaire et technique psychanalytique, Éditions Payot, Paris, 2001.*

Qui a un cas ?



Vignettes de Christian Pirolli

Les anniversaires sans père

Motus, les mots tus et les mots inaudibles

Les anniversaires sans père
Christian Pirolli

Une histoire d'absence,
Une histoire de transfert,
Une histoire d'amour.

Elle m'appréciait, c'était évident ; il y avait même cette assise de confiance inconditionnelle qui n'est pas loin d'une forme d'amour, et qu'on appelle le transfert. Il était en effet, flagrant, cet amour de transfert d'une jeune femme de vingt ans plus jeunes que son médecin. Mais celui qu'elle aimait en moi, c'était tout aussi transparent, c'était son père. Son père était mort quelques années auparavant. Elle s'était étonnée de ne pas vraiment souffrir du deuil de ce père. En fait, elle souffrait surtout de n'avoir ressenti ni chagrin ni perte douloureuse à son décès. Elle ne comprenait pas, et en souffrait, pourquoi son absence n'avait pas été, n'était pas plus douloureuse. Elle me décrivait un père écrivain, un peu lointain, qui l'avait bien élevée, bien éduquée, bien dotée et armée pour la vie, mais qui n'avait jamais été très tendre, à l'évidence pas amoureux de sa fille unique, comme elle imaginait qu'il aurait dû l'être. Elle revoyait surtout péniblement qu'il s'enfermait systématiquement dans son bureau pour y travailler à chacun de ses anniversaires, et ne lui offrait un cadeau que plusieurs jours plus tard, la date déjà bien passée. Elle me racontait cette histoire dans ses nombreuses illustrations, lors de consultations pour différents motifs. Et plus elle racontait cette histoire, plus elle revivait dans mon bureau et à travers moi, ces émotions, plus elle mesurait qu'à la fois quelque chose lui faisait me le dire, et qu'en même temps, cela avait quelque chose d'incongru, puisque médecin, plus vieux qu'elle de plus de vingt ans, je n'étais pas son père… « Eh oui, vous n'êtes pas mon père ! ». Et là, lâchant cela dans un cabinet médical, à un médecin qu'elle prenait pour son père et qu'elle savait pourtant bien ne pas être son père, ce fut à l'instant, la révélation fulgurante, que ce père n'était pas non plus, son père. Passé l'instant brutal de la découverte, décontenancée, elle ne fut toutefois ni choquée ni déçue. M'abandonnant à mon rôle de substitution qui se délitait rapidement au fur et à mesure de ses paroles, elle ressentit dans le même temps, de plus en plus de gratitude pour cet homme alors disparu, qui avait choisi de l'accepter, de l'aimer à sa manière, de pardonner peut-être à sa mère, et de respecter jusqu'au bout ce lourd secret qu'il avait cru devoir honorer, sans doute par respect pour sa mère, et finalement par amour pour elle. Ayant revécu et dit tout cela, elle se sentit enfin soulagée. Pourtant, le pire restait à venir. Quand ultérieurement elle s'ouvrit à sa mère de cette découverte, celle-ci s'enferma dans un mutisme révélateur, mais profondément mortifère, car la patiente devenue elle-même adulte et mère, eut alors la sensation que sa propre mère voulait à nouveau tuer, enterrer, oublier une seconde fois cet homme infiniment généreux, ce père distant qu'elle n'avait longtemps pas compris, et qui pourtant en avait été vraiment un.

Motus ! Les maux tus et les mots inaudibles

Christian Pirolli

Une histoire d'absence,
Une histoire de transfert,
Une histoire d'amour.

Je connaissais depuis sa naissance, cette petite-fille de huit, neuf ans alors. C'était une enfant très intelligente et sensible bien qu'un peu timide, vivant dans une famille sans grand problème avec une grande sœur d'une douzaine d'années et un couple parental jeune et sain. Mais la séparation des parents était survenue l'année précédente dans le conflit, et le père était parti vivre de la conjugalité avec son ancien grand amour de faculté, fraîchement divorcée et mère de deux enfants quasiment du même âge que cette petite fille et sa sœur. La mère était venue lors de plusieurs épisodes anxiodépressifs consécutifs, me consulter : les parents se heurtaient beaucoup ; le père semblait renâcler au paiement des pensions alimentaires ; la mère, gérante d'une petite boutique de jouets, avait des difficultés professionnelles ; et les week-ends dans la famille nouvellement recomposée du père, se passaient mal, avec des tensions entre les deux fratries et des conflits avec la belle-mère. Aussi, après environ une année de séparation dans ces conditions difficiles, la petite fille se trouve-t-elle en face de moi avec sa mère. Celle-ci m'explique que la fillette va de plus en plus mal depuis un an : elle qui travaillait si bien à l'école, non seulement est en échec scolaire, mais ne veut plus retourner en classe, a perdu ses meilleures amies, ne mange rien à la cantine et peu à la maison, dort mal, fait des cauchemars, est souvent agressive avec sa mère, refuse d'aller voir son père dans sa nouvelle famille, et a eu quelques épisodes énurétiques inhabituels. La mère est inquiète, ne sait plus quoi faire, et semble à bout. Je m'adresse à la petite fille, qui me connaît donc depuis sa naissance. Je lui pose deux, trois questions auxquelles elle ne répond, les yeux rivés au sol, que par un marmonnement inaudible. Je lui demande alors si elle préfère que sa mère aille lire dans la salle d'attente, tandis que nous discutons tous les deux. Elle se redresse immédiatement, relève le visage vers moi, et opine silencieusement mais énergiquement. Sa mère partie, je lui redemande : « Alors, dis-moi, qu'est-ce qui t'arrive ? ». Son corps enfle instantanément sur sa chaise, et c'est un flot débordant de sanglots, de hoquets, de reniflements, de couinements noyant des paroles incompréhensibles. « Parle un peu plus distinctement, je ne comprends pas ». Et le même bouillonnement tout aussi tumultueux de paroles à peine audibles, reprend de plus belle. « Tu sais, je suis un peu plus vieux, maintenant ; parle un peu plus fort, je n'entends pas ». Et la même cataracte tout aussi inintelligible, nous submerge à nouveau… Je ferai encore une ou deux tentatives, et toujours, le même torrent insaisissable me submerge si bien, que je me laisse intuitivement emporter par ce déferlement, dériver dans ce courant, et cesse de chercher à comprendre, pour seulement flotter et surnager avec elle dans ce jusant qui nous emporte tous deux. Progressivement, l'onde s'apaise, et le courant devient plus laminaire. Nous nous regardons tranquillement, tandis qu'elle parle maintenant plus posément, de cette voix ténue de petite fille, que je n'entends toujours pas. Enfin, le mascaret évanoui au loin, elle esquisse un petit sourire timide et plein de grâce. Je souris également, et nous restons ainsi quelques secondes. Je lui demande enfin si elle désire que je demande à sa mère de revenir dans le bureau. Elle acquiesce tranquillement.

J'explique posément à la mère, que nous avons échangé, et que la petite peut revenir quand elle veut, comme elle veut, soit en lui demandant de prendre rendez-vous pour elle, soit seule puisqu'elle est assez grande pour venir quand elle le désire dans ce cabinet qu'elle connaît bien, et qui se trouve d'ailleurs sur le chemin de son école. Je m'attends à ce que la mère me téléphone peu après pour me demander un nouveau rendez-vous. Mais les semaines, les mois passent : aucune nouvelle… Je commence à douter. Un jour, la mère revient en consultation pour elle. Je m'occupe du problème qu'elle pose, tout en m'attendant à ce qu'à un moment quelconque, elle me parle de sa fille. Rien !... Intrigué, je finis par demander d'un ton que je veux 'détaché', comment va sa fille : « Ma fille ??? Ah oui !... Eh bien, elle va très bien : elle retourne à l'école, travaille bien, s'est refait des copines, dort bien, mange mieux, et retourne maintenant chez son père, où il semblerait que les choses soient plus faciles dorénavant… Je ne sais d'ailleurs pas ce qu'elle vous a raconté, ni ce que vous lui avez dit, mais en tout cas, *ça*, a été efficace ! ». « *Ça* » ? « *Je* », ne relève pas, et je continue sa consultation…

Ouvrages ouvragés et notes de lectures

Note de lecture

Dire non à son enfant, pas si facile !

Luc Canet

Pour l'ouvrage de Marie-Christine Choquet et Nadine Job-Huert

Note de lecture
Luc Canet

De l'**Ouvrage co-écrit par Marie- Christine Choquet, Nadine Job-Huert,**

Dire non à son enfant, pas si facile !

Préface du Pr. Philippe Jammet, érès 1001BB,2021, 9,50 €

C'est un réel plaisir de lire et d'inviter à lire ce petit livre de 138 pages. Et, à cette occasion, de signaler, des mèmes auteures, *L'art d'accueillir les bébés*, paru, aussi, chez Ères dans la collection 1001BB, 2013, réédité en 2016.

Tout d'abord, rappelons que **Marie-Christine Choquet est membre de notre Société Balint** depuis de très nombreuses années. Elle fut une organisatrice très active du Congrès national Balint tenu à Grenoble (Nov. 1997). Elle co-anima, pendant de nombreuses années, avec notre collègue Anne-Marie Alléon, un des premiers séminaires Balint pour étudiants en médecine, au CHU de Grenoble.
Ce qui fait la richesse de cet ouvrage, c'est l'abondance de petites « vignettes » cliniques, très « parlantes », suivies de commentaires explicites des auteures qui sollicitent et favorisent d'emblée les propres réflexions du lecteur.

Nul besoin leur a été de s'étendre dans des considérations théoriques, sans, pour autant, faire l'impasse sur les apports modernes de la pédiatrie, de la psychiatrie, des neurosciences et de la psychanalyse concernant les enfants. La lecture en est rendue très facile, non encombrée, précisément, par des références bibliographiques trop nombreuses.

On sent, à la lecture de cet ouvrage, la grande expérience praticienne des auteures dans leur « approche » clinique de la pédiatrie et de la psychomotricité infantile.
Nul doute qu'il rendra grand service à de nombreux parents… mais aussi, aux grands-parents, ainsi qu'à tous les « professionnels » de santé, concernés par les soins donnés aux enfants.

Cet ouvrage est préfacé par notre ami le Pr. Philippe Jammet, qui dirigea longtemps le service de Psychiatrie de l'adolescent à l'Hôpital International de l'Université de Paris… et qui accueillit, dans son Service, les réunions du groupe Balint Paris-Sud, au cours des années quatre-vingt.

Des nouvelles d'ici et d'ailleurs

- de la Journée d'Échanges autour des Pratiques des Leaders - la JEPL,

"Le soignant, son patient, le corps et le groupe Balint", juin 2022

- des Journées d'Angers d'Automne, 30 septembre et 1er octobre 2022

- de la 1ère Journée des 3 associations balintiennes, "La relation thérapeutique en 2021", septembre 2022

- du Congrès international IBF Bruxelles, "Valeurs Balint fondamentales : cohésion et flexibilité", du 31 août au 4 septembre 2022

LA JOURNEE D'ECHANGES AUTOUR DES PRATIQUES DES LEADERS

Samedi 18 Juin 2022 Paris 12ème

LE SOIGNANT, SON PATIENT, LE CORPS ET LE GROUPE BALINT

Lors de La précédente journée d'échanges sur nos pratiques de Leader (JEPL), en Décembre dernier, nous avons abordé le corps et sa place en groupe Balint, réalisé par *Visio-conférence* ses limites avec les étudiants notamment ; ses possibilités pour peu que « les bords » soient posés, contenant le travail. Nous avons échangé autour de l'hypothèse que Michael Balint, chercheur, créatif, aurait sans doute été ouvert à cette pratique, dans ce contexte particulier, et en lien avec l'évolution sociétale. Nous avons évoqué aussi le corps du patient en visio-consultation ; le praticien nous dit parfois, que ce corps est exposé, voire exhibé sur le petit écran, comme dans une tentative de séduction ; d'autres fois, il manque, notamment quand il s'agit de réaliser un examen clinique, si riche d'informations. Ces derniers points restent à approfondir.

A propos d'examen clinique, Elisabeth ADLER, médecin généraliste, dans son observation rapportée dans *le new England journal of médicine*,* nous transmet bien ce qu'elle ressent, quand, à défaut de pouvoir communiquer avec sa patiente âgée érythréenne parlant seulement le Tigrinya, elle se met à palper les muscles de sa patiente qui souffre, au niveau du rachis, de la ceinture scapulaire ; puis masse les épaules, le cou dont elle sent les nœuds et nous fait part des émotions qui la traversent. …

Dans nos groupes, les soignants nous parlent-ils du corps de leurs patients, de la façon dont ils le touchent - ou pas ? Expriment-ils leurs éprouvés sensoriels, les émotions ressenties ? Quel effet le récit du rapporteur a-t-il sur le groupe et sur ses représentations ? qu'en est-il pour nous, leaders ? qu'observons-nous aussi du corps de nos participants, quand ils rapportent un cas, s'expriment, se taisent ? quels fantasmes semblent circuler ? en quoi le leader peut- il aider au-delà d'une mise en mots, à l'élaboration de ce qui se joue dans la relation entre le soignant et son patient, dans ce corps à corps.

C'est autour de tous ces aspects concernant la relation et la présence corporelle bien réelle, éminemment pulsionnelle, que l'instance GRAL (Groupe de réflexion sur l'accréditation des Leaders), en lien avec le bureau, nous propose de venir échanger au cours de cette journée. Nous ne doutons pas que nous avons beaucoup à nous dire et à nous apporter mutuellement, merci de venir nombreux … … en présentiel, cela va de soi !

**Nous renvoyons au texte « une relation thérapeutique » : ADLER Elisabeth -N. England J. Med, October28,21 ; No18,1640 -1641 ; traduit par Luc Canet et envoyé à tous les leaders, en février, avec les deux communications de la JEPL de Décembre.*

A propos du « corps » en pratique médicale

Voici une observation qui nous a paru intéressante à publier dans notre Bulletin SMB : elle « illustre » une expérience « clinique » rapportée par une jeune médecin dans la revue médicale prestigieuse de Boston,

le New England Journal of Medicine.

Une relation thérapeutique

Elisabeth. Adler

N. Engl J. Med , october 28, 2021; 385: no : 18, 1640-1641

Elle est venue pour la première fois à mon cabinet de résidente, il y a quelques années, alors qu'il était habituel que les médecins touchent leurs patients. Quand je dis toucher, je veux vraiment dire palper l'abdomen, poser son stéthoscope contre la paroi thoracique pour ausculter le cœur, mobiliser une épaule pour tester une limitation. De telles procédures d'examen ne me posent plus de problèmes – c'est plutôt comme une liste de contrôle que je me dépêche d'exécuter, avec invariablement quinze minutes de retard, afin d'établir une évaluation clinique et un plan de soins. Mais cette patiente ne m'a pas permis d'aller vite. À quatre-vingt-treize ans, lorsque nous nous sommes rencontrés, elle se déplaçait lentement mais parlait vite, ses mots en Tigrinya (1) se bousculaient devant l'interprète, griffonnant des notes pour que sa traduction reste exacte. Ses rides profondes avaient sculpté sa bouche en une forme inversée, qui ne correspondait en aucun cas au ton mécontent que je percevais avant même que le traducteur ne parle. « Tout me fait mal », m'a-t-elle dit. Tout son corps lui faisait mal – ses muscles souffraient, son cœur lui faisait mal. (1) leTigrinya ou Trigigna est une langue parlée, par l'ethnie dominante en Erythrée et le N.E. de l'Ethiopie. (N. du Traducteur) Je me suis lancée dans mes questions « algorithmiques » pour évaluer la douleur. Début ? Qualité ? Facteurs précipitants ou apaisants ? Elle gloussa un peu, puis me regarda avec une inquiétude qui tordait ses rides à l'envers. La douleur était intense et partout. C'était douloureux. « Seul Dieu connaît le reste. » Elle me demanda, alors, si j'étais vraiment médecin. Plus je posais de questions sur la douleur, plus elle doutait de moi. L'incongruité de son froncement de sourcils et de ses rides sculptées dans le sourire, s'approfondit. Je n'allais nulle part. Nous avons alors convenu qu'un examen physique était la meilleure et prochaine étape. Je suis partie pour la laisser se déshabiller, ce qui l'a fait rire – et elle me demanda, à nouveau, si j'étais médecin. Quand je suis revenue, elle était allongée, en position ventrale sur la table d'examen et n'avait pas pris la peine de mettre le peignoir que je lui avais donnée. J'ai commencé par palper sa colonne vertébrale, qui n'était pas détendue, puis je suis passé à sa ceinture scapulaire. « Est-ce douloureux ? » Elle a crié quelque chose à haute voix, et je craignais d'avoir de nouveau des ennuis, que son exclamation était encore une autre façon « Tigrinya » de remettre en question mes références. Au contraire de cela, le traducteur relaya qu'elle se sentait bien avec ma palpation : « Continuez, continuez ! » Je lui massai les épaules et elle cria sa joie. Sachant que ma prochaine patiente avait annulé, je lui ai accordé toute mon attention.

