

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



La rencontre rendue possible :

Au-delà du guide de pratique, ...l'Autre

Québec - septembre 2014

Eprouver, penser et dire ...

Favoriser un espace de liberté dans l'acte de soins

Grenoble - octobre 2015

N° 17 - Janvier 2016

A I P B

Association Internationale
du Psychodrame Balint

<http://www.psychodrame-Balint.com>

Association régie par la loi 1901

N° formation : 93 130417713

Siège : c/o Dr François Berton

62 rue Charlot

75003 Paris

Fondatrice : Anne Caïn

Membres d'honneur

Lucien ISRAEL †

Michel SAPIR †

Arthur TRENKEL

Président

Luc STEIMER

Vice-Présidente

Annie BOUILLON

Secrétaire

Philippe HEUREUX

Trésorière

Monique de HADJETLACHE

Formation

Marie-Noëlle LAVEISSIERE

Jean-Pierre BACHMANN

International

Belgique Philippe HEUREUX

Canada Suzanne DÉJOIE

Italie Piero TRUCCHI

Suisse et IBF Jean-Pierre BACHMANN

Les Cahiers de l'AIPB

Responsable de la publication

Luc Steimer

Rédaction

Luc Steimer

337 route Neuve

30120 Le Vigan France

Jean-Pierre Bachmann

15 rue des Sources

CH -1205 Genève Suisse

Le Psychodrame-Balint

Méthode Anne Caïn

« Explorer, analyser notre relation avec nos patients pour
en améliorer l'effet thérapeutique »

La méthode du Psychodrame-Balint, mise au point et développée par Anne Caïn, reste dans le prolongement de l'esprit de Michael Balint et du travail de groupe qu'il a instauré. Elle s'en différencie par le recours au jeu psychodramatique : demande est faite au soignant non plus seulement de raconter, mais de mettre en scène des moments de la relation soignant-soigné sous le regard des autres participants et de la retrouver. Le décalage entre l'histoire racontée et ce qui est joué peut apparaître. Le travail du groupe interroge le soignant dans son contre-transfert, dans l'expérience émotionnelle liée à son activité et identité professionnelle.

Cette méthode s'adresse à tous les professionnels de santé: médecins, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes...

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent bulletin, faite sans autorisation de l'A.I.P.B. est illicite et constitue une contrefaçon.

Illustration de couverture :
Peinture sur papier de Alfred Manessier 1992 15x15,5cm

S o m m a i r e

EDITORIAL	7
------------------	---

DOSSIER QUEBEC **septembre 2014**

XXI èmes rencontres de l'AIPB : La rencontre rendue possible : au-delà du guide de pratique,...l'Autre

Argument de la journée	11
LUC STEIMER <i>Introduction</i>	13
NOËL MONTGRAIN <i>Traces et mémoires - Anne Caïn et le psychodrame Balint</i>	15
DORIS CLERC <i>Le Balint en jeu : les autres et moi</i>	19
BERNARD LE FLOHIC <i>Le psychodrame Balint à la rencontre d'un imprévisible dialogue</i>	23
JACQUES FRENETTE <i>Relation médecin-malade et guides de pratique</i>	27
PHILIPPE KARAZIVAN <i>L'Evidence-Based Médecine et les Groupes Balint : deux vents qui soufflent dans la même direction</i>	31
JEAN-PIERRE BACHMANN <i>Il faut donc bien que la sorcière s'en mêle. De l'inconscient dans le travail Balint</i>	35

DOSSIER GRENOBLE **octobre 2015**

XXII èmes rencontres de l'AIPB : Epreuve, penser et dire... Favoriser un espace de liberté dans l'acte de soins

Argument de la journée	43
LUC STEIMER <i>Introduction</i>	45
NICOLAS NUSSLI <i>Quand la porte se referme, nous avons tant de choses à nous dire... Psychodrame Balint et stage en médecine générale</i>	47
JEAN-PIERRE BACHMANN <i>Liberté de dire et dévoilement de soi</i>	51
Ysé Coulondre <i>Aux frontières de l'extrême</i>	55
CATHERINE JUNG <i>Quand la machine à solutions s'enraye</i>	59

HORS DOSSIER

OPHELIA AVRON <i>Psychodrame : La technique du double</i>	65
--	----

Informations	73
---------------------	----

Editorial

Nous vous invitons à découvrir ce nouvel exemplaire de nos cahiers, reflet du travail de notre association mais surtout des journées annuelles de nos rencontres qui ont eu lieu à Québec en 2014 et à Biviers en 2015. Nos rencontres de 2013 à Aix en Provence ont été l'occasion de nous retrouver entre animateurs et participants réguliers non pas pour une sensibilisation mais pour des retours sur nos propres travaux et une préparation moins immédiate des journées de Québec qui devaient suivre. L'année 2013 et notre rencontre à Aix en Provence fut celle d'un souffle particulier: nous avons pris le temps de groupes où les animateurs redevenaient participants, nous avons pris le temps d'activités artistiques et même d'une si agréable promenade ... Cette rencontre a motivé un grand nombre d'entre nous à entreprendre en septembre 2014 le voyage jusqu'à Québec.

Là nous avons reçu un chaleureux accueil de nos collègues Canadiens, 9 ans après nos rencontres de Montréal, et nous sommes heureux de vous faire découvrir les exposés autour du thème si actuel dans tous les pays occidentaux actuellement des protocoles à suivre et de leurs dangers d'effacement d'aspects essentiels de la relation nécessaire entre les soignants et leurs patients.

Mais c'est tout d'abord Noël Montgrain qui nous a émus en inaugurant ces journées par un retour sur notre histoire, en rappelant ses années de travail avec Anne Caïn, fondatrice de notre méthode, en nous donnant à ressentir tout le travail accompli aussi par notre association depuis sa disparition en 1994. Doris Clerc et Bernard Le Flohic nous font tous deux partager des moments de leurs expériences professionnelles qui permettent bien de voir comment, psychiatre ou généraliste, québécois ou français, les soignants peuvent utiliser le psychodrame Balint pour élargir, approfondir, leur regard sur leurs patients mais aussi sur eux-même. Notre ami Jacques Frenette a su avec humour nous replacer dans le cadre des enseignants confrontés eux aussi à la particularité de leurs patients qui ne peuvent jamais être traités comme équivalents, sortis d'un même moule. C'est autour de sa biographie, tant privée que professionnelle, que Philippe Karazivan nous fait cheminer pour nous montrer tout l'intérêt de ne pas opposer les vents qui «soufflent dans la même direction». Enfin notre confrère Jean-Pierre Bachmann nous a fait, lui, revenir à nos plus lointains fondamentaux, à la place de l'inconscient dans le travail Balint, en convoquant les sorcières de Faust à Freud...

A l'automne 2015 nous nous sommes retrouvés à Biviers, près de Grenoble, pour un travail fructueux autour du thème « Eprouver, penser et dire ». Le ton a été donné de l'authenticité et de la simplicité clinique par une lecture de quelques pages du livre «Contre-visite» de notre consoeur gynécologue écrivain Marie Didier*. Nous ne pouvons que vous inviter à vous rendre chez votre libraire préféré pour découvrir cette œuvre sensible qui, dès 1988, l'a fait connaître comme une très grande auteure de langue française. Notre confrère Nicolas Nussli, maître de stage, a aussi captivé l'auditoire en nous relatant les interactions triangulées avec ses patients et ses internes stagiaires et nous pensons que vous aurez plaisir à découvrir son texte si fluide et captivant à la fois. Avec Jean-Pierre Bachmann nous avons abordé sans trop de difficultés (merci à lui) des aspects plus théoriques des implications du contre-transfert des soignants, dans leurs relations avec leurs patients et du travail qui peut être effectué autour de ces implications dans les groupes de psychodrame Balint. Ysé Coulondre, dans une description clinique très émouvante, nous a relaté son travail d'accompagnement en fin de vie d'un tout jeune patient dans son service d'onco-hématologie. Comment, dans un accompagnement étendu aux parents de l'enfant et à toute l'équipe soignante, éprouver, penser et dire, et accorder un solide appui à tous en restant proche de chacun. Catherine Jung qui n'a pu être présente nous avait adressé son texte que vous trouverez ci-après et qui a été lu par l'un d'entre nous. Beaucoup de questions auraient pu lui être posées dans la salle, autour de son travail d'accompagnement psychothérapeutique de sa patiente Nicole...

Hors dossier nous vous proposons un texte d'Ophélie Avron, psychodramatiste bien connue, qui, abordant les problèmes du double dans le psychodrame, rejoint nos pratiques et nos préoccupations dans la vie de nos groupes pour ce moment particulier, ce temps souvent si enrichissant et éclairant dans le déroulé des jeux. Nul doute que chacun d'entre nous peut tirer bénéfice de ses réflexions touchant autant aux participants qu'à l'animatrice.

Souhaitant que nos cahiers vous stimulent dans votre quotidien de soignant nous serons toujours heureux d'avoir votre avis tant sur leur contenu que sur leur forme. N'hésitez pas à nous en faire part sur sitaipb@orange.fr nous répondrons à tous.

* Marie Didier, Contre-visite, Gallimard Paris 1988 - Folio 1992

DOSSIER QUÉBEC

XXI èmes rencontres de l'AIPB

Pavillon Ferdinand-Vandry, Université Laval, Québec (Qc) Canada

QUÉBEC Vendredi 26 septembre 2014

La rencontre rendue possible : *Au-delà du guide de pratique, ...l'Autre*

Argument de la journée

Le guide de pratique des professions soignantes structure et encadre le travail du soignant. Il est essentiel pour assurer des soins de qualité et complets auxquels les patients s'attendent. C'est un outil rationnel, pragmatique et rassurant pour le professionnel, guide maintenant indispensable pour ses interventions.

Mais pour le soignant, c'est un véritable défi de pouvoir à la fois se référer à un guide de pratique et établir une relation soignante avec son patient.

Pour chaque patient, la rencontre est d'emblée toujours présente : il espère être accueilli et entendu par le soignant et il est en demande d'une relation. Dans les guides de pratique, la rencontre avec le patient est peu évoquée. Le soignant qui se contenterait d'une simple prise de contact, se priverait d'un ingrédient essentiel dans le processus de guérison, à savoir une relation soigné-soignant investie et vivante où pourra s'exercer l'action de ce que Balint nommait le « médicament-médecin ». Le patient se déplace, va vers l'autre, que ce soit concrètement au bureau privé, à l'hôpital ou bien en institution. Le soignant, de son côté, se doit d'aller le chercher, le rejoindre. S'il y a convergence de ces deux mouvements, la rencontre sera rendue possible, un contact potentiellement déjà porteur de soulagement grâce à la disponibilité affective. La table est mise pour un travail conjoint, un véritable partenariat, favorisant la compréhension souhaitée.

Grâce à un espace de parole, puis de jeu, le Psychodrame Balint est une méthode qui aide le soignant à se recentrer sur la dimension relationnelle de sa rencontre avec le soigné, en s'appuyant sur le travail du groupe.

Introduction à la journée de Québec

Luc Steimer *

Mesdames, Messieurs, Chers Amis,

C'est avec grand plaisir et émotion que je m'adresse à vous ici.

Le plaisir est, bien sûr, celui de vous retrouver une nouvelle fois alors que notre travail à Montréal en 2005 est encore si présent à notre esprit.

Le plaisir est celui de pouvoir aborder ensemble ce thème sur la relation à nos patients qui nous fait nous rejoindre, praticiens canadiens et européens dans notre souci de maintenir à notre médecine son caractère performant dans la recherche et la pratique autant dans les domaines scientifiques que psychologiques.

L'émotion est celle qui accompagne bien sûr notre désir d'une surprise à venir, d'un étonnement à renouveler, d'une incertitude à lever quant au déroulement concret de cette journée.

Je vous en rappelle le thème :

La rencontre rendue possible.

Au-delà du guide de pratique, ... l'Autre

Après les exposés de ce matin qui en parleront de différents points de vue nous travaillerons en groupes de psychodrame Balint.

Ce sera alors l'occasion, pour ceux qui ne le connaissent pas, de découvrir par la pratique ce moyen de formation et de recherche qui a plus de quarante ans d'existence.

Sur le même mode, notre après-midi sera partagé en un temps d'exposés ici puis un retour dans les mêmes groupes que le matin avant une assemblée plénière de clôture.

A la rencontre de nos patients comment pourrions-nous nous montrer meilleurs soignants, plus à l'écoute, toujours mieux prescripteurs de ce médicament si particulier, celui dont Balint disait : « c'est le médecin lui-même ».

Cela ne va pas de soi et si nous sommes heureux de voir comment nos facultés de médecine se penchent actuellement plus attentivement sur la formation des jeunes médecins aux problèmes relationnels nous pensons que nos efforts des décennies passées y sont

pour quelque chose et c'est pour nous un encouragement à continuer.

Continuer à considérer nos patients comme des sujets dans toute leur complexité et non des syndromes ou des porteurs de symptômes, continuer à considérer les soignants comme des sujets dans toute leur complexité et comprendre alors comment entre les uns et les autres la relation mérite d'être prise en compte, travaillée, approfondie, et respectée pour avoir de ce fait une action thérapeutique.

Voilà l'esprit qui nous anime, et qui va nous animer toute cette journée, dans ce cadre de travail si propice aux échanges.

Je veux, au nom de notre association, remercier très chaleureusement toute l'équipe d'organisation qui, depuis des mois, prépare si méticuleusement cette journée pour en faire un succès. Ils ont tout programmé, même le soleil de l'été indien !

Merci à Suzanne Déjoie et au Dr Christian Bourdy (qui je le rappelle animent tous deux le groupe régulier de psychodrame Balint de Montréal) merci au Dr Jean-François Montreuil, vice-doyen de l'université de Laval et bien sûr à tous les Balintiens qui les soutiennent (au premier rang desquels les Drs Noël Montgrain et Jacques Frenette).

Et un merci tout particulier au Dr Rénaud Bergeron, doyen de la Faculté qui nous accueille dans ce cadre si agréable et a mis à notre disposition les moyens de son administration.

Oui un grand merci à vous tous, amis très chers du mouvement Balint québécois, et que nos travaux d'aujourd'hui répondent pleinement à vos attentes.

Je déclare ouvertes ces XXIèmes rencontres de notre association internationale du psychodrame Balint.

*** Médecin généraliste 30120 Le Vigan – France**

Traces et mémoires

Anne Caïn et le psychodrame Balint

Dr. Noël Montgrain*

Bonjour à tous. J'ai 15 minutes pour m'adresser à vous. Certains, de France et d'ici, connaissent le psychodrame-Balint. D'autres, n'y connaissent peut-être rien. C'est à ces derniers que je m'adresserai principalement au départ.

Un mot donc d'histoire pour inscrire le psychodrame-Balint dans une filiation. Le groupe Balint s'est développé à l'intérieur du mouvement psychanalytique. C'est Michael Balint de la Société britannique de psychanalyse, disciple de Sandor Ferenczi, lui-même contemporain et ami de Freud, qui conceptualisa cet outil important de supervision et de réflexion sur la relation médecin-malade - et, par extension, de régulation chez tous les professionnels de la santé et professionnels de la relation. Le groupe Balint a migré en France et c'est Michel Sapir, lui aussi psychanalyste, qui en fut le principal représentant. Le lieu principal des rencontres Balint que menait Michel Sapir en France était Annecy ou s'alternaient grands groupes et petits groupes. Ces journées étaient d'une très grande richesse et très appréciées par ceux qui y participaient.

C'est là que j'ai rencontré Anne Caïn et que je l'ai vue travailler. Le psychodrame Balint m'était totalement inconnu et j'ai été, tel Saint Paul sur le chemin de Damas, jeté par terre. Je fus tout de suite séduit par son charisme, par son extraordinaire présence - j'allais ajouter : en scène - tout autant que par son effacement, quand le jeu était enclenché. Séduit surtout par cette approche qui, à mon sens, en partant de la réalité bien reconstruite de la rencontre médecin-malade, débouchait sur un dévoilement progressif de la vérité inconsciente. Pas de tricherie possible ! Dans le Balint classique, le sujet peut toujours garder pour soi certaines pensées que sa censure refuse.

Le soir même, au dîner, elle me proposait gentiment d'assister, comme observateur, à un week-end d'un psychodrame qu'elle allait tenir au Castelet en juin. J'y suis revenu par la suite tous les six mois, à Marseille, comme à Paris en décembre, jusqu'à sa mort, étant devenu, après la maladie et la mort du regretté Charles Brisset, à sa demande insistante, co-animateur du groupe.

Place difficile à assumer, je dois dire. Charles Brisset ayant été un maître pour moi en psychiatrie, et l'auteur du manuel de psychiatrie avec lequel j'ai passé mes examens de certification.

On sait que dans le Balint, on évite soigneusement d'empiéter sur la vie personnelle du médecin. C'est à cette condition qu'il se sentira libre de parler. Ce n'est donc pas, pour lui, le lieu d'un succédané de psychothérapie personnelle. Il n'est pas non plus un groupe thérapeutique. Brisset eut cette heureuse idée de décrire le Balint comme une thérapie professionnelle.

Un jour, au Québec, Anne Caïn me suggérait d'y constituer un groupe avec Suzanne Dejoie. Nous avons sauté sur l'occasion. Il nous fallait son aval pour nous autoriser à le faire. Ce groupe, je l'ai animé avec elle pendant plus de douze ans. C'est Christian Bourdy qui a pris ma relève dans ce groupe qui existe toujours.

L'argument des documents que vous avez reçus vous dit que la relation médecin-malade doit dépasser le guide de pratique, qui, il faut le dire, est suffisant la plupart du temps. Mais, il ne dit pas grand chose sur le fait que le médecin doit se rappeler qu'il ne traite pas seulement une maladie, mais une personne malade. Cette rencontre avec le malade, quand elle a lieu, ne va pas de soi. Elle oblige le médecin à s'impliquer personnellement et elle est de ce fait parsemée d'écueils.

Les rencontres Balint sont un espace de parole où médecins et soignants se rencontrent pour partager des difficultés relationnelles, avec un groupe de collègues.

Pour moi qui suis psychanalyste, il est une expérience destinée à superviser une vie de médecin en faisant se chevaucher un regard critique sur une attitude proprement médicale et un regard psychanalytique sur l'inconscient de la relation. D'une part donc, il s'intéresse à des aspects comme l'éthique et la déontologie, de l'autre, il travaille sur les avatars fantasmatiques de l'inconscient du médecin. Et, plus globalement, sur ce qui circule d'inconscient chez tous les membres du groupe.

À vrai dire, le médecin est confronté chaque jour aux misères de la vie et aux atrocités de la mort, et s'il vient dans un Balint, ce n'est pas pour s'épancher sur son sort. C'est qu'il sait que la relation qui le préoccupe est enlisée, qu'elle le concerne personnellement, et que c'est de l'Autre, des autres du groupe que pourrait lui venir un éclairage. En d'autres termes, ce que l'on met sous la loupe psychanalytique, c'est fondamentalement une relation transfert- contre-transfert, c'est-à-dire une relation qui concerne tout autant l'inconscient du malade que celui de médecin.

Anne Caïn ne nous a pas seulement donné une variante du Balint classique, mais à mon avis, sa forme la plus séduisante et la plus puissante.

Le Balint fait associer le médecin sur son patient, et c'est pour cela que l'inconscient entre en scène. Mais dans le psychodrame-Balint, il n'est pas seulement en scène, il est mis en scène, et alors, c'est une fantasmatique complexe qui se met en branle. C'est le feu croisé du soliloque, de doublage, du changement de rôle, de l'alternance des discours qui fait son œuvre.

C'est dans le « ne parlez pas, jouez ! » que réside l'une des principales différences entre le psychodrame-Balint et le Balint classique. Dans ce dernier, c'est au « dire » que l'on donnera toute la place. Le psychodrame, lui, décentrera plus radicalement le médecin, en ce qu'il sera d'entrée de jeu déstabilisé. Jouer n'est pas une habitude, ce n'est pas la voie habituelle de la réminiscence, qui est évocation, puis récit. Le jeu, dans le leurre du « retrouvons, si vous voulez bien, telle rencontre », introduit une relance de la fantasmatique, et donne un croc en jambe à la défense inconsciente. D'autant plus que le choix de la scène à représenter ne lui appartient pas et qu'il est très souvent surpris par ce qu'on lui demande d'évoquer.

Le corps et le jeu confrontent le soignant à des séries de petites différences qui relancent sa fantasmatique. Il doit venir corriger ces différences de la place même du patient, et, de là, se renvoyer à lui-même d'autres différences. C'est comme s'il se parlait à lui-même et s'envoyait des signes de la place qui était occupée par le patient. C'est vraiment de la place de l'autre qu'il se permet de comprendre. C'est par le miroir de l'autre qu'il se comprend ; par le miroir des autres du groupe qu'il se voit finalement. Au terme d'un psychodrame, ou chacun des autres aura livré, en jeux croisés, en résonance, son fantasme, se sera constitué un fantasme inconscient du groupe.

Le jeu, dans le psychodrame-Balint, c'est une façon de mettre le corps de la partie. On est habitué de considérer le corps comme celui qui parle à la place de la psyché. Cela est particulièrement évident dans le symptôme hystérique, ou dans la maladie psychosomatique. Sa place est alors vicariante. Il parle à la place de... Et non pas au service de la psyché.

Dans le psychodrame-Balint, le corps est appelé à l'aide, comme révélateur. Il est réintroduit là où il devrait toujours être. Comme la médecine est d'abord une affaire de corps, l'introduire dans le cadre d'un questionnement sur la relation médecin-malade va de soi.

C'est d'ailleurs sur ce corps qu'Anne Caïn ne cessait d'insister.

Anne Caïn disait que « la remémoration et son élaboration secondaire se feront de manière évidente dans le corps, et la parole n'apparaîtra qu'en second lieu après que le corps en ait été l'élément moteur. La communication est ici d'abord infraverbale et les affects commencent à se manifester de façon gestuelle avant d'alimenter le discours parlé ».

Lacan disait d'une façon plus magistrale : « Je parle avec mon corps, et ceci sans le savoir. Je dis donc toujours plus que je n'en sais ».

Je me donnerai un grand crédit dans l'histoire du psychodrame-Balint. Sans moi, je pense, sans mon insistance à vaincre sa résistance à écrire, son sentiment d'emprunter une voie interdite, je ne crois pas qu'elle aurait écrit son livre, *Le psychodrame-Balint. Méthode, théorie et applications* qui est paru, je vous le rappelle, dans le même temps où elle apprenait de quelle maladie elle allait mourir.