J'ai pétri ses « nœuds » musculaires avec mes jointures. J'ai placé ma paume régulièrement sur son dos, et elle a expiré profondément. Alors que je sentais ses muscles se détendre sous mes mains et sa respiration devenir stable, je sentais aussi que je laissais tomber mes propres épaules. Nos cycles respiratoires commencèrent à se synchroniser. Sa fille m'avait dit que sa mère avait quitté l'Érythrée de nombreuses années auparavant, mais que la majeure partie de sa communauté était toujours là-bas. Elle avait maintenant beaucoup de petits-enfants et d'arrière-petits-enfants en Amérique, mais elle conservait un sentiment de solitude à se sentir loin de chez elle. Cela pouvait être douloureux. J'ai massé son cuir chevelu, le bout de mes doigts se déplaçant entre des rangées de tresses grises. C'est ce qu'elle a le plus apprécié. Quand je me suis retirée pour la laisser se redresser, elle a gloussé, et j'ai vu le sourire qui avait sculpté ses rides au cours de sa longue vie. Quand je suis revenue, elle m'a dit que sa douleur avait complètement disparu. J'étais une nouvelle femme pour elle – un vrai médecin. Elle m'a attrapé les mains et les a embrassées trois fois. En rentrant chez moi ce jour-là, j'avais l'impression de revenir d'un excellent premier rendez-vous – connecté, aéré, vivant. Au milieu de journées remplies de palpations et d'auscultations, je n'avais pas réalisé à quel point je me sentais loin de mes patients jusqu'à ce qu'une personne exige un vrai contact. Au cours des 18 mois suivants, ma patiente est venue régulièrement se plaindre de douleurs généralisées, et je lui frottais le dos, je massais son cuir chevelu et je respirais avec elle jusqu'à ce que nous nous sentions, toutes les deux, calmes et connectées. Quelques mois plus tard, à la suggestion de ma chef de clinique, je l'ai référée à notre Clinique de médecine intégrative pour voir un kinésithérapeute. Au fur et à mesure que je rédigeais cette recommandation je ressentais une tristesse et une sorte d'agitation que je n'avais pas connues depuis l'âge de 13 ans, lorsque le séjour dans un camp d'été était sur le point de se terminer et que je savais que je devrais me séparer du garçon dont je ne pourrais tout simplement pas me passer. Quand j'ai appris que la Clinique de médecine intégrative était débordée et n'acceptait plus de nouveaux patients, j'ai soupiré de soulagement. J'ai réalisé, alors, que si ma patiente n'était pas une femme érythréenne ridée de 90 ans, notre relation médecin-patient non conventionnelle pourrait occuper une zone « grise » de l'éthique médicale. Après que je lui avais frotté le dos et respiré avec elle, sa douleur toujours disparaissait. Elle m'embrassait chaque fois les mains. Elle avait commencé à me dire qu'elle m'aimait, et je l'aimais en retour. Lorsque le coronavirus a frappé, je lui ai demandé de rester dans son appartement avec sa fille. J'étais facilement passé à des visites vidéo avec mes autres patients, mais je ne pouvais pas pratiquer des visites vidéo avec elle. Entre sa perte auditive et la barrière de la langue et sa conviction que les médecins ne le sont pas réellement, à moins qu'ils n'aient les mains sur leurs patients, il me semblait impossible que notre connexion se produise sur Zoom. Elle me manquait amèrement. Six semaines après le début de la quarantaine, sa fille m'a appelé et m'a demandé de venir. Sa mère s'était effondrée sous la douche un matin. On l'avait conduite à l'hôpital, avait reçu un diagnostic d'accident vasculaire cérébral massif et n'avait jamais complètement repris conscience. Sa famille l'avait ramenée chez elle, à l'hospice, pour être avec ses proches, libérée de l'inconfort pour ses derniers jours. Au téléphone, j'ai expliqué que je ne pouvais pas faire grand-chose pour l'aider à ce stade. Elle ne souffrait pas, elle n'avait pas besoin de moi. Elle mourrait paisiblement. Sa fille a insisté. Elle a besoin de vous parce qu'elle vous aime. Sans aucun espoir de guérir ou de la traiter, j'ai enfilé une blouse chirurgicale, pris le masque et écran facial et je suis entrée dans son appartement bondé, rempli de cartes de prière, de perles de chapelet et de tentures murales colorées. Je fus frappée par son immobilité alors qu'elle était allongée dans son lit, vêtue de sa chemise de nuit blanche – cette femme qui s'était toujours tordue de douleur ou se torturait de plaisir, me criant des insultes ou me douchant de baisers. Cette femme qui m'avait ouvert le cœur au milieu de ma salle d'examen.

Maintenant, rien n'animait ses rides. Son seul mouvement était la montée et la descente de sa poitrine. J'ai alors pris le haut de son dos – aspirant à trouver des nœuds pour m'entraîner comme je le faisais auparavant. Mais elle n'en avait pas, et elle n'a pas réagi quand je l'ai massée. Pourtant, j'ai pressé ses muscles ratatinés. Mon contact ne la guérissait pas, mais je continuais simplement pour le plaisir du toucher – ce chemin vers la connexion qu'elle et moi connaissions le mieux. J'aime à penser qu'elle s'est sentie tenue et aimée à ce moment-là, qu'une partie d'elle savait que j'étais là, mais même en pleurant, et en pétrissant ses biceps filandreux, je savais que je le faisais pour moi-même. J'ai serré ses épaules avant de lâcher prise, voulant en quelque sorte absorber une partie d'elle en moi, ne voulant pas oublier, en ce moment unique, comment le toucher nous réunissait.

Traduction : Luc CANET

« Une douleur qui parle »

Billet de Pierre-André Couette

Lorsque l'instance GRAL (Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders) de la SMB m'a demandé d'écrire un texte d'introduction à la JEPL dans la suite de notre réflexion sur la relation avec ou sans écran, je me suis dit que j'aimerais évoquer mon émotion lors de consultations où l'examen clinique avait manifestement apporté du matériel relationnel.

J'avais envie de vous faire part de ma découverte du **muscle rhomboïde**.
Le muscle rhomboïde est un petit muscle dorsal situé le long du bord interne de l'omoplate. On en a 2, un droit un gauche. Je l'ai étudié en 1ère année de médecine, lors des cours d'anatomie. Je n'y ai pas trop fait attention pendant des années.
Je cite l'intérêt anatomique de ce muscle :
Le dos voûté, appelé cyphose, est souvent dû à une atrophie ou une insuffisance musculaire des érecteurs du rachis et notamment du rhomboïde. En effet, ce muscle situé entre les omoplates sert à se (re)dresser. Les postures de notre quotidien (position assise la plupart du temps) nous incitent à nous pencher vers l'avant ; lorsque nous adoptons cette posture, nous étirons les muscles qui entourent notre colonne vertébrale dont le rhomboïde. L'absence de contraction de ces muscles laisse le buste pencher vers l'avant, ce qui, à force, enclenche ou accentue une cyphose.

Je n'ai longtemps retenu que cette fonction physique du rhomboïde, sans en percevoir la fonction symbolique.
Ce muscle a pris du sens dans mon exercice de la médecine depuis une dizaine d'année.
Il n'est pas rare et même fréquent que des patients consultent pour cette douleur lancinante, parfois forte comme un coup de poignard, gênante en continu, aux mouvements et traînant depuis un moment. Juste là. Les patients n'ont pas forcément une attitude voûtée comme pour supporter une lourde charge.

Voici l'une des consultations où la plainte concerne cette contracture unilatérale du rhomboïde, où, à l'examen clinique, on perçoit une induration linéaire très nette :
Je reçois ce jour-là une patiente qui consulte pour une douleur dorsale.
« Depuis combien de temps avez-vous mal ? »
« Depuis 2 mois »
On essaie de qualifier cette douleur, les causes mécaniques, l'intensité. Puis, cherchant une explication physique (ou pas…) :
« Qu'a-t-il pu se passer il y a 2 mois ou depuis 2 mois pour que cette douleur arrive ? »
« Je ne sais pas, je n'ai rien fait de particulier. »
« On a trouvé la douleur, mais on n'a pas encore trouvé pourquoi ça faisait mal. J'ai remarqué que souvent, la contracture du rhomboïde est liée à des tensions personnelles. Y a-t-il eu un événement particulier il y a 2 mois dans votre vie, votre environnement »
« … » Silence.

Puis après un moment et avec les yeux qui s'embrument, et dans un soupir :
« Je n'en peux plus, je n'ai pas le temps de m'occuper de mon bébé avec mon travail, que j'ai repris il y a 2 mois ½ et qui m'accapare »

Ce rhomboïde est une porte d'entrée incroyable. Autant les fortes émotions se traduisent souvent par des troubles digestifs ou des blocages lombaires, autant la contracture du rhomboïde semble signifier **une souffrance des patients qui tiennent bon** mais avec une contrariété, voire plus, continue, pénible et que l'on supporte, tant bien que…mal.
« Je n'ai pas à me plaindre, docteur : j'ai une vie de famille, un bébé merveilleux et du travail … »
Puis nous engageons la discussion sur ce sujet. C'est un travail intéressant avec des responsabilités. Des décisions à prendre. Ce n'est pas physique. Mais prenant. Son bébé est son 1er enfant. Son couple va bien. Elle voudrait tellement partager plus de temps dans cette famille en construction. On parle du conflit entre choix professionnels et personnels.

Je me suis demandé pourquoi le rhomboïde plus qu'un autre muscle pour exprimer cette souffrance. On en discutait à table et mon fils aîné me dit : tu décris le muscle qui est le plus difficile à atteindre avec les mains. Nous testons donc à tour de rôle cette réalité. En effet, pour se laver, se gratter ou masser, il faut presque se tordre. Il est au bout des doigts, on ne peut presque pas le toucher. Il faut que ce soit un autre qui le touche quand on a mal.

Et on y est : Cette femme n'a pas le droit de se plaindre. Elle a tout pour être heureuse et pourtant, il y a quelque chose qui coince. Elle ne sait pas très bien quoi. Ce n'est pas clair. Son corps, lui, le sait. Il lui dit. Mais bon, ce n'est pas grand-chose. Et puis, on ne peut rien faire. C'est peut-être une mauvaise position en portant son bébé qui devient de plus en plus lourd ? Qu'est-ce qui devient de plus en plus lourd ? Quelle position prend-elle ? Oui, la question du bébé semble centrale. Celle du travail semble importante aussi. Elle essaie de s'en sortir seule mais se contorsionne le cerveau sans solution. Son corps, son rhomboïde, semble lui dire que là où elle a mal, c'est compliqué de se soigner seule.

Si elle ne s'autorise pas à évoquer cette souffrance entre son travail et sa maternité, son corps fait appel à un tiers.
Et c'est là où mon émotion est vive : ma fonction de médecin se transforme en un métier de traducteur.
Pas de mot, autre que « j'ai mal ». Au début, juste un appel. Elle me demande de la soulager et pour cela, il faut que je l'examine. Une lecture de son corps, de sa douleur, comme une lecture en braille. C'est une lecture à haute voix. J'applique mes mains cherchant sa douleur. Je palpe sa colonne, puis ses muscles. Elle est musclée. Elle semble solide. Et puis lorsque j'approche de son rhomboïde droit, je perçois une contracture verticale nette. La sonnette.
Puis, lorsque la patiente accepte d'ouvrir sa porte, sa pensée, on touche au cœur du sujet.
« C'est bien là que vous avez mal » ? « Oui, vous avez trouvé »

Le lien de confiance me semble établi. J'ai écouté, cherché avec elle où elle avait mal.
Elle a entendu mon ouverture et ne semble pas opposée à étudier l'hypothèse d'une situation psychosomatique. Elle met des mots sur sa souffrance. C'est moins son corps qui lui fait mal que la période qu'elle traverse.

Ce qui me plaît dans ces situations, c'est de découvrir à chaque fois que le corps a un langage, voire est un langage. Et prendre le temps de l'écouter avec les mains est jubilatoire.
Moi, je trouve cela magique. C'est à chaque fois merveilleux.
Il existe dans ces situations psychosomatiques un scénario avec une enquête, une interprétation, une traduction au plus près du texte qui est ce corps, tout cela avec une poésie presque littéraire, une émotion dans le transfert (et le contre-transfert) : on se comprend. On a une piste pour aller mieux.
Cela me fait penser au « Livre du ça » de Groddeck que j'ai lu lorsque j'étais jeune interne. Il y a un mélange de poésie, de magie, probablement aussi un peu de toute puissance et de suggestion dont on peut se méfier. Mais il n'est pas dangereux d'ouvrir une porte et de laisser venir, d'accueillir la souffrance qui est réelle, tant physique que psychique.

Sans oublier de soigner la souffrance physique. Une bonne pommade et du paracétamol ne peut lui faire que du bien. C'est son mari qui lui appliquera la pommade.
Cette situation régulièrement rencontrée révèle parfois des soucis financiers, des inquiétudes concernant le conjoint. Il serait impossible d'en arriver à cet échange lors d'une téléconsultation. Sans toucher le patient qui a besoin d'une main tendue pour l'accueillir, impossible d'appuyer (doucement) là où ça fait mal pour incarner sa douleur, pour bien se comprendre et signifier qu'on a bien écouté et que la douleur est réelle.

La patiente, que j'ai revue à l'occasion d'une consultation pour son bébé, va mieux. Tout n'est pas résolu, mais avec son mari, ils parlent de ce sujet qu'elle ne porte plus seule.

« Une nuit en EHPAD »

Billet de Dominique Potin-Kahn

Quand j'ai été sollicitée pour un billet introductif en lien avec l'argumentaire de cette journée d'échanges autour de « la relation et la présence corporelle bien réelle, éminemment pulsionnelle », j'ai immédiatement pensé à cette première séance de groupe conduite récemment dans un EHPAD (Établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes), en Vendée, là où je vis désormais.
Je vais donc vous en raconter l'histoire. La nuit précédant ma venue dans l'EHPAD, un nouveau résident avait agressé physiquement une soignante. Un corps à corps qui s'est porté ensuite vers d'autres résidents sur lesquels il n'y a pas eu d'agression physique, le résident agresseur ayant finalement été enfermé dans sa chambre par la soignante de nuit. On était bien là dans la présence corporelle pulsionnelle qui fût racontée voir sur-racontée au détriment de bien d'autres choses qui avaient du mal à trouver une place.

Il convient de préciser qu'il s'agit d'un groupe que j'appellerais « à coloration BALINT » car j'y suis seule animatrice avec des participants volontaires. C'est la première fois qu'est proposé un espace de réflexion dans cet établissement et aucun des participants n'avaient fait auparavant ce type de travail. Tous ne sont pas soignants diplômés, il y a aussi ce qu'on appelle des « faisant-fonction » en V.A.E (validation des acquis et de l'expérience), une AMP (Aide médico-psychologique) et un ASH (Agent de service hospitalier). Les infirmières ne participent pas à ce groupe, l'une est aussi coordinatrice et les deux autres à temps très partiel. C'est en tout cas l'explication qui m'a été donnée.

En arrivant dans l'établissement, pour la toute première séance ce mois de janvier dernier, l'infirmière coordinatrice m'accueille, un peu tendue, en me disant presque confidentiellement : « c'est bien que vous soyez là aujourd'hui, il s'est passé quelque chose la nuit dernière. La soignante de nuit s'est faite sérieusement agresser par un patient et elle ne va pas bien. Il est possible qu'elle soit là malgré tout aujourd'hui. Je préférais vous prévenir ».

La soignante de nuit était là. J'avais demandé son prénom à l'infirmière. J'ai débuté la séance en reposant le cadre : écoute, bienveillance, confidentialité, ainsi que l'objet de notre groupe, la relation soignant-soigné. Cela m'a paru immédiatement essentiel pour eux mais également pour moi, un peu troublée, voire inquiète par ce qui m'avait été annoncé pour cette première séance. Je me suis re-présentée à l'ensemble des participants, je ne les avais pas tous vus lors de la réunion préalable et je leur ai demandé de se présenter les uns après les autres, dans leur fonction et de dire ce qu'ils auraient envie de raconter d'eux-mêmes. Quelques échanges anodins ont eu lieu, mais je voyais bien que la dite soignante de nuit était de manière ostentatoire dans une attitude fermée, visage tendu, « enfoncée » dans sa chaise, les bras croisés. Elle ne s'est présentée que très succinctement. Silencieuse mais bruyante par le corps. Presque comme si elle n'avait pas souhaité être là alors que je savais que son encadrement lui avait proposé de rentrer chez elle.