Elle m'avait envoyé un premier manuscrit qui, à mon avis, ne rendait pas justice à sa méthode. Je lui proposai donc des pistes qui parlaient mieux de l'originalité de sa méthode, et qui décrivaient plus en détail sa technique. Je crois que c'est cette sorte d'aval médical qui l'autorisa à écrire ce que j'appellerais un manuel. Elle était par formation criminologue. Non médecin dans un monde médical. Dans le monde hiérarchique européen, cela porte à conséquence.

C'est sur le pas de la mort, donc, qu'elle consigna sa pensée dans un livre.

Anne Caïn était d'une indomptable énergie et c'est avec la conviction d'avoir mis au point un outil incomparable d'aide à la relation médecin-malade qu'elle a patrouillé inlassablement l'Europe latine.

C'est pour cela aussi qu'elle nous a demandé de fonder un groupe à Montréal ; pour que son œuvre traverse l'Atlantique. C'est aussi pourquoi, ce congrès se tient ici, au Québec, en 2014. Pour vous sensibiliser à cette démarche et peut-être l'adopter.

Je termine par cet hommage : Anne, où que tu sois, ou ne sois pas, l'AIPB pense à toi et se souvient.

***Psychiatre-Psychanalyste Québec**

LE BALINT EN JEU: LES AUTRES ET MOI

Doris Clerc*

En me préparant à ce témoignage sur le thème de cette rencontre, L'autre, je n'arrivais pas à identifier un cas particulier dont j'aurais pu parler. Ce qui me venait à l'esprit correspondait plus à des bribes de mon expérience dans le groupe, des images et des sensations. Je pense que leur fil conducteur, la trame sous-jacente, est l'évolution de mon implication dans l'activité, et comment ma perception de ma contribution dans la relation avec mes patients s'en est enrichie. C'est donc de cela que je vais vous entretenir.

J'ai commencé à participer au Psychodrame Balint il y a environ deux ans et demi. C'est par une collègue de travail que j'ai été amenée vers ce groupe. Nous étions à la recherche d'une approche qui nous permettrait de donner du support au personnel confronté à la fin de vie de leurs patients. Ma collègue connaissait Christian Bourdy, qui anime avec Suzanne Dejoie un groupe de Psychodrame Balint à l'Université de Montréal, et il nous a donc invitées à y assister.

Je connaissais un peu le Balint mais dans sa forme traditionnelle, à laquelle j'avais été brièvement exposée durant ma résidence en psychiatrie. Je n'avais cependant aucune idée de sa version en psychodrame.

Mon périple avec le groupe a donc débuté à l'hiver 2012. Je venais tout d'abord en observatrice. Les présentations ont rapidement été faites, et j'ai surtout retenu que le groupe se réunissait régulièrement une fois par mois, et que certaines personnes y participaient depuis plusieurs années (certaines depuis une vingtaine d'années). Je n'avais aucune idée de qui était qui, quelle profession chacun exerçait, ni quelles étaient les relations des uns avec les autres. Après quelques minutes de silence, quelqu'un s'est proposé pour présenter un cas avec qui il éprouvait certaines difficultés. Je ne me rappelle pas exactement du contenu, plutôt de mes impressions ce soir-là.

Le jeu de rôle a pris forme avec un bref scénario du cas, le rappel de la première rencontre avec le patient, puis d'une entrevue, la mise en scène du lieu où les entrevues décrites avaient pris place. Un participant a été désigné pour jouer le rôle du patient, et la scène s'est déroulée.

Pendant que les deux "acteurs" interprétaient à tour de rôle le médecin et le patient, des membres du groupe allaient soudainement derrière eux interjecter des répliques, exprimant ce qu'à leur avis les personnages pouvaient penser ou ressentir durant l'entrevue. Ces interventions spontanées semblaient parfois laisser celui qui avait amené le cas assez interloqué.

J'ai examiné le tout d'un œil très pragmatique. Du genre: un instant, qu'est-ce qui a vraiment été joué ? La vraie séance, ou celle imaginée par le narrateur ? Qu'est-ce qui est réel, qu'est-ce qui relève du fantasme, et il s'agit du fantasme de qui ?

Et les membres du groupe se prêtaient au jeu avec enthousiasme, un peu d'ironie, un certain sans-gêne (certains propos n'étaient peut-être pas de ceux qu'on admettrait ouvertement durant une entrevue !). Mais le tout était néanmoins fait avec beaucoup de concentration et d'intensité, un grand respect les uns envers les autres, et avec une complicité évidente.

Ma première réaction était plutôt sceptique. Je trouvais qu'il y avait beaucoup de place à l'interprétation dans la reproduction a posteriori de l'entrevue avec le patient. Celle de celui qui présente le cas: comment peut-il vraiment se rappeler de ce qui s'est passé dans les entrevues qu'il décrit ? Ça fait plus de dix ans qu'il voit ce patient, se rappelle-t-il vraiment de sa première rencontre avec lui ?

L'interprétation de l'acteur aussi: il joue le patient, tel que le cas est décrit, mais il n'y était pas à cette entrevue ? Et les commentaires des participants

durant le jeu semblaient quelquefois si provocateurs ! Comme psychiatre, je suis évidemment sensible à l'arrière-plan fantasmatique inhérent à la rencontre patient-médecin, mais j'ai vraiment sursauté au côté théâtre du Psychodrame Balint. Pourtant, dès ce premier soir, des souvenirs de mes propres patients et différentes situations professionnelles me sont revenus en mémoire, en même temps que certaines expériences de ma vie personnelle qui avaient certainement influencé mes attitudes dans ces situations cliniques.

Au cours de la discussion qui a suivi, chacun a partagé ce qu'il avait ressenti et pensé durant le jeu de rôle. Différents points de vue et différentes facettes de la relation entre ce médecin et le patient ont été abordés. Celui qui avait amené le cas a confié son étonnement face à ce qui avait émergé, mais aussi avoir pris conscience de ce qui interférait pour lui dans la relation avec son patient. Finalement, le jeu de rôle, dans ce qu'il a exprimé par les mots, la voix, les intonations, les gestes, a mis en relief les subtilités et nuances de cette relation thérapeutique, imaginée, fantasmée et revisitée par le médecin et chacun des participants, à partir de leur propre vécu professionnel et personnel.

En réfléchissant au déroulement de cette première expérience, je vois que ma position de départ était celle du psychiatre dans son rôle de supervision (comme si j'avais observé un résident avec un patient durant la mise en scène de l'entrevue), ou de psychiatre en consultation (comme avec les collègues qui viennent me voir au sujet d'un patient qui représente pour eux un défi relationnel). C'est à travers cette identité que se sont situées mes premières réactions après les jeux de rôle. Mes premières prises de parole dans la discussion étaient donc de cet ordre.

Sauf que le but du Balint est d'explorer de façon différente la relation patient-médecin, et non pas de superviser des collègues. Et même comme psychiatre, on ne prend pas toujours le temps de réfléchir à la relation thérapeutique, et à la rencontre avec l'autre qu'est l'entrevue avec le patient. En tout cas, à un moment, on m'a gentiment rappelé à l'ordre en me disant que le but de l'exercice n'était pas de dire aux autres quoi faire. Ça m'a bousculé de mon rôle habituel, mais c'est tant mieux, parce que la suite des choses a fait de moi une adepte de l'approche.

J'ai participé à deux ou trois autres rencontres et la fin de l'année est arrivée. Au cours de l'été, je n'ai plus repensé au psychodrame, toute envahie par le travail et la couverture de mes collègues en vacances.

Et en août, j'ai reçu le courriel annonçant la reprise de l'activité à l'automne. Je ne croyais pas y retourner (ma collègue et moi avions conclu que le Psychodrame n'était pas l'approche qui convenait à nos besoins), mais le jour venu, je me suis pourtant rendue à l'université, un peu surprise d'ailleurs, quasi portée par mes pas...

J'ai éventuellement présenté un cas. Une dame assez particulière, célibataire d'environ 70 ans, référée pour un problème de douleurs chroniques, qui se présentait durant ses entrevues avec moi de façon assez théâtrale et dramatique, exagérant des symptômes physiques de façon un peu invraisemblable (une douleur intolérable au dos qui courbait sa démarche d'une façon pas trop crédible, mais qui ne l'avait pas empêchée de ramasser des briques pour réparer un mur deux ou trois semaines auparavant). Elle me semblait rechercher de l'attention et des médicaments, elle m'irritait et je me sentais utilisée. Il y avait un côté ridicule et exagéré à ses prétendus symptômes. J'étais un peu sarcastique avec elle. J'avais de la difficulté à éprouver la moindre empathie pour elle, malgré certains éléments de son histoire un peu tragiques, entre autres le fait que son seul fils l'avait rejetée et n'avait plus de contact avec elle.

La mise en scène d'une de mes rencontres avec elle a suscité beaucoup de réactions et de commentaires de la part du groupe. J'ai été surprise et même choquée (au sens d'avoir un choc) de certains commentaires faits par mes collègues lorsqu'ils se mettaient à ma place! Vraiment comme s'ils exprimaient des sentiments que peut-être je ne me permettais pas de ressentir, surtout la colère et le rejet envers cette patiente (sentiments qui étaient bien plus présents en moi que ce que je voulais bien m'avouer). Étonnée aussi de voir que lorsque les collègues se mettaient à la place de la patiente, ils avaient été bien plus sensibles à des petits indices, qui laissaient poindre la souffrance de cette dame. Des indices que j'avais ignorés, comme le moment où son flot de paroles s'était interrompu à la mention de son fils moment où elle était pourtant clairement bouleversée, je l'ai réalisé en rétrospective.

J'ai réalisé que je me sentais tellement manipulée par elle, que je ne faisais même pas l'effort de l'écouter et de l'entendre, alors qu'il y avait une vraie douleur, bien plus psychique que physique probablement. Quand j'ai revu la patiente quelques semaines plus tard, mon irritation était nettement moindre. Étant plus à l'affût des signes de tristesse que mes collègues m'avaient permis de détecter, nous avons pu toutes les deux explorer un peu les aspects affectifs qui pouvaient influencer ses douleurs.

Elle a admis qu'elle exagérait un peu ses symptômes physiques pour obtenir des médicaments, que c'était plus facile qu'un travail psychothérapeutique qui ne l'intéressait pas à ce moment-ci. Ça m'a quand même permis de répondre de façon plus nuancée au gériatre qui me l'avait référée, pour qu'il puisse lui aussi la comprendre un peu mieux, et ainsi éviter un rejet qui certainement n'aurait rien donné de plus à la patiente. Je pense que ce jeu de rôle m'a permis d'aller au-delà du rejet, de percevoir un peu mieux sa vraie souffrance, et de l'aider à comprendre un peu mieux l'interface entre ses symptômes physiques et sa peine.

Éventuellement, j'ai été sollicitée par des membres du groupe comme actrice ! C'est une toute autre perspective d'interpréter une relation dont on n'a jamais été témoin... Ma première préoccupation était de bien jouer le rôle, de bien répéter ce que mon collègue rapportait de ce qui s'était passé. Ce n'est pas si facile, ça prend quand même un effort de mémoire! J'ai vu rapidement que je devais laisser tomber mon souci du verbatim, c'était beaucoup trop ardu. Alors j'ai plutôt tenté de traduire ce que ma collègue exprimait, à partir de son compte-rendu, mais comme ça me venait spontanément à l'esprit, que ce soit en mots, en attitudes, dans l'expression verbale et non-verbale. Dans le fond, une forme de libre association! Et pour moi, c'est là où l'approche par le Psychodrame a pris tout son sens, où j'ai vraiment réalisé comment il pouvait m'aider! A travers le jeu, il me semble que je peux m'exprimer plus librement, avec moins de contrainte, et cela m'amène à discerner certains aspects de ma relation avec le patient, le membre de la famille, l'intervenant, qui ne m'auraient pas été évidents autrement.

Par exemple, j'ai été désignée pour interpréter le rôle d'une patiente par un médecin du groupe qui éprouvait un malaise suite à une rencontre familiale difficile. Elle suivait depuis plusieurs années une dame dont le fils militaire venait de revenir à la maison. La dame était déprimée et en train de se refermer sur elle-même, parlait de partir, son mari et son fils ne la reconnaissaient plus et ils l'avaient amenée chez le médecin. Alors que Mme était plutôt muette et comme paralysée, le fils semblait plutôt arrogant et s'imposait durant l'entrevue, comme il semblait aussi prendre le contrôle de la maisonnée. Ma collègue disait avoir réagi fortement et avoir été très dure envers le fils, et elle avait profité du fait qu'il voulait payer son stationnement pour le renvoyer chez lui.

En jouant le rôle de cette mère, ce qui montait en moi était une grande colère face à l'envahissement

de ce fils, mais aussi une grande tendresse face à lui (toute mon identification comme mère !).

Dans la peau du médecin, par contre, le fils était si imposant que je me sentais bousculée. Je trouvais intolérable la passivité de la mère, et mon désir de la défendre et de la protéger, de vouloir qu'elle s'affirme, étaient si forts que j'avais le sentiment de devoir le remettre à sa place puisque la mère n'en était pas capable.

Dans le rôle de la mère, mes sentiments étaient confus: contente que mon fils veuille m'aider, fâchée que ce faisant il tente de me contrôler ; contente que le médecin prenne mon parti, mais fâchée qu'il soit tranchant à l'égard de mon fils ! Ce qui me rendait muette et ne sachant que faire, avec pour seul désir la fuite.

Ce qui s'est passé entre la dame et le médecin, le médecin et le fils, le fils et sa mère, le fils et le médecin, a suscité une discussion passionnée et très animée. Chacun avait eu des réactions très intenses. Nous pouvions tous nous identifier au médecin, à la mère, au fils, selon différentes perspectives. Ma collègue en est repartie avec plusieurs idées et réflexions. Quant à moi, bien que ce jeu de rôle ne concernait pas directement un de mes cas, j'ai le sentiment qu'il a ouvert des portes, des avenues pour m'aider à moduler mon approche dans ce genre de situation difficile. Depuis, il y a eu des moments, lorsque j'ai rencontré des familles où les relations parents-enfants étaient intenses et ambivalentes, où mon impulsion initiale était de prendre parti pour l'un ou pour l'autre. Des images de ce jeu de rôle me sont alors revenues en tête pour me mettre en garde, et me rappeler que les relations entre les membres d'une famille sont complexes, qu'il est facile d'être polarisé, et qu'il vaut mieux approcher le tout avec prudence en faisant un effort pour comprendre la position et le point de vue de chacun.

Au cours de ces deux années, le plus souvent, j'ai été une observatrice active. Pour moi, l'expérience est tout aussi enrichissante. Au fond, une fois par mois, le Psychodrame Balint est l'occasion d'un voyage intérieur à travers les cas présentés et l'expérience partagée dans le groupe. C'est très spontané, ça semble même un peu irréel. Finalement, c'est ce que je pensais au début: très fantasmatique ! Mais aussi bien enraciné dans la réalité de ce qui se passe avec mes patients. Dans les jeux de rôle, je revois souvent, de façon fugace, des bribes d'entrevue, aussi des images qui semblent n'avoir aucun rapport avec ce qui se passe. Mais il y a généralement un fil d'Ariane qui finit par m'amener à l'endroit où le jeu de rôle qui se précise devant moi

peut s'accrocher. C'est mon théâtre intérieur qui s'anime.

Et ce théâtre comporte bien des personnages: différentes facettes de moi, de tous les autres qui me composent et qui me façonnent. Bien évidemment, le médecin et la psychiatre, des identités fortement ancrées. Mais aussi la conjointe, la mère, la fille, l'amie. Des parties de moi plus difficiles à accepter aussi: l'insécure un peu obsessionnelle, l'exigeante irritable (bien cachées j'espère!). Chacune de ces identités a son propre bagage, ses propres vulnérabilités, ses propres forces. Certaines me font peur.

Non seulement ces Autres en moi se manifestent, mais celui des autres aussi. Et ils participent tous à travers le jeu. Ensemble dans cette aventure, riche de la diversité de tous, mais complémentaire et même complice, notre groupe se nourrit et évolue.

Pour conclure sur le thème de notre rencontre, du Balint et de la rencontre avec l'autre, et au-delà de l'autre... Il me semble, justement, que le Psychodrame est un moyen privilégié pour nous mettre en contact avec ces Autres qui nous composent et qui jouent dans la relation que nous avons avec nos patients. Nos Autres et les leurs! Dans mon cas, ces Autres ne s'éveillent pas tous de la même façon, ni avec tous les patients. Ils sont sollicités parfois mystérieusement, et souvent sans même que je m'en aperçoive. Le psychodrame m'a permis de les distinguer un peu mieux de la pénombre. Je vous remercie de m'avoir écoutée.

***Gérontopsychiatre MD, FRCPC
Institut universitaire de gériatrie de Montréal**

LE PSYCHODRAME BALINT À LA RENCONTRE D'UN IMPREVISIBLE DIALOGUE

Bernard LE FLOHIC *

La situation qui préoccupe un participant soignant est successivement mise en lumière par des points de vue différents ; ceux des participants du groupe, ceux des animateurs, et finalement par le petit changement qui est venu s'opérer pendant le jeu du psychodrame Balint ou ultérieurement dans l'après-coup de ce jeu.

Ce qu'il y a de particulier dans le psychodrame Balint c'est que l'on change de place .

Initialement assis en préambule en première exposition de la situation qui pose problème, puis debout en mouvement s'exprimant à haute voix ou assis à nouveau écoutant silencieusement les autres soignants à propos de cette situation. Le jeu de psychodrame serait comme décor que l'on aurait posé puis qui s'animerait, où l'on ferait partie soi-même du tableau, une situation où le soignant verrait sa consultation reprendre vie autour de lui au fur et à mesure qu'il l'évoque et se la remémore. Les différentes personnes venant figurer le patient ou sa famille ou d'autres personnes soignantes ou de l'entourage seraient là pour venir vivre de l'intérieur la situation. Pas de préparation ou de scénario connu par avance, tout se joue et se rejoue là dans l'instant avec l'imprévisible de la retrouvaille des moments gardés en mémoire...

Le médecin lui-même viendra prendre un instant la place de son patient et de cette même place se fera face à lui même, sa propre place occupée un instant par un autre soignant ; C'est tout l'enjeu du psychodrame Balint : Considérer sa propre place de soignant.

Pourquoi faudrait-il venir occuper ce point de vue décalé, le médecin étant habituellement déjà tout affairé par sa propre place à tenir le plus souvent dans l'action?

Revivre et interroger la rencontre médicale, sous la garantie professionnelle des soignants formant le groupe de travail et des animateurs. Ce sont ces changements de place du médecin au patient, du patient au médecin, qui interrogent la fonction médicale à travers la rencontre soignante.

Il est dit dans l'argument de la journée qu'il s'agit d'un véritable défi d'à la fois respecter et mettre en oeuvre les guides de pratique et d'établir une rencontre soignante avec le patient.

Il existe deux perspectives simultanées dans le travail médical : l'une s'appuyant sur les guides de pratique et l'autre sur la relation, chacune d'elle étant de nature totalement différente. Ce qui est imprévisible c'est l'importance et la manière que chacun leur accorde. Ce qui est inattendu, c'est l'influence de l'une par rapport à l'autre. Double regard, double écoutes parallèles. Mais un seul soignant.

Nous allons à la manière d'un psychodrame focaliser sur deux situations pour illustrer la question de ces deux points de vue différents.

Voilà : je suis dans mon cadre habituel, mon décor professionnel.

Je suis dans la maison médicale, assis à mon bureau situé entre la salle d'attente et la salle de soins, avec tout le matériel médical, stéthoscopes, tensiomètres, nécessaire à perfusion, matériel de petite chirurgie et de gynécologie, spiromètre, balance pour bébé, toise, audiomètre et autres outils de mesure. Mais aussi pour accueillir mes patients, au mur des marines colorées peintes sur bois trouvées échouées sur la plage en Bretagne, une affiche de cadran solaire des hautes Alpes, souvenirs

de randonnées, une affiche des sauveteurs en mer et, devant moi, le courrier reçu le matin même.

J'y trouve le compte rendu d'hospitalisation de ma patiente Madame R., Jeanne de son prénom, patiente depuis 25 ans dont j'ai aussi été le médecin du mari maintenant décédé. Je suis aussi le médecin de son fils. Courrier provenant du service de pneumologie. La description de son histoire médicale est rationnelle et ordonnée. Je peux suivre pas à pas le raisonnement médical, les moyens employés d'investigation et les thérapeutiques depuis l'état initial jusqu'à son état final date de sa sortie du service.

D'ailleurs la veille de son hospitalisation je suis intervenu en urgence à son domicile. Je me suis appuyé sur « la révision de la 3^{ème} conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence concernant les insuffisances respiratoires aiguës sévères, publiée en 2002, un guide clinique canadien publié en 2005 et les 14 synthèses du réseau COCHRANE ». Il était question de critères d'évaluation de la gravité d'une telle situation et de la façon d'employer les corticoïdes et les bronchodilatateurs en aérosol. J'apprécie les consensus et guides de pratique. Ils parlent de biologie, de techniques, d'arbre décisionnel, de physio-pathologie.

Ils forment ma première "boîte à outils" professionnelle.

Le jour de sa détresse respiratoire il fallait être efficace ; justifier des moyens employés et de la cohérence de la mise en pratique. C'est une pratique éprouvée, commune partagée par tous les médecins. On y parle un discours scientifique statistique, pharmacologique. C'est une médecine « fondées sur les preuves » ou médecine "factuelle" stratégie d'apprentissage de connaissances cliniques, fondées sur la recherche, d'essais cliniques contrôlés, randomisés et de méta-analyses. Il me faut des « conduites à tenir » solides, des démarches rigoureuses sur lesquelles compter. Cela avait été le centre de ma formation initiale, le socle historique remis à jour régulièrement et prolongé par ma formation médicale continue.

Cette première boîte à outils est constamment avec moi. J'ai consacré et j'y consacre toujours des heures à cette connaissance et cette pratique passée et présente.....

Il est question du corps malade et de la maladie. La recherche d'objectivité prend toute la place. Tout le champ du particulier y est exclu. Tout est impersonnel du point de vue du patient et du

praticien. Le corps du patient est l'objet d'une étude anonyme.

Mes yeux quittent alors quelques instants le courrier de l'hôpital concernant cette patiente et je me prends à songer d'une façon toute personnelle à cette famille ; les guides de pratiques m'ont été tout à la fois d'un grand secours mais aussi m'ont paru parfois bien inadaptés, difficile à mettre en œuvre et finalement m'ont laissé bien souvent démuni pour affronter cette famille .