Même si je ne les connaissais pas, je sentais qu'aucuns des autres participants ne manifestait quoi que ce soit de particulier : pas d'embarras, pas de tension. C'était quelque peu étrange ce contraste. De plus, moi, je savais la chose. Mais savaient-ils que je savais ? Je fis le choix de ne pas parler de la chose, je n'avais pas à introduire la séance par une situation que j'aurais choisie. Mais eux non plus ne l'ont pas fait. Comme si cela ne leur appartenait pas. Jusqu'à ce que la soignante de nuit s'empare de la parole mais aussi de l'espace. Elle s'est redressée sur sa chaise, son corps s'est animé brutalement, captant l'attention de tout le monde. Je comprenais qu'il fallait qu'elle raconte ce qu'elle avait vécu. Cela s'est fait sans nommer le patient, l'intention et l'important était de témoigner de l'agression physique qu'elle avait subi. Elle était très agitée, voire en colère. Il y avait elle, et les autres qui restaient calmes, bien assis dans leur chaise sans aucun comportement spécifique corporel, le regard balayant l'espace sans jamais se poser ni sur la soignante, ni sur moi. Il y avait ce qu'elle avait vécu et subit, elle-seule, puisque cela, mais pas seulement, s'était passé la nuit et que les autres participants étaient arrivés dans la journée. Elle semblait avoir besoin d'exprimer vivement son vécu et d'en obtenir une certaine reconnaissance ; le péril dans le soin. Il fut très compliqué d'avoir un énoncé clair des faits, des modalités et des circonstances de la survenue du passage à l'acte. Le seul mot agression semblait contenir le tout. Le tout du fait et non des faits, et le tout émotionnel. Le temps m'a semblé long jusqu'à ce que je puisse reprendre et demander aux autres participants comment ils vivaient la situation car aucun semblait ne vouloir s'exprimer à ce sujet. Clivage entre jour et la nuit, clivage entre l'agressée et les autres. Comme si cela ne pouvait pas communiquer. J'ai demandé comment allait le patient ainsi que les autres résidents et surtout ceux qui avaient subi la tentative d'agression, les grands oubliés, comme l'épouse résidente d'ailleurs. Se retrouver au milieu des autres et que chacun soit nommé l'a conduite à se refermer à nouveau sur elle-même. Elle est intervenue une nouvelle fois au moment où était raconté l'arrivée du couple dans l'institution en réitérant le caractère agressif du résident agresseur. C'est d'ailleurs à ce moment-là qu'une aide-soignante a tenté de dire que ce résident n'était pas tout à fait l'odieux et terrifiant personnage qui était dépeint, et que là, ce matin, comme plein d'autres fois, il était calme. Ce fut reçu comme une remise en cause de ce qu'elle avait vécu, voire même comme des circonstances atténuantes, et peut-être allégeant son dommage subit.

Comme si cette autre soignante devenait l'avocate de la défense du patient pendant que les autres participants restaient silencieux, comme s'il était difficile de prendre part sans prendre parti. Et comme si moi, l'animatrice du groupe, l'élément venant de l'extérieur, j'étais non acquise à la cause de son mal pendant que l'encadrement de l'institution était en train de s'organiser autour de son agression, faisant corps avec elle. Pendant que le résident était enfermé dans sa chambre à attendre que l'on « règle » son sort. Rappelons qu'il s'agissait de notre première séance, nous étions encore loin de ce qu'Anzieu appelle un « groupe mature capable de travailler ».Il m'a semblé fondamental de remettre du « sens de l'autre » dans le groupe à travers le patient et son épouse également résidente, mais logeant dans une autre chambre. Il fut difficile d'accéder à l'histoire, le patient n'étant pas encore ou pas possiblement « reconnu ». Nous étions dans le flou, nous étions mi-février, était-il entré dans l'EHPAD fin décembre ? En janvier ? L'entrée s'était visiblement faite en urgence et l'institution n'avait pas eu le temps de recueillir des informations et de définir des conduites à tenir face à des comportements qui se sont avérés rapidement difficiles. Moi-même, aujourd'hui, je suis dans ce flou, le sombre, le vide, l'inquiétant de cette prise en charge et de l'événement. Ce qui fut volontiers raconté par l'ensemble des participants, c'est l'approvisionnement par la fille à ses

deux parents de l'alcool qui leur était nécessaire quotidiennement ! Plus au père qu'à la mère. A ma surprise une participante me répond : « mais ils sont chez eux ! ». Nous en étions venus à une participation de tout le groupe enfin, autour de la prise en charge plutôt difficile. Étions-nous là, nouvellement, dans une relation en miroir autour de la difficulté de ce travail ? Autour des revendications possibles à propos de la difficulté d'exercer ce métier dans certaines conditions et notamment d'être livrées à elles-mêmes la nuit ? Était-ce aussi précédemment une solidarité muette ? Comme le dit Balint (à peu près) : ce que le praticien ou le soignant dit, c'est là où ça fait déjà mal !

Le dénouement de l'événement à l'EHPAD reste clair, très clair, marquant, et fera l'objet de la seconde séance le mois suivant qui débutera par l'annonce du décès du patient. Le médecin traitant fût contacté dans la journée de ma venue, il refusa de prescrire une sédation. L'hôpital le plus proche refusa de l'admettre. Enfin, un gérontologue d'une grande ville voisine, prescrira à distance une sédation et une contention, loin de l'événement et de sa gestion, et loin des corps. Le corps libidinal prit le pas sur le corps malade et vieillissant, sur la dépendance et une forme de sevrage qui fut possiblement, au moins en partie, à l'origine de l'agression. Et pour rassurer la soignante de nuit la porte de la chambre du patient sera fermée à clé à sa demande, toute la nuit.
Les résidents sont chez eux, chez eux mais possiblement attachés et enfermés. J'avais dans le moment beaucoup de mal à faire avec la violence de la situation et rester contenante et accueillante. Après ce préambule, une soignante plus prolixe que la première fois se tourna vers moi et d'un air interrogatif me posa cette cruelle question : « croyez-vous que ce soit pour ça qu'il est décédé ? ». Sa question semblait révéler une forme de sidération de la pensée. Je tentais d'échapper à ma propre sidération et mon embarras. Qu'allais-je répondre. Impossible de répondre par oui ou par non. J'ai évoqué la violence institutionnelle, ses manquements, le désert médical, les angoisses de mort et le désarroi de tous les soignants et le possible syndrome de glissement. J'ai gardé pour moi un abandon de l'investissement, un abandon institutionnel, une gestion calamiteuse de la crise au cours. Dans l'instant je comprenais davantage pourquoi le dispositif Balint préconise deux co-leaders et ressentais et regrettais amèrement le fait d'être seule même si cela n'eût pas empêché le déroulé de l'histoire.

La question finale qui me fut posée me renvoie à ce qu'est le travail d'aide-soignant. Il est dans le soin au corps, le nursing, dans un rôle quasi maternel. Paul Laurent Assoun dit que les médecins et spécialistes formeraient le versant paternel de cet Autre du corps médical. Les modalités de la prise en charge, le profil du patient, la crise et sa fin ont sans doute été une attaque à cette fonction du soin. Ce soin quasi maternel des soignants se repère, je pense, dans leur façon spontanée et récurrente de qualifier le patient : gentil ou pas gentil. Quand le patient est désireux du soin, et sans conditions, est-ce là qu'il est « gentil » ? Le patient agresseur n'était selon les propos des participants pas « gentil ». Il était quasi opposant, non accueillant, peu désireux d'aide et de soin. Et de plus il est devenu agressif et agresseur.
La qualification de « gentil » serait peut-être alors à voir du côté de la mise à distance du corps libidinal et pulsionnel, peut-être des fois insupportables.

Et qu'en est-il du travail du soignant de nuit ? Que cherche-t-il ou que fuit - il ? Une toute puissance héroïque mais en même temps défensive ? Une piste me fût donnée à la seconde séance par la soignante de nuit qui après l'annonce du décès a eu besoin de dire que son binôme soignant savait, elle, ce qu'elle a pu vivre précédemment, ailleurs, dans sa ville d'origine. Je ne peux me souvenir s'il s'agit d'un vécu personnel ou professionnel. Les deux ne sont-ils pas quelque part liés dans le soin et dans le soignant ? Je me souviens par contre avoir énoncé la distance nécessaire entre les patients et eux et une différenciation nécessaire entre les relations personnelles et les relations avec les patients à travers l'engagement limité, le temps limité, l'implication émotionnelle et la position professionnelle. Seuls remparts contre la confusion.

Comme j'ai eu besoin de le demander aux participants au groupe, je vous donne des nouvelles de l'épouse ; elle va bien, elle est souriante. Peut-être est-elle devenue « gentille »...

LE MOT DU G.R.A.L.
(Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders)
Katherine Atger / Septembre 2022

Le 18 Juin dernier, Les Leaders se sont réunis autour du thème : *« le Soignant, son patient, le corps et le groupe Balint.* » Marqués, par les deux années Covid, les confinements, la distance physique imposée, les trois dernières JEPL avaient été centrées sur le tiers robotique dans la relation de soin, la Visio consultation chez le soignant, la Visio animation de nos groupes avec Skype ou ZOOM ; notre questionnement avait alors pour objet ce que devenaient les corps, fantasmés ou partiellement montrés, voire exhibés et comment nous ressentions cette distance. Nous avons pu entrevoir ce que cet outil permet, mais aussi quelles en sont les limites, le cadre à poser.

Lors de notre JEPL de Juin dernier, nous avons pu aborder- enfin- la question du corps réel, et non plus virtuel, les émotions que sa rencontre produit sur le soignant, ce qu'en dit le rapporteur de cas, les effets que son récit suscite dans le groupe, ce que nous, leaders, observons du corps de nos participants…

Nous étions 18 inscrits ; le jour-même, était-ce le changement de lieu dans le douzième arrondissement parisien sans doute un peu excentré ? était-ce la canicule ? nous n'étions plus que 15. Mais quelle journée !

Après l'ouverture habituelle par un membre du GRAL, notre présidente- co-animatrice des deux plénières avec Mustapha Meslem, s'est exprimée, rappelant l'intérêt du thème, soulevant quelques questions importantes ; elle a rapidement évoqué une de ses animations de groupe avant de laisser la parole, d'abord à Dominique Potin-Kahn, psychanalyste, puis à Pierre André-Couette, médecin généraliste, tous deux leaders accrédités depuis deux ans :

Nous avons entendu deux très jolies communications, rapportant des situations finement décrites et élaborées, celle de Dominique rapportant son trouble, lors d'une animation de groupe dans une EHPAD, à l'écoute d'un récit, par une aide-soignante d'un corps-de patient-finalement et tragiquement empêché ; trouble que nous avons partagé. Puis nous avons écouté celle de Pierre -André évoquant son émotion lors de l'examen clinique d'une patiente, et « la découverte relationnelle de ses mains », au moment de la palpation du rhomboïde. Je n'en dirai pas plus sur chacune d'elles. Je ne peux qu'inviter à lire ces deux communications, superbes, qui raisonnaient tellement en nous et… si bien dans le sujet. Merci à nos deux leaders.

Est-ce cela ? les échanges qui ont suivi ? le fait que nous étions peu nombreux ? la chaleur ? les deux séances de groupe prévues, l'une le matin, l'autre après le repas, ont été semble -t-il, tout de suite investies. Je n'en dirai rien d'autre, selon nos règles habituelles. Quant aux plénières, je les ai trouvées particulièrement riches ; nous avons évoqué notamment notre observation des corps dans les groupes ; corps que nous ressentions comme ouverts ou fermés, vivants parfois ou verrouillés, ou encore faisant des nœuds, comme assortis au récit du rapporteur, laissant circuler les fantasmes parfois parlés, d'autres fois, non….

Même la plénière du soir, habituellement difficile, fut particulièrement vivante et nos corps de leaders, sur nos chaises, animés ; un peu comme si, selon le propos d'Isabelle, ce thème nous avait permis enfin, « de reprendre contact avec nous-même » et, ajouterai-je avec notre fonction originelle de soignant et …celle de Leader. Merci aux deux animateurs des plénières.

« Une journée joyeuse et de qualité, » nous ont dit en fin de journée les participants, soulignant aussi cette nécessité de nous retrouver régulièrement. Ce retour nous a touchés. Merci à tous.

NOTE COMPLEMENTAIRE DU GRAL
RELATIVE A LA PROCHAINE JEPL

Avons-nous été assommés par la canicule, ces mois de Juillet, Août, début septembre, nous avons omis de réserver rapidement une salle pour la JEPL d'Hiver. En accord avec le conseil d'administration, la prochaine journée d'échanges autour des pratiques de Leaders est prévue le :

Samedi 10 Juin 2023 à Paris.

Le thème : « **le surgissement d'émotions, son influence sur la dynamique du groupe, et la fonction du leader.** »

Vous trouverez, dans la rubrique Agenda du bulletin, l'argumentaire de la prochaine JEPL.

Société Médicale
Balint

Chers collègues,

Nous vous invitons à nous retrouver les 30 Septembre et 1er Octobre 2022, pour une nouvelle session des Journées Balint d'Automne sur les bords de Loire. Nous vous accueillerons cette année dans les locaux de l'URML, sur les hauteurs d'Angers, au 51 av. de Gresillé, à quelques kilomètres du Mercure Lac de Maine. Le programme associera temps de travail en groupes Balint et temps conviviaux dont une balade surprise sur les bords de Loire à la pointe de Bouchemaine.

Nous vous proposerons des temps de travail en Groupe Balint, basé sur l'échange autour d'une situation qui pose question dans la relation soignant-soigné, apporté par un participant.

Nous aurons l'honneur d'accueillir le Pr Pierre Delion qui nous parlera de la : « Fonction Balint et contenance de groupe ». Ce thème concerne l'accueil bienveillant en groupe des difficultés relationnelles entre soignants et soignés. Cette présentation sera suivie d'un temps d'échange. Une séance de travail en grand groupe de type Fish bowl complétera ce programme.

Une soirée conviviale sera cette année proposée sur les bords de Loire, avec dégustation de vins par un producteur ainsi qu'une visite culturelle. Les membres de la SMB pourront participer à l'Assemblée générale annuelle.

Que vous soyez expérimentés ou simplement intéressés par la découverte du travail en groupe Balint, venez nous retrouver le temps d'une fin de semaine.

Au plaisir de vous y rencontrer

Pour le comité d'organisation :
Dr Isabelle Nouet Martinot,
Jacob Benarosch,
Rose Marie Dautry
Michel Levy
Michel Rochefort

Notes de retour des Journées d'Angers – intervention de Pierre Delion
Dominique Potin-Kahn

Les notes que je vous livre ont été essentiellement prises pendant l'intervention fort intéressante de Pierre Delion sur le thème de « la fonction Balint » et contenance de groupe.
Ce ne seront que les points qui m'ont parus essentiels en tant que clinicienne que je vous restitue aujourd'hui.
Jacob Benarosch nous a présenté Pierre Delion avec ces mots : « psychiatre, psychanalyste, professeur des universités-praticiens hospitaliers émérite en pédopsychiatrie à l'université de Lille. Il a écrit de nombreux ouvrages dont « Mon combat pour une psychiatrie humaine » en 2016, « Tout ne se joue pas avant 3 ans » en 2019, et le dernier « Oury donc » en 2022. Pierre Delion a toujours été proche des conceptions de Michael Balint sur les groupes et leur fonction phorique, contenante et symbolique, qui permet un travail de l'élaboration et de transformation ».

Avant de nous parler de la fonction phorique du groupe, Pierre Delion va avoir des mots crus à propos de l'enseignement de la psychiatrie ; il dit qu'il s'agit maintenant d'un enseignement vétérinaire. Ses propos m'ont semblé rejoindre ce que l'on constate depuis quelques années malheureusement. Il n'y a plus que du médical et du neurologique. Il n'y a plus d'histoire du sujet, plus de psychisme : « *L'homme est de plus en plus absent de la psychiatrie, mais peu s'en aperçoivent parce que l'homme est de plus en plus absent de l'homme (Henry Maldiney[11]) ; « Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît » (François Tosquelles[12])*[13].
C'est ensuite un autre point de l'évolution de la psychiatrie qu'il aborde.
Avant les cinquante dernières années, il considère la névrose comme post patriarcale, celle où l'enfant se « tenait », ne faisait pas de « conneries ». Depuis cinquante ans cette névrose, dite « névrose-occidentale-poids-moyen », bouge. Elle s'articule entre dépression comme réaction défensive contre la réalité et déstructuration, les États Limites. Elles sont considérées comme des pathologies archaïques. Les enfants font des « conneries », et les parents « ne font rien ».
On ne peut que constater très peu d'autorité parentale limitante.
Ces réflexions traversent de nombreux articles et entretiens de Pierre Delion, qu'il n'est bien entendu et fort heureusement, pas seul à porter.

[11]. Philosophe, Il questionne notamment les conditions de l'existence comme ouverture à l'Être. Ses concepts de transpassibilité et transpossibilité sont particulièrement utiles aux psychothérapeutes. Ses champs de réflexion concernent la maladie mentale comme fléchissement des modalités d'existence, l'art (surtout la peinture), la psychiatrie (notamment la psychopathologie) et la philosophie.
[12]. François Tosquelles, psychiatre catalan ou plutôt « psychiste », comme il aimait à le dire, ne fut pas seulement révolutionnaire politiquement parlant, il le fut aussi dans le champ de la psychiatrie, étant à l'origine d'un mouvement, dit de « psychothérapie institutionnelle »
[13]. DELION P., *Restaurer le sujet dans* l'homme, Revue pratique en santé mentale 2014/1

Il convient de rappeler que Pierre Delion a exercé en institution hospitalière psychiatrique et essentiellement auprès de patients psychotiques.
Pour en revenir au groupe et à Michael Balint, il dit que c'est le lieu et le dispositif où va pourvoir s'exprimer différents points de vue, différentes formes de transfert/contre-transfert. Ils vont pouvoir s'articuler entre eux, ne pas s'opposer et chacun pourra travailler avec le transfert.
Freud a découvert que le transfert existait, que ce n'était pas un parasite, et que l'on allait surtout pouvoir travailler avec.
Pierre Delion nous dit raconter dans un groupe Balint c'est à posteriori mettre en récit, authentiquement, le plus aisément possible, dans un endroit sécurisant, en actualisant ce que l'on raconte. Le groupe Balint c'est un lieu de transformation de tous les éléments du transfert. Dans le groupe tous les points de vue doivent trouver leur place même s'ils paraissent contradictoires. C'est ce que Pierre Delion appelle la constellation transférentielle[14]. « *L'ouvrage revient sur les concepts qui fondent la constellation transférentielle : institution, transfert multi-référentiel, transfert dissocié, transfert adhésif, transfert projectif, réunion de constellation, problématiques hiérarchiques, fonction d'accueil, équipe soignante, politique de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie.* »[15] Le Groupe Balint c'est la transformation des participants.

De plus, dit-il, le groupe Balint, de par sa fonction contenante, va faire apparaître chez les patients que quelque chose bouge chez les soignants. Le fait que les membres du groupe vont raconter, associer, ça va faire associer et ré-associer le patient.
Il décrit le processus de la manière suivante : le patient opère différents transferts sur chaque personne d'une équipe, ce qui peut les dissocier et les opposer. Tous les membres de ces équipes doivent penser, parler dans les groupes pour se ré-associer en parlant des transferts opérés et des contre-transferts. C'est là, et seulement, que le patient pourra lui-même, par effet indirect, se ré-associer.

Outre cette intervention, ces réflexions, ce témoignage, que je ne relate pas de manière exhaustive, Les journées ont été riches de groupes Balint dans leur 3ème édition.

[14]. DELION P., *La constellation transférentielle*, Ed. Ères
[15]. Présentation de l'ouvrage sur le site Santé mentale.fr, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

Des nouvelles de la 1ère Journée des 3 associations balintiennes

Cette **1ère édition de la Journée des 3 associations** balitiennes était le fruit d'un désir pour les trois Sociétés Balint AFB-SMB-AIPB de travailler ensemble ; journée initiée par les 3 présidents, dont fortement proposée par Jean-Daniel Gradeler, alors à la tête de la SMB ; initiative soutenue et approuvée par les Balintiens, en assemblée générale. Cette journée, qui offrait trois jolies communications et deux séances de groupe Balint, a réuni presque une centaine de participants. A la sortie de la pandémie Covid 19 et des divers confinements, nous l'avons trouvée très réussie.

Organisation :
AFB - ASSOCIATION DE FORMATION BALINT
AIPB - ASSOCIATION INTERNATIONALE du PSYCHODRAME BALINT
SMB - SOCIÉTÉ MÉDICALE BALINT

Samedi 25 septembre 2021
HÔTEL CIS PARIS RAVEL, 6 RUE MAURICE RAVEL – 75012 PARIS

Le THÈME : LA « RELATION THÉRAPEUTIQUE » EN 2021

Soignants et soignantes de diverses professions : médecins, infirmiers, aides-soignants, sage-femmes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues… Nous sommes tous en relation avec des patients. À travers et au-delà de la diversité de nos métiers, la relation est au cœur de notre pratique quotidienne. En quoi et comment peut-elle être qualifiée de « thérapeutique » ? Nous nous proposons au cours de la journée de travailler sur cette problématique à partir de deux questions : La « relation thérapeutique » en 2021, c'est quoi ? Sous quelles conditions la relation qui se noue entre un soignant et son patient va-t-elle être thérapeutique ? Comment se décline-t-elle dans les différents métiers du soin ? Quelle place a-t-elle dans l'évolution actuelle de nos professions : développement du numérique, téléconsultations, contraintes des politiques de santé… ? La « relation thérapeutique » en 2021, comment s'y former ? Comment acquérir les compétences nécessaires à son exercice ? En quoi la méthode et les concepts proposés par Michael Balint peuvent-ils aider le soignant sur cette voie ? Comment, avec l'évolution des pratiques, cette méthode peut-elle contribuer à maintenir vive l'intention soignante, qui a participé souvent au choix de nos métiers ? Trois communications aborderont ces questions dans leur complexité et contribueront à enrichir notre réflexion. Deux temps en ateliers utilisant, la méthode Balint, nous donneront l'occasion de travailler ensemble sur la relation. À partir de nos expériences de soignants nous verrons en quoi ce dispositif peut constituer un outil pour favoriser la dimension thérapeutique de la relation dans notre exercice professionnel au bénéfice de nos patients.

Une relation thérapeutique pour tous !

Guy EVEN

Vous connaissez sans doute la formule d'Hippocrate : « Dans toute maison où j'entrerai, je le ferai **pour** l'utilité du malade… ».
On a coutume de considérer cette phrase comme l'énonciation d'une règle déontologique ou éthique, fondatrice, à laquelle tout médecin et tout professionnel de santé doit se conformer. Mais par-delà l'énonciation de cet impératif, cette phrase témoigne de quelque chose de plus fondamental et qui précédait Hippocrate. Elle souligne le fait que les activités de soin sont des activités polarisées par une notion de valeur[16], qu'elles sont *orientées* vers « l'utilité du malade », ou pour le dire en langage plus actuel, vers « le thérapeutique »[17].
Ainsi le mot « thérapeutique » ne renvoie pas seulement à un secteur essentiel de l'intervention médicale. Il entre dans la définition même de la médecine et de toutes les activités médicales.
Il est ce sans quoi la médecine n'est plus la médecine, la kinésithérapie n'est plus la kinésithérapie, les soins infirmiers ne sont plus les soins infirmiers, etc…[18]
Ceci pour souligner que la notion de « relation thérapeutique », n'est pas seulement une notion descriptive (permettant de qualifier tel ou tel type de relation, certaines pouvant être considérées comme thérapeutiques, d'autres pas), mais plus fondamentalement en médecine, une notion normative, désignant un projet, un but, qui, étant ceux de la médecine et des professions de soin, s'imposent en tant que tels et en tant qu'idéal, à tout ce qui se passe en contexte médical et donc à la rencontre entre le professionnel de santé et le patient.
Or on sait, et de manière assez sûre[19], que cette relation peut, sous certaines conditions, être en elle-même et par elle-même, thérapeutique. N'étant pas dédouanés de cet objectif professionnel, tout contact, toute rencontre, toute relation entre un soignant et un soigné - les plus limités, les plus techniques, les plus pragmatiques, les plus banaux soient-ils -, se devraient ainsi de viser à être aussi, en eux-mêmes et par eux-mêmes, thérapeutiques[20].

Il est possible d'exprimer cela autrement et de façon plus resserrée.

---

[16]. Canguilhem a mis à jour, dit Céline Lefève, que « … la médecine prolonge, dans le monde humain et notamment grâce aux sciences et techniques, l'activité d'invention et d'institution normative que déploie l'individu vivant pour se conserver, se reproduire, s'étendre dans son milieu et, plus généralement lutter contre tout ce qui pour lui est valeur négative ». C Lefève , La relation médecin-malade chez Georges Canguihem . Dialogue 0 (2014), 1-29 Association Canadienne de Philosophie.

[17]. En prenant ce terme au sens large, le sens du soin, qui intègre ce que faisaient les soignants quand nous n'avions pas de traitements efficaces et ce qu'ils font, en termes d'accompagnement et autres, quand la guérison du malade n'est pas à l'horizon

[18]. Comme le note A. Compte Sponville, si le chimiste fabriquant un gaz toxique, fait toujours de la chimie, le médecin utilisant ses connaissances pour un autre but que « pour l'utilité du malade » - faire avouer un prisonnier par exemple - ne fait plus de la médecine.

[19]. Ce que de nombreux travaux de bonne qualité méthodologique ont prouvé. Citons : Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Med 2006 ;35, Masson, Paris

[20]. Ceci en tenant compte, bien évidemment du contexte (avec ses limites et en s'y adaptant) dans lequel chaque professionnel exerce son métier ; la référence à l'idéal ne devant pas servir la culpabilité de ne pas y arriver, mais désignant une perspective dans laquelle le métier de soignant nous engage de fait.

A partir du moment où l'on sait que la relation entre un soignant et un soigné peut être, en elle-même et par elle-même, thérapeutique, n'apparaît-il pas légitime, nécessaire même, que toute intervention médicale prenne en compte cette donnée, cette efficacité-là ; en fasse l'un des points d'horizon de toute rencontre entre le professionnel de santé et le patient[21] ?

De ces considérations épistémologiques, nous pouvons tirer trois conséquences :
La première est qu'il est tout à fait légitime que le patient attende du professionnel de santé (en plus de son intervention technique), que toute rencontre/relation avec lui aille, en elle-même et par elle-même, dans le sens de ce thérapeutique prescrit par l'orientation de sa profession
La deuxième est que *la relation thérapeutique n'est pas à penser comme une simple « possibilité » dans l'intervention du soignant, mais comme une fonction professionnelle de base du soignant* qui doit s'associer et s'articuler à ses autres fonctions professionnelles : à la fonction de diagnostic, qu'il soit médical, kinésithérapique, infirmier ou autre, et à la fonction de traitement, assurée par les techniques utilisées dans chaque profession.
La troisième est qu'il ne s'agit pas seulement de former les soignants et futurs soignants à la relation avec le malade, mais de les former à la relation thérapeutique. Pas seulement de les former à être un bon communiquant, à « savoir se montrer empathique à l'égard du patient »[22], mais à penser cette communication, cette empathie, à l'aune de la perspective thérapeutique.
Vous voyez que l'appel à une relation thérapeutique pour tous, titre aux accents militants de mon intervention, n'exprime pas simplement un souhait, une opinion, mais apparaît fondé en droit par la définition même de ce que sont la médecine et toutes les professions de soin.

Mais, dire que toute rencontre médicale professionnelle se doit de viser à être thérapeutique dans et par la relation, ne suffit pas. Car, pour que ce projet s'inscrive dans la réalité et soit accessible pour tous, il faut voir ce qui le rend possible « pour tous ».
Y a-t-il dans la constitution même de l'acte médical, dans sa structure, des éléments ouvrant cette perspective pour tout soignant, quelle que soit sa position dans le système de santé ?
Pour examiner cette question, nous allons nous appuyer sur deux concepts développés par la psychanalyse : celui de contenance et celui de transfert.
Commençons avec la notion de contenance que l'on doit à Bion.

Pour comprendre ce dont il s'agit, un petit détour par l'enfance est nécessaire. Considérons la façon dont l'entourage parental se comporte avec cet être en totale dépendance qu'est le bébé. Quand cela se passe « suffisamment » bien, les parents s'occupent de lui, le prennent dans les bras quand il pleure, lui donnent à manger quand il a faim. Ils opèrent ainsi une protection filtrant à la fois les agressions extérieures, comme le froid, les chocs… et les agressions internes, comme la colère, la faim, la soif, la peur. Ce faisant, nous dit W. R. Bion[23], ils contiennent, les perceptions désagréables et les affects négatifs, « toxiques », qu'éprouve le bébé.

---

[21]. Ceci bien sûr dans l'acception où la relation thérapeutique est considérée comme un soin à part entière (comme l'effet positif que la relation a en elle-même et par elle-même sur les désordres psychiques et biologiques qui affectent le patient) mais aussi du côté de l'accompagnement relationnel des soins médicaux ou paramédicaux visant à favoriser la réussite de ces soins (à quoi l'efficacité en elle-même et par elle-même de la relation, contribue).
[22]. Item du programme de second cycle des études médicales 2021.
[23]. Bion W.R. Aux sources de l'expérience. Paris. PUF, 1979

Notez qu'au moment même où ils portent attention à leur enfant, les parents mettent un sens sur ce qu'ils pensent que celui-ci ressent et bien souvent lui parlent : « pauvre bébé qui a faim », ou « est tout seul », etc. Ainsi ces affects violents, ces émotions destructives que ressent l'enfant, sont non seulement contenus, mais activement mis en mots, en sens et même en pensées, pour être renvoyés au bébé, élaborés, « détoxiqués » (Bion). Cette « fonction de contenance », on le voit, n'est pas seulement un phénomène de réception, d'attention, d'accueil et d'écoute, mais aussi une activité transformatrice quant à ce que vit, ressent, pense le bébé.
Telle qu'ainsi définie la notion de contenance semble offrir un excellent modèle pour décrire ce qui se passe dans la consultation médicale. Ne peut-on penser que cette contenance fait partie, depuis l'origine, de l'action médicale qui accueille la plainte de l'autre, et tend par des moyens divers, d'y mettre un sens et d'y apporter une réponse ou de l'apaiser ? Penser qu'elle est présente quand, face aux symptômes qu'apporte le malade, ces symptômes en attente de sens et ainsi « toxiques » – il n'est qu'à songer à l'angoisse qui les accompagne parfois -, le médecin donne un sens à ces symptômes et nomme la maladie ? Cette notion, permet aussi de comprendre comment et en quoi la relation médicale peut en elle-même avoir un impact thérapeutique sur le patient[24].

Penser que la relation thérapeutique soit « pour tous » implique de partir de là : de ce déjà-là de l'action médicale habituelle, banale. De s'appuyer sur ce qui existe dans l'immense majorité des actes de soin, mais n'est pas reconnu à sa juste valeur, parfois pas même perçu, faute de concept pour le penser, et que la notion de contenance permet au sens photographique du terme de révéler.
Le second phénomène qui rend la relation thérapeutique accessible pour tout professionnel de santé est le phénomène transférentiel[25], notion sur laquelle nous passerons rapidement parce qu'elle est bien connue. Phénomène de transfert, qui explique que le patient donne à ce que fait et dit le professionnel de santé une importance qui dépasse le seul aspect technique de son intervention. Citons cette brève expérience clinique que bon nombre de professionnels ont faite. Ce patient ou cette patiente qui revient vous voir et vous énonce : « ce que vous m'avez dit la dernière fois m'a beaucoup fait réfléchir et beaucoup aidé », et vous qui vous demandez : « mais qu'est-ce que j'ai bien pu lui dire de si intéressant la dernière fois ? ».

La prise de conscience par le professionnel de santé de la place qu'il a pour le patient, - place que les notions de transfert et de contenance soulignent et révèlent -, est l'un des éléments fondamentaux permettant de soutenir l'intérêt du soignant pour l'effet que sa relation va avoir en elle-même et par elle-même pour le malade.
Arrivé en ce point, une nouvelle question se pose. Car après avoir soutenu que la relation thérapeutique est de la responsabilité de tout soignant, puis vu ce qui dans
la structuration de l'acte médical ouvre à tous cette possibilité, il faut reconnaître que sa mise en place dans la pratique dépend de deux autres facteurs : l'un que l'on peut dire externe, qui concerne les conditions d'exercice professionnel, l'autre, interne, qui met en jeu la propre personne du soignant.

---

[24]. Sous cette conception de l'intervention médicale, on peut dire que ce qui soigne, s'associant aux techniques médicales, c'est la capacité du professionnel de santé à accueillir, héberger, contenir les sensations, les affects, les émotions du patient et aussi de les transformer pour leur donner un sens, les rendre émotionnellement repérables, tolérables, pensables.

[25]. « Le transfert…, est inévitable en médecine si l'on entend par là le passage, souvent involontaire, inconscient même, d'affects qui sans être le motif premier de la consultation, vont conditionner le devenir de l'acte et de la relation thérapeutique » Robert Zittoun. Congrès Psychanalyse et médecine.

Nous passerons rapidement sur les facteurs externes, trop bien connus de tous, qui sont évidemment déterminants dans la possibilité de faire exister une relation thérapeutique : conditions de travail du soignant en 2021, rationalisation excessive des soins médicaux, manque de temps pour s'occuper des patients …

Venons-en à la personne du soignant, à sa personnalité. C'est cette personnalité, en effet, qui sera sollicitée pour porter, supporter, faire quelque chose du transfert du patient, ainsi que pour la capacité de contenance qui peut s'exercer sur des niveaux et avec des intensités très différents.

Sur ce point, M. Balint, par la centration de son travail sur la personnalité professionnelle du soignant, nous offre deux apports importants : une méthode de travail visant la formation et l'évolution de cette personnalité, et une pensée permettant de se repérer dans la complexité de la relation avec les patients.

Dans toute intervention relationnelle, thérapeutique ou psychothérapeutique, nous dit Balint, la personnalité professionnelle du soignant, dans son interaction avec le malade, est le facteur le plus important. C'est d'ailleurs très clairement l'objectif qu'il donne aux groupes Balint : susciter « une modification limitée quoique considérable » de cette personnalité.

Comment susciter l'évolution de cette personnalité dans le sens d'un mieux thérapeutique ? Balint propose la méthode suivante : par l'étude en groupe du contre-transfert du soignant, à partir de situations vécues, et avec une méthode de travail incluant la présence d'un animateur formé à ce type de travail.

En schématisant ce qui se passe dans un Groupe Balint, les choses peuvent se décrire de la façon suivante.

Puisqu'au cours de ma présentation d'un cas il m'apparaît que les autres perçoivent le malade et la situation différemment, ce que j'en dis et ce que j'en fais, devient, par contraste, révélateur. Révélateur comme on le dit d'un lapsus. Révélateur de ma propre position subjective, notamment inconsciente, telle qu'elle vient s'exprimer dans cette histoire clinique ; révélateur d'éléments de ma propre personnalité professionnelle[26].
Ces éléments de personnalité vont, dans et par la dynamique inter transférentielle agissante dans le groupe, se trouver mobilisés, remaniés, et ce non seulement sur le plan cognitif, mais aussi émotionnel, psychique - car « dans le travail Balint, ce n'est pas seulement la pensée de la situation qui va être transformée, mais aussi le penseur » (G. Le Bayon) ; pas seulement la compréhension du cas, mais aussi le soignant impliqué dans la situation.