Qui n'aspire comme le patient, lorsque la vie est en jeu, à avoir affaire à un médecin savant, compétent ? Qui ne retient son souffle c'est à dire sa vie en attendant un diagnostic ou un traitement ? Un instant on se sent devenir objet d'une médecine très objectivante.

Provisoire parenthèse de sa propre existence au profit d'une rigueur scientifique. Mais on ne retient son souffle que quelques instants seulement. On ne peut le retenir indéfiniment.

On a besoin de récupérer un corps dans son intégrité mais aussi ce qui fait la particularité de chacun autrement dit son désir ou sa manière de vivre. On a besoin que le médecin ne soit pas soumis seulement à des guides de pratiques ou de codes de bonne conduite mais qu'il veuille bien se soumettre aussi à l'imprévisibilité et l'originalité d'une rencontre.

De sa place de médecin, le médecin observe son patient ; de la place du patient le médecin observe sa propre place. Et c'est tout le champ du particulier qui surgit. Allers retours troublants et féconds de découvertes.

Voilà je suis dans un autre décor, un autre cadre maintenant.

Tout n'est pas simple avec Jeanne dont je vous parlais auparavant. Mais en fait c'est tous les membres de la famille qui m'ont souvent rendu très mal à l'aise toutes ces années. Ils consultent souvent pour des motifs qui me surprennent et dont je ne partage pas l'inquiétude. Lorsque c'est moi qui suis inquiet, ils ne le comprennent pas. Ce décalage me donne le sentiment d'être à contre-pied ou en porte-à-faux permanent. Je m'appuie sur les guides de pratiques comme autant de bouées de sauvetage mais je sens une immense vague me tirer où je n'ai plus pied. Pour cette navigation à vue je cherche le secours du travail du psychodrame Balint.

Je suis debout au milieu des participants avec l'animatrice debout face à moi lors d'une séance de psychodrame Balint. Collègues médecins spécialistes ou généralistes, infirmières ou psychologues, jeunes

et moins jeunes expérimentés dans la profession assis en cercle nous entourant .

Et c'est une autre histoire qui va se superposer .Je quitte le monde des bronchodilatateurs et des mesures de saturation en oxygène, des volumes expiratoires, pour rentrer dans le monde du récit d'une relation : celle que j'ai moi médecin avec tous mes guides de pratiques, celle que j'ai avec la maladie de cette patiente madame R. Jeanne qui m'a choisi comme son médecin ; Mais aussi celle que madame R. a, elle, à sa propre maladie .

Elle souffre d'une maladie respiratoire sévère chronique oxygénodépendante résultat d'un tabagisme ininterrompu et d'une peur terrible de mourir à chaque instant étouffée. Son fils, lui, aujourd'hui, ne respire plus, au sens figuré : totalement étouffé par l'anxiété de sa mère, suspendu à ses moindres mouvements respiratoires qui annoncent sa disparition à la fois redoutée et attendue. Ils ne se supportent plus mutuellement, simultanément angoissés de leur angoisse réciproques faite d'attraction et de répulsion et de violence contenue.

Il m'est demandé de retrouver une consultation qui a eu lieu des années auparavant où j'annonçais à Jeanne, ma patiente, que son fils avait une pneumopathie, une pathologie respiratoire infectieuse.

Je soliloque face aux participants du groupe ayant pris tour à tour le rôle de la mère et du fils et bien sûr celui du médecin, le mien. Et j'y suis avec mes questionnements sur ce couple mère-fils, sur les émotions que je retrouve et qui me gagnent en leur présence imaginaire. Et c'est l'évocation inattendue de la présence très marquée et encore très influente parmi nous du père, décédé il y a quelques années, qui vient me surprendre... j'avais tout simplement oublié sa présence encore très influente jusqu'à ce moment debout où je me trouve au milieu du groupe. Des flashes de cette longue prise en charge familiale resurgissent alors que nous mettons en scène avec quelques chaises le décor de la visite à domicile. Des souvenirs resurgissent au moment de la mise en mouvement de cette scène revisitée. Et c'est la dynamique familiale qui est révélée par la participation des collègues dans le jeu, par leurs remarques, leurs identifications personnelles mais aussi la mise à jour de mes craintes et mes attitudes défensives vis-à-vis de leur propre attitude défensive face à la maladie. Imprévisibilité du jeu et de ses découvertes. Mise en mots inattendue au plus juste de cette relation et simultanément certitude d'avoir transformé mon regard sur cette famille.

Voilà je suis ici maintenant : ici dans cet hôpital .

Ce qui se déroule entre moi et ma patiente sort du champ d'étude médical habituel pour entrer dans un champ personnel d'étude et n'est l'objet d'aucune étude ou conférence de consensus. Cela fait partie de la sphère privée et pourtant professionnelle : ce que l'on nomme habituellement le colloque singulier... cette relation bilatérale en confiance et en conscience du médecin et de son patient. Ne peut-on la travailler elle aussi ? Encore faudrait-il la reconnaître et reconnaître son importance.

L'acte médical ne se résume pas à un savoir scientifique : rencontrer une personne malade, toucher son corps, introduit une dimension que l'on ne peut ignorer et qui mérite d'être interrogée. Le patient attend de son médecin qu'il soit présent face aux souffrances de la maladie, aux transformations personnelles ou familiales qui en découlent, aux apprentissages pour vivre avec la maladie ou mourir... Et le médecin doit faire face à ses propres représentations de la maladie et celles de son patient malade. Et c'est là que l'imprévisible se glisse.

Participer à un groupe Balint n'est pas remettre en cause le savoir scientifique médical, les guides de pratique si patiemment et si consciencieusement acquis, mais c'est s'interroger sur un autre savoir propre au soignant lui-même, sur le mode de relation qu'il entretient avec son patient et dont il n'a pas toujours conscience.

Venir m'exprimer aujourd'hui ici dans cet hôpital pour moi a un sens personnel. Lorsque j'ai commencé à participer à un groupe Balint, j'ai vécu ce travail Balint comme un corps étranger à ma formation initiale, ne sachant comment faire cohabiter cet intérêt que je croyais tout personnel avec tous ces guides et protocoles qui représentaient le seul langage commun avec les autres soignants ; mais chaque jour, chaque consultation médicale me rapelait avec évidence que cette implication personnelle incontournable venait mettre en musique tous ces guides de pratique parcourus .

Le groupe Balint permet de faire sortir de la clandestinité ce qu'il y a de personnel dans la relation médicale, et lui donner un sens professionnel, un sens pour soi-même et pour les autres soignants.

La reconnaissance de cet investissement propre à chaque rencontre médicale et propre à chaque soignant est sur quoi on s'appuie ensemble dans le travail Balint pour mobiliser les ressources qui semblent parfois faire défaut .

Cela constitue ma deuxième "boîte à outils" professionnelle.

Balint avait introduit les groupes au sein d'un hôpital londonien. Il avait je pense le désir de réunir ses deux outils de formation même si à l'époque les guides de pratique n'en étaient aussi qu'à leur début.

Il réunissait ainsi le médecin, son malade et la maladie : les trois termes du titre de son livre bien connu.

- **Médecin généraliste,**
29 rue d'Orléans 45410 ARTENAY - France

Relation médecin-malade et guides de pratique

Jacques Frenette*

Permettez-moi de commencer par des remerciements aux organisateurs pour leur invitation à faire une présentation et à participer à cette journée.

J'ai découvert le groupe Balint grâce à Jacques Bury, psychiatre et psychanalyste qui nous a proposé, mes collègues et moi, d'animer un groupe Balint avec son collègue Georges Painchaud, pour nous récompenser de nous impliquer dans le cours « Aspects psychologiques et Sociaux de la pratique médicale » dont il était le concepteur et le responsable à la faculté de médecine de l'Université Laval. Ce travail Balint, pendant 3 ans à raison d'une rencontre hebdomadaire de septembre à mai, a eu un impact majeur sur moi et sur les autres membres de l'équipe naissante de l'UMF Laval : Jean Turgeon, Guy Boucher, Jean-Claude Côté et Réналd Bergeron.

La participation à ce groupe nous a permis d'apprendre à être attentif au patient, à éviter un clivage entre médecine somatique et psychique, à avoir une compréhension plus globale du patient, à reconnaître nos émotions et nos réactions personnelles spontanées, à être plus à l'aise pour s'intéresser à la vie privée des patients, à être plus conscients que nos collègues font face à des difficultés semblables ou différentes, à être plus enclins à accepter de traiter des patients qu'on aurait été tenté d'éviter antérieurement.

Mon travail d'animateur de groupes de résidents et de groupes de médecins, mes rencontres avec Michel Sapir, Simone Cohen-Léon, Anne Caïn, Michel Delbrouck, Annie Bouillon, Suzanne Dejoie, Luc Steimer et d'autres animateurs Balint m'ont nourri et on fait croître mon intérêt pour l'étude et l'enseignement sur la relation médecin-malade.

Notre rencontre d'aujourd'hui est l'occasion d'échanger sur l'impact des guides de pratique sur nos relations avec nos patients. Je suis un fervent promoteur d'une approche centrée sur le patient et de l'importance de tenir compte de ses attentes et de ses émotions.

Comme médecin, je me considère comme un expert qui a, à la fois, beaucoup d'intérêt pour les personnes et beaucoup d'intérêt pour les sciences

médicales. Dans ma formation, j'ai eu le privilège de développer ma capacité d'écoute et d'empathie et mes compétences dans les domaines de la prévention et la prise en charge des problèmes de santé.

Dans la plupart des rencontres avec mes patients, il y a plusieurs temps, comme un rituel.

D'abord l'accueil : « qu'est-ce qui vous amène ? Que s'est-il passé depuis notre dernière rencontre ? » Parfois un contrat initial, explicite : « Si vous êtes d'accord, aujourd'hui on va faire ceci ou cela ». Le questionnaire, l'examen physique. Habituellement des échanges, une négociation sur la liste des problèmes, l'investigation, le traitement et le suivi.

Dans les différents temps de la rencontre, le patient et le médecin sont plus ou moins actifs, plus ou moins à l'écoute, l'un et l'autre peuvent être distraits.

Comme médecin, une recherche et une réflexion préalables sur les règles de pratique sont essentielles. On ne peut improviser, au hasard des demandes ou des problèmes des différents patients, surtout pour les situations fréquentes. Rien n'empêche de dire au patient qu'il faudra chercher ou demander conseil pour un problème spécifique plus rare. Une pratique basée sur les preuves implique une remise en question des habitudes du médecin dans le dépistage, l'investigation et le traitement de diverses pathologies.

Une décision partagée avec le patient implique un exposé clair de la part du médecin des avantages et des inconvénients d'une investigation ou d'un traitement.

Dans les 40 dernières années, j'ai souvent du changer mes conduites :

Cesser de faire une radiographie des poumons lors de l'admission d'un patient à l'hôpital pour dépister la tuberculose, cesser de faire un examen gynécologique et un test Pap (papilloma-virus) lors d'une première consultation pour contraception chez une adolescente. Traiter une infection urinaire non compliquée en trois jours d'antibiotiques plutôt que dix jours. Attendre une ou deux semaines au lieu de soigner hâtivement une sinusite ou une bronchite

avec expectorations jaunâtres avec un antibiotique. Convaincre des patientes que la prise d'hormone a peu de bénéfices et est plus risquée que de tolérer quelques bouffées de chaleur par semaine. Convenir cependant que la prise d'hormone pour être salubre si vous risquez de perdre votre emploi à cause des symptômes de ménopause. Chez l'enfant, convenir avec les parents de ne pas traiter immédiatement une otite moyenne aiguë avec un antibiotique et d'attendre 2 ou 3 jours selon l'évolution.

Certains de ces changements surprennent la clientèle et nécessitent des explications, des échanges, une négociation. Comme ils sont informés par les médias et qu'ils consultent l'internet, leurs demandes d'investigation et de traitement peuvent être assez pointues, insistantes.

Mr Leblanc est un homme d'affaires à la retraite de 70 ans. Je le rencontre 2 ou 3 fois par année depuis 15 ans. Il a une HTA légère, bien contrôlée par la médication. Il est globalement en bonne santé. Il n'a eu, à mes yeux, qu'une seule maladie qui aurait pu être sérieuse, une polymyalgie rhumatisante que j'ai diagnostiquée rapidement et traitée sans complication. C'est un homme minutieux qui se documente sur les problèmes de santé et sur la médication. Il se plaint d'une douleur au poignet gauche qui l'ennuie lorsqu'il joue au golf plus d'une fois par semaine. Il est plus confortable s'il prend deux comprimés d'acétaminophène avant et après la partie. Il s'inquiète de l'effet de l'acétaminophène sur son foie.

J'ai, face à lui, deux problèmes par rapport aux lignes directrices. Les études européennes et américaines ne démontrent actuellement pas clairement les avantages du dépistage du cancer de la prostate. L'investigation des taux anormaux de PSA et le traitement du cancer éventuellement identifié ne sont pas sans inconvénient.

Dès l'âge de 57 ans, je lui faisais annuellement une palpation de la prostate et un dosage du PSA. J'ai dû le référer à un urologue pour une PSA légèrement au-dessus de la normale à 65 ans. L'échographie et les résultats des biopsies prostatiques étaient normaux. Il m'a mentionné avoir trouvé que les manœuvres avaient été inconfortables et qu'il avait eu un peu de sang dans l'urine pendant 2 jours. Il est actuellement peu symptomatique au point de vue prostatique, se réveille une ou deux fois par nuit pour uriner, il prend parfois 20-30 minutes pour se rendormir.

Au début, nous étions tous les deux convaincus des bienfaits d'un dépistage précoce d'un éventuel cancer de la prostate. Après 70 ans, Cancer de la Prostate Canada recommande de prendre une

décision en fonction de l'espérance de vie. Le Collège des médecins du Québec a publié en 2013 une mise à jour de ses recommandations de 1998. Les membres du comité recommandent une décision partagée et proposent des outils de décision. Les mâles québécois de 70 ans ont près de 75% de probabilité de vivre jusqu'à 80 ans, 55% jusqu'à 85 ans et 30% à 90 ans. Mais quelle est son espérance de vie en santé ? Trois ans, cinq ans, dix ans ?

Après l'examen physique, il me demande: « Qu'est-ce qu'on fait pour la prostate ? » Je lui rappelle notre discussion des deux années précédentes où nous avons décidé de ne pas faire de dépistage par toucher rectal et APS. « J'ai rencontré quelqu'un au golf qui a été traité avec des implants radioactifs et qui fait la promotion du dépistage ». Je lui réponds, « C'est ton choix, je suis tout à fait disposé à faire le toucher rectal et à faire doser les PSA. » Il répond : « on va laisser faire. » Je m'informe de la famille, sa fille dont il est fier est en affaires. Son entreprise est en difficultés financières telles qu'elle pourrait faire faillite... Ça peut garder un père éveillé, surtout s'il fait une sieste en après-midi.

Les avantages des guides de pratique me semblent être les suivants : obtenir des informations médicales pertinentes et valides ; diminuer l'incertitude ; donner l'impression de pratiquer une bonne médecine ; y accéder facilement. Par contre, je me demande souvent à qui me fier ? Les différents lobbies influencent le contenu des guides de pratiques. À qui se fier ? Les recommandations évoluent dans le temps. Je manque souvent de temps pour tout faire.

Des guides de pratique concernant les relations médecin-malade sont aussi enseignés en formation initiale et en formation continue. Le code de déontologie du Collège des médecins du Québec stipule que : « 18. Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle. » Chaque année le collège reçoit de nombreuses plaintes concernant les relations médecin-malade, plusieurs portent sur les attitudes des médecins envers les patients et les membres de leur famille.

Michael Balint, grâce à ses travaux, a mis en évidence des concepts utiles pour mieux comprendre les relations médecin-malade : Le diagnostic traditionnel versus global. Le médecin est un médicament, il peut avoir des effets positifs ou négatifs, il peut créer une dépendance, un sevrage. La tâche aveugle : chaque médecin peut avoir une zone qu'il perçoit moins bien; le travail en groupe,

avec plusieurs points de vue de ses collègues, peut lui permettre de découvrir progressivement ces zones d'ombres. La fonction apostolique réfère à la tendance innée qu'ont les médecins de savoir ce qui est bon pour leur patient : faire de l'exercice, bien manger, boire modérément, prendre des médicaments... Cette tendance est mise à l'épreuve par plusieurs recommandations des guides de pratiques faisant référence à l'importance de prendre en compte l'opinion du patient, à en venir à des décisions partagées.

Au cours des 25 dernières années, la méthode clinique centrée sur le patient a été largement diffusée et utilisée par les enseignants. Le clinicien doit s'efforcer de comprendre les expériences ou le vécu du patient, sa perception de ce qui ne va pas, les sentiments qu'il éprouve face à sa maladie, en particulier ses craintes, l'impact de ce problème sur son fonctionnement et ses attentes face à ce qui devrait être fait. L'un et l'autre doivent s'entendre sur un plan de soins : la nature des problèmes, les buts et les priorités du traitement et les rôles de chacun. Il s'agit en fait d'une négociation ou d'un cheminement pour en arriver à un terrain d'entente

où le médecin tient compte : d'une part, de l'opinion du patient, de ses sentiments et de ses attentes et d'autre part de son opinion d'expert sur la conduite à tenir.

La méthode clinique centrée sur le patient est utile pour le médecin et pour le patient. Elle assure une meilleure compréhension du problème du patient et accroît l'efficacité de l'entrevue et des interventions. Elle permet d'arriver à un meilleur diagnostic, une meilleure gestion du temps, elle favorise l'observance et la satisfaction mutuelle. Les médecins qui utilisent la méthode clinique centrée sur le patient ont moins de plaintes et de poursuites. Les guides de pratiques sont pour l'un et l'autre des outils utiles qu'il faut utiliser avec sagesse.

*** md, CCMFC, FCMFC**

Professeur Émérite

Département de médecine familiale et de médecine d'urgence Université Laval Québec

L'Evidence-Based Médecine et les Groupes Balint : deux vents qui soufflent dans la même direction.

Philippe Karazivan*

Un des procédés les plus communs de la méthode scientifique consiste à réduire un phénomène naturel complexe pour le comprendre. Il s'agit de comparer - chercher des similarités et des différences- entre diverses catégories pour mieux les exprimer, les illustrer, pour en légitimer ou en valider une en particulier. C'est une méthode qu'on m'a enseignée, que j'ai apprise et intégrée. Et ça fonctionne, notamment au plan de la recherche traditionnelle biomédicale qui s'appuie sur le paradigme positiviste et les principes statistiques. Cette méthode est aussi d'une certaine aide en pédagogie; il est de coutume d'apprendre la pharmacopée des hypoglycémiantes oraux ou les variétés de maladies mentales en les catégorisant.

Je voudrais proposer ici que de mettre en opposition deux postures (même si elles semblent a priori être effectivement opposées) n'est ni nécessaire, ni souhaitable dans certains cas. Rien ne nous oblige à positionner les Groupes Balint et tout le cadre théorique et épistémologique sur lequel ils s'appuient à contre-courant de la médecine moderne, une médecine qu'on voudrait décrire comme déshumanisée, déshumanisante, trop technique avec le discours dominant de l'Evidence-Based Medicine et ses guides de pratiques aliénants et infantilissants. En agissant ainsi, en les catégorisant et en les opposant, nous acceptons et adoptons précisément ce que nous reprochons à la médecine moderne et à sa psychiatrie de catégories et de critères diagnostiques.

Jorge Luis Borges a voulu démontrer le caractère parfois absurde et surtout souvent arbitraire de la catégorisation. Dans *Le marché céleste des connaissances bénévoles*, il présente sa curieuse *Taxonomie d'une certaine Encyclopédie Chinoise* dans laquelle les animaux se divisent en quatorze catégories :

- Appartenant à l'Empereur
- Embaumés
- Apprivoisés

- Cochons de lait
- Sirènes
- Fabuleux
- Chiens en liberté
- Inclus dans la présente classification
- Qui s'agitent comme des fous
- Innombrables
- Dessinés avec un pinceau très fin en poils de chameau
- Et cætera
- Qui viennent de casser la cruche
- Qui de loin semblent des mouches

Depuis le début de ma formation médicale, il y a plus de quinze ans, les Groupes Balint font partie de ma vie professionnelle, de mon identité de scientifique, de soignant, bref de médecin. J'ai complété mes études, appris les principes de physiopathologie, de pharmacologie, les guides de pratiques, j'ai participé chaque mois à des Groupes Balint, j'ai appris les indications et les doses des médicaments en cardiologie et en psychiatrie, la manière de rencontrer un patient, de le questionner, de l'examiner ; en d'autres mots, j'ai développé mes compétences de médecin. Et j'ai ensuite développé ma pratique clinique et de recherche. J'enseigne à mes étudiants les principes de l'épidémiologie et de l'Evidence-Based Medicine (EBM). J'y crois. Et je crois aux Groupes Balint. Je refuse d'y voir là une contradiction. Ça marche, ça fonctionne. C'est la seule manière que je connais d'être médecin. J'ai besoin des deux : pour moi c'est ça, la médecine.

Identitairement, je suis moi aussi tenté de me percevoir comme membre de ce village d'irréductibles gaulois qui protègent la relation, l'humain, la personne malade et vulnérable contre l'empereur et sa médecine technique qui s'intéresse uniquement aux cellules, aux organes. Mais ce n'est

pas ce que je ressens. Et c'est précisément parce nous nous positionnons ainsi que, je le crains, nous faisons peur à nos étudiants, à nos jeunes collègues qui ne connaissent qu'une manière d'être compétent. Même à ceux qui sentent le besoin de trouver ce quelque chose de plus, cette activité ou cette formation qui les aidera à prendre le recul sur leur pratique pour devenir de meilleurs médecins. Pas des médecins différents. De meilleurs médecins. Nous ne pouvons leur demander de trahir ce qui les définit. Et nous n'avons peut-être pas raison de le faire.

Je me suis donc mis à la recherche de cette cohérence entre ces deux discours. Si mon parcours ne m'a pas fait voir d'opposition majeure entre ces deux manières de voir la relation d'aide et la pratique de soin, je serai en mesure, me suis-je dit, d'illustrer en quoi et pourquoi, au contraire, ils sont complémentaires. Nécessaires l'un à l'autre.