[26]. « Pour cette nouvelle manière d'exercer son métier, c'est bien à l'homme qui va la détenir et la mettre en jeu sous la forme d'une « nouvelle » technique, que s'adresse la formation proposée par Balint. Sans elle, le médecin (ou le professionnel de santé) est contenu dans les limites d'une compétence médicale de base, traditionnelle ; avec elle, il est complété dans sa puissance à être, pour l'autre, le soignant complet qu'il est potentiellement. Il n'y a pas là surqualification médicale d'un médecin (ou d'un professionnel de santé) non spécialisé, mais mise à disposition d'une qualité humaine latente chez lui comme personne ayant choisi d'exercer une fonction soignante… » G. Le Bayon. Bulletin Balint n°89. SMB. 2020

A propos de ce contre-transfert du soignant sur lequel porte le travail du groupe, notion que Balint utilise dans son sens élargi - rassemblant ce qui se produit chez le soignant en lien avec le transfert du patient ainsi que la somme des préjugés, représentations, opinions, convictions, qui sont présents chez le professionnel avant et pendant la rencontre avec le malade -, il soutient l'idée suivante. Il nous dit, que « *l'un des moyens essentiels d'améliorer la compétence psychothérapeutique » du soignant, « est de le rendre conscient de la contrainte qu'exerce sur lui » son contre-transfert (Balint parle aussi de fonction apostolique) ; de l'en rendre conscient, « afin de lui permettre de ne pas le laisser s'exprimer automatiquement dans tous les cas* »[27].
Avant même de parler de compétence psychothérapeutique, soulignons l'intérêt de cette idée de Balint pour la relation thérapeutique. *Ne peut-on pas dire que l'un des moyens essentiels d'améliorer la relation thérapeutique d'un soignant avec ses patients, est de le rendre conscient de la contrainte qu'exerce sur lui ce contre-transfert - et ce, quelle que soit sa position dans le système de santé -, afin de lui permettre de ne pas le laisser s'exprimer massivement et automatiquement ?*

De manière plus générale, les idées et les concepts que Balint développe dans la part de son travail qui vise à former à la psychothérapie les soignants non-psychothérapeutes de profession, apparaissent utiles et utilisables pour la relation thérapeutique[28]. Utiles et utilisables pour cette relation thérapeutique - avec ses effets ou son impact psychothérapeutique - qui peut et doit être « pour tous » (tout patient et tout soignant) ; ce qui la différentie de la psychothérapie, qui, elle, est un choix que fait ou pas un professionnel de santé (en fonction de son désir, de sa formation, de la maladie du patient et de sa demande), pour certains patients (qui en ont besoin).

On peut, à ce propos, noter que c'est bien cette relation thérapeutique qui est généralement travaillée dans les groupes Balint où les situations apportées ne sont pas, dans l'immense majorité des cas, celles de patients suivis en psychothérapie, mais des cas relationnels compliqués. Ceux pour qui on se demande si notre relation, justement, est thérapeutique. Comment elle pourrait l'être mieux. Pourquoi elle ne l'est pas, ou si peu.

Terminons en ajoutant que la relation thérapeutique avec le malade est l'un des domaines du soin où les machines, aussi sophistiquées soient-elles, ne sont pas près de nous remplacer. On peut ainsi considérer qu'elle est l'une des plus prometteuses perspectives d'avenir de nos professions.

---

[27]. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris. 1978

[28]. A titre d'exemple : « Dans l'ensemble, les contributions du médecin (à la psychothérapie) tendent :
- à créer une atmosphère qui permette au patient de se faire connaître et de se reconnaître »
- de comprendre ce que le patient tente de lui communiquer
- d'exprimer sa compréhension en termes utilisables qui aideront le malade à se mieux comprendre, à révéler une plus grande part de lui-même et, finalement, à changer
- d'évaluer ses sentiments et émotions tels qu'ils surgissent et résister à la tentation d'agir (spontanément et sans recul) selon ses sentiments » …
Balint M. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Payot. Paris. 1970

Journée Balint
Samedi 25 Septembre 2021 - Paris

« La relation thérapeutique a absolument besoin de Balint aujourd'hui »

de Pierre Delion

La relation thérapeutique est un concept incontournable de la médecine, quels qu'en soient les modes d'exercice. Plus largement, elle s'applique à tous ceux qui prennent en charge des patients, et pour lesquels le médecin ne suffit pas. Mais en fonction de la définition de ce concept, -contient-il ou non une part d'humanité-, les résultats attendus de cette fameuse relation thérapeutique seront très différents. Mais si cette humanité de la médecine doit absolument être préservée, il y a également lieu de défendre l'idée que sa part scientifique doit continuer à intégrer les acquisitions les plus récentes afin d'en faire bénéficier les patients soignés. De même qu'il ne serait pas acceptable de tout miser sur la relation en oubliant les aspects technoscientifiques qui ont toute leur place dans ce processus, il ne serait pas davantage excusable de caricaturer la médecine comme une technique pouvant être appliquée par des robots déshumanisés.

Dans mon domaine de référence, la psychiatrie, et plus précisément la pédopsychiatrie, les aspects concernant les avancées neuroscientifiques sont souvent mises en opposition avec la psychopathologie transférentielle. De mon point de vue, il est urgent de travailler à articuler ces deux champs de nature épistémologique différente, afin de ne pas tomber dans le piège intellectuel qui consisterait à choisir son camp et à entretenir une guerre qui n'a que trop duré entre ces deux pans, passionnants l'un et l'autre, de la psychiatrie. Les batailles de l'autisme en sont une bien triste illustration.

En 2006, j'avais accueilli la SMB à Lille et tenté de proposer ce que j'appelais alors la fonction Balint[29] dans les soins. Depuis, j'ai constaté que cette fonction était absolument nécessaire pour continuer à soigner nos « frères humains » (Villon) selon des critères à la fois rigoureux sur le plan des sciences médicales mais profondément humains sur le plan relationnel. En effet, nos nombreuses professions médicales, paramédicales et médico-sociales doivent articuler les deux approches sans négliger ni l'une ni l'autre.

Or aujourd'hui, tout se passe comme si, sous le fallacieux prétexte de la scientificité de la médecine, le second élément concernant l'humanité de la relation ne faisait plus partie des choses essentielles à assumer, à partager et donc à transmettre. L'EBM (Evidence-Based Medecine) est tombée à point nommé pour justifier l'abandon de la nécessaire humanité de la médecine par ceux qui ne voulaient plus s'embarrasser de ces facteurs non scientifiques.

[29]. Delion, P., La fonction Balint, sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés, *Vie Sociale et Traitements*, 2007/3 (n°95), p. 48-52.

Si cette dérive continue, ne risque-t-on pas d'aller vers une médecine vétérinaire ?, celle qui ne prendrait pas la souffrance du patient dans une équation globale comportant une part de souffrance psychique, celle qui se résumerait à l'application de savants protocoles construits sur de savants algorithmes, conduisant à des conclusions symptomatiques sans se soucier de la structure sous-jacente, celle qui se satisferait d'éradiquer les symptômes sans explorer plus avant les circonstances anthropologiques et historiques de leur survenue.
Bref, une médecine sans transfert. Si l'enseignement de Balint reste aujourd'hui essentiel, c'est qu'il prend en considération avec le plus grand sérieux les effets d'une médecine transférentielle inventée par Freud. Car non seulement, il a compris et analysé ces phénomènes avec une grande intelligence empreinte de rigueur scientifique, mais par surcroît, il nous a légué un dispositif pour en tenir compte dans la médecine en général, toutes spécialités confondues, les groupes éponymes.
Pour avoir travaillé en tant que psychiatre en réanimation pendant vingt ans, puis comme pédopsychiatre en pédiatrie pendant les vingt années suivantes, j'ai vraiment expérimenté dans toutes les spécialités, y compris avec mes amis de la médecine générale, que la fonction Balint pouvait s'appliquer de façon utile et efficace pour les praticiens quels que soient leurs statuts. Aussi bien avec des médecins généralistes dans le cadre d'une psychiatrie de secteur bien comprise qu'avec des pédiatres libéraux dans une visée de formation continue médicale à la psychopathologie du bébé. Aussi bien avec des juges des enfants qu'avec des équipes de néonatalogie ou des travailleurs sociaux de circonscription. Aussi bien avec des équipes d'hôpitaux de jour qu'avec des éducateurs de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance).
Bref, un groupe Balint permet au praticien de mettre en récit l'histoire de la maladie sans en faire une chose en soi, quasiment fétichisée, qui pourrait apparaître comme détachable du patient atteint. Ce faisant il propose de relater son histoire en fonction de la qualité de leur rencontre, et donc de découvrir au fur et à mesure avec le patient les nombreuses concaténations en jeu dans l'apparition de la maladie. De plus, il permet également, non seulement de réviser de fond en combles les bases d'une médecine anthropologique, que certains appellent désormais la médecine narrative, mais aussi d'aider le praticien à réfléchir sur son lien avec le malade et sa maladie, et sur les effets de ce lien sur sa propre psyché de soignant.

Pour éclairer ces mouvements relationnels complexes, je propose une triade qui contribue à la compréhension du phénomène observé. Je l'appelle la triade phorique[30] en référence à Michel Tournier et à son fameux roman « Le roi des aulnes » ainsi qu'à ce qu'il en dit de façon « méta » dans « Le vent paraclet ». J'ai également proposé de traduire le holding de Winnicott par fonction phorique en français[31]. La fonction phorique est l'accueil du patient par un soignant, mais c'est aussi l'accueil du médecin généraliste par le groupe Balint. Il s'agit d'être suffisamment accueillant pour que le patient se sente plus « léger » après qu'avant la rencontre. De quel poids s'agit-il ? de celui de la souffrance psychique occasionnée par sa pathologie quel qu'elle soit. La relation s'instaure et le transfert vient transmettre au soignant des éléments du patient selon des critères qui ont été bien étudiés par Freud et ses successeurs. Mais pendant « un certain temps », le soignant ne comprend pas ce qui se passe. Toutefois, il est devenu pour une part, le porteur des signes de la souffrance du patient. Il exerce alors la fonction sémaphorique. Lorsque les éléments commencent à prendre sens pour le soignant, il s'agit de la fonction métaphorique qui caractérise ce troisième temps de la valse phorique. Dans la névrose commune, ces trois temps sont généralement assurés par le médecin, par la sage-femme, par l'infirmière, et par le psychanalyste solo, comme on peut le voir dans la série « en thérapie ». Mais lorsque le soignant est devant une personne présentant une pathologie archaïque, les formes de transfert spécifiques qu'elles portent en elles entraînent des effets notablement différents de ceux de la névrose occidentale poids moyen. Et à ce titre, elles nécessitent des dispositifs sensiblement différents de la cure-type. C'est là qu'entre en jeu le concept d'institution. Il s'agit en quelque sorte du chaînon manquant inventé par Tosquelles et quelque autre pour « appliquer » l'enseignement psychanalytique aux pathologies archaïques sans se payer de mots. La relation thérapeutique nécessite dès lors une équipe pour la prise en charge de patients présentant des pathologies archaïques. Le transfert n'est plus effectué sur une personne, mais sur plusieurs personnes, objets, choses, espaces…Tosquelles[32] parle du « transfert multi référentiel ». Oury[33], intégrant les avancées permises par Bleuler proposera le terme de « transfert dissocié ». Ces formes de transferts pré-objectaux se déploient sur les membres de l'équipe qui accueille le patient. La fonction phorique devient l'objet des préoccupations institutionnelles afin de faciliter le meilleur accueil du patient et de sa souffrance psychique. Chaque membre de l'équipe au contact de ce dernier assure une fonction sémaphorique, devenant ainsi porteur des signes de souffrance psychique du patient. L'expérience nous enseigne que si chacun des membres de l'équipe pense qu'il est le dépositaire privilégié du transfert du patient, alors les phénomènes de clivage, de persécution, de ségrégation, de rejet envahissent la prise en charge. A contrario, si chaque soignant peut témoigner de son expérience avec le patient de façon authentique lors de la réunion de la constellation transférentielle[34] (toutes les personnes au contact avec le patient), alors une fonction contenante peut être observée, permettant au patient de sortir de son clivage interne, au moins temporairement. La fonction Balint s'opère dans ce troisième temps logique de la triade phorique, celui qui permet à chaque soignant de témoigner de son expérience contre-transférentielle sans chercher à l'imposer aux autres ou à se la faire imposer par d'autres. Il ne s'agit pas d'avoir raison, mais de « jouer » dans une sorte de psychodrame institutionnel la complémentarité des expériences traversées avec le même patient par les différents soignants présents lors de la réunion de la constellation transférentielle. Il apparaît dès lors primordial de réunir les conditions de possibilité d'un tel travail groupal afin de faciliter la mise en récit par chacun de son vécu contre-transférentiel. Le mouvement de psychothérapie institutionnelle a beaucoup avancé dans ce domaine et je renvoie aux travaux de ses auteurs. Mais plusieurs éléments nous intéressent ici. Pour faciliter l'accès à une parole authentique, le système hiérarchique est engagé. En effet, il s'agit de favoriser les initiatives des soignants pour qu'ils puissent se sentir acteurs de leur métier.

Il est donc intéressant de laisser de côté dans ce travail tout ce qui peut rigidifier les hiérarchies statutaires, telles qu'elles sont encouragées par les techniques du new management. Au contraire, il est utile de laisser émerger une hiérarchie subjectale, basée sur la reconnaissance des talents des uns et des autres, sans référence univoque aux seuls statuts professionnels. Les patients sont en effet intéressés par les soignants, non seulement par ce qu'ils ont les diplômes requis, mais également en raison de leur « être au monde ». La formation des soignants fait partie intégrante des facilitations de l'accès à une parole pleine. Mais une formation qui sera entreprise à partir de la clinique et des effets que celle-ci a sur les praticiens de la relation. Les groupes de supervision sont ici essentiels au projet visé. C'est dire si les formations comprenant les apports de Michael Balint[35] sont importantes à défendre. Je ne passerai pas en revue l'ensemble des conditions de possibilité de la qualité d'un tel travail, et le lecteur intéressé pour approfondir ces concepts dans les textes que nous ont laissés Tosquelles, Oury et quelques autres à ce sujet.

La relation thérapeutique est une notion complexe. Elle relève de divers champs de réflexion et nous devons contribuer à les rendre complémentaires. Mais si Balint a une grande importance à mes yeux dans cette problématique si cruciale, c'est en raison de son apport fondamental concernant la mise en récit de l'histoire du patient qui ouvre sur les complémentarités recherchées et contribue ainsi à rendre plus aisé pour chaque praticien une ouverture de son champ de soignant, au service de chaque patient.

---

30. Delion, P., *Fonction phorique, holding et institution*, Erès, Toulouse, 2018.
31. Delion, P., Au commencement…Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique, *Le carnet psy*, 2011/1 (n°150), p.20-26.
32. Tosquelles, F., (1992), *L'enseignement de la folie*, Dunod, Paris, 2014.
33. Oury, J., *Les symptômes primaires de la schizophrénie*, Editions d'une, Paris, 2016.
34. Delion, P., *La constellation transférentielle*, Erès, (à paraître).
35. Moreau Ricaud, M., *Michael Balint : le renouveau de l'école de Budapest*, Erès, 2007.

« Gestes infirmiers et relation de soin »

Bénédicte LOMBART

Propédeutique

La relation se définit comme un « rapport qui lie des personnes entre elles, [...] lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque. » Si le rapport entre un malade et le soignant est par définition **nécessaire**[36] à l'inauguration de *relation*, celle-ci demeure quant à elle **contingente**[37]. Il nous faut donc distinguer le **rapport** qui s'établit nécessairement au décours de la *rencontre* entre le malade et le soignant, de la **relation** qui s'établit- ou pas- entre eux. Le lien qui rassemble celui qui soigne et celui qui est soigné est changeant, fragile, ténu ou solide, tendu ou distendu. La portée thérapeutique de la relation est par conséquent aléatoire, amoindrie ou fortifiée selon les circonstances, les événements, les situations et naturellement selon les personnes concernées.

Il existe de nombreux métiers en lien avec la santé, qui tentent de répondre aux besoins des personnes qui requièrent des soins. Les lieux où l'on soigne sont eux aussi variés : domicile, dispensaires, cabinets libéraux, hôpitaux. Si le corpus de connaissances sur lequel le professionnel s'appuie pour soigner, reste le même, d'un lieu à un autre, il y a pourtant des différences notables dans la « manière de faire » d'un endroit à un autre. De même, celle-ci diffère selon le métier qu'exerce celui qui dispense le soin. Outre la « manière de faire », la « manière d'être à l'autre » change aussi d'un soignant à un autre, d'un moment à l'autre, d'un malade à un autre. Une « manière d'être à l'autre » qui semble conditionner la métamorphose du *rapport* qu'entretiennent deux individus à l'occasion d'un soin, en une *relation de soin*. Voilà l'objet de notre exposé. Il s'agit de tenter d'éclairer les circonstances de l'avènement de cette relation, ses contingences et ses caractéristiques et ce plus spécifiquement dans l'exercice infirmier.

La discipline infirmière mobilise de nombreux savoirs dans différents champs d'activité. La pratique infirmière est donc vaste, riche et complexe. Son exercice recouvre, dit-on, des aspects techniques et relationnels. Arrêtons-nous un instant sur cette distinction au sein des aspects du soin infirmier : techniques et relationnels. Intéressante présentation de l'exercice, qui dit quelque chose d'une forme de clivage impensé. Il y aurait, d'un côté les soins techniques et de l'autre les soins dits relationnels. D'un côté les actes de soin et de l'autre la relation. Il s'agit précisément de repérer combien la relation fait partie du soin quelle que soit sa nature.

[36]. Nécessaire : au sens philosophique du terme, c'est-à-dire, ce qui ne peut pas ne pas être.