Je ne suis pas psychanalyste, je suis un médecin du corps, un médecin tout court, un généraliste. Je ne suis ni mu ni ému par les principes de la psychodynamique (ni par ceux d'ailleurs de la statistique). J'ai plongé dans les écrits de Balint, Sapir et Caïn, en dilettante. À la recherche de cette cohérence perdue. Et j'ai revisité la naissance de l'Evidence Based Medicine et les travaux de Sackett. Ce que devait être cette nouvelle médecine, ce qu'elle est aujourd'hui, ses indiscutables contributions mais aussi ses excès, ses dérives.

Pour Sackett, le père de l'Evidence-Based Medicine, la décision clinique s'appuie sur trois types de savoirs : les données de la recherche, l'expérience du clinicien et les préférences du patient. Au risque de me mettre à dos toute une armée de dissidents anti-EBM, j'avance que c'est précisément ce que la médecine s'efforce de faire. Pas toujours de manière parfaitement balancée, j'en conviens. Mais de penser que ce ne sont que les guides de pratique et les données de la recherche qui influencent nos décisions est non seulement réducteur mais de mauvaise foi.

Je suis d'origine arménienne. Mes parents ont quitté leur Syrie un peu avant ma naissance à Montréal en 1979. J'ai d'abord appris l'arabe à la maison, puis le français et l'anglais à l'école. Je me souviens de mes premiers moments à l'école, de mon enfance, de mon adolescence. Du regard suspicieux de mes camarades face à ces mets orientaux que je débarrassais de ma boîte à lunch. De mon irrésistible envie d'être un des leurs. De mon désir de maîtriser de manière irréprochable la langue française. D'être un québécois, un occidental. J'en voulais à ma mère

de ne pas me préparer des sandwichs au jambon, comme les autres. Je refusais de me définir comme un oriental, un syrien, un arménien. Je n'avais que faire de ces traditions, de ces valeurs traditionnelles et familiales. Je ne voulais pas accompagner mes parents à l'église le dimanche. C'était l'époque des premières filles, des premières cigarettes, de Nirvana. Je découvrais Bob Dylan.

Quelques années plus tard, à l'entrée de l'âge adulte, j'étais encore habité par ce désir d'affirmation de soi, à la recherche de ma singularité, de qui j'étais. Mes origines devenaient subitement un atout. Le monde s'ouvrait, les curiosités culturelles et gastronomiques gagnaient mes groupes d'amis, tous devenaient des adeptes de hummus, de tabouleh, de baklavas. On m'enviait de posséder un bagage culturel et historique si riche. J'étais exotique, et ça plaisait aux filles. Je retrouvais ma foi chrétienne, et j'avais un malin plaisir à la clamer, l'affirmer. J'ai exploré mes origines, j'ai lu sur le génocide arménien, sur la Syrie, sur les enjeux géopolitiques du Moyen-Orient. À nouveau un peu à côté des autres, un peu en marge. Je n'étais plus québécois, j'étais un arménien de deuxième génération, fier de ses origines. Je critiquais les sociétés occidentales et leurs valeurs modernes en me réclamant d'une culture orientale et traditionnelle.

Et les années ont passé. L'âge, les expériences, la maturité. J'ai fini par comprendre – et accepter – que je suis tout ça. Je suis québécois. Et arménien. Et syrien. Traditionnel et moderne. L'Orient et l'Occident. Je n'y vois plus aujourd'hui de tension, de contradiction, de paradoxe. Je m'efforce (n'est-ce pas là la plus grande tâche d'un immigrant de seconde génération?) de grandir, de me construire en allant chercher les bons côtés de chacune de ces deux cultures. Je ne pourrais choisir entre les deux, je suis les deux, les deux sont intégrés, je n'ai pas à choisir. Je n'ai même plus à les séparer, les catégoriser. Je n'ai plus besoin de me positionner à contre-courant de l'une de ces deux cultures.

À moins que nous soyons heureux de demeurer en marge, ce que je refuse de croire, nous aurons à situer, tôt ou tard, les Groupes Balint dans un contexte non pas uniquement traditionnel et psychanalytique mais dans le monde moderne. Employer un langage compréhensible pour le médecin. Démontrer sa valeur, sa validité comme activité de formation continue, démontrer de quelle manière cette approche peut être utile aujourd'hui, à l'ère de la médecine moderne. Il faudra que le jeune médecin qui ne fera (heureusement) aucune concession sur ses compétences cliniques, qui connaît (heureusement) ses guides de pratiques, qui

les applique et qui comprend (heureusement) leur limite, il faudra que ce médecin arrive à voir les Groupes Balint non pas comme opposés à son identité, à sa compétence, à sa profession mais plutôt comme une activité complémentaire, utile, qui lui permettra de devenir un meilleur médecin. Sans avoir l'impression de devoir renier sa profession, ses savoirs, son approche scientifique.

Pour arriver à présenter les Groupes Balint comme étant valides, utiles, efficaces, agréables, voire nécessaires, je nous propose de reconsidérer notre posture de victimisation, de marge, de contre-courant. Elle n'est pas *essentiellement* vraie, elle ne va pas de soi ; nous l'avons choisie et adoptée pour plusieurs raisons historiques, théoriques et épistémologiques (certaines très bonnes, d'autres moins – il s'agit là d'un autre débat). Mais si le but est d'intéresser d'autres gens aux Balint, cette posture ne nous sert pas.

***Médecin de famille**

Université de Montréal

Il faut donc bien que la sorcière s'en mêle¹ ».

De l'inconscient dans le travail Balint.

Jean-Pierre Bachmann*

Il y a un an, alors que certains d'entre nous participions au congrès de la Fédération internationale Balint à Heidelberg, Suzanne Déjoie me pressait de lui donner un titre pour mon intervention d'aujourd'hui. Ma réponse avec cette première partie de mon titre « Il faut que la sorcière s'en mêle » est sans doute énigmatique pour beaucoup d'entre vous. Cette citation de Freud m'était venue à l'esprit après avoir écouté, avec regret et préoccupation, plusieurs des exposés faits lors de ce congrès. Je constatais que le travail Balint dont il était question me semblait de plus en plus s'éloigner de sa référence à l'inconscient et à la psychanalyse.

Quelques semaines plus tard, lors d'une rencontre de notre association à Avignon nous évoquions le souvenir d'Anne Caïn, je retrouvais l'image d'une autre « sorcière ». Un participant d'un des premiers groupes animés par Anne Caïn disait d'elle qu'elle était une sorcière. « Elle arrivait à me faire dire des choses auxquelles je ne m'attendais pas ».

Je ne vais pas vous parler des sorcières en général, ni d'Anne Caïn qui, comme il vous a été dit par Noël Montgrain, avait été appelée à la rescousse pour revivifier, par le psychodrame, un groupe Balint en train de s'assoupir. Je resterai avec la sorcière de Freud qui, en son temps, n'était pas encore devenue, pour certaines et certains du moins, une véritable héroïne, symbole de la résistance à l'oppression masculine et de la lutte des faibles contre les puissants.

Mais qui est donc cette sorcière, que Freud appelle à la rescousse dans un de ses derniers écrits (L'analyse avec fin et l'analyse sans fin²)? C'est la métapsychologie. Le titre de mon exposé est une citation de Freud, qui lui-même cite un vers du Faust de Goethe. Vous vous souvenez peut-être que

Méphisto entraîne Faust dans la cuisine de la sorcière et que la potion magique rajeunit Faust et lui fera apparaître toute femme comme désirable.

La métapsychologie est un terme créé par Freud, à la fois « son enfant chéri » et « son enfant à problèmes ». C'est la tentative de décrire, et de théoriser, les processus psychiques de l'autre côté de la conscience. Si la psychologie a comme champ restreint celui de la conscience (et à la limite peut aussi s'occuper du préconscient, mais pas au-delà) la métapsychologie psychanalytique s'occupe de ce qui est à l'arrière-plan du conscient. Et, ajoute André Green³ à qui j'emprunte cette définition, la métapsychologie s'attache à cet arrière-plan du conscient dont les origines sont dans le corps.

Freud donnera de nombreuses définitions de la métapsychologie. Mais par souci de simplicité je me limiterai au premier modèle qu'il propose et dans lequel il distingue le conscient, de l'inconscient et du préconscient. C'est donc de cet inconscient à l'œuvre dans le travail Balint aussi bien dans le groupe Balint dit classique que dans le psychodrame Balint que je vais parler. Et en même temps je tenterai de vous dire comment l'animateur Balint comprend, et d'une certaine manière traite, élabore, ces manifestations de l'inconscient. On ne fait pas un pas sans faire appel à la sorcière métapsychologie, écrit Freud. Je pense qu'on peut en dire de même pour le travail Balint, du moins tel que nous le concevons.

Mais faire appel à la sorcière, à l'inconscient, n'est-ce pas, me diront certains de mes collègues animateurs, et peut-être avant tout les psychanalystes, faire peur et faire fuir certains de ceux qui s'aventurent ou veulent s'aventurer dans un groupe Balint et dans l'expérience qu'elle permet? Ne risques-tu pas de les assommer avec ta référence à la partie la plus théorique de la psychanalyse? Ne vont-ils pas nous prêter des pouvoirs divinatoires, craindre que nous fassions de la psychanalyse sauvage?

¹ « So muss denn doch die Hexe dran ». J. W. von Goethe. Faust.

² S. Freud : « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » (1937). In : Résultats, idées, problèmes, Vol II : 1921-1938, PUF, Paris, 1985, p 240. La citation complète : « Il faut donc bien que la sorcière s'en mêle ». Entendez : la sorcière métapsychologie. Sans spéculer ni théoriser- pour un peu j'aurais dit fantasmer-métapsychologiquement, on n'avance pas d'un pas ».

³ Green André : Propédeutique. La métapsychologie revisitée. Editions Champ Vallon, Paris, 1995.

Pour la Fédération Internationale Balint les groupes Balint ont pour objectifs de donner aux professionnels de la santé l'occasion d'explorer les aspects émotionnels de leur travail dans un environnement sûr, d'améliorer leur compréhension de la communication de leurs patients, de leur apporter soutien et supervision, de les encourager à une réflexion sur leur travail.⁴

Mais Michaël Balint, en tant que psychanalyste, formulait les choses un peu différemment : « Notre but est d'aider les médecins à augmenter leur sensibilité à ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment, dans l'esprit du patient lorsque médecin et patient sont ensemble ». Mais on peut aussi ajouter : les aider à devenir plus sensibles à ce qui se passe en eux, y compris inconsciemment. Ce travail sur le contre-transfert du médecin, réponse consciente et inconsciente au transfert dont il est l'objet, est au centre de la démarche Balint. Contre-transfert du médecin qui pour Balint est une notion très large : c'est la manière dont il fait usage de sa personnalité, ses convictions scientifiques, ses patterns de réactions automatiques.

Le changement vers une plus grande sensibilité passe par une modification de l'écoute de son patient et une prise en compte des patterns automatiques présents tant chez ses patients qu'en lui. Les patterns automatiques, sont, pour Balint, les réponses que chacun a développées, depuis son enfance mais influencés par les expériences émotionnelles ultérieures, pour faire face aux événements, extérieurs mais aussi intérieurs, très subjectifs et donc souvent inconscients. La réponse du médecin à son patient, régie pas ces schèmes automatiques, affecte le développement de sa relation avec son patient.⁵ La notion de patterns automatiques englobe donc celle de défenses, au sens psychanalytique. Les défenses protègent notre Moi contre les pulsions, les affects et les fantasmes

⁴ Ce sont les quatre objectifs décrits par la Fédération Internationale Balint. (<http://www.Balintinternational.com>)

1. To provide health professionals with an opportunity to explore the emotional aspects of their work in a safe environment
2. To increase their understanding of patients' communication
3. To provide support and supervision
4. To encourage health professionals to reflect on their work.

⁵ Pour Enid Balint. « Notre travail est basé sur l'idée que les êtres humains, qu'ils soient médecins ou patients, se défendent inconsciemment contre certaines pensées et idées. Ils essaient de faire de l'ordre ceci implique mettre des faits de côté de même que les sentiments qui les accompagnent. In :E. Balint. The History of Training and Research in Balint Groups, Psychoanalytic Psychotherapy. 1995, 1 ; 1-9.

liés à ces pulsions. Nous en avons tous besoin : elles facilitent la cohésion de notre monde interne et notre adaptation au monde extérieur. Et notre travail de soignant sollicite tout particulièrement nos défenses, certaines nécessaires et utiles. Mais souvent inefficaces, trop rigides, pas assez variées ou mal adaptées à la réalité interne ou externe.⁶

C'est à l'interrelation de ces groupes de patterns tant chez le patient et chez le soignant, que Balint va s'intéresser. « Afin de pouvoir « accrocher » mieux et avec un plus grand nombre de patients le médecin doit pouvoir disposer d'une large gamme de réponses, c'est-à-dire prendre conscience de ses propres patterns automatiques et acquérir un certain degré de liberté à leur égard. ». Plus tard les Balint parleront d'accordage (« atunement »).

Mais revenons au groupe. Un soignant présente un cas. Pour le faire il a souvent dû dépasser une certaine angoisse, se risquer mais faire suffisamment confiance au groupe et aux animateurs dans leur capacité de contenir l'expérience qu'il veut explorer et partager. Les animateurs doivent être garants du cadre, et en particulier de la règle qui veut qu'on n'explore que le soi professionnel du soignant.

Premier temps de la séance. Pour Balint le récit que fait le présentateur du cas est semblable au contenu manifeste d'un rêve. Le rêve qui, pour Freud, est le prototype de l'activité psychique inconsciente et la voie royale d'interprétation de l'inconscient. La « Traumdeutung », l'interprétation du rêve, daté de 1900, est d'ailleurs le chapitre inaugural de la métapsychologie. L'aspect le plus innovant proposé par Freud n'est-il pas d'engager le rêveur dans un travail sur son rêve?

Entendre le récit du présentateur d'un cas comme le contenu manifeste d'un rêve c'est en même temps engager le rapporteur du cas, mais aussi tout le groupe, à une activité associative qui devrait permettre d'en découvrir les contenus latents. Les pensées secondaires du rapporteur du cas, les critiques et commentaires du groupe sont évaluées en quelque sorte comme des associations libres, écrit Balint. Les distorsions subjectives, les replis, les omissions, les réflexions secondaires, participent toute de cette associativité.

⁶ Voir à ce sujet l'article de Katherine Knowlton : « Un vieux cru dans une bouteille neuve. L'effet du travail Balint sur les mécanismes de défense » Ce texte présenté au Congrès de la Fédération Internationale Balint a paru dans le dernier numéro des Quatre Temps. No 16, page 9-18. (traduction : J.-P. Bachmann)

L'association libre, sollicitée dans le groupe où, nous dit Balint, il faut avoir le courage de sa propre bêtise, n'est, bien entendu, pas équivalente à celle qui se passe dans la situation de thérapie individuelle. Et dans un groupe Balint on peut parler d'une associativité focale ou focalisée, car centrée sur la compréhension de la relation soignant-soigné qui est la tâche du travail en groupe. L'associativité du présentateur et du groupe suppose aussi, comme corollaire, que l'animateur ait un mode d'écoute particulier qui, et c'est ici que se joue sa familiarité avec la psychanalyse, part du postulat que tout ce qui s'associe a un lien, manifeste ou latent, et témoigne d'une certaine forme de logique. C'est à cette qualité d'écoute qu'Enid Balint fait référence quand elle écrit que l'animateur doit être formé à observer d'une certaine manière, doit tolérer le manque de cohérence d'un récit, utiliser le fouillis au lieu d'essayer de s'en débarrasser.

Pour illustrer mon propos je vais vous parler d'un cas présenté dans un grand groupe Balint par un médecin généraliste que j'appellerai François. Il est déjà venu plusieurs fois à nos séminaires. Ce groupe, animé par ma collègue Josiane Quilichini et par moi, fonctionne sur le mode de l'association libre en grand groupe (comme à Annecy) : tout participant et tout membre de l'équipe d'animateurs peut intervenir pour faire part de ses questions, de ses hypothèses, de ses ressentis et de ses fantasmes concernant le cas présenté et la relation médecin-patient.

Le soir précédent, lors d'échanges dans un grand groupe, François était intervenu pour faire une remarque sur le non-intérêt de la psychanalyse. Cette remarque avait été accueillie par quelques rires. Était-ce une réelle critique ou une boutade ?

François dit d'emblée, et son visage l'exprime clairement, qu'il est très affecté par une situation qui le tracasse beaucoup. Il se sent très coupable. Michelle et Jacques, un couple de 60 et 65 ans comptent parmi les premiers de ses patients. François s'est installé il y a 30 ans. Ce couple de gens simples, ouvriers qui ne se plaignent jamais, en bonne santé, fait de la randonnée. Ils viennent toujours ensemble à la consultation et sont pour lui un couple idéal. Ils s'aiment beaucoup, se prennent par la main..... Lorsqu'il les voit dans la salle d'attente il est heureux. La consultation sera pour lui un bon moment. Nous apprendrons qu'il leur a même offert un livre : « Immortelle randonnée » quant, à leur retraite il y a quelques mois. Ils ont décidé de faire le chemin de Compostelle. Il s'en veut de leur avoir fait ce cadeau. Lors de ce pèlerinage Jacques s'était senti très fatigué et était devenu confus. Et c'est très péniblement qu'ils atteindront un village où

Françoise pourra trouver du secours. Lors de son hospitalisation on découvre et traite un AVC. A leur retour ils reviennent consulter François. Il les trouve amaigris, lui tout particulièrement. Jacques se plaint d'une douleur au dos. François lui dit qu'il a un corps d'athlète, une phrase qu'il ne se pardonne pas et qui lui revient sans cesse en tête. Il le rassure et le revoit 10 jours après. Jacques se plaint toujours de ses douleurs dorsales qui ne suscitent pas d'investigation particulière, l'attention du médecin étant centrée sur le suivi de l'AVC qui évolue bien. Une amélioration temporaire des douleurs retarde des investigations: une radio ne montre rien. Mais lorsque Michelle fait état de la douleur insupportable qui a empêché Jacques de dormir toute une nuit, Jacques n'arrivant pas à se plaindre, un scanner est demandé. Il révèle des métastases osseuses multiples (dont l'origine est un cancer de la prostate). François porte alors un autre regard sur la maigreur de Jacques et redit sa culpabilité d'avoir parlé de son corps d'athlète. Il est très abattu. Jacques est hospitalisé et meurt trois semaines après. François trop affecté par cette situation n'a pu aller le voir à l'hôpital.

Avant de passer la parole au groupe, je demande à François, s'il revoit Michelle en consultation. Après un oui laconique la parole est donnée au groupe.

Dans un premier temps, le groupe, touché par la souffrance du médecin, intervient essentiellement pour le déculpabiliser, ce qui ne semble pas servir à grand-chose mais témoigne de l'empathie du groupe, tout comme d'un évitement à s'interroger sur d'autres sources de son sentiment de culpabilité. Cela amène même le médecin à trouver d'autres motifs de culpabilité (puisque le groupe veut le soulager de cet affect): malgré l'âge du patient et les recommandations, il ne lui a jamais fait faire d'analyse pour détecter un éventuel cancer de la prostate. Une participante se détache de ce partage empathique. Récemment installée après avoir travaillé dans des laboratoires de biologie, elle « enfonce le clou »: les vieux médecins perdent leur vigilance pour leurs anciens patients et passent à côté de diagnostics vitaux. Ils feraient mieux d'adresser ces patients à des confrères. C'est elle qui les récupère car à elle, ça n'échappe pas ! Par son intervention, elle suggère qu'un certain type de relation semble aveugler le médecin dans son exercice diagnostique. Mais elle ne questionne pas la relation, elle est dans le jugement et les « bons » conseils.....

Dans un deuxième temps, à partir de la question sur des éventuels reproches de la famille du patient, François peut dire que les enfants, qui sont également ses patients, l'ont remercié pour le suivi

de leur père. Le problème actuel, c'est Michelle. Elle aussi est très abattue, ne parle pas. François n'arrive plus à jouer son rôle de médecin. Il nous apprend qu'il ne l'examine quasiment plus et qu'il est incapable de lui faire le frottis de dépistage gynécologique annuel. Après de bons conseils (l'envoyer chez une gynéco, par exemple) des propositions interviennent : après l'intimité de la mort, l'intimité corporelle impossible (aller regarder dans ce ventre). Malgré le risque d'un diagnostic de cancer le Surmoi médical de François ne lui est d'aucune aide. Il ne peut pas et il ne veut pas l'adresser à un ou une collègue. Le climat du groupe est lourd et le médecin apparaît très déprimé.

Le troisième temps de cette séance est marqué par des interventions sur la question du deuil, des deuils à faire. J'évoque l'importance de Jacques pour ce médecin et l'image ce couple. Les consultations étaient une sorte de rayon de soleil, un moment qui l'éloignait de la lourdeur du travail quotidien. Une participante dit que ce couple lui fait penser à Ken et à Barbie. Le médecin réagit alors vivement et retrouve une certaine tonicité pour refuser cette image qu'il juge « trop froide », image qui me surprend aussi. Non, lui, ce qui lui vient à l'esprit c'est Œdipe et Jocaste, et précisera-t-il, Jocaste qui se pend quand elle sait qui est Œdipe.

Le groupe, très intervenant jusque là, reste silencieux. C'est un moment de sidération collective. Après un moment je fais une intervention sur l'importance de ce silence qu'il s'agit de respecter. Josiane Quilichini sollicite alors les associations du groupe. Nous approchons de la fin de cette séance. Très peu de choses sortent. Je fais part de mon questionnement sur cette référence à Jocaste et à Œdipe. Josiane suggère que cette association nous parle de l'inquiétude de François pour Michelle - Jocaste. François acquiesce et pense qu'il sera capable de parler à Michelle. Il pourrait lui prescrire des antidépresseurs mais il ne pourra pas lui faire l'examen gynécologique.

Quand la parole lui est donnée, il remercie pour la compassion qu'il a sentie venant du groupe et le désir de le déculpabiliser....Josiane reprend la parole pour lui dire qu'il n'y a pas eu que compassion mais invitation à ce qu'il affronte un travail sur ses deuils qu'il a à faire.