[37]. Contingent, au sens philosophique, c'est-à-dire susceptible d'être ou de ne pas être, de se produire ou de ne pas se produire

Le geste qui soigne

Nous nous intéressons à la déclinaison pratique du soin infirmier et plus précisément au toucher au décours du soin, non pas pour décrire une façon de « faire », mais pour façonner « l'idée du soin », contenu dans le geste qui soigne.
L'enjeu est de traduire, comment le geste infirmier, qu'il soit particulièrement technique ou pas, dépasse la fonction de production d'un soin. Cet enjeu concerne à la fois ceux qui réalisent les soins et ceux qui les reçoivent.
Il s'agit de repérer combien le geste du professionnel dépasse une action fondée sur un savoir dont la seule vocation serait de produire un soin technique, de manière déconnectée de la finalité de celui-ci, à savoir prendre soin de la personne souffrante. Cette attention au cœur du geste conditionne l'immanence de l'action de soin.
Frappé par la maladie ou par un accident, le malade, le blessé est condamné à s'en remettre à la médecine moderne pour recouvrer la santé. L'infirmière traduit en actes l'exercice du pouvoir de la bio technicité : elle pique, aspire, déterge les plaies, panse, lave, sonde, frotte, le corps souffrant. Sa main est au service de la *technè* du soin, au même titre que le corps malade est livré à la technique médicale qui soigne. Tous deux sont comme prisonniers de l'injonction prononcée par cette bio-technicité médicale, à faire, à vivre, à subir le soin technique, aussi nécessaire que potentiellement objectivante.
Or, il est possible de faire l'hypothèse que l'attention traduite au cœur du soin, au travers de certains « détails », tels que la précaution, la douceur, la lenteur, ou encore la pondération dans l'exécution convertisse les actes techniques en gestes de soin.
Nous postulons que le geste infirmier met alors en scène l'intersubjectivité dans l'action de soin. La « manière de faire » le geste *dit* quelque chose des possibilités d'éclosion de la relation entre l'infirmière et la personne qu'elle soigne. Le geste de soin s'accompagne toujours du toucher. C'est pourquoi nous proposons d'appuyer notre propos sur une description phénoménologique du toucher, propédeutique du geste de soin.
Il s'agit ici de revenir au chevet de l'enfant et d'observer ce qui se produit, au moment de s'approcher de lui. Nous nous attachons à retranscrire les détails, l'atmosphère et les sensations dans le but de donner corps à notre exposé, et d'illustrer l'idée d'une rencontre transformée dans ce que nous appelons un « entre-deux ».

Une phénoménologie du toucher

Le contact de la peau des mains de l'enfant que notre main approche en faisant notre métier. Un souvenir flotte, celui de la douceur de la main de l'enfant affaibli.
Le contact extraordinaire de la peau frappe l'esprit qui se souvient de la douceur de la peau lisse de la main de l'enfant immobile.
Peut-être, est-ce la magie vivante que l'on sent sous les doigts qui émeut. Peut-être est-ce le grain de vie caché sous le grain de peau, qui palpite sous les doigts ? La délicate finesse de la peau, qui enveloppe la fragilité du vivant, saute littéralement au sens, à l'instant même où la main s'approche. Alors on s'aperçoit de la force de cette chaleur vivante qui nous touche. Toucher la main n'est pas prendre la main, le toucher s'approche de l'autre sans le saisir, le toucher émeut car il laisse une enveloppe de mystère protéger l'entre-deux.

Un entre-deux heureux, un espace de liberté où chacun peut être soi. Le toucher rejoint le tact dans le respect, celui d'un espace protégé, sanctuaire du mystère de l'autre, enveloppé par cette fine pellicule de peau lisse et douce. Le contact de la main qui travaille, qui fabrique du soin, qui effleure pour faire ou parfois ne rien faire, simplement pour rassurer.

La main qui se pose, qui incarne le « je suis là » bien au-delà des mots ; la main qui se tient là. La douce chaleur de la peau qui lui répond à son tour : « je suis là ». La main de l'enfant qui d'ordinaire dit sans cesse sa présence et la vigilance qu'on lui doit. Une petite main curieuse qui attrape, dans la vie de tous les jours, (en dehors du spectre de la maladie qui assigne à résidence hospitalière), saisit, lâche : les jouets, les objets et les autres mains aussi.
Le toucher est alors comme acte de vigilance silencieuse, un contact qui dit silencieusement maintenant ou *main - tenant*, pour parler du présent. De quel présent s'agit-il au juste ? S'agit-il d'un présent qui s'exprime en présence ? Une présence qui ne se vit qu'au présent ? Un présent à soi, un présent à l'autre, la présence d'autrui aussi.
Le toucher est au-delà du contact, il puise sa force dans l'étrange espace, dans l'entre-deux peaux, dans l'entre deux vies. La force du toucher est peut-être alors tout simplement dans l'écart, dans ce qui sépare et non pas dans ce qui semble rapprocher. Cet espace infime qui tient à l'écart l'impudique, qui épargne le secret de l'autre, qui tient en respect l'indélicatesse de l'intrusif. Ces mains frôlées disent à elles seules la chaleur vivante qui les parcourt, la finesse qui les protège, la douceur qui les incarne. Un contact au-delà duquel il n'est permis à personne de voir ce que le bout des doigts ne fait qu'effleurer : la réalité vivante de l'autre. Sans s'en apercevoir, il semble bien que les mains de ceux qui soignent aient construit au fil du temps, au gré des contacts, au détour des rencontres une sorte d'anthropologie.
Un aperçu voilé de l'invisible et de l'inconnu, ou plutôt un entre-aperçu, qui dit pudiquement quelque chose de l'autre tout en le tenant à l'écart.
L'entre-deux du toucher incarne en quelque sorte le moment suspendu indescriptible de la rencontre d'autrui, la découverte de la chaleur vivante qui palpite sous la peau. Parce que le toucher est la rencontre de deux peaux, parce que la rencontre est rendue sensible par l'infime écart, par l'entre-deux où se faufile un soupçon d'air, un écart infime qui sépare et rassemble à la fois. Un écart qui nous dit quelque chose d'essentiel, qui parle de notre fragilité commune, qui chuchote, à demi-mot, la faille ontologique de tout être.
Cette description phénoménologique du toucher comme acte de mise en lien, comme passerelle muette et cependant explicite entre le soignant et le soigné ouvre des perspectives cliniques. Nous postulons sur l'existence de différentes formes de touchers. Or tous les touchers n'inaugurent pas une relation. Certains touchers, que nous nommerons « toucher soin » s'inscrivent parfois dans un rapport de soin où pourtant la relation brille par son absence.
D'autres formes de toucher peuvent, au contraire, être à l'origine de l'éclosion du lien. Le toucher, pour devenir « toucher relation », doit être pensé, habité et intentionnel. L'intention de la rencontre est en avant du geste de la main où le toucher est ancillaire à la relation.

A partir de l'exemple du « toucher distraction »

L'expérience clinique pédiatrique nous a appris à repérer à quel point le « toucher soin », lorsqu'il arrive trop vite, peut rompre une complicité à peine naissante. La main qui s'empresse de désinfecter la peau, le garrot posé trop rapidement, le contact précipité avec ce corps qu'il faut soigner sont autant d'occasions de louper la rencontre, de renvoyer l'enfant à ses appréhensions, à ses peurs. Des craintes légitimes qui isolent l'enfant, qui l'éloigne de celui qui réalise le soin. Les peurs, les émotions, les sensations qui traversent l'enfant, peuvent le capturer au moment de réaliser le soin. La pensée enfantine peut se focaliser, se figer. L'enfant, captif de sa peur, de ses craintes n'est alors plus en mesure de rejoindre l'univers de l'adulte.

La rencontre, propédeutique à la relation, est conditionnée par une mise en mouvement car aucune rencontre n'est possible sans que les protagonistes ne se soient rejoints. Or c'est au soignant d'initier ce mouvement. Un mouvement qui, en premier lieu, est celui de la pensée. Celle-ci se meut, elle change de perspective pour rejoindre l'univers de l'enfant, quittant pour quelques instants le monde biotechnique médical objectivant.
Ce mouvement psychique permet également d'envisager des alternatives. La pensée peut ainsi aller d'une possibilité à une autre. Le corps, quant à lui, initie la rencontre du bout des doigts. La main s'approche et peut devenir une passerelle tactile entre l'autre et soi. Le toucher devient alors l'outil de la rencontre. Les doigts se posent sur l'avant-bras de l'enfant pour y mimer les pas d'une coccinelle imaginaire, pour déposer des paillettes magiques ou toute autre chose. Il s'agit d'attirer l'attention de l'enfant, de le défocaliser du soin qu'il a à vivre, pour l'inviter à envoyer son esprit ailleurs. On s'appuie, ici, sur le monde imaginaire de l'enfant, pour l'aider à faire un pas de côté, à transformer l'expérience de soin. Soulignons que cette illustration clinique est loin d'être anecdotique. Il semble que le « toucher distraction » n'ai pas, pour seule vocation, de préparer le « toucher soin ». En effet il semble que le « toucher distraction » s'inscrive dans ce qui conditionne l'éclosion de la relation de soin.

Éclosion de la relation au cœur du geste de soin

La relation peut donc éclore d'une attention traduite avec tact, au travers du toucher. On comprend combien cette attention particulière dans l'exécution du geste concerne directement celui qui reçoit le soin mais aussi sans doute celui qui le donne. À l'heure où la bio-technicité confère à la médecine moderne le pouvoir de guérir, le risque de réification du corps de la personne malade grandit. Or, ce risque ne concerne pas seulement celui qui est soigné, il menace également celui qui soigne.
Le soignant peut devenir l'instrument d'une technique biomédicale potentiellement objectivante. Le travail du soin est alors réduit à la réalisation d'actes techniques. L'enchainement de ces actes est abrutissant. Il anesthésie la pensée de celui qui soigne. Par définition l'anesthésie interdit le mouvement. Or nous avons pu décrire dans notre présentation combien le mouvement psychique est précieux, combien il conditionne la rencontre, combien il participe à la relation. Ce mouvement est celui de la pensée en avant de l'acte. Une pensée qui convertit l'acte technique en geste de soin. Une pensée qui habite pleinement l'instant du soin, où le geste s'initie à l'aune de l'intention de la rencontre.
Les circonstances actuelles : sanitaires, sociales et économiques majorent grandement le risque de paralysie de la pensée. Mécanismes de sidération, d'épuisement, de perte de sens sont à l'œuvre dans une période où les espaces et les acteurs de soins sont particulièrement éprouvés. Mais cela semble devoir précisément nous inciter, plus que jamais, à persévérer à penser la relation comme partie intégrante du soin. Plus que jamais persévérer à penser tout simplement. Merci pour cette invitation où précisément il s'agit de penser la relation de soin et par conséquent lui donner du souffle.

Notes sur le XXII[ème] congrès de la Fédération Internationale Balint

Alice POLOMENI

Ce texte ne se veut pas un « compte-rendu » du XXII[ème] congrès de la Fédération Internationale Balint. Je ne prétends pas à l'objectivité et je ne peux que tenter de transmettre quelques questions suscitées par cette rencontre, questions qui viennent nourrir ma réflexion sur le Balint.

Nous nous retrouvons dans un quartier calme et le lieu qui nous accueille est entouré d'un beau jardin où, hélas, je n'ai pas eu le temps de me poser : le temps du congrès est bien rempli ! En effet, entre les séances plénières, les groupes Balint et les workshops, les participants sont très occupés. Les pauses paraissent toujours très courtes : ce sont les moments de rencontre ou de retrouvailles avec des balintiens de tant de pays différents (il me semble qu'il y en avait 22 pays représentés) – toujours dans une ambiance chaleureuse. Nos hôtes belges se sont donnés du mal pour nous recevoir avec générosité et joie : que les membres du comité d'organisation et du comité scientifique se voient encore ici remerciés.

Je ne pourrai dire que l'accueil de la communication orale que Jean-Daniel et moi avons présentée lors de la première plénière[38] ait été aussi chaleureux… mais ce qui est certain, est que le thème du « pushback » a suscité beaucoup de réactions et a eu des répercussions au sein des différents groupes Balint au cours du Congrès. En effet, le fait d'interroger cette « technique » d'animation, actuellement hégémonique, en ses fondements et conséquences sur le processus de travail au sein des groupes Balint a pu déstabiliser des certitudes et susciter d'une part, une curiosité, signe d'ouverture de certains à la découverte d'une autre manière d'animer les groupes et, d'autre part, une certaine résistance de ceux qui tiennent cette méthode comme « la » seule référence.

Ces « effets » du texte étaient d'autant plus palpables pour moi dans le « Leadership training group » que j'ai animé avec David Watt. Cette expérience fut très riche : le plaisir d'une coanimation fluide, le maniement des mouvements transférentiels et contre-transférentiels au sein du groupe, l'accompagnement de l'évolution (toujours un agréable étonnement !) d'un groupe hétérogène mais bien impliqué dans le travail et, *last but not least*, l'intérêt des échanges dans le groupe de supervision. La proposition de ces groupes de supervision pour les leaders invités à animer des groupes durant le Congrès est issue du travail de la Task Force. Le cadre de travail proposé par la supervision assure aux leaders un support permettant la discussion des éventuelles difficultés dans la coanimation (des leaders qui n'ont jamais travaillé ensemble sont invités à le faire), des obstacles dans les dynamiques des groupes, des entraves dans la participation de certains membres du groupe. Faisant fonction de contenant pour les leaders, la supervision leur facilite l'instauration d'une « atmosphère » qui permet aux participants de « faire groupe », d'accueillir les récits et de travailler ensemble sur les cas présentés. Cet espace-temps d'échange sur le cadre initial à poser, sur les processus des

[38]. La version anglaise du texte est dans les Actes du Congrès, la version française a été publiée dans la Revue de la Société Belge et est reproduite dans ce Bulletin.

différents groupes, sur les questionnements des différents leaders m'a permis de réfléchir sur le rôle des leaders et, surtout, sur ma façon d'assumer ce rôle.

Les présentations orales en plénière ont aussi nourrit cette réflexion autour du thème du Congrès : « Les valeurs fondamentales du Balint : cohésion et flexibilité ».

Michèle Parée a nommé ces valeurs d'humanisme, confidentialité, sécurité, respect, absence de jugement, flexibilité, conscience comme les valeurs fondamentales qui font la cohésion de la Fédération Internationale Balint.

Concernant la « flexibilité », Manuel M. Sousa, membre du comité scientifique de l'Association Portugaise Balint, a abordé la question de l'enseignement au sein des groupes Balint. A partir d'une séance de groupe Balint qu'il animait, notre collègue interrogeait son choix de « faire une leçon » sur le concept de collusion d'anonymat qui, selon son interprétation du cas présenté, pouvait éclairer le processus d'élaboration du cas par le groupe. La question de la fonction apostolique du leader se posait ainsi comme une réponse à une difficulté du groupe à dépasser l'ambivalence vis-à-vis de la situation clinique présentée et le sentiment d'impuissance qu'elle suscitait. Manuel M. Sousa a évoqué les mouvements de transfert et contre-transfert groupe/leader et interrogé les effets de sa réponse aux difficultés du processus groupal.
Cette présentation a fait écho aux questionnements auxquels me confronte la pratique de leader au sein de l'Université, auprès d'étudiants de Médecin et des internes en Médecine Générale : comment résister aux « tentations pédagogiques » ? Comment maintenir cette position de non-savoir alors que le groupe vient solliciter ce type de réponse ? Comment répondre – autrement – à cette demande ?[39]

Une autre intervention qui m'a interpellée a été celle des collègues israéliens qui interrogeaient le changement de génération au sein de la famille balintienne et la complexité émotionnelle de ce processus. Et de se poser la question : « comment enseigner des leaders Balint ? La vieille génération, pour la plupart, a appris d'abord en participant à un groupe et ensuite en co-animant un groupe avec un leader expérimenté. La théorie venait après. Est-ce la meilleure façon ? ou il y a un besoin d'apports théoriques avant la phase de pratiquer en tant que leaders ? Comment ouvrir la porte aux nouvelles générations ? Comment la sagesse et l'expérience de l'ancienne génération est partagée avec la nouvelle génération et comment devraient les leaders des générations anciennes effectivement passer le relais à la nouvelle génération ? »[40]

Encore là, des interrogations qui résonnent dans notre façon d'investir notre rôle de leaders, nos échanges avec d'autres leaders, notre propre formation – jamais achevée - et ce que nous souhaitons proposer comme projet de formation à ceux qui souhaitent s'initier à la pratique Balint ? Ces questions sont pour moi d'autant plus prégnantes que je participe à la formation des leaders brésiliens… comment former sans « formater » ? Comment encourager le questionnement de ce qu'on propose comme repère - théorique et pratique ? Comment interroger les pratiques des nouveaux leaders en déjouant la position de savoir/pouvoir que l'expérience peut appeler ?

---

[39]. J'ai publié quelques réflexions sur cette question à partir de mon expérience universitaire; je me permets de citer ces articles dans les références.
[40]. Je traduis et j'espère être fidèle au texte original.

Ces réflexions sur la formation des leaders ont été nourries par la brillante communication de John Muench : « Balint as a medical counterculture »[41]. Je ne prétends pas ici reprendre la complexité de son propos, basé sur un retour aux bases épistémologiques de la pratique médicale. Je tenterai de relever ce qui m'a paru essentiel dans la compréhension de la spécificité du raisonnement clinique qui constitue une des valeurs fondamentales du Balint. Comme le point l'auteur, « lorsqu'on considère les valeurs essentielles des groupes Balint, généralement on pense à l'incorporation de la théorie psychodynamique [42] et à la reconnaissance de la relation médecin-patient dans les soins médicaux. Une valeur moins reconnue est l'accent mis sur les compétences délibératives – phronesis, abduction et casuistique – pour créer la compréhension, compétences épistémologiques centrales dans la rencontre clinique ».