Faire le parallèle entre le récit du présentateur, les associations du groupe et le rêve,

n'implique pas que les animateurs proposent une interprétation des aspects les plus intimes et inconscients de ce récit-rêve. François a sans doute lui-même été surpris par son évocation du couple

Œdipe Jocaste, Jocaste tout à la fois mère et épouse d'Œdipe. Avant que surgisse cette représentation nos interventions ont tenté de focaliser l'associativité du présentateur et du groupe sur certains contenus qui, comme dans un rêve, sont l'objet de condensations et de déplacements. Parce que nous constatons l'inefficacité d'une empathie groupale qui se voulait, à une exception près, déculpabilisante nous nous sommes approchés d'une autre source des sentiments de culpabilité de François. Un train peut en cacher un autre. François évoque son impossibilité d'exercer son rôle de médecin. Il n'examine plus Michelle mais ne peut ni s'en séparer ni déléguer ce rôle à d'autres. Nous ne saurons rien des raisons qui ont amené François à se construire, jusqu'ici préconsciemment, une telle image de ce couple, couple qu'il a connu quand ils étaient jeunes. Nous ne saurons rien de la place ou des places qu'il a pu occuper fantasmatiquement et successivement au cours de sa longue relation avec eux. Le mythe d'Œdipe renvoie au meurtre du père. Œdipe ne sait pas que Laïos est son père et Jocaste, avec qui il a eu quatre enfants, est sa mère. Il s'aveuglera.

Comme animateurs nous avons été sur cette crête dont parle Noël Montgrain, dans cet espace entre ce que le présentateur nous livre de son contre-transfert professionnel et d'une partie plus intime, une partie qui a sans doute été pour beaucoup des participants à ce groupe l'objet d'associations et de questionnements. Nous ne saurons pas ce que François a pu faire de ce travail, ni ce que sa propre référence au mythe d'Œdipe, mythe fondateur de la compréhension de la psyché, a promu comme élaboration personnelle après le groupe. Nous ignorerons quelle(s) interprétation(s) il a pu se donner de cette levée de refoulement. Rappelons aussi que le rêve n'est pas seulement un objet susceptible d'interprétations, souvent multiples et non contradictoires, mais il est aussi une expérience.

Dans le récit que Josiane Quilichini a fait de cette séance et que j'ai en partie repris ici il n'a été que peu question de ce que François, de par sa présence corporelle, sa gestuelles, l'expression de son visage, nous a transmis, et de ces signes qui nous ont engagés à l'accompagner de cette manière dans sa recherche de sens avec nous. L'association libre n'est pas que verbale, elle s'exprime aussi par le corps, qui est aussi un langage. Pour Anne Caïn, « le corps, qu'il soit lieu de plaisir, ou lieu de souffrance, se place au même niveau que l'activité psychique verbale. Lorsque nous avons dit que le corps ne mentait pas c'est que nous lui accordions un sens inscrit dans son passé. Il est porteur d'une histoire propre au sujet qui en a conservé la trace. » Dans mon introduction je

rappelais la définition qu'André Green donne de la métapsychologie : elle s'attache à cet arrière-plan du conscient dont les origines sont dans le corps.

C'est ici qu'intervient l'apport d'Anne Caïn et du psychodrame Balint. La mise en scène psychodramatique est un élément de cette associativité,

Je ne vais pas m'étendre sur cet aspect fondamental lié à la méthode, espérant qu'aussi bien pour ceux qui découvrent aujourd'hui le psychodrame Balint que pour les anciens, cette participation du corps les aura rendus sensibles à ce que, par sa mobilisation, il garde comme mémoire de nos de nos relations avec nos patients. C'est très souvent par le jeu qu'apparaîtront ces patterns de réactions automatiques dont parle Michaël Balint, les aspects refoulés, niés de nous-mêmes qui nous mettent en difficulté avec nos patients. Nous nous sommes parfois crus empathiques, voire trop, et nous découvrons dans le jeu la rudesse de certains de nos propos. Nous ressentons de l'ennui, et le jeu peut nous faire découvrir des mouvements agressifs envers nos patients, ou un climat de séduction jusqu'ici inconscient.

La sorcière métapsychologie s'en est mêlée si elle nous a permis, accompagnés par une certaine compréhension du fonctionnement psychique prenant appui sur une théorie, d'aller à la découverte de cette part de nous même qui nous échappe, de cet autre de nous, en nous, qui nous habite, souvent à notre insu, et qui nous prive d'une certaine liberté dans notre rôle de soignant. Pour revenir au thème de cette journée ne peut-on pas dire que la rencontre vers l'autre se fera d'autant mieux qu'on aura découvert, ou n'aura jamais cessé de chercher cet autre en nous-mêmes ?

***Psychiatre, psychanalyste**
15 rue des Sources, CH – 1205 Genève.
jpbachmann@sunrise.ch

Note : Je remercie vivement le médecin qui a présenté cette situation clinique ; après lecture de ce texte, il m'a autorisé à le publier. Mes remerciements vont aussi à Mme Josiane Quilichini, psychanalyste à Paris, qui a partagé ses notes et ses réflexions avec toute l'équipe d'animation de ce séminaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Traduction : J.P. Valabrega, Payot, Paris, 1966.
- Caïn A . Corps et langage dans la formation par la technique du psychodrame. In : Sapir M , alia : Formation à la relation soignant-soigné. Mythe et réalité. Grenoble. La Pensée Sauvage, 1989.
- Caïn A. Le psychodrame-Balint, méthode, théorie et application. Grenoble: La Pensée Sauvage. 1994.
- Montgrain N. : Du jeu du transfert et du contre-transfert dans le Psychodrame-Balint. Psychothérapies, vol 13, 1, 11-16, 19

DOSSIER GRENOBLE

XXII èmes rencontres de l'AIPB
Centre Saint-Hugues 313 chemin de Billerey 38330 Biviers
(près de Grenoble - France)

Eprouver, penser et dire...

Favoriser un espace de liberté dans l'acte de soins

Argument de la journée

Au milieu des contraintes professionnelles grandissantes, c'est sans doute en revenant à ce qui se joue entre le soigné et le soignant, en préservant la perspective relationnelle, que nous pouvons favoriser un espace de liberté dans la démarche clinique. Balint écrivait dans les années 50 : « Notre but a été de développer chez les médecins une certaine sensibilité aux problèmes affectifs de leurs malades, de leur permettre de comprendre ces problèmes avec moins de risques et de façon plus approfondie, puis de les aider à utiliser cette compréhension pour obtenir des résultats ».

Oui, mais quand sommes-nous capables de cette réceptivité affective ? Avec quels repères ?

Le corps perçoit, d'emblée, aux premiers regards, aux odeurs parfois, tous les signes d'un langage qui précède même les premières paroles.

Ce ressenti, ces émotions, nous aurions tendance à les annuler, à les refuser. Est-il utile et possible d'éviter cet effacement et même d'en parler ? Et d'imaginer qu'en face de nous, soignants, le même vécu, les mêmes questions se posent ? Et que les deux pôles interagissent. Là, réside l'intérêt du travail du psychodrame Balint. Par sa méthode, sa dynamique, il va permettre cette exploration de ces deux pôles de la relation soignante. On y retrouve l'émotion ; on peut la dire, la commenter dans les voix off, la jouer de notre corps. Exprimer ce que l'on n'avait même pas osé penser...et encore moins dire. Et dans l'après-coup du jeu, partager avec tout le groupe la réflexion sur cet éprouvé et repérer les moments féconds.

Dans le cadre de cette journée, nous souhaitons mieux comprendre en quoi la réceptivité émotionnelle acquise par cette démarche contribue à notre plaisir et à notre liberté dans la pratique clinique.

Introduction à la journée de Grenoble (Bivières)

Luc Steimer*

En cherchant que vous dire pour ces quelques mots d'introduction et vous souhaiter la bienvenue j'ai repensé à vous, à nous tous, dans notre rôle de soignant, à cette place tellement particulière, ce moment et ce lieu où nous avons une connaissance technique acquise à appliquer mais aussi où s'effectue cette mise en mouvement physique, psychique, intellectuelle, affective même, de tout notre être vers ceux que nous sommes amenés à prendre en charge.

Nous aborderons aujourd'hui le comment-dire de ce qui nous vient, mais aussi comment cela nous est venu, comment nous pouvons en prendre conscience et comment nous sommes tellement complexes dans notre humanité pour ces découvertes. Chacun de nous a sa façon d'être soi et d'être en relation, modulée par sa propre histoire. Chacun est en fait un poète au sens où poésie vient du grec ancien *poiein* qui signifie « faire », « créer ». Il y a toujours à trouver pour créer une œuvre de relation, comme il y a à trouver pour faire un poème : rappelez vous aussi le terme de *trouvère* pour ces poètes médiévaux. Il y a tant à trouver aussi dans nos jeux de psychodrame Balint qui nous sollicitent, nous bouleversent et nous laissent repartir plus riches, accompagnés, pour retrouver nos patients différemment.

Et me sont revenus ces souvenirs, de toi, femme de trente ans, haletante et retenant tes gémissements à l'arrière de ma voiture quand je te conduisais, très ému à mon volant, à la clinique voisine (17 longs km) pour t'aider à accoucher de cet enfant que tu allais découvrir (il n'y avait pas d'échographie à l'époque pour mieux s'y préparer).

Toi, l'homme de 25 ans mon aîné, qui m'a toujours tant intimidé, que je trouvais toujours si sévère, et chez qui j'ai mis 35 ans à découvrir cette petite fossette en bas du menton, tiens, comme mon père...

Toi aussi, qui vient si souvent encore visiter mes nuits. Je n'ai pas les mots pour bien dire cet émoi

impalpable, je n'ai pas les mots toujours pour préciser ce que je ressens au réveil, alors imaginez ma surprise et mon bonheur d'avoir trouvé un poème qui m'aide à dire cela...

Je veux vous le faire partager :

Ces vers toute la nuit sans répit répétés
Ils ont tourné dans ma tête comme des mouches
Ils ont tourné comme des mouches dans ma bouche
Et quand a pâli le ciel ils m'ont déserté

Je ne suis qu'un miroir aveugle du sommeil
Il n'y avait que toi durant mes insomnies
Que toi dans le parfum de ces mots mal unis
Toi seule encore dans mes rêves de réveil

Qu'est-ce qui les liait ces mots qui se délient
Qu'est-ce qui leur faisait cette saveur d'alcool
De livre qu'on lisait en cachette à l'école
L'écho s'en perd et meurt comme un parfum s'oublie

Comment recomposer les stances du poème
Qui m'a paru si beau lorsque je l'épelais
J'aurais voulu le retenir et je tremblais
Et j'en recommençais toujours le début même

Ce qui s'est envolé là comme un oiseau bleu
A laissé dans mon cœur une sorte d'abîme
Je ne suis qu'une rime qui cherche une rime
Comme une main qui s'ouvre en vain pour voir s'il pleut

Mais une chose du moins une chose est sûre
La musique en naissait au profond de mon sang
C'était un de ces airs que reprend le passant
Et qui semble sortir du cœur de sa blessure

Ces fantômes de mots l'aurore les nettoie
Et la main du soleil revenu les disperse
Quand le grand jour m'en a lavé de son averse
Ce que j'en puis savoir c'est qu'ils parlaient de toi.

Quand la porte se referme, nous
avons tant de choses à nous
dire...

Psychodrame Balint et stage en médecine générale

Nicolas Nussli*

J'ai vu Jean Maurice cet après midi avec sa femme chez eux. Porteur d'un cancer du foie depuis 3 ans, et en chimiothérapie depuis deux ans. Echappement thérapeutique. Il semble ignorer tout de sa maladie. Il se plie de bonne grâce aux soins. Mais jamais ni lui ni moi ne prononçons le mot «cancer». Aujourd'hui je sais qu'il est temps que nous le fassions sans vraiment savoir comment aborder la chose avec lui. Et cela, je ne pourrais pas le faire en ta présence. J'ai besoin d'être seul avec lui. Dans l'intimité. Je te propose alors de démarrer les consultations au bureau, tandis que je vais voir Jean Maurice. Je t'en dis un mot : «tu sais, c'est ce patient qui a un néo du foie, en fin de vie. Je crois qu'il faut qu'on se parle. Je vais en avoir pour un moment». Tu comprends. Tu respectes. Tu sais, nous en avons déjà parlé ensemble, que parfois, être seul face à son patient est important. Les yeux dans les yeux. Je suis soulagé et heureux que les choses soient aussi implicites.

Alors cet après midi, quand je rencontre Jean Maurice et son épouse, et qu'effectivement nous abordons ensemble sa pathologie, son pronostic, je me sens plus libre.

Dans son lit, alors que je palpe dans son ventre son foie bosselé par les tumeurs, il me parle de cette angoisse qu'il éprouve. Mais il ne sait pas la nommer. « Je ne sais pas de quoi j'ai peur » me dit-il. Je ressens alors beaucoup de peine pour ce patient. De la tristesse mais aussi de la colère. Personne à l'hôpital n'a jamais pris la peine de lui annoncer clairement les choses. Et je l'imagine, balloté, de scanner en ponction biopsie hépatique, de chimioembolisation en IRM, noyé de termes techniques abscons. Et enfin j'éprouve de la gêne, car moi non plus je ne lui ai jamais parlé de son cancer. Je n'ai pas fait mieux que

les autres. Alors aujourd'hui je répare. Je vais tout vous dire Jean Maurice. Je suis là et je ne partirai que quand vous n'aurez plus de question.

De retour au cabinet, je te résume la visite. Je me sens libéré. Et tu me demandes si le fait d'annoncer ainsi une pathologie grave à nos patients sans issue thérapeutique, ne peut pas finalement les aggraver. « Ben je sais pas, je crois pas. Je crois qu'il a le droit de savoir tu sais. Chacun a le droit de savoir qu'il va mourir, et de quoi il a peur ».

Mais je ne te dis pas à quel point tout cela m'a touché. Je ne peux te transcrire l'émotion, les larmes aux yeux qui parfois viennent au détour d'une phrase, le ressaisissement, les silences. Même si je sais que tu comprends, et peux aussi être touchée par les mêmes choses. Je ne te dis pas non plus que ta question me fait douter. Et s'il avait préféré ne rien savoir, rester ainsi avec son kyste au foie et l'illusion d'une guérison possible ?

Ce soir, alors que tu m'accompagnes pour la première fois à notre séance de Balint mensuelle, je n'ai vraiment pas prévu de présenter le cas de Jean Maurice. C'est trop difficile de livrer devant toi comme devant chacune ou chacun de mes internes, ces émotions, ces ressentis et mettre en avant le doute, l'hésitation. Seulement en ce début de séance, comme le silence dure, je finis par me lancer en dépassant mes réticences et je parle de Jean Maurice.

Après la séance, sur la route du retour, nous échangeons sur ce qui vient de se jouer. Tu es enthousiaste. Cela t'a plu, et tu t'es sentie à l'aise dans ce groupe accueillant et bienveillant, où à aucun moment ta parole n'a été ni jugée ni contredite. Tu

dis ne pas voir encore quels effets cela procurera, et tu reconnais qu'il est sûrement nécessaire de refaire des séances pour mieux le comprendre. Moi je me sens apaisé. Apaisé d'avoir joué, comme à chaque fois, mais aussi de t'avoir laissé voir un peu plus que ce que je t'avais dit, que tu aies reçu cela simplement, et que tu aies participé au groupe, assez naturellement. Je te dis juste que je t'ai trouvée à l'aise et que ça a l'air de te plaire le Balint...

Lors des semaines et des mois qui suivent cette séance, nous y faisons fréquemment référence. Dans les questions que pose la relation avec tel ou tel patient, dans la manifestation de symptômes fonctionnels, dans la frustration ou la satisfaction que tu peux ressentir après une consultation. Tu commences à faire attention à tous les détails : l'attitude du patient en salle d'attente, les premières phrases de la consultation, les pauses, les regards avec l'éventuel accompagnant. Il devient plus facile de parler de tout cela car tu comprends ce que jusque là tu percevais instinctivement. Plus évident pour toi de reconnaître ton émotion, et de la mettre en mot, et plus simple pour moi d'échanger avec toi sur cette émotion. Mais de mon côté également, je me sens plus libre de te confier des choses plus intimes de mon ressenti, et de pouvoir en discuter avec toi. Cet enrichissement a probablement été rendu possible par cette unique séance de Balint.

Les patients en perçoivent-ils quelque chose ? Toujours est-il qu'au quotidien s'installe un mode de travail différent. Tu n'es plus simplement la stagiaire, les gens connaissent ton nom, ou parfois seulement ton prénom. Ils se livrent en confiance, et lorsque je m'éclipse du cabinet pour aller faire une visite ou simplement te laisser en autonomie, la plupart acceptent naturellement, peut-être même avec joie pour certains, de pouvoir, un temps, changer de médecin traitant.

Danièle a 76 ans. Elle est venue avec Michel, son mari, comme on traîne un boulet. Elle ne le supporte plus. Il lui prend toute son énergie, nous dit-elle. « Déjà qu'il est sourd comme un pot et angoissé pour tout, alors maintenant avec ses problèmes de mémoire »... Elle est venue ce matin nous montrer cette boule dans son sein qu'elle a découverte il y a un mois, et qui l'inquiète « un peu ». Tu l'écoutes, l'examines, lui prescribes une mammographie. Et tu remplis le dossier. Tu y décris ce nodule « pierreux ». Je n'aurais jamais décrit ainsi ce qui apparaît d'emblée comme une tumeur cancéreuse. Mais le terme est bien choisi. Une pierre de plus dans le sac de Danièle qui est si fatiguée de tout porter.

D'examens en consultations spécialisées, de biopsie en rendez-vous d'anesthésiste, Danièle est opérée de son cancer du sein, et fait une série de séances de radiothérapie. A chaque étape de son parcours, elle revient, fidèlement nous tenir au courant, faire son rapport, et vider son sac. Et c'est à toi qu'elle parle. Et c'est toi qui la rassure. Si bien que mon rôle est parfois de m'occuper de son mari qui l'accompagne, invariablement, pour qu'elle puisse rester un peu plus seule avec toi. Tu acceptes avec plaisir ce rôle qu'elle te donne. Moi j'observe en faisant la voix off. C'est agréable de prendre du recul. Après la consultation, je referme la porte du cabinet et nous parlons de ce qui s'est joué.

Aujourd'hui, Danièle revient, après quelques séances de radiothérapie, avec Michel qui a besoin de ses médicaments habituels. Je l'examine, lui, sur la table d'examen ; elle, assise au bureau, te parle de ses rayons. Et voilà qu'elle se lève, et que sans autre forme de procès, soulève son chemisier pour te montrer son sein brûlé et douloureux. Je suis le témoin discret de la scène. D'emblée ce geste d'une simplicité évidente me choque. Je suis convaincu que jamais Danièle ne m'aurait montré sa poitrine avec autant de spontanéité. Je suis également certain que je ne l'aurais pas laissée faire ainsi, au bureau. Je l'aurais emmenée sur la table d'examen pour redonner du cadre. Toi, tu l'examines, de part et d'autre du bureau tranquillement, en la rassurant sur ces rougeurs « tout à fait normales » et la conseillant sur la crème à appliquer pour que ça chauffe moins. Quand nous revenons au bureau avec Michel, tout est déjà terminé. Danièle attend assise et souriante.

Après la consultation, je te fais part de mes sentiments sur ce qui vient de se jouer. Je suis partagé entre la désapprobation de cette sortie du cadre formel de la consultation, et l'enthousiasme devant autant d'authenticité dans ta relation avec Danièle. Je suis impressionné par la force du lien qui vient de s'exprimer. Tu souris, amusée. Tu prends les choses simplement. Tu as reconnu la confiance qu'elle te témoigne et en est visiblement contente. Et le fait de l'examiner comme ça, à la sauvage, au bureau, ne te choque pas. Ça s'est fait comme ça, c'était plus simple, tu as laissé faire Danièle dans son élan. Et je dois reconnaître que c'est sans doute toi qui as raison.

Le psychodrame Balint enrichit au quotidien ma pratique de médecin généraliste et de maître de stage. Que ce soit dans ma relation ou dans celles de mes internes à mes patients, mais aussi dans la relation qui se noue entre mes internes et moi, la pratique du Balint me permet de mieux appréhender ces sensations, ces perceptions, pour les questionner

et les partager avec mes internes. J'ai également pu me trouver dans la posture d'un observateur lors des consultations animées par l'interne, comme je peux l'être lors d'une séance Balint. Avec les doublages, les questions, les idées qui viennent. Et me permettre de les mettre en mots à l'issue de la consultation. Et lorsque l'interne m'accompagne pour vivre une ou plusieurs séances, cela illustre et donne du corps à ce que nous avons pu partager à l'issue des consultations. Les échanges qui suivent n'en sont que plus enrichissants. Il me semble ainsi naturel et presque indispensable que cela fasse partie intégrante du stage en cabinet de médecine générale.

***Médecin généraliste**

13310 Saint Martin de Crau

Liberté de dire et dévoilement de soi

Jean-Pierre Bachmann *

Dans l'argument de cette journée il nous est rappelé que le travail dans un groupe de psychodrame Balint va permettre l'exploration de la relation soignante, de ses deux pôles, celle du soignant, dans ses sensations, ses émotions, mais aussi celle du soigné, en imaginant, nous dit l'argument, qu'en face de nous, soignants, nos patients partagent des mêmes vécus, des même questions. Je voudrais tout d'abord nuancer ce propos, qui par sa nécessaire condensation, peut susciter des malentendus. Il peut donner l'impression que la relation soignante est une relation intersubjective plus symétrique et moins inégale qu'elle ne l'est en réalité.

Il est vrai que la connaissance d'autrui reposerait, au moins pour une part, sur un partage de représentations motrices, intentionnelles et émotionnelles entre deux individus. De tels processus de résonance, mis en évidence par les neurosciences (et liés aux systèmes des neurones miroirs) pourrait constituer un mécanisme de l'empathie. Mais ce système du même, comme le propose Nicolas Georgieff⁷, est tempéré par un système de l'autre qui permet la distinction entre soi et autrui.

N. Georgieff propose de distinguer deux conceptions d'autrui, ou de l'étranger donc, qui renvoient à deux modalités de rapport à l'autre. Pour une première modalité l'autre est double de soi, même, par le jeu d'un mécanisme d'identification à l'autre qui nous rend identique à lui. Pour une seconde modalité, l'autre est repéré comme étranger, distinct, différent de soi.

⁷ Nicolas Georgieff : L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatrie de l'Enfant*, LI, 2, 2008, p. 357 à 393. Article disponible sur www.cairn.info.

Mais quittons ce bref éclairage du côté des neurosciences pour revenir au travail Balint. Soignants et soignés peuvent certes partager des mêmes émotions, pensées, affects, mais ce dont il va être question dans notre travail Balint c'est parallèlement à ces phénomènes de résonance entre soignant et soigné, l'étude et la compréhension de leurs différences, de leurs attentes et désirs spécifiques, de tout ce qui fait la singularité de la fonction soignante. Balint, quand il parlait de la phase encore inorganisée de la maladie, disait « que le patient a besoin d'un partenaire - et il le trouve-, un partenaire qui lui soit à certains égards supérieur et dont il puisse attendre de l'aide, sur le quel il puisse transférer certaines de ses émotions ». ⁸ La relation du patient à son soignant a certes beaucoup changé depuis les années 50, avec des changements d'attente, l'établissement de relations moins paternalistes, plus égalitaires mais la réalité du transfert, des transferts, reste pour nous un des aspects fondamentaux, mais non le seul, de la compréhension de ce qui se joue dans toute relation soignante⁹. Au transfert du patient répond le contre-transfert du soignant. Et c'est à l'étude du contre-transfert que s'attache essentiellement le travail Balint. Mais dans une acceptation très large de ce terme. Balint le définit ainsi : le contre-transfert du médecin c'est la manière dont il fait usage de sa personnalité, ses convictions scientifiques, ses patterns de réactions automatiques,

⁸ Michael Balint : *Le médecin, son malade et la maladie*. Traduction : J. P. Valabrega. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1966.

⁹ Un autre axe est celui de l'alliance thérapeutique.

tous ces éléments qui vont former la plus grande partie du matériel des séances dans un groupe. Balint ne parle donc pas spécifiquement du contre-transfert comme de l'ensemble des réactions inconscientes vécues par le soignant en réponse au transfert du patient.

La participation à un groupe Balint vise à une modification limitée bien que considérable de la personnalité du médecin « sans qu'il s'agisse d'une visée thérapeutique ». De nombreuses études ont été faites sur les changements induits par la participation régulière à un groupe Balint, certaines anciennes¹⁰ qui montrent les modifications des comportements des médecins lors des entretiens avec les patients. Ces soignants se laissent plus guider par les informations proposées par leurs patients plutôt que de satisfaire leur propre demande d'informations. Ils font aussi plutôt appel aux interventions du patient qu'à leur propre savoir, ce qui a des effets indéniables sur l'engagement des patients dans la relation.

Dans une étude récente, non encore publiée, une équipe de chercheurs allemands (Guido Flatten et coll)¹¹ montre que les bénéfices acquis par des médecins somaticiens concernent surtout leur perception de la relation avec leurs patients ; ils acquièrent aussi une meilleure perception de leur rôle de soignant. Et ce sont les médecins qui ont présenté des cas qui vont le plus bénéficier de ces changements et être plus à même de prendre conscience du fait que la dynamique propre au travail de groupe est le miroir du cas présenté.

Ces études ne nous permettent toutefois pas de répondre à la question suivante : dans quelle mesure la connaissance du contre-transfert participe à la modification souhaitée par M. Balint. Je voudrais citer ici une définition que donnait le psychanalyste anglais Masud Kahn du contre-transfert¹². Il correspond à une aptitude non pathologique de l'affectivité, de l'intelligence et de l'imagination du psychanalyste à appréhender la réalité totale de son patient. Le mot contre est, toujours pour M K, est le plus lourd de sens « car il met en évidence le fait que l'analyste reste séparé de ce à quoi il s'identifie et participe par empathie dans l'expérience du patient.

Comme dans tout travail Balint nous allons en psychodrame Balint, tenter de mieux cerner les capacités identificatoires du soignant avec son patient, ses mouvements nécessaires entre différentes modalités d'identification et le nécessaire retrait dans une position d'observateur mais aussi d'acteur d'un acte de soin.

La méthode du psychodrame Balint est pour nous un moyen privilégié de l'exploration du contre-transfert du soignant. La mise en scène psychodramatique de moments de la rencontre entre soignant et soigné tente de retrouver, de reconstruire un moment de la rencontre et avec elle les éprouvés du soignant mais aussi ceux qui ont été ou ont pu être ceux du patient. Michel Sapir¹³ nous a enseigné que la rencontre médecin-malade est une rencontre globale, incluant deux corps non seulement des organes souffrants, mais deux corps mobiles se convenant ou pas, porteurs souvent plus que la parole d'une vérité. La référence à l'éprouver du titre de cette journée nous renvoie au rôle essentiel de la sensorialité dans la rencontre, et des modalités sensorielles retrouvée dans la scène psychodramatique.

Participer à un groupe de psychodrame Balint et présenter un cas c'est avoir le courage d'exposer nos difficultés dans notre activité de soignant, d'oser s'exposer aux regards des animateurs et des autres participants, d'accepter qu'une partie de soi, de notre soi professionnel qui nous est encore inconnue et à laquelle nous sommes encore aveugle, mais qui est peut être déjà perçue par les autres, soit mise à jour. « Je parle avec mon corps et ceci sans le savoir. Je dis donc toujours plus que je n'en sais » écrivait Lacan. Prendre le risque de laisser parler son corps va dépendre d'un certain nombre de conditions sur lesquelles nous n'insisterons jamais assez, conditions qui ressortent des responsabilités des animateurs : le respect des limites de ce travail (la confidentialité, l'exploration de ce que nous appelons le soi professionnel) et la capacité des animateurs de créer et de maintenir un environnement sûr qui favorise l'expression de tous.

Nous pourrions revenir en détail sur les différents mots du titre de cet argument, éprouver, penser, dire en nous et les interroger ou les illustrer en nous concentrant sur le travail d'une seule séance, dans ses quatre temps et ceci tant au niveau du soignant qui présente un cas, de chacun des participants et

¹⁰ Köhle K. Obliers, Körper et alia : Evaluation des Fortbildungseffektes einer Balint Gruppe. Ein multimethodäler Ansatz ». In : Médecine psychosomatique et psychosociale, Vol 24. Cahier 1, 1995, pages 6 à 18.

¹¹ Flatten Guido et collaborateurs. Etude non encore publiée.

¹² Masud Khan : Vicissitudes de l'être, du connaître et de l'éprouver dans la situation analytique. In : Le Soi Caché. Chapitre XiV. Pages 255 à 273. Gallimard 1979, Paris.

¹³ Michel Sapir. Le corps en relation. Rencontre avec Michel Sapir proposée par Simone Cohen-Léon. Editions Erès. Ramonville Saint-Agne, 2003

des animateurs. Je ne le ferai pas ici et j'espère que d'autres le font en cette journée.

Mais comment accédons-nous à la compréhension de notre contre-transfert ? Si nous reprenons la définition très large de Balint la connaissance que le soignant a pu acquérir de l'usage qu'il fait de sa personnalité, de comment il se prescrit, du poids de ses convictions scientifiques, de son éventuel zèle dans une fonction apostolique, cette connaissance est habituellement le fruit d'un long et patient travail en groupe, proche de la conscience ou lié à notre fonctionnement préconscient. Mais les modifications vont aussi parfois être en relation avec des découvertes inattendues d'affects, de fantasmes et désirs inconscients.

A travers un cas clinique ancien écrit par un participant¹⁴ d'un de nos groupes je souhaite montrer l'importance du soliloque, mais aussi des doublages spontanés dans le dévoilement de soi. C'est selon moi un moment privilégié de transformation car le soignant est acteur de cette découverte.

Un participant, médecin généraliste, présenta Esmeralda, une patiente qu'il suivait depuis plusieurs années tout pour une symptomatologie dépressive puis pour une fatigue chronique et d'invalidantes migraines, A d'autres moments son mal de vivre se somatisait sur son dos, ses jambes son estomac. Au fil des ans les consultations mensuelles avec cette patiente qui curieusement arrivait chaque fois au cabinet pimpante et élégante, laissaient Philippe démuni malgré son envie de bien faire et de l'aider. Voici ce qu'il en écrit :

Une prise de conscience inattendue ...

Etonnante situation encore et toujours de se retrouver, jouant en particulier la patiente face à un autre soi-même. Nous évoquons une consultation:

– «Docteur, je suis si fatiguée, et j'ai toujours mal à la tête ...

– Je vous comprends, Madame, la situation à votre travail n'est pas facile ...

– Oh non! Vous avez raison Docteur, mon chef de rayon est impossible, il m'en fait voir de toutes les couleurs ...»

Les échanges se poursuivent de façon un peu routinière, je la regarde dans sa robe noire, un peu moulante, rehaussée par un carré écarlate ... Lorsque notre animateur intervient, se plaçant dans mon dos,

suggérant d'exprimer les pensées ressenties à ce moment précis.

Je m'entendis lui répondre, stupéfait: «Je partirais bien avec elle au Portugal pour quelques jours de vacances!»

Flash! Le psychodrame fut interrompu aussitôt, j'étais abasourdi !

Quelque chose m'agaçait dans cette relation. Esmeralda revenait sans cesse avec les mêmes plaintes, tout semblait bloqué dans son corps, son mental et sa vie. Sitôt un symptôme disparu, sitôt une nouvelle plainte se manifestait.

D'un autre côté, il ne m'était jamais apparu que j'aurais pu déléguer, afin de prendre un peu de distance, de recul. Je n'avais jamais cherché à contacter son psychologue ...

N'avais-je pas, à quelque part, intérêt à garder cette patiente auprès de moi, même malade, plutôt que de la savoir guérie ou améliorée, ailleurs? Un gentil docteur ne valait-il pas mieux qu'un mauvais mari? ... Surprenant lien affectif qui s'était développé à mon insu!

Ce que Philippe Fontaine ne décrit pas c'est la confiance qu'il a pu vivre au sein d'un groupe régulier conduit par un couple d'animateurs, confiance et ambiance de travail qui à mon sens ont favorisé ce dévoilement de soi. Si je me souvenais bien de cette scène et de ma place d'animateur je n'avais pu me remémorer d'autres éléments sans doute pertinents et susceptibles de favoriser cet insight : le choix de la participante, les doublages des autres participantes et participants. A la suite de cette présentation et dans les deux ans qui ont suivi Philippe n'a revu sa patiente que cinq fois. Lors de leur dernière consultation, avant qu'il écrive ce texte, Esmeralda était égale à elle-même, élégante. Comme elle se plaignait de son dos il a pu l'adresser à un chiropraticien. Le fils d'E. un jeune homme est venu consulter Philippe pour un certificat médical.

Philippe avait comme tant d'autres après de semblables découvertes de fantasmes et de désirs inconscients pu s'interroger sur ce qui lui appartenait dans le maintien de cette relation. N'était-ce là qu'une réaction à l'investissement, au transfert dont il avait été l'objet ? La réponse à cette question n'est bien évidemment pas l'objet du travail.

Une ancienne participante me disait récemment combien ses propres soliloques avaient été des moments privilégiés favorisant l'insight. Elle ajoutait toutefois qu'elle a souvent eu le sentiment qu'une fois la scène terminée et retrouvant sa place dans le

¹⁴ Philippe Fontaine : Le psychodrame-Balint, fantastique instrument de formation à la relation médecin-malade. Primary Care. 2002, 2 ; 12-14. Disponible online.

groupe elle ne se serait pas permis d'exprimer les mêmes propos, craignant d'enfreindre la règle de discrétion entre le soi professionnel et le soi privé. Distinguer ce qui nous appartient et/ou ce qui est appartient à l'autre est une tâche souvent complexe. Le contre-transfert est aussi fait d'éprouvés, de désirs, de fantasmes qui sont l'expression de ce que le patient a projeté ou pu évacuer en nous. Si ces phénomènes sont habituels dans le champ d'une relation psychothérapeutique, ils ne se le limitent pas à ces seules relations. Et tout soignant peut être amené à penser ou à éprouver ce que le patient a vécu et revit dans la relation actuelle et qu'il n'a pas été à même de penser ou de symboliser.

Quelle n'a pas été sa surprise lorsqu'à la fin d'un jeu, alors qu'elle prenait congé de sa patiente, une psychothérapeute s'est spontanément doublée en disant: « Je suis un monstre ». De cette situation et pour des raisons de discrétion je me contenterai de dire : qu'aucune agressivité ne s'était exprimée jusque-là dans tous les échanges rejoués entre elle et sa patiente, qu'au cours des séances cette thérapeute disait se sentir dans un vécu agréable, comme une sorte de cocon, bercée par les paroles de sa patiente ; mais elle se sentait aussi incapable de pouvoir s'exprimer et d'avoir accès à ce que je suis tenté d'appeler le vrai soi de sa patiente. Le travail de groupe nous a toutefois permis de penser, de reconstruire que cette patiente était vraisemblablement porteuse d'un sentiment d'intense culpabilité lié aux expériences de pertes successives, toutes dans des contextes dramatiques et aboutissant à la mort de plusieurs de ses proches. Quelle part monstrueuse d'elle-même était venue se loger dans le vécu de sa thérapeute?

Découverte de soi, découverte de l'autre, découverte de vécus de l'autre en soi, tels sont des aspects importants qui peuvent être pensés et si souvent dits pour être partagés dans l'expérience du psychodrame Balint.

***Psychiatre, psychanalyste**
15 rue des Sources, CH – 1205 Genève.
jpbachmann@sunrise.ch

Aux frontières de l'extrême

Ysé Coulondre*

Quand on m'a proposé de parler ici, le titre m'a évoqué une situation où j'étais impliquée alors et j'ai donc décidé d'utiliser une partie très minoritaire de mon activité, mais où je ressens le plus fortement et suis amenée à agir et dire de façon variable.

La confrontation à la mort, et à la mort d'un enfant, m'a toujours parue, dans ma formation en pédiatrie, une des plus bouleversantes. Travaillant à temps partiel depuis fort longtemps comme pédopsychiatre au sein de l'unité d'onco-hématologie pédiatrique de Genève, même si l'ombre de la mort peut planer, vu les bons résultats de cette discipline (survie 80% dans les cancers pédiatriques), je ne suis amenée à croiser que parfois le chemin d'une mort devenue inéluctable pour un enfant, et une famille, bien connus pendant des mois, ou des années.

Là se situe pour moi une de mes frontières extrêmes, celle de mon humanité plus que de ma technique. Comment accompagner alors, au plus près de ma conscience mais sans m'y perdre, chacune de ces situations uniques. Comment respecter cet individu, son système familial, que taire, que dire ?

Dans cette situation se mêlent les influences de mon identité de médecin, de psychiatre, mes convictions spirituelles et morales, mes rapports avec les soignants de notre équipe. C'est une occasion où la fonction « apostolique » du médecin, décrite par Balint, se met fortement en branle chez moi.

Quatre vignettes cliniques :

Débutant il y a une vingtaine d'années dans cette activité, comment saluer et souhaiter un bon Noël, en partant en congé pour la fin de l'année, à la mère d'un petit garçon qui venait de passer en phase palliative sur rechute de leucémie et dont je pensais que je ne les reverrai pas en janvier. Souvenir d'un embarras extrême, refus de les laisser tomber et de m'enfuir sans rien dire, incapacité à trouver des mots. « Au revoir Pablo » balbutié.

Quelques années plus tard je cherche des armes pour faire face à mon travail en oncologie, et j'insiste pour présenter à la journée de l'AIPB où je débarque, ma rencontre de la veille avec un garçon de 11 ans,

bien connu, qui vient de rechuter d'une manière irrémédiable et où je m'étais sentie perdant le contact. Dans le jeu, j'entends celui qui joue le patient répéter les mots que j'ai dictés, où le garçon me congédie (car il devait sortir de l'hôpital au moment où j'arrive et n'avait pas le temps de me parler) avec « Tu sais que je dois partir » et quelque chose craque, quelque chose passe. Quand je reverrai cet enfant après, nous pourrons reprendre nos échanges de façon à la fois sereine, intense et bouleversante, pendant des mois. Après coup je pense que j'accepte à ce moment-là le verdict de la mort autrement qu'intellectuellement. Et pourtant je me rappelle que j'avais violemment réagi émotionnellement quand on me l'avait appris, mais quelque chose n'était pas passé alors, m'empêchant de rencontrer cet enfant.

Encore des années plus tard une fillette de 10-11 ans passe près d'une année enfermée en chambre stérile dans notre unité pour une grave aplasie auto-immune, elle finit par recevoir une greffe de moelle, qui tourne mal avec des complications dues à la réaction de greffe contre hôte, dont elle finira par décéder aux soins intensifs. Cette fillette était, selon une expression « un remède à l'amour ». Elle avait l'air d'un petit rat mal luné, en difficulté d'apprentissage, féroce, opposante, tapant volontiers, mordant parfois, ceci dès nos premiers contacts et déjà avant que la dimension médicale ne devienne dramatique. Sa famille est en difficulté sur tous les plans, culturel, conjugal, social, psychologique, et ne sait ni jouer avec elle, ni amener le moindre aménagement personnel dans cette chambre nue. La seule envie est de fuir une situation si irritante, en espérant qu'elle n'est que passagère. Mais le somatique impose sa loi et nous entraîne avec. Devant l'explosivité de la situation, même au sein de l'équipe, je me force et la force au contact. Après de multiples efforts, affrontements, l'ouverture viendra d'un Tintin où figure l'infect gosse Abdallah. Je propose de le lui lire le jour où elle me jette, alors que je tente de la calmer, « Tu as de la chance que ce soit moi ici, mon frère ce serait encore bien pire ». Je lui parle alors d'Abdallah et vais chercher le livre dans

ma bibliothèque. De là commence un compagnonnage livresque au travers de BD que j'ai aimées enfant et que j'amène en prêt. Elle en arrivera même à savoir lire, et depuis son lit en dialyse dira à sa mère « Chut, je lis » dans des moments d'opposition plus constructive. Je me suis encore parfois battu avec elle, lors de soins obligatoires pour sa survie qui se déroulaient lors de ma visite. Mais je n'ai presque jamais rien dit, si ce n'est de rage quand elle tenta de planter les dents « Stop, je ne te traite pas comme un chien, tu ne mords pas comme un chien ». J'ai lu à sa demande, jusqu'au jour de ma dernière lecture, tordue à ses côtés, pour que même intubée elle puisse suivre mon doigt sur la page.

Je n'ai rien dit, mais j'ai étouffée de tout cela parfois, et pour me calmer, je visualisais le groupe de psychodrame Balint auquel j'appartenais et je m'imaginai leur présentant... « pourquoi veux-tu nous parler de cette patiente ? » Et moi de pouvoir dire tout ce que je taisais, ma révolte, ma rage, mon désespoir et mon espoir fou. C'était un grand groupe Balint, débutant, et je venais d'user de mon tour de présentation, donc je devais attendre un peu.

Ce printemps Josuah va avoir 10 ans. Je ne suis plus participante de psychodrame Balint, j'en co-anime... Josuah est connu comme le loup blanc dans l'hôpital des enfants, il a une maladie de Crohn étrange, depuis petit, associée à des auto-immunités. Lui et sa famille perturbent et inquiètent les unités et les collègues qui s'en occupent. Il a été capable de menacer la gastro-entérologue du couteau suisse soigneusement confié par ses parents pour négocier la palpation de son ventre... Pas notre problème, sauf que pour le guérir il est décidé une greffe de moelle au centre suisse de référence pour l'immunologie, à Zurich. La greffe ayant sombré dans des complications sans nom, après 4 mois d'isolement à Zurich il est transféré à Genève, dans la seule unité protégée, c'est-à-dire la nôtre. Nous faisons alors connaissance. Forte tête qui n'admet personne réellement dans sa proximité, sauf sa famille, je le verrai fort peu, 4-5 fois au maximum en presque une année. Il chasse la psychologue qui l'avait tant bien que mal suivi ces 2 dernières années. La famille, plus qu'active, me fait bien saisir qu'ils n'ont pas besoin de moi. Médecins et autres soignants, tout autant que les intervenants divers, de l'institutrice à l'arthérapeute, se font laminer par un système rodé en 10 ans de malheurs médicaux, spécialisé dans la négociation à la limite du chantage, la revendication, l'éviction, l'activisme qui nous déborde avec la vitesse d'un ailier au football. Ce système affronte avec vigueur la première hospitalisation longue de

Josuah, 17 mois d'hôpital et une semaine à la maison ! Josuah a une passion, la nourriture, celle dont il est si souvent privé, entre gastrostomie et colostomie. Pour tenter de gérer son entéropathie exsudative qui peut lui coûter 7 litres en une journée, il faut limiter, trier, arrêter. Josuah ne parle que recettes, prépare les menus de restaurant avec son père... La cuisine de l'unité se fait investir, sans trop d'égards pour les questions d'hygiène hospitalière, par des préparations multiples, défiant sans fin les listes prescrites... Dans cette guerre faite d'escarmouches constantes, de charges sabre au clair, l'épuisement guette les deux parties, mais cela semble être la solution retenue pour maintenir à distance le spectre de la mort, qui se rapproche insidieusement. Seul mode de contact qui marchera vraiment pour la psy que je suis, participer activement à la bataille au côté de mes collègues, participant aux réunions de « remise de cadre » avec eux. Jusque là remise sur une voie de garage par l'ensemble du système de Josuah, j'y gagne une bizarre légitimité. Néanmoins je ne pourrai parler à ses parents, seule à seule, en tant que psy, que dans l'impromptu de la rencontre à la cuisine ou dans le corridor, mais où peu à peu beaucoup va pouvoir se dire. Les rencontres programmées ne peuvent l'être qu'avec mes collègues pédiatres.

De la violence infligée à Josuah, dont le corps déformé et souffrant nous interpelle, nous sommes conscients, et peu à peu un duo se forme entre la cheffe de clinique en charge de l'unité et la psy, qui reprennent cette violence et cette souffrance plus à leur compte. Négociations sans fin pour la cuillère de purée, la sauce... Jusqu'où va la médecine, quand le traitement n'est-il plus un soin ? Question rampante, esquivée au travers de la multitude de spécialistes dans la course. Mais Josuah va si mal que cela se concentre sur lui, sa famille, et ses soignants au quotidien. Quand un organe reprend un peu le dessus, un autre flanche, le corps de Josuah, tel un radeau attaqué de toutes parts, craque et prend l'eau de partout. Avec la première cheffe de clinique qui s'implique, n'en pouvant plus d'un tel spectacle, nous faisons une première démarche en janvier, un peu en catimini de la famille, nous allons à deux tester la volonté de Josuah, qui dépourvu d'appui sans notre opposition, se montre très ambivalent, voulant qu'on entende sa rage mais pas son abandon. Ceci nous permet une dernière tentative thérapeutique efficace, car nous appuyant sur sa volonté exprimée, nous trouvons en nous de quoi convaincre sa famille d'accepter un traitement de jeûne réellement suivi, sans transgressions, malgré la rage et les protestations de Josuah. Cela a un prix : nous

nommons alors très clairement le risque de mort proche, que c'est avec la mort et non la maladie que l'on jouait, et la décision finale de traitement sera énoncée devant Josuah et ses parents, provoquant ses larmes et son effondrement. Mais cela permet enfin à Josuah de remonter un peu la pente, lentement et d'arriver à revenir chez lui après une année ! Les complications nous le ramènent malheureusement dix jours plus tard, respirant à peine. Tout empire à nouveau. Les spécialistes nous proposent, en Xième dernière chance de le mettre à jeun à nouveau pour des semaines, ses parents eux veulent qu'on le fasse, mais juste quelques jours, car plus ne serait pas possible. Les infirmières épuisées n'en peuvent plus face aux exigences de Josuah et de sa famille cumulées aux exigences intenses du traitement qui maintient Josuah en vie. Rentrer dans la chambre, le prendre en charge est depuis longtemps un poids à la limite du tolérable, et seul un tournus constant, qui permet d'éviter plus de 24h dans sa prise en charge, les sauve.