J. Muench met en regard les bases épistémologiques de la biomédecine et celles de la médecine générale. La biomédecine s'appuie sur l'objectivation du corps humain, priorise les chaînes causales déterminées par l'inférence hypothético-déductive et tend à réduire la souffrance à des symptômes mesurables, susceptibles d'être soulagés par des moyens « techniques ».

En contraste, la médecine générale peut avoir recours à la biomédecine, mais ne restreint pas la pratique médicale à cette seule approche : la prise en compte de la complexité des situations cliniques, amènent les médecins à avoir recours à d'autres repères épistémologiques décrits par J. Muench.

Ainsi, l'auteur se réfère à Aristote qui, dans l'Éthique à Nicomaque, aborde les cinq vertus intellectuelles, parmi lesquelles trois seraient pertinentes dans l'exercice médical : l'épistémè, la techné[43] et la phronesis. L'épistémè (la science, le savoir constitué) est la connaissance des choses « fixes » et de leurs propriétés – connaissance qui peut s'acquérir par les livres ; la techné (fabrication production, action efficace) est l'application de l'épistémè sur un but précis, renvoie à des actes techniques qui peuvent être appris par des algorithmes ou des vidéos; et, enfin, la phronesis, raisonnement pratique permettant de définir la meilleure action à déployer pour atteindre un objectif, en prenant en compte l'incertitude et le sens (pourquoi, pourquoi maintenant) de cette action.

La pratique médicale en médecine générale subordonne l'épistémè et la techné à la phronesis. Dans ce processus, le raisonnement clinique est abductif : il part d'ensemble de données incomplètes et procède par des tentatives d'explications et de résolution du problème. Dans ces tentatives de résolution des problèmes, le médecin généraliste ferait appel à la casuistique, pan de l'éthique qui cherche à résoudre des dilemmes moraux dans les situations de la vie réelle. Si la casuistique est dénigrée par la science, notre collègue défend, avec A. Jonsens et S. Toulmin, la valeur de cette méthode basée sur la pratique : la casuistique informe ses décisions par des arguments pratiques, concrets, ancrés sur le présent et probables – au vue d'expériences préalables et des paradigmes applicables au cas en question.

D'après J. Muench, cette approche est propre à la médecine générale, qui répond à la complexité de la clinique par l'intégration des aspects psychodynamiques et relationnels inhérents à la relation médecin-malade. C'est en ce sens que l'approche balintienne serait de l'ordre de la contre-culture, en tant que manière de résister à la tendance actuelle à la surmédicalisation de la vie et aux impératifs d'une médecine scientiste qui oublie sa tâche première : répondre à la souffrance du patient.

---

[41]. Espérons avoir l'autorisation de l'auteur pour publier la traduction française de son texte, parue dans la Revue de la Société Balint Belge, dans notre Bulletin.

[42]. L'auteur utilise le terme « psychodynamique » là où nous pourrions dire « psychanalytique »....

[43]. A propos de la techné, voir le texte de JC Weber qui propose un autre regard sur cette forme de connaissance conçue par Aristote.

Ce congrès a rappelé les valeurs essentielles de la méthode Balint, celles que nous portons et qui nous portent à poursuivre notre engagement pour offrir aux étudiants, internes, médecins et autres professionnels de santé ce cadre au sein duquel la pratique soignante peut s'élaborer.

Références bibliographiques

Aristote. Ethique à Nicomaque. coll. « Classiques Philo » Le Livre de Poche, 1992.

Jonsens A., Toulmin S. The abuse of casuistry : a history of moral reasoning, Berkeleley, CA, Univeristy of California Press, 1988.

Weber J-C. La médecine comme technê : tactique du geste, éthique du tact. Revue Texto ! janvier 2011, vol. XVI, no 1.

Weber J-C. Traiter quoi, soigner qui ? Cahiers philosophiques, 2011 ; 2:7–29.

Polomeni A. « Formation des professionnels aux soins psychiques ». Psycho-Oncologie 2014 ; 8 (1) :14-19.

Polomeni A. « Former des médecins "communicateurs" ? » Psycho-Oncol. 2018 ; 12:13-18

Polomeni A. « Mémoire(s) » In Paroles d'étudiants, Paroles d'enseignants. Se former à la relation médecin-malade. Préface JL Dubois-Rande. Ed Sipayat, 2017.

« ET SI NOUS PARLIONS DE LA MISE EN RETRAIT ? »

Alice POLOMENI et Jean-Daniel GRADELER

Les auteurs : *L'utilisation du retrait est, sur le plan international, couramment présentée comme « la » manière de conduire un groupe Balint. En France, les leaders suivent la méthode originelle d'animer un groupe Balint : sans retrait. Dans cette présentation, les auteurs questionnent l'utilisation systématique du retrait et réfléchissent à ses implications. Utiliser le retrait, ou non, peut avoir différents effets sur les processus en jeu dans le groupe : sur le présentateur, sur les participants et sur le rôle des leaders. Les auteurs suggèrent que les leaders considèrent l'utilisation du retrait avec flexibilité, plus comme un outil que comme une règle.*

Introduction

Le thème de ce congrès nous invite à réfléchir aux implications qu'ont eues certaines adaptations introduites, au fil du temps et dans les différents pays, dans la manière d'animer les groupes Balint. Parmi ces adaptations, le retrait est couramment présenté comme « la » manière de conduire le groupe, comme si le déroulé d'un travail en groupe Balint avait toujours été celui-ci, c'est à dire :

1/ le présentateur expose un cas ;
2/ le groupe pose quelques questions sur les faits ;
3/ on demande au présentateur de se mettre en retrait ;
4/ le groupe travaille sur le cas pendant que le présentateur reste silencieux et écoute ;
5/ les leaders invitent le présentateur à revenir dans le groupe et à parler s'il le souhaite.

En France, le déroulé habituel est similaire au modèle originel de Balint :
1/ le présentateur expose un cas ;
2/ les leaders invitent le groupe à travailler sur la situation, selon la méthode de l'association libre : les participants peuvent poser des questions, parler de leurs impressions, de leurs fantasmes…
3/ Le présentateur reste dans le groupe, il est libre de participer à la discussion.
Nous disposons de précieuses réflexions de A. Tyndale, J. Salinsky, D[44]. Watt[45] et A. Elder[46] sur ces différentes manières d'animer un groupe Balint [1-3].
Plutôt que d'examiner les points « contre » et « en faveur » du modèle avec retrait, nous vous proposons une réflexion sur les impacts du retrait sur le processus de groupe et sur le rôle du leader à chaque étape de la séance.

[44]. TYNDALE A., SALINSKY J. (2010), « Sitting in - or sitting out? A discussion about group leading » Journal of The Balint Society, vol 38
[45]. WATT D. « And some final thoughts from our secretary » Journal of The Balint Society, vol. 38.
[46]. ELDER, A., (2010), « Sitting in - or sitting out, A view from our president, Andrew Elder » Journal of The Balint Society, vol. 38

Notre objectif est de nous reporter aux valeurs de base du travail Balint dans cette discussion pendant ces « temps de transition », afin d'éclairer notre compréhension de la « flexibilité » et pour renforcer la cohésion basée sur « un cadre conceptuel consensuel dans la difficile tâche d'animer un groupe Balint »[47] [4].

Quand le présentateur est mis en retrait

Dans le modèle avec retrait, le présentateur sait qu'il lui sera donné une seule occasion de présenter le cas et ses éléments-clés avant d'être contraint au silence par le retrait.
Comment cette règle affecte-t-elle les pensées du présentateur et la manière dont il présente le cas ?

Balint propose que nous traitions la présentation d'un cas de la même manière que nous le ferions avec la narration d'un rêve : avec ses omissions, ses changements de direction et ambiguïtés… c'est la matière du travail psychique du groupe, ses associations libres.
Le présentateur est invité à narrer librement le cas, pouvant ajouter des associations ou commentaires.
Dans les propres mots de Freud :
« Vous observerez que, durant votre narration, différentes idées vont surgir, des idées que vous auriez aimé rejeter parce qu'elles sont passées au crible de votre esprit critique (…) Ne cédez pas à votre esprit critique et parlez en dépit de tout, même si vous êtes réticent à faire ainsi ou précisément en raison de cela »[48]. [5].

Dans la situation du retrait, le présentateur ne fait plus partie de la discussion : il est privé de la possibilité d'ajouter spontanément des informations et/ou de partager ses associations avec le groupe. C'est un moment pour lui d'écoute attentive aux associations et émotions des autres participants, et aussi de ses propres émotions.

On suppose que le présentateur est ainsi dans les meilleures conditions pour écouter le groupe travailler et pour penser au cas, mais est-ce si sûr ? Peut-être pourrions-nous imaginer que le présentateur ait une expérience assez différente : il se pourrait qu'il se sente mis de côté, parfois critiqué ou jugé par le groupe, sans avoir la possibilité de répondre ou d'interagir.

Un étudiant en médecine a, un jour, comparé la situation du retrait à la manière dont les patients sont traités à l'hôpital durant la « visite du Professeur » : « Nous parlons de quelqu'un « comme si » il n'était pas là ! » Cela pourrait se révéler assez violent au bout du compte !

Le retrait est supposé protéger le présentateur, en lui évitant d'être « bombardé » par les questions du groupe et lui procurer du temps pour être au plus près de ses sentiments intimes. Mais n'est-ce pas justement une des tâches du leader que de protéger le présentateur (et les autres participants également) des questions trop intrusives ?

---

47. ELDER A. (2017) « Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development » The International Journal of Psychiatry in Medicine, vol. 52(4–5–6) 355–365.
48. FREUD S. La technique psychanalytique, Ed.: Presses Universitaires de France, 2007, coll.: Quadrige Grands textes

D'un côté, ce point est lié à l'atmosphère du groupe, à la manière dont chaque participant s'exprime, pose des questions et fait des commentaires. D'un autre côté, la manière dont les participants agissent et la manière dont le présentateur perçoit ces interactions peut également être le reflet d'un aspect du cas et/ou de la position que le présentateur prend dans cette relation avec le patient.

Quelquefois des cas très émouvants sont présentés au groupe. Le retrait peut alors être très protecteur pour le présentateur et aider le groupe à travailler … ou non ! Le présentateur peut également se sentir seul si on lui demande de se mettre en retrait : dans ce type de situation, être présent au sein du groupe peut aider le présentateur à percevoir la capacité de soutien du groupe, le sentiment d'appartenance …

Le présentateur reste dans le groupe

Quand il n'y pas de retrait, le présentateur a plus de temps. Il sait qu'il sera autorisé à répondre à des questions, à ajouter d'autres éléments à la présentation initiale. Aurait-il présenté le cas de la même façon, sachant qu'il serait contraint au silence après la narration du cas ?
Tout au long de la séance, le présentateur reste au sein du groupe : comme tous les autres participants, il peut faire des associations libres en rapport avec le cas, dire ce qu'il veut, à tout moment. Il se pourrait qu'il ressente une sorte de « pression » de temps en temps, ou ait des difficultés à entendre les remarques des autres participants. Mais être conscient de ses sentiments, observer ses propres réactions au décours de la discussion du groupe est une opportunité pour mieux déceler ses propres attitudes, ses mécanismes de défense et ses schémas de réponse…

Pourquoi le présentateur devrait-il être en dehors du groupe pour percevoir ses émotions ? Durant la consultation, il est nécessaire d'être présent et attentif aux besoins du patient. En ce sens, pourrait-on voir dans l'absence de retrait, une opportunité, pour le présentateur, d'améliorer sa capacité à entendre ses émotions, percevoir ses réactions, comprendre ce qui se joue dans la relation et trouver la manière la plus appropriée de rester en contact avec le patient.

Le travail des leaders dans le modèle avec retrait

Avec le retrait, les leaders sont principalement des gardiens des règles au début de la séance. Tout d'abord, en faisant attention au temps imparti pour la narration du cas, puis au regard du temps laissé pour les questions dites « de clarification » : leur quantité, leur adéquation. Quelquefois, pour maintenir ce cadre, les leaders deviennent des censeurs : seules les questions sur des faits sont acceptées.
On entend souvent : « peut être pourriez-vous garder cela pour le groupe après les questions de clarification ». Cette remarque est rarement remise en cause. Oserait-on comparer le leader à un « maître d'école » reprenant un élève qui n'a pas écouté attentivement ses consignes ?

A ce moment, la tâche des leaders est aussi d'arrêter les questions au bon moment : trop rapidement et le groupe pourrait avoir trop peu d'information et rapidement « s'égarer » ; trop tard et les participants pourraient avoir commencer à « fantasmer » au sujet du cas.... Il appartient aux leaders d'évaluer quand le groupe a « suffisamment d'information » pour travailler sur la situation clinique présentée.

Dans le cadre d'un groupe Balint, que signifie avoir « suffisamment d'information » ? De quel type d'information sur un cas devrions-nous avoir besoin afin de le travailler ? Devrions-nous, en tant que leaders, avoir une sorte de « check-list » ? Quelles seraient les questions « convenables » ?

Un argument en faveur du retrait est que le groupe peut plus facilement associer librement sur la situation présentée, au lieu de poser des questions pour obtenir de plus en plus d'informations.
Mais n'est-ce pas le travail des leaders de faire remarquer aux participants qu'ils ne cessent de questionner le présentateur, sans apporter leurs propres associations, pensées et sentiments ? N'est-ce pas la tâche des leaders que d'observer (et de tenir compte) de ces mécanismes de défense particuliers du groupe ?

Dans la configuration du retrait, ces interactions entre le présentateur et le groupe - qui peuvent donner de précieuses informations au sujet de la relation soignant-soigné - ne peuvent pas se produire, à l'exception des derniers moments de la session.

Une fois que le présentateur a été mis en retrait, les leaders maintiennent le cadre et invitent les participants à travailler sur le cas. Ce qui est délicat pour eux, c'est de repérer à quel moment ils peuvent demander au présentateur de réintégrer le groupe. Pour contourner cette difficulté, certains leaders proposent que le présentateur revienne dans le groupe « x » minutes avant la fin de la session.
Qu'en est-il de la temporalité psychique dans ce cadre strictement organisé ? Est-ce que cela n'interfère pas avec le travail de groupe ? Comment le présentateur vit-il ce « temps d'attente » ?

La proposition de J. L. Sternlieb est d'inviter les présentateurs à revenir dans le groupe « quand ils se sentent prêts »[49]. [6]. Quels sont les effets de cette solution sur la position des leaders et sur la dynamique de groupe ?

Quand le présentateur revient, il y a habituellement un silence. A ce stade, n'y a-t-il pas une sorte d'attente anxieuse parmi les leaders et les participants : « Que va-t-il dire ? » « Avons-nous fait un bon travail ? » ? N'attendent-ils pas alors, consciemment ou non, une « bonne » appréciation de la part du présentateur ?

Le groupe et les leaders pourraient ainsi être comparés à des élèves susceptibles d'être réprimandés, ils pourraient se sentir rejetés ou jugés ... Dans quelle mesure réfléchit-on à l'impact de ces sentiments (qui sont rarement verbalisés) sur la dynamique de groupe ?

[49]. STERNLIEB J. L. (2011). « Balint Group Architecture ». Journal of the Balint Society, 39, 17-19.

Le travail des leaders quand il n'y a pas de retrait

Quand il n'y a pas de retrait, il peut y avoir des questions de clarification tout du long des échanges, entremêlées avec des fantasmes. L'association libre est la règle. Les leaders peuvent s'autoriser à avoir une écoute flottante.
La présence du présentateur permet au groupe d'explorer les trous de mémoire, les descriptions incongrues et les répétitions dans la narration. Les leaders ont « juste » à laisser les participants faire leur travail : se respecter et s'écouter les uns et les autres. Ils doivent être attentifs à la dynamique de groupe et aux schémas d'interrelation entre les participants, présentateur y compris.

De manière évidente, dans le modèle sans retrait, d'autres problèmes peuvent apparaître : une discussion « ping-pong » entre un participant et le présentateur qui exclut les autres participants, un flot continu de questions posées au présentateur qui n'a aucun moyen d'y échapper, des questions intrusives …
Dans ces situations, les leaders ont beaucoup plus de travail : faire remarquer ces dynamiques, inviter le groupe à penser ses propres réactions, établir un lien avec le cas, « (…) comme l'interaction détaillée entre le médecin et le patient est révélée dans le parallèle entre les réactions des participants du groupe et le présentateur. [50]» [4].

Les participants dans la configuration « retrait »

Quand il y a un retrait, les participants ont, comme toujours, à se concentrer et à écouter attentivement le présentateur, mais ils doivent réfléchir rapidement : chacun d'eux sera peut-être autorisé à poser une ou deux questions au présentateur, rarement plus. Et cela devra être une « question de clarification » !

Ces remarques font apparaître deux écueils. Le premier a trait à la temporalité psychique. La manière dont les participants écoutent la présentation du cas est impactée par le « temps de l'horloge » : ils savent qu'ils ont un temps limité pour réagir, pour penser le cas, pour laisser les questions venir… Le second est en rapport avec le contenu des questions : il y a des « bonnes » et des « mauvaises » questions et peut-être qu'il n'y a pas de consensus entre les participants sur ce que sont les questions dites « de clarification ».