Quand un jour, au retour du scanner d'urgence, Josuah refuse de sortir du lit de transport pour réintégrer sa chambre, gréviste dans un lit bulle au milieu de corridor, sauf si on lui accorde sa purée, à l'heure du colloque psy, l'oncologue et moi décidons de ne plus esquiver la question, et d'aller, violence suprême la poser à Josuah : faut-il continuer, à quel prix ? Cette fois sa mère, interpellée par son fils qui réclame de le laisser mourir, nous laisse aller.

Epruvé : cette colère, cette rage, ce désespoir et cette violence faite par chacun des protagonistes sur l'autre, dans une intrication meurtrière où nous sommes victimes comme bourreaux. Cela m'habite comme une tempête qui souffle.

Pensé : le refus de l'impuissance et la fuite dans l'affrontement d'un côté comme de l'autre, pensé la volonté de rester médecins et soignants dans le soin alors que le traitement nous échappe. Pensé le risque d'une violence supplémentaire pour imposer le dire d'une vérité qui desserrerait l'étau. Pensé la fonction d'un couple de soignants, qui peuvent se relayer et soutenir, expliquer le discours l'un de l'autre. C'est comme une brasse désespérée pour me maintenir la tête hors de l'eau.

Dit : comme une plongée en apnée où j'épuiserais mon air, en tendant la main dans l'espoir d'atteindre et de ramener avec moi à la surface ce qui git au fond.

La psy, moi, justifie sa présence de tiers au chevet de Josuah, requise par l'oncologue présente, et explique, comme tierce et pourtant impliquée, le dilemme actuel de l'équipe médicale : quel chemin

prendre ? Il y a un chemin ardu et plus sûr vers une guérison incertaine, et un autre moins pénible mais plus risqué quant à sa survie. Nous sommes prêts à aller et à défendre le chemin qu'il choisirait. Josuah cette fois est clair, même si parfois il est en pleurs, après les phrases rageuses du début, mais déjà il nous parle, fait rare. Je veux mourir, je n'en peux plus, ce n'est pas une vie où je ne peux ni manger, ni m'amuser, ni aller chez moi. Mourir sera la seule façon de ne plus avoir de souffrance.

Dit face à la mère, puis aux parents : que nous refusons de nous cacher derrière la cuillère de purée, la question est de choisir une optique palliative au sens noble du terme ou une curative dont tous assumeraient clairement les obligations de violence et de contrainte, mais dont Josuah ne veut plus. Le refus d'une ambiguïté où on nous demande d'accepter que Josuah n'en peut plus en permettant des exceptions constantes au traitement tout en maintenant la croyance d'un traitement absolu revendiqué.

Longues discussions avec la famille, peu avec Josuah, qui n'a jamais accepté de discuter d'autre chose que de recettes de cuisine avec ses soignants, mais surtout une paix relative tombée sur les soins de Josuah. Pourtant le traitement a peu changé sauf son régime. Nous n'abandonnons, à leur demande à tous, rien du soutien médicamenteux de pointe et rien de Josuah. Josuah, appuyé sur ses soignants et sa famille, fait la nique à la mort de longues semaines, et on se permet de prendre de nombreux risques : il part en permission, au restaurant alors qu'on jongle avec insuline parentérale, antibiotiques, corticoïdes, oxygène... Ce sera le seul enfant chez nous qui aura utilisé une sédation palliative terminale « à la demande », intermittente, quand il est trop épuisé et veut pouvoir enfin « dormir » un moment mais se réveiller après quelques heures pour repartir de plus belle dans ce qu'il veut encore faire.

Josuah est mort paisiblement dans notre unité un jour de début juillet, et la gastro-entérologue en charge de lui ces dernières années a rendu hommage au travail de l'unité parlant du chemin incroyable qu'on avait réussi à parcourir avec lui et sa famille pour finir ainsi.

***Pédopsychiatre Genève**
y.coulondre@bluewin.ch

Quand la machine à solutions s'enraye

Catherine Jung*

Médecin généraliste dans une banlieue défavorisée de Strasbourg, je suis amenée à recevoir des patients en situation de grande précarité. Je voudrais partager ici deux situations qui m'ont fait réfléchir, qui ont bousculé ma pratique, l'une parce que la migration malmène les patients et leur médecin, l'autre parce qu'elle est montrée que même dans une situation de précarité importante installée depuis quelques générations, un jour il peut y avoir une ouverture à la rencontre et à la parole qui peut modifier le cours d'une existence.

Je raconte des histoires de patients, étant prise dans la relation il ne m'est pas facile de faire des élaborations théoriques. J'ai cependant essayé de réfléchir à comment ma rencontre avec les groupes Balint a modifié ma pratique.

1^{er} cas : Disons Khadijat : elle a 33 ans. Elle est d'origine tchéchène. Elle ne parle pas le français. Elle est venue me voir car aujourd'hui les communautés russophones ont appris que je parle un peu le russe, disons que je le baragouine. Ainsi, c'est cette langue qui nous permet de communiquer. Mais la communication reste difficile, je ne parle pas bien et fait sans doute pas mal de fautes, et pour elle ce n'est pas non plus sa langue maternelle, mais elle le parle bien mieux que moi.

Khadijat est venue en France il y a un an avec sa famille, son mari et ses deux enfants, qui ont aujourd'hui 6 ans et 3 ans, mais c'est surtout elle que je vois. Les enfants vont à l'école. Le mari est malade et ne peut pas venir. Elle est grande et mince, elle porte une jupe assez longue et un foulard qui laisse voir son visage et le haut de ses cheveux. Elle ne sourit jamais. Je la sens très déterminée, mais surtout très tendue. J'éprouve une sorte de malaise en sa présence.

La situation sociale est catastrophique. Ils vivent « au 115 », c'est-à-dire qu'ils appellent tous les soirs pour avoir un hébergement. De temps en temps, ils obtiennent quelques nuits dans un hôtel et de temps en temps ils dorment dehors avec les enfants. Ils sont sans doute parfois aussi hébergés par des familles qu'ils connaissent. Mais elle se méfie, et ne raconte pas tout. Son parcours est chaotique. En quittant la Russie ils sont arrivés en Lituanie, c'est là qu'ils ont

fait leur première demande de titre de séjour qui leur a naturellement été refusé. Ils sont restés malgré tout et ont été emprisonnés dans une prison lituanienne pendant trois ans. A leur sortie de prison, ils ont décidé de venir tenter leur chance en France. On dit qu'ils sont « en réintroduction Schengen » avec très peu, voire aucune chance de voir leur demande d'asile aboutir. Elle s'occupe de toute la famille, fait les multiples démarches auprès des organismes caritatifs pour obtenir des colis alimentaires, auprès des associations d'aide aux demandeurs d'asile pour obtenir un titre de séjour, dans les différents CODA et CADA^o pour obtenir un hébergement satisfaisant et un peu durable.

Lorsqu'elle vient, elle présente d'abord des plaintes somatiques. Le corps est prétexte à la rencontre avec le médecin généraliste que je suis. Elle a des maux de tête et des troubles du sommeil, des vertiges. Ses plaintes m'agacent, comme si elles venaient masquer la vraie difficulté, celle dont nous ne pouvons surtout pas parler. De nombreux examens ont été réalisés, mais ils sont tous normaux. J'essaie de parler de situation difficile à l'origine de tous ses maux. J'écoute sa plainte, parfois avec impatience, parfois avec résignation. Je prescris parfois quelques traitements, je résiste aujourd'hui à de nouvelles demandes de rencontres de spécialistes ou d'examen complémentaires. J'imagine qu'il est impossible de se sentir en bonne santé quand l'avenir paraît aussi incertain et que le présent est aussi difficile. Il arrive parfois que j'aie un appel des urgences, où elle a été consultée à nouveau pour mal de tête et vertiges. Gentiment, ils la gardent pour la nuit. Elle ne retournera à la rue que le matin. Je ne sais pas où sont les enfants pendant ce temps-là. J'ai du mal à faire mon métier, j'ose à peine lui demander où ils dorment. Que faire s'ils dorment à la rue ? Et est-ce qu'elle mange ? Je sais qu'elle ne mange pas tous les jours. Au début j'ai cherché d'autres associations caritatives, j'ai donné ce que nous avions à la maison de santé, les gâteaux que nous apportent les patients. Le récit de ses plaintes me met mal à l'aise. Il peut même m'arriver d'être en colère quand

^o CODA : centre d'orientation pour demandeurs d'asile
CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile

elle vient me voir, je lui en veux de me mettre face à mon impuissance.

En écrivant cette situation, je me rends compte que la situation sociale me paralyse et me révolte : quelle société peut laisser dans la rue des familles avec enfants ? Qu'ont-ils fait pour mériter cela ? J'ai cherché des solutions mais j'ai dû renoncer. Les russophones qui venaient à la maison de santé (tchéchènes, arméniens, géorgiens, azéris, ouzbeks...) étaient trop nombreux. J'ai fait l'expérience comme jamais dans ma carrière de l'impuissance. Je n'ai plus rien à proposer. L'impuissance aurait pu me faire perdre ma part d'humanité. Je n'ai pas toujours du plaisir à la voir arriver, je lui en veux de me mettre face à ma difficulté. Je ne sais plus non plus faire mon métier, m'intéresser à sa situation, la prendre en charge dans sa globalité. A part, la situation sociale, je sais très peu de choses d'elle. La langue utilisée pour communiquer est bien sûr un frein, elle-même craint de parler et de trop se dévoiler, peut-être parce qu'elle a eu des mauvaises expériences, peut-être parce qu'elle ne veut pas déranger, peut-être parce qu'elle ne veut pas rouvrir des plaies douloureuses ? Mais moi que suis-je prête à entendre ? Peut-être pas grand-chose. La situation sociale fait écran.

Je me demande souvent à quoi je sers, je n'ai rien à offrir, si ce n'est une écoute plus ou moins bienveillante. J'ai quand même appris à accepter de ne rien faire, de n'avoir aucune solution à proposer, il m'a fallu plusieurs mois. Et maintenant j'accepte aussi de la serrer dans mes bras quand elle s'en va en me remerciant. De quoi me remercie-t-elle d'ailleurs ? D'avoir manifesté de la révolte ou du désarroi devant sa situation ? De lui avoir malgré tout témoigné un peu d'humanité ? Je crois que je l'aime bien.

Et puis, un jour, elle a cessé de venir. Que s'est-il passé ? Ont-ils été reconduits à la frontière ? Sont-ils partis tenter leur chance en Belgique ? J'ai longtemps pensé à elle, à ses grands yeux posés sur moi, peut-être à la recherche d'un sens à cette quête...

J'ai longtemps regretté d'avoir dit que je parle un peu le russe. Je me suis sentie envahie par la misère, les difficultés sociales. Je travaille depuis longtemps dans une zone très défavorisée, et j'y ai acquis des réflexes, je connais les tuyaux, je peux bricoler. Mais là, face à la misère des demandeurs d'asile, je me suis sentie abandonnée, en bout de chaîne, sans autre recours que de les renvoyer à leur misère, quand plus aucune autre prise en charge n'est possible. Il m'a fallu de nombreuses Khadijat pour retrouver une bonne distance entre compassion et

professionnalisme, pour accepter que quelque chose soit possible malgré l'absence de solutions.

2^{ème} Cas : Appelons-la Nicole. C'est une femme qui a aujourd'hui 46 ans, issue du quart monde, un milieu très pauvre. Elle est la dernière d'une fratrie de 10 enfants. Elle a longtemps vécu chez ses parents, mais à leur mort elle est partie vivre chez sa sœur. Elle n'a jamais été mariée, n'a pas d'enfants et je ne suis pas sûre qu'elle ait eu une relation amoureuse. Physiquement, elle est de taille moyenne, elle n'est pas franchement jolie, elle a des cheveux mi-longs plaqués sur la tête, souvent assez sales, elle a un peu de ventre, elle est habillée sans aucune recherche, un peu comme un garçon, les vêtements sans être franchement sales, ne sont pas très propres, et souvent un peu usés. Je la connais depuis quelques années, au début elle venait « juste pour une ordonnance ». La salle d'attente était inquiétante, elle se sentait regardée, elle se sentait mal à l'aise. Elle a eu de la difficulté à continuer à venir au cabinet et surtout à attendre. Elle est alors passée par une période où elle m'appelait en visite, pour échapper à la salle d'attente. Le motif me paraissait toujours futile. Il me semble qu'elle avait souvent « mal au ventre » ou de la diarrhée. Elle habite avec sa sœur dans un petit pavillon tout neuf fait de quelques plaques de bétons, il y a fait une chaleur intolérable en été, et l'hiver il y fait vraiment froid. Mais, il y a une petite cour et un petit jardinet. L'intérieur est impeccable, tout est propre, tout est à sa place, à tel point qu'on peut se demander si notre seule présence ne dérange pas l'ordre de la maison, même s'asseoir est difficile. La cour est nettoyée tous les jours, et le jardinet est le paradis des nains de jardin. Pourtant, il ne s'agit pas vraiment d'une banlieue agréable. C'est un endroit où sont relégués gitans et vanniers sédentarisés, beaucoup de médecins n'osent plus y aller. Mais leur petite maison, fermée sur elle-même contraste avec l'environnement.

Il y a quatre ans, les choses changent. Elle vient me voir car ça ne va pas. Elle ose un peu plus la salle d'attente. C'est selon les jours, le nombre de personnes présentes et la durée de l'attente. J'ai compris, je lui donne rendez-vous tôt le matin. Ce qui la fait changer : sa sœur avec laquelle elle vit, a rencontré un homme. Elle se sent menacée. Elle raconte alors qu'elle a des tremblements, qu'elle dort moins bien, elle se réveille à 4 heures du matin mais elle se couche à 9 heures. Le ventre la serre. Lorsqu'en consultation, je réfléchis à comment je vais aborder avec elle la possibilité d'une somatisation, elle me demande « vous pensez que ça peut venir des angoisses ? » Comme le bilan biomédical est

rassurant, je la conforte dans son analyse de la situation. D'ailleurs, je suis soulagée qu'elle fasse elle-même le lien entre sa situation avec sa sœur et ses manifestations somatiques et je la remercie intérieurement de me faciliter le travail. Mais il lui est difficile d'aller au-delà de : « je ne comprends pas pourquoi j'ai ça ». Elle raconte qu'elle est très perturbée par la présence de cet homme. Elle commence à chercher pour elle-même une relation sur internet ce qui va donner lieu à des dialogues un peu improbables autour de la sexualité avec un vocabulaire très cru : « c'est normal qu'il me dise qu'il veut mettre son gros machin dans ma bouche ». Ce vocabulaire contraste avec son aspect et sa relative timidité. Pendant quelques consultations, elle me fait part de ses recherches assez infructueuses sur internet. Elle rêve à quelques reprises d'une vraie rencontre et d'une grossesse. Mais à chaque rencontre, elle se sent flouée ou trahie. Sa sœur rompra finalement avec son ami, et tout va rentrer dans l'ordre. Elle va cesser de venir me voir pendant quelque temps.

Puis nouvel épisode de douleurs abdominales : l'assistante sociale qui s'occupe d'elle pour le suivi du RSA lui demande de s'inscrire dans un stage de remise à niveau. Elle arrive alors à dire qu'elle ne sait ni lire ni écrire. Enfin, un peu, elle sait lire toutes les lettres, mais ça ne fait pas sens. Ses sœurs s'occupent de ses papiers. Les douleurs abdominales reprennent, les tremblements aussi. Et toujours la même question : « je ne comprends pas d'où ça vient ». Elle doit interroger toute sa nombreuse famille sur l'origine de son mal être, évidemment chacun a son idée. Je me permets quelques interprétations, sur la peur de la perte. Mais elle n'adhère pas. Finalement, tout rentre dans l'ordre parce que l'association de formation n'a plus de financements et la formation s'arrête faute de moyens. Au fond, je trouve ça dommage. Et elle sans doute aussi. Je sens qu'elle a commencé à avoir du plaisir à y aller, à découvrir qu'elle pouvait sans doute apprendre aussi. Elle a réussi à vaincre une partie de sa peur de l'échec.

Et enfin, je la vois en février de cette année. Elle revient avec les mêmes tremblements. D'emblée, elle me demande si ça peut avoir un lien avec l'angoisse. J'approuve. Elle raconte que sa nièce qui vivait avec elles, va partir car elle vient de se marier. « Vous croyez que ça peut venir de ça ? » Je la remercie une fois de plus intérieurement de me donner une partie de la réponse dans sa question. Je ressens physiquement un immense soulagement. Cette sensation physique traduit à mon sens notre accord à Nicole et moi. Nous sommes d'accord sur le sens de ses malaises. Mais que faire de tout ça ? Je lui

demande « et comment croyez-vous que je puisse vous aider ? ». Elle me fait alors cette demande incroyable : « j'aimerais venir vous voir deux fois par semaine ». J'ai été très surprise par la réponse. Cette femme qui a peu accès à la parole, vient me demander de parler et non pas une ou deux fois mais deux fois par semaine. Même des patients plus instruits ne m'ont jamais fait une telle demande. J'accepte. Un peu inquiète, pas très sûre d'être dans mon rôle. Mais bon, puisqu'elle me le demande et qu'elle a l'air de savoir ce qu'elle veut. Elle a un vocabulaire assez fruste et j'imagine que cela va compliquer la suite de nos rencontres. Que va-t-on pouvoir se dire ? La question : « je ne comprends pas d'où ça vient » revient comme un leitmotiv, comme une réponse à toutes mes propositions ou tentatives d'interprétations.

J'ai essayé plusieurs solutions : les médicaments anxiolytiques, antidépresseurs, l'homéopathie, l'orientation vers un psychiatre, un psychologue, une orthophoniste, je lui ai prescrit de l'exercice physique... elle a tout refusé. Pour les médicaments, elle a demandé à toute sa famille ce qu'ils en pensaient, certains ont dit oui et d'autres non, d'autres l'ont encouragée, et finalement je lui ai expliqué que ça ne changerait pas grand-chose et que si elle supportait tout allait bien. J'ai osé quelques interprétations, mais du bout des lèvres

Elle commence aujourd'hui à raconter sa famille. Les relations avec sa sœur sont compliquées. Nicole maintenant me parle non seulement de sa nièce mais surtout de son neveu qui est un toxicomane, qui devient violent à la fin du mois, qui réclame de l'argent surtout à sa mère mais aussi à elle. Nicole, elle, va lui chercher sa dose car il doit de l'argent aux dealers et a peur. Finalement, j'apprendrai aussi que sa sœur, qui est la locataire en titre a plus de 3000 euros d'impayés de loyer et qu'elle ne sait pas comment ils vont faire pour s'en sortir. Sa sœur ne supporterait pas qu'elle raconte tout ça. Je lui rappelle le secret professionnel. La peur de la violence semble très présente mais elle ne la reconnaît pas. Ou plutôt elle la reconnaît mais ne comprend pas pourquoi. Elle sait aujourd'hui qu'elle rêve même si elle ne sait pas toujours de quoi. Il y a sans doute eu beaucoup de violence, si ce n'est dans sa famille, au moins dans le quartier. Elle parle de coups de feu, de coups. Elle avance tranquillement dans son histoire, nous cheminons ensemble. Je ne connais pas ce qu'elle vit, j'essaie d'imaginer, mais la distance culturelle entre nous est très importante. Je me méfie de mes interprétations. Aujourd'hui elle va tranquillement mieux. Certains jours, il n'y a pas de tremblements, mais d'autres ils sont encore là dès le

réveil. Elle se rappelle qu'en fait, elle les a toujours ressentis mais pas avec cette violence. Elle se souvient d'un jour, c'était en arrosant les géraniums, elle a imaginé pouvoir vivre seule, ce jour-là elle s'est sentie « bien, comme jamais ». Ça a été une parenthèse, qui n'est pas réapparue à ce jour. Mais à côté de ça, elle a commencé à faire des démarches, elle a fait une demande de logement pour elle-même pour pouvoir accueillir sa sœur si elle était expulsée. C'est incroyable. Je pense que nous n'aurions pas pu imaginer un tel changement il y a seulement quelques mois.

Balint m'a permis d'être juste là pour accompagner, écouter, accueillir... ne pas vouloir faire, renoncer à prescrire autre chose qu'un nouveau RV. Bien sûr que je pense à la violence dans la famille, à la maltraitance, à la violence sexuelle. Mais il me faut me taire et faire confiance dans sa capacité à évoluer. Et surtout ne pas interpréter ce qui lui arrive, nos mondes sont tellement éloignés l'un de l'autre que je ne pourrai faire autre chose que de me tromper. Mais malgré tout il faut parler, rassurer, manifester son intérêt. Accepter les changements de RV, être disponible pour la recevoir dans la journée. Les fils de son histoire se dénouent doucement, je sens que c'est fragile, ne pas brusquer. J'ai l'impression d'assister à un petit miracle. Il y a cinq ans, je n'aurai pas imaginé que cette femme puisse venir parler comme elle le fait. Finalement, nos rendez-vous ne me pèsent pas. L'inquiétude du début a disparu et je me sens à ma place, là avec elle. Elle a dû passer par le corps pour avoir le droit de venir me rencontrer, mais le corps a rapidement fait place à d'autres questionnements. Nous cheminons ensemble.