Ce point introduit un problème majeur : si les leaders endossent le rôle de censeurs, que peut ressentir et comment peut réagir un participant qui a posé une « mauvaise » question ? Quels sont les effets de cette censure sur les réactions des autres participants (ceux qui sont restés silencieux, essayant de poser « la bonne question » pour faire plaisir au leader...) ?
Nous devrions nous questionner sur l'impact de ce type d'intervention sur les phénomènes de transfert et contre-transfert au sein du groupe.

---

[50]. ELDER A. (2017) « Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development » The International Journal of Psychiatry in Medicine, vol. 52(4–5–6) 355–365

Quand on demande au présentateur de se mettre en retrait, les participants sont invités à associer librement sur le cas. Se faisant, ils parlent sur quelqu'un (nommé « le présentateur ») qui est là, écoutant attentivement, mais qui n'est autorisé ni à les interrompre ni à leur adresser de commentaires.

Nous pouvons nous interroger sur des remarques agressives et sur les commentaires qui surviennent durant ces discussions au sein du groupe - dues à l'absence du présentateur - qui sont considérés comme inhérentes à l'expression de fantasmes ou d'associations… Pourrait-on faire l'hypothèse que le risque principal est que le groupe puisse, par moments, « dérailler » ? Qu'il pourrait avoir quelques idées originales, mais très éloignées du cas, sans possibilité pour le présentateur de réagir ou de donner au groupe de nouveaux éléments ?

Nous pouvons également penser que la présence du présentateur dans le groupe pourrait être, pour certains participants, une limite aux fantasmes et projections inconscientes qui ne sont pas connectées au cas… mais plutôt à leurs propres questionnements.

Les participants quand il n'y a pas de retrait

Quand il n'y a pas de retrait, un participant présente un cas, prenant le temps de la narration, sans être interrompu, et ensuite les autres posent des questions, font des commentaires, des associations libres sur le cas. Il n'y a pas de réelle segmentation du travail entre la présentation et le travail de groupe : les questions de clarification, les émotions et les fantasmes sont entremêlés et peuvent surgir à n'importe quel moment. Cela peut encourager les participants à être spontanés, à partager ouvertement leurs pensées, leurs questions, quand ils le souhaitent. Dans cette configuration, il peut être plus facile d'installer une atmosphère de travail créative au sein du groupe.

En exprimant leurs émotions, leurs pensées, en partageant leurs associations, les participants sont conscients des réactions du présentateur à ces échanges. Cette attention portée au présentateur est un « exercice pratique » sur la façon d'aider quelqu'un à voir une situation différemment, à adopter d'autres points de vue, à prendre en considération certains aspects qui n'avaient pas été perçus auparavant. Exactement comme chaque participant est censé faire dans la vraie vie, dans la salle de consultation, en écoutant ses patients.

Dernières considérations

Le retrait est-il devenu une « nouvelle orthodoxie Balint » ? Assurément, si la formation des leaders dans le monde montre cette technique comme « la » manière d'animer, qu'en est-il des valeurs de base de Balint, comme nous le rappelle Andrew Elder :

« (…) 1) la relation médecin-patient telle qu'elle est présentée au groupe par le présentateur du cas

2) la relation qui se développe entre les participants du groupe et le présentateur pendant la discussion du cas

et 3) la relation entre les leaders et le travail du groupe[51] » [7].

Si dans le processus du groupe on ne peut pas observer les interactions entre le présentateur et le groupe, comment percevoir « le phénomène du « processus parallèle » dans lequel le présentateur et le groupe reflètent l'interaction entre le patient et le médecin [52]» [2] ?

Est-ce que l'animation d'un groupe sans retrait est plus éprouvante pour les leaders, moins confortable pour le présentateur et plus gratifiante pour les participants ?

Garder à l'esprit les valeurs fondamentales de Balint implique que les leaders devraient également être formés à animer un groupe sans utiliser le retrait. Il ne s'agit pas de tradition, mais de transmission ! Si les leaders sont formés à animer sans retrait, cela pourrait devenir un outil, une technique qui pourrait être utilisée… ou non. Considérer le retrait comment un outil optionnel implique que chaque leader sache pourquoi et quand l'utiliser, et mesure l'impact de son choix sur le travail de groupe.
« Les leaders doivent trouver des manières d'animer qui leur conviennent, mais ils doivent aussi savoir pourquoi ils font ce choix et quels sont les avantages et inconvénients de leur approche[53] » [4]. Ainsi, le retrait pourrait être considéré comme un outil plutôt qu'une règle.

Références

1. TYNDALE A., SALINSKY J. (2010), « Sitting in - or sitting out? A discussion about group leading » Journal of The Balint Society, vol 38.

2. ELDER, A., (2010), « Sitting in - or sitting out, A view from our president, Andrew Elder » Journal of The Balint Society, vol. 38.

3. WATT D. « And some final thoughts from our secretary » Journal of The Balint Society, vol. 38.

4. ELDER A. (2017) « Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development » The International Journal of Psychiatry in Medicine, vol. 52(4–5–6) 355–365.

5. FREUD S. La technique psychanalytique, Ed. : Presses Universitaires de France, 2007, coll. : Quadrige Grands textes,

6. STERNLIEB J. L. (2011). « Balint Group Architecture ». Journal of the Balint Society, 39, 17-19.

7. ELDER A. (2007) « The Role of the Balint Group Leader »Journal of the Balint Society, Vol 35.

[51]. ELDER A. (2007) « The Role of the Balint Group Leader »Journal of the Balint Society, Vol 35.
[52]. ELDER, A., (2010), « Sitting in - or sitting out, A view from our president, Andrew Elder » Journal of The Balint Society, vol. 38.
[53]. ELDER A. (2017) « Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development » The International Journal of Psychiatry in Medicine, vol. 52(4–5–6) 355–365.

Agenda

La prochaine Journée des 3 Associations balintiennes,

Le 28 janvier 2023

La prochaine Journée d'Échanges autour des Pratiques des Leaders,

La JEPL, le 10 juin 2023

La plaquette pour cette journée de formation à la relation soignant-soigné est jointe au présent bulletin.

Le thème de cette journée en sera :
*"**le soignant face aux demandes du patient**".*

*Elle aura lieu à Paris le **samedi 28 janvier 2023** à Paris*

THEME : LE SOIGNANT FACE AUX DEMANDES DU PATIENT

Que l'on soit médecins, infirmières, aides-soignants, sage-femmes, kinésithérapeutes, psychomotriciennes, orthophonistes, psychologues, les multiples demandes que les patients nous adressent, les réactions qu'elles suscitent, sont au cœur de notre activité quotidienne.

Du fait de l'évolution sociétale, des progrès de la médecine, ces demandes ont changé, à la fois dans leur contenu et dans la façon dont elles sont formulées. Parfois surprenantes, elles peuvent paraître inappropriées, disproportionnées, envahissantes… Comment dans nos pratiques soignantes, elles aussi en évolution, percevons-nous, vivons-nous, comprenons-nous et réagissons-nous à ces demandes ?

Au-delà des aspects techniques de l'intervention du professionnel, des attentes sont présentes derrière toutes ces demandes (attentes de reconnaissance, de soutien, d'estime, voire d'amour). Pouvons-nous les intégrer dans nos consultations ? De quels outils disposons-nous pour cela en 2023 ? La méthode et les concepts proposés par Michael Balint peuvent-ils nous aider à prendre soin de nos patients dans ce monde en évolution accélérée ?

Au cours de cette journée organisée par les trois associations Balint françaises :

- Trois communications abordant ces questions dans leur complexité amorceront les échanges et contribueront à enrichir notre réflexion.

- Deux temps en ateliers utilisant la méthode Balint, nous donneront l'occasion de travailler sur la relation aux patients à partir de nos expériences de soignants. Nous pourrons apprécier comment cet outil peut être soutenant pour notre exercice professionnel et le développement de nouvelles compétences.

JOURNEE D'ECHANGES AUTOUR DES PRATIQUES (JEPL) Samedi 10 Juin 2023, à Paris

LE SURGISSEMENT D'EMOTIONS DANS LE GROUPE, SON INFLUENCE SUR LA DYNAMIQUE DE LA SEANCE, LA FONCTION DU LEADER

L'expression d'émotions telles que joie, peur, tristesse, colère…est chose courante dans nos groupes Balint ; lors du récit du rapporteur de cas, ou au cours du travail d'élaboration par l'ensemble des participants. Nous savons que nous avons à travailler avec.

Parfois, l'état émotionnel est tel que nous sentons de la retenue ; le discours est hésitant, confus, la mise à distance brouillant la compréhension du cas. D'autres fois, la décharge émotionnelle surgit, brutale (fou rire, larmes ou encore colère…) qui nous déroute ; décharge impactant la dynamique du groupe : celui-ci s'identifiant au soignant qui parle-ou au patient, peut alors rester figé ou adopter la même colère. Le travail semble comme arrêté.

Qu'éprouve alors le leader ? Comment nous débrouillons nous avec nos propres affects ? Comment pouvons-nous, avec les participants accueillir ce temps d'expression dans sa fragilité, voire sa violence ? Comment pouvoir continuer à penser pour permettre au groupe d'élaborer ce qui a pu se jouer dans cette relation soignant/ Soigné – objet de notre travail psychique en Balint ?

C'est sur notre fonction de Leader dans ces situations particulières, que le GRAL, en lien avec le bureau propose de travailler aujourd'hui.

De plus...

Le bulletin d'adhésion à la SMB

Le DPC

Société Médicale
Balint

BULLETIN D'ADHESION – COTISATION ANNUELLE 2022

Je, soussigné (e), (Nom et prénom) :

Toutes les coordonnées sont identiques à celles de l'année dernière : OUI ☐ NON ☐

Adresse :
Numéros de téléphone :
Profession (Merci de préciser votre spécialité) :
Adresse E-mail :

Déclare adhérer à la Société Médicale Balint

- ☐ Première adhésion
- ☐ Membre associé ou correspondant*
- ☐ Membre titulaire**
- ☐ Renouvellement
- ☐ Leader accrédité de Groupe Balint
- ☐ Membre d'un Groupe Balint

Et verse la somme de :

- **100 Euros** cotisation annuelle pour libéraux en activité
- **70 Euros** pour les retraités (e)s, les psychologues, les paramédicaux et les membres travaillant en institution et ne pouvant déduire la cotisation de leur revenu fiscal.
- **35 Euros** pour les étudiants (e)s (copie carte d'étudiant à envoyer avec le bulletin d'adhésion)
- **30 Euros** pour les participants aux Groupes Balint

Soit par chèque libellé à l'ordre de la « Société Médicale Balint » adressé à la SMB (GROM) : 10 Rte de Thionville / Parc des Varimonts – 57140 WOIPPY

Soit par Virement en précisant dans l'ordre du virement votre Nom/Prénom + Cotisation 2022 : IBAN : FR76 3000 4009 5300 0100 1653 058 / BIC : BNPAFRPPBRV

☐ Souhaite recevoir les statuts et le règlement intérieur de la S.M.B.

Date et Signature :

***Les membres associés ou correspondants :** membres engagés dans le mouvement Balint
****Les membres titulaires** doivent avoir la qualité de soignants (médecins ou non médecins). Est titulaire de fait tout membre cotisant depuis deux ans et ayant deux ans de participation à un Groupe Balint – ou ayant participé à deux séminaires de FMC de l'OGC (Organisme Gestionnaire Conventionnel) animés par la SMB – ou ayant été agréé par le Bureau de la SBM (Demande écrite) après présentation par deux membres titulaires au cas où il n'existe aucun Groupe Balint fonctionnant dans des limites géographiques suffisamment proches du postulant.

La SMB s'engage à ne diffuser aucune information à d'autres tiers sans l'accord des adhérents. Au regard de la Loi Informatique et Liberté, vous disposez du droit d'accéder aux informations vous concernant et d'y faire apporter des modifications.

Chers confrères,

La Société médicale Balint, organisme de formation habilité à dispenser des DPC, vous propose un programme de DPC (Développement Professionnel Continu) sur le thème :

ACCUEILLIR LES PLAINTES DES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIE OU DE DOULEUR CHRONIQUE SANS S'EPUISER

➔ A ANGERS les 18 et 19 Novembre 2022

Organisateur : Dr Isabelle MARTINOT NOUET
N° Programme : 10522200001 Session 1
Sur mondpc.fr > S'inscrire, tant que crédit 2022 encore ouverts.

Animation assurée par Dr Isabelle Martinot Nouet
Et Mme Rose Marie Dautry

Médecins et soignants sont amenés à rencontrer dans leur pratique des patients atteints de maladies chroniques qui peuvent les mettre en difficulté dans la répétition de ces plaintes dans le temps et l'absence d'évolution favorable.

La plainte douloureuse peut être liée à des lésions persistantes, ou être l'expression de dépressions masquée. La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques peut renvoyer le médecin à un sentiment d'échec de sa prise en charge, d'impuissance à les soulager, qui peut être source d'épuisement, et nuire à l'empathie nécessaire à une bonne prise en charge de ces patients.

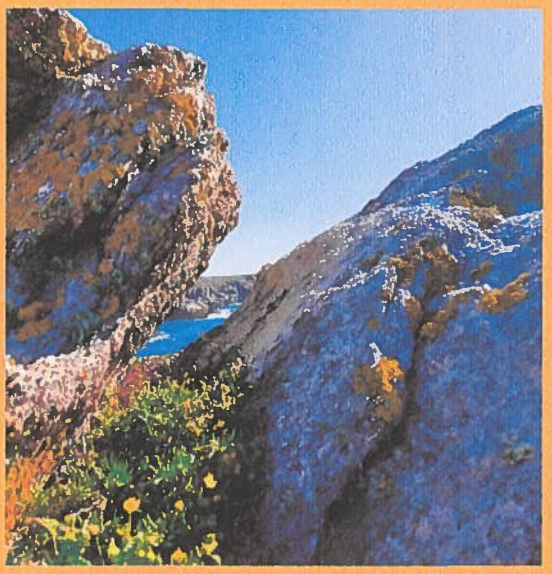
Le travail en groupe d'analyse de cas de type Balint permettra aux médecins et soignants d'aborder des situations concrètes leur ayant posé question dans leur pratique, et d'interagir entre pairs pour prendre du recul par rapport à des situations difficiles. Le groupe, dans sa dimension d'accueil, pourra aussi aider le médecin à expérimenter la force de la contenance, et l'aider à développer ses compétences relationnelles.

Les groupe de travail en plénière, apportant des concepts adaptés au thème, constitueront un abord complémentaire pour éclairer les participants sur leur pratique, les aidant à donner du sens aux signes du corps que les patients présentent, et améliorer leur écoute globale. Cette approche théorico-clinique permettra aux médecins et soignants d'améliorer la qualité des soins octroyés aux patients souffrant de maladie chronique ou douleur chronique.

Les médecins satisfaisant aux obligations requises par l'OGDPC, pourront bénéficier d'une indemnisation de 630 euros pour ce programme incluant 2 jours de présence.

Bulletin BALINT n° 90

Les contributeurs :



Elisabeth Adler : médecin urgentiste anglaise et auteure de roman

Katherine Atger : ex-directrice d'IFSI, leader accréditée, membre du GRAL et du comité de rédaction du bulletin de la Société Médicale Balint

Monique Aubart : médecin généraliste, leader accréditée de la SMB

Luc Canet : médecin rhumatologue, leader accrédité et membre du GRAL et past président de la SMB

Pierre André Couette : médecin généraliste, leader accrédité de la SMB

Pierre Delion : psychiatre, psychanalyste, professeur des universités, praticien hospitalier émérite à l'université de Lille et auteur

Guy Even : médecin généraliste, leader accrédité et membre du CA (Conseil d'Administration) de la SMB

Nicolas Juskewycz : psychiatre et pédopsychiatre, leader accrédité, membre du CA et membre du comité de rédaction du bulletin de la SMB

Jacques Frabrizi : médecin généraliste, leader accrédité de la SMB

Jean Daniel Gradeler : médecin généraliste, leader accrédité, membre du CA, past président et trésorier de la SMB

Brigitte Greis : infirmière libérale, leader accréditée de la SMB, ancienne rédactrice en chef du bulletin SMB

Bénédicte Lombart : infirmière, cadre de santé, docteur en philosophie et coordinatrice paramédicale de la recherche en soins des hôpitaux universitaires Paris Est

Michelle Moreau Ricaud : psychanalyste, membre du 4ème groupe, ex-maître de conférence à l'université de Tours, auteure, membre du GRAL et leader accréditée par la SMB

Isabelle Nouet-Martinot : médecin généraliste, leader accréditée, présidente et membre du comité de rédaction de la SMB

Odile Pernin Demonsant : médecin généraliste, leader accréditée de la SMB

Christian Pirolli : médecin généraliste, leader accrédité de la SMB

Alice Polomeni : psychologue clinicienne, membre du CA et leader accréditée et de la SMB

Dominique Potin-Kahn : psychologue clinicienne, vacataire enseignante à l'université de Paris Nanterre, leader accréditée, membre du CA et rédactrice en chef du bulletin de la SMB

Jean Loup Rouy : médecin généraliste, enseignant de médecine générale à Bobigny, leader accrédité de la SMB

Société Médicale Balint

Les membres du bureau
de la Société Médicale Balint :

Isabelle Nouet Martinot, présidente
Jean Daniel Gradeler, trésorier
Michel Renaud, secrétaire général

Imprimeur : Handirect
9 rue André Marie Ampère
57070 Metz

N° ISSN : 0769871
Prix de vente : 20 euros