Pour le médecin, éprouver dans son corps, malaise, soulagement, colère... ouvre la consultation. Je dis souvent aux internes que mes émotions sont des outils diagnostics. Elles me permettent de savoir si je suis en accord avec le patient, ou à contre temps, si nous avons trouvé un terrain d'entente, si la rencontre a lieu ou pas. Elles sont réellement un outil du soin. Quant à la parole, elle peut être difficile parce que nous sommes éloignés culturellement du patient, que ce soit de par la langue ou de par le milieu social, mais la relation reste possible si je ne cherche pas à proposer de solutions. Accepter juste d'être là, réellement là, est déjà en soi un acte thérapeutique.

***Médecin généraliste
67100 Strasbourg**

HORS DOSSIER

PSYCHODRAME : LA TECHNIQUE DU DOUBLE

OPHELIA AVRON*

RÉSUMÉ

L'article aborde une présentation de la technique du double au cours du psychodrame analytique, un rappel de sa création par Moreno dans une perspective groupale phénoménologique, la reprise de cette technique spécifique du double au cours du psychodrame de groupe dans une perspective psychanalytique élargie intégrant les processus intrapsychiques et interpsychiques. Les processus interpsychiques sont conçus à travers la co-émotionnalité participative rythmique assurant l'articulation du monde psychique interne avec l'environnement humain. À travers trois exemples sont mises en évidence les situations où l'utilisation de la technique du double peut devenir mobilisatrice et étayante pour des patients dont les fondements identitaires sont insuffisamment assurés ou en grave dysfonctionnement.

MOTS-CLÉS

Psychodrame de groupe, double, identité, co-émotionnalité.

Afin de situer l'utilisation de la technique du double au cours du jeu psychodramatique, je vais la décrire rapidement et rappeler sa création par Moreno, l'inventeur du psychodrame. Celui-ci se place dans une perspective groupale et phénoménologique. L'appropriation du psychodrame morénien par les psychanalystes produira deux courants de recherche. Un courant reprenant la perspective freudienne de compréhension intrapsychique, le dispositif psychodramatique sera modifié dans ce sens : plusieurs psychanalystes travaillent avec un seul patient, ou éventuellement avec plusieurs mais ils se consacrent à l'exploration de chaque jeu individuel – ceci avec des patients dont l'associativité est en grande difficulté. Un deuxième courant cherchera à compléter cette analyse classique intrapsychique par une compréhension des processus interpsychiques. Les psychanalystes exploreront alors la dimension groupale en quête de sa théorisation psychanalytique. Au carrefour de ces courants, j'ai entamé moi-même mes propres recherches, toujours en cours en vue d'approfondir et d'articuler les processus intrapsychiques et interpsychiques. Le dispositif, le jeu, la technique du double sont articulés à cette perspective de travail et de recherche.

Technique du double

Le jeu demandé par un membre du groupe de psychodrame étant engagé, je peux juger utile à un moment précis de prendre le rôle du double. Je viens

alors me placer près du sujet et j'exprime à haute voix en son nom ce que le patient, pour des raisons diverses que j'examinerai, ne peut encore traduire par sa propre voix mais qui est cependant suffisamment proche de son conscient. Cette technique utilisée avec parcimonie et à bon escient peut renforcer le contact du sujet avec ses propres éprouvés et provoquer par là-même une dynamisation associative, en particulier chez des patients présentant des problématiques identitaires. Cette mise en travail à travers la voix du double sera prolongée après le jeu par les échanges entre tous les participants qui, en exprimant leurs propres résonances associatives et affectives, permettront souvent à celui qui a joué d'approfondir ses réflexions.

Rappel historique

Rappeler l'invention du psychodrame et de la technique du double par Moreno, ce n'est pas seulement reconnaître leur paternité historique, c'est surtout situer cette création à un moment où des recherches multiples aux États-Unis se concentrent sur les phénomènes groupaux. Le psychodrame morénien est un cas particulier dans ce mouvement d'ensemble. Ces recherches d'inspiration psychosociale vont intéresser des psychanalystes anglo-saxons et français et créeront un courant actuellement en plein développement.

Psychiatre viennois exilé aux États-Unis en 1925, Moreno crée à New York en 1946 l'Institut de

psychodrame et de psychothérapie de groupe. C'est là que viendront se former les premiers psychodramatistes français. Alors que Freud découvre la force pulsionnelle de la sexualité infantile et les conflictualités intrapsychiques qui entraînent en particulier le refoulement, Moreno prend comme terrain de recherche les interactions qui mobilisent dans le *hic et nunc* les individus entre eux. La psychothérapie se déportera sur la dynamique de groupe, les effets du jeu et l'action interactive spontanée des communications.

Moreno considère que la force primordiale de l'être humain est celle de la spontanéité qui lui fait inventer, dans la nécessaire immédiateté de la survie, les actions adaptées face aux situations nouvelles qui se présentent à lui. Mais les risques d'immobilisme, de résistance au changement sont constants et relayés, pense-t-il, par les stéréotypes culturels. Sa visée thérapeutique consistera à restaurer par le jeu et l'échange groupal une certaine capacité de spontanéité créatrice. Des thérapeutes « ego-auxiliaires » donneront la réplique au protagoniste qui a demandé le jeu et éventuellement le doubleront pour l'aider à rester au plus près de ses affects et de ses pensées. On a souvent surévalué chez Moreno sa notion de catharsis et sous-évalué celle d'ego auxiliaire, qui se rapproche cependant des fonctions symbolisantes que Winnicott et Bion notamment ont données à la mère. Moreno écrit : « Cette aide doit être fournie au nouveau-né par un substitut, un *moi-auxiliaire*¹. [...] cette relation mère-enfant est basée sur le fait que c'est une relation à deux sens faisant entrer en jeu une coopération » (1965, p. 102). « La phase initiale de co-action, de co-expérience et de collaboration avec un Moi plus fort encourage l'enfant à agir indépendamment » (*ibid.*, p. 108). Son identité se constituera progressivement à travers ces matrices de coopération. « Quand nous avons un patient dont la capacité de compréhension est détruite, spécifiquement par une psychose, nous imitons la méthode utilisée par la nature pendant les premières semaines de la vie de l'enfant et nous employons la méthode du double en faisant intervenir des Moi-auxiliaires expérimentés » (*ibid.*, p. 171).

Comme le ferait une mère attentive, le moi-auxiliaire, précise Moreno, se met en rapport étroit avec les gestes, les expressions, les paroles du patient, ce qui suppose un partage à un niveau primaire inconscient.

1. C'est moi qui souligne.

« La théorie psychodramatique exige donc pour justifier cette situation une différenciation entre les états inconscients personnels à un individu et les états inconscients communs à deux ou à plusieurs personnes qui sont liées par des liens d'intimité... C'est comme s'il existait un pont direct pour relier l'inconscient de l'un et l'inconscient de l'autre » (*ibid.*, p. 182). Ce terme d'« inconscient » souvent utilisé par Moreno n'a pas le même sens que chez Freud, il s'applique à l'existence supposée d'une liaison élémentaire et réciproque, positive ou négative entre les individus, il l'appelle le « *télé* » (du grec, à distance), c'est le ciment qui tient ensemble les individus et le groupe.

Tout au long de la cure le moi-auxiliaire représenté par un thérapeute assume activement cette liaison pour soutenir celle du protagoniste. « [...] sa première fonction est de tenir le rôle d'une personne dont le sujet a besoin, la deuxième de guider le protagoniste en essayant de ressentir ce qu'il ressent » (*ibid.*, p. 102). L'utilisation de la méthode du double va dans ce sens, elle met le moi-auxiliaire en étroite correspondance avec les possibilités et les difficultés évolutives du protagoniste.

Plus encore que la méthode du double, les psychodramatistes utilisent la technique du changement de rôle, autre innovation de Moreno, qui invite le protagoniste à prendre la place de son partenaire, lui permettant ainsi d'exprimer ses identifications plus ou moins conscientes. Cette dernière technique suppose un état de différenciation du Moi plus accomplie, alors que la technique du double, précise Moreno, est indiquée dans des états plus fragiles de différenciation nécessitant de reprendre l'étape de l'identité existentielle. Cette position me permettra de reprendre et d'approfondir les notions d'identification, d'identification projective ainsi que les fonctions d'ego-auxiliaire, de mère suffisamment bonne, de contenant-contenu.

Vers 1965, ma propre formation psychanalytique terminée, j'ai été doublement influencée, d'une part par les psychologues qui avaient suivi une formation à l'Institut de psychodrame et psychothérapie de groupe (Mireille Monod, 1976, et Anne Schutzenberger, 1966, notamment) et d'autre part par les psychanalystes français qui sans bien connaître la pensée de Moreno avaient adapté le jeu psychodramatique à leur propre connaissance du fonctionnement intrapsychique (René Diatkine, Serge Lebovici, Évelyne Kestemberg, 1958). Les tiraillements de cette double formation m'ont obligée à une lente réflexion et à certains

remaniements progressifs. C'est la pensée de Bion qui viendra donner consistance et élan à ma propre recherche. La lecture de la traduction de son livre *Recherches sur les petits groupes* en 1965 éclaire mes intuitions d'alors sur les processus interactifs immédiatement à l'œuvre dans un groupe et que j'appelais « effets de présence ». Dans l'ouvrage qui suit, *Aux sources de l'expérience*, Bion ouvre une réflexion sur la formation de la pensée à partir des dysfonctionnements psychotiques, cela me permettra de reprendre les notions fondamentales et obscures d'identification, d'identification projective, ainsi que son modèle interactif de contenant-contenu. Je ne peux reprendre ici l'ensemble de ma réflexion, que j'ai développée ailleurs (Avron, 1996). En examinant la notion kleinienne d'identification projective, Bion l'éclaire d'un jour nouveau. De son côté, Mélanie Klein, situant ses observations sur les jeunes enfants dans la perspective freudienne de la deuxième topique, considère que ceux-ci projettent sur leurs proches et sur leur mère en particulier leurs angoisses intolérables de morcellement et d'effondrement liées à l'activité de la pulsion de mort; le destinataire se trouve alors fantasmatiquement transformé sur le même mode de violence en persécuteur effrayant. « C'est, écrit-elle, ce qui explique les idées si fantastiques que conçoivent les enfants sur ce que les parents pourraient leur faire, les tuer, les faire cuire, les châtrer et ainsi de suite » (Klein, 1978, p. 221). Elle précise : « Je soutiens que l'angoisse surgit de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur de l'organisme, qu'elle est sentie comme une peur de l'anéantissement (de la mort) et qu'elle prend la forme d'une peur de la persécution. La peur des pulsions destructrices semble s'attacher immédiatement à un objet, ou mieux : on la vit comme la peur d'un objet incontrôlable et extrêmement puissant » (Klein, 1972, p. 278).

Bion reprend cette notion et avance l'idée que tout individu est non seulement capable de cette projection fantasmatique en vue de décharger sa tension pulsionnelle mortifère sur un objet, mais capable aussi de transformer *réellement* le partenaire. « Il est également possible, dit-il, et même essentiel, d'observer les faits susceptibles de démontrer qu'un patient, chez qui l'on peut reconnaître le fonctionnement de ce fantasme omniprésent, est capable d'un comportement lié à ce qui, dans la réalité, équivaut à ce fantasme. Le patient, dès le début de la vie, a suffisamment de contact avec la réalité pour agir de manière à engendrer chez sa mère des sentiments dont il ne veut pas pour lui-même, ou qu'il veut trouver chez sa

mère » (Bion, 1979 [1962], p. 47-48). À partir de ses observations, Bion proposera une action à double sens à travers le modèle contenant-contenu : « Le Contenant et le Contenu sont susceptibles d'être conjoints et pénétrés par l'émotion. Ainsi conjoints ou pénétrés, ou les deux, ils subissent ce type de transformation que l'on appelle croissance. Lorsqu'ils sont disjoints ou dépouillés de l'émotion, ils perdent de leur vitalité, autrement dit, se rapprochent des objets inanimés » (*ibid.*, p. 110).

Du fonctionnement individuel de l'identification projective Bion déplace l'accent sur le lien émotionnel interpsychique qui unit les personnes et les transforme. Je me suis inscrite moi-même dans cette ligne de pensée en dégageant un processus primaire interpulsionnel pris dans un rapport mouvant de transformation réciproque. Je suppose que ce processus énergétique de *co-émotionnalité participative rythmique* fonctionne sur les polarités asymétriques et alternées de la stimulation et de la réceptivité. De façon instantanée, non consciente, nous sommes en immédiat contact énergétique avec notre environnement psychique, ce qui crée en chacun un sentiment obscur et puissant d'appartenance active au monde psychique des vivants. Le sentiment d'identité s'enracine dans ces processus énergétiques de base.

Des mises en tension multiples avec des personnes et des milieux différents permettront une lente secondarisation favorisant des capacités prévisionnelles d'attente et des fonctions plus ou moins assumées, d'aide, d'appel, de confrontation, de tractation. Mais lorsque la corégulation pulsionnelle primaire s'est trouvée trop perturbée par les déficiences polaires individuelles et/ou par les difficultés propres à l'environnement, des dysfonctionnements psychotiques et identitaires apparaissent (Avron, 2007).

Ce rappel rapide pour mieux situer mon dispositif et dire dans quel esprit sont écoutés, soutenus, repris les processus groupaux et l'intervention éventuelle de la technique du double, que je présenterai à travers trois exemples.

Ma pratique

Le dispositif

Cette quête clinico-théorique sur les fonctionnements groupaux et interpsychiques m'a amenée à constituer des groupes de psychodrame composés de six ou sept patients qui, pour la plupart, ont déjà suivi des traitements individuels avec des collègues psychanalystes et qui butent sur des

problématiques identitaires plus ou moins graves, parfois camouflées par des problématiques névrotiques mal intégrées. Séances hebdomadaires de deux heures. La durée moyenne du traitement est de trois ans. Je suis seule psychodramatiste.

Chaque séance se divise en trois temps : une libre discussion entre les patients, ensuite les propositions de jeu et après chaque jeu une reprise par tous les participants de leurs éprouvés, souvenirs, réactions multiples. Le jeu mobilise le groupe, le groupe mobilise le jeu. En fonction de mes propres éprouvés, de mon expérience et des hypothèses de travail sur le fonctionnement intrapsychique et interpsychique je favorise les échanges, souligne les associations qui rapprochent ou divisent et, à partir de ce matériel groupal, je peux dégager les dynamiques sous-jacentes quand elles sont suffisamment proches ou au contraire reconnaître les différences. Ce qui se passe entre les participants en cours de discussion et en cours de jeu constitue une continuité interstimulante et élaborative essentielle. C' est dire que l'éventuelle utilisation de la méthode du double est prise dans ce contexte global de compréhension.

Pour préciser aujourd'hui son approche, quelques mots d'abord sur la phase du jeu dans laquelle, le cas échéant, cette intervention s'inscrit. Le participant qui désire proposer un jeu se lève et sort du demi-cercle que nous constituons. Je l'aide à préciser sa problématique et il choisit lui-même ses partenaires qui viennent sur l'espace ouvert du demi-cercle. Je rejoins alors ma place, signalerai la fin du jeu, sur une phrase significative lorsque c'est possible, et inviterai à l'échange sur tout ce que l'on vient d'éprouver. Le moment du jeu, en mobilisant différemment le corps, la pensée, l'improvisation des dialogues, favorise souvent des connexions nouvelles tout autant pour les partenaires que pour le public. Pour moi-même les gestes, les paroles, leur adresse, leur rythme, leur qualité émotionnelle sont des données fugaces d'une extrême importance. Bien entendu toutes ces données baignent elles-mêmes dans la continuité des séances et des connaissances acquises.

Selon leur propre structure les participants vivent très différemment l'attente du jeu, certains se précipitent, l'autres sont paniqués. Dans tous les cas il faut essayer de comprendre les angoisses et les enjeux sous-jacents qui excitent ou terrorisent et aider surtout à mettre en mots ce qui se passe. La technique du double pourra éventuellement être utilisée dans ce sens.

L'intervention du double

Trois situations me semblent particulièrement favorables à ce type d'intervention :

- lorsque le patient est dans une incapacité anéantissante de pensée et de parole ;
- lorsqu'il s'enlise et enlise les partenaires dans un discours factuel qui coupe toute expression affective
- lorsque les enjeux inconscients névrotiques sont parasités par des problèmes identitaires majeurs.

Comme je l'ai indiqué au début, quand m'apparaît la nécessité d'intervenir en tant que double je me lève et viens me placer à côté du patient, j'exprime à haute voix ce que sa propre voix ne peut encore traduire, je le fais le plus succinctement possible et je retourne à ma place, laissant le patient reprendre ou non à sa guise ce qu'il vient d'entendre dire en son nom et écouter ce qu'ont ressenti les autres participants. Je vais donner trois exemples pour illustrer ce travail.

Laurent le silencieux

Il est dans le groupe depuis deux ans. Il a la trentaine, une attitude repliée, quelques tics de grattage et d'enroulement de mèches de cheveux. Sa vie relationnelle est réduite, il occupe un poste stable dans un laboratoire où après quelques incidents de type persécutif on respecte ses résultats et sa solitude. Dans le groupe sa parole est rare et sans détours. Il répond facilement si on l'interroge, d'une voix étouffée à peine audible, mais ne prend pas d'initiative. Le jeu lui fait peur : « C'est trop loin de la réalité », dit-il, mais il peut faire des remarques tout à fait pertinentes après le jeu d'un participant.

Quand après plusieurs mois il put proposer un jeu, il dira avoir senti au moment de se lever ce déséquilibre qu'il ressent souvent quand il panique, comme si ses jambes se dérobaient sous lui. Il avait été très sensible à la remarque de sa partenaire : « C'est comme si tu avais envie de te lancer sur une piste de ski et que tu avais peur de te lâcher. » « C'est tout à fait ça », lui avait-il répondu. Son retrait psychotique laisse parfois entendre un désir de rapprochement si parfait qu'il s'en protège par un silence qui éteint sa pensée et le contact désiré. Je le sens écartelé entre la violence et le démantèlement. Il se tait donc le plus souvent et, quand elle est sollicitée, sa parole est directe, sans souci des réactions du récepteur, comme s'il ne pouvait rester en contact à la fois avec ce qu'il éprouve et avec ce qu'il va provoquer. Je dirais que le processus de co-émotionnalité participative est chez lui partiellement clivé, le maintenant dans sa bulle ou dans une exigence de collage sans recul. Son attitude a fini par lui donner un statut particulier dans le groupe, on sait qu'il ne sait pas mentir mais on devine aussi une

violence crue qui fait peur. Il a, par association avec le récit de certains participants, donné quelques informations sur son enfance, une mère déprimée, un père lointain à la carrière brillante poussant la fille aînée au même parcours professionnel. Il se sent isolé dans sa famille comme dans la vie.

Vers la fin de la première année tout cela circule dans le groupe et entraîne des réactions d'aide ou de distance. Un jour où une autre patiente, Catherine, se plaint de l'attitude imprévisible de son compagnon, Laurent lui dit, laconique : « C'est toujours trop près ou trop loin. » Je saisis la formule au vol en faisant remarquer à Laurent qu'il semble bien connaître cela, il sourit et acquiesce, je fais *un pas* de plus en l'invitant à l'exploration par un jeu, il hésite longuement et se lève. Je lui demande quelle personne de son entourage est trop proche ou trop loin. Long silence, puis : « tout le monde ». Je l'invite à désigner « tout le monde », il nomme Catherine, la patiente qui avait provoqué sa réaction. Je demande à celle-ci de se rapprocher spatialement ou de s'éloigner de Laurent en fonction de ce qu'elle éprouvera de ses paroles ou de ses attitudes. Le jeu commence. Il la regarde, secoue la tête : « C'est pas possible », Catherine alors s'éloigne, il murmure « C'est trop difficile », Catherine aussitôt se rapproche. Elle s'éloigne et se rapproche plusieurs fois. Il s'adosse au mur, tourne une mèche de ses cheveux : « De toute façon je ne pense à rien. » C'est alors que je me lève, me mets à ses côtés et le double en regardant comme lui Catherine : « Quand tu es trop près ça me fait peur, je me demande ce que tu veux, quand tu es trop loin j'ai peur aussi, j'ai l'impression que tu me laisses tomber et que je n'existe plus, je préfère ne rien penser du tout. » Il hoche lentement la tête comme s'il approuvait et demande à retourner à sa place. Il n'ajoutera pas grand-chose pendant la discussion mais sera très attentif aux réactions des uns et des autres. Certains diront à Laurent l'avoir senti très concerné dans son jeu et feront état à leur tour de leurs propres difficultés relationnelles. Quant à Catherine, elle reprendra mes paroles à son compte pour se demander si elle ne fait pas peur à son compagnon qui peut devenir violent quand elle lui reproche son éloignement : « Je veux peut-être trop de lui. » Laurent approuve vivement de la tête. À partir des angoisses de Laurent et leur partielle explicitation par le double une chaîne interrogative s'est constituée dans le groupe, renvoyant à chacun la question de sa place face à autrui. J'entends aussi que le rapproché sexuel et le rapproché identitaire se côtoient et insistent différemment selon les patients, mais la mobilisation émotionnelle circule entre tous. C'est Laurent le silencieux qui en est pour le moment

le diffuseur principal dans la mesure où son corps, ses gestes, ses peurs, son retrait ont parlé au groupe par ma voix au moment même où ma voix lui faisait signe. On lui fait savoir qu'on le comprend, ce qui est une façon de le faire exister, et il laisse entendre que lui aussi comprend.

Si le rôle de double que j'ai pris ce jour-là pour Laurent a pu être efficace, c'est que j'avais déjà pu expérimenter depuis longtemps *les pas* qu'il pouvait faire ou non vis-à-vis d'autrui, son isolement et le désir sexuel menacé d'engloutissement identitaire qui le paralysent. L'image spatiale des *pas* qui se rapprochent ou s'éloignent de lui en fonction de ses peurs et de ses désirs s'est imposée à moi quand il a dit : « C'est toujours trop près ou trop loin. » En doublant Laurent au moment de sa panique, j'ai traduit celle-ci en mots à ma façon en restant au plus près de ce que je percevais de ses désirs et de ses angoisses d'anéantissement. Pendant la discussion du groupe, c'est lorsque Catherine utilise les paroles du double afin de comprendre l'emprise étouffante qu'elle peut exercer sur son compagnon que Laurent a vivement signalé son adhésion, comme s'il pouvait se réapproprier à travers elle ce que j'avais mis en mots pour lui. Il peut ainsi entrer en communication avec lui-même et avec l'autre. Dans ce premier exemple, il me semble que nous pourrions situer la séquence à un niveau d'organisation interpsychique primaire où l'intervention d'un « moi-auxiliaire », dirait Moreno, d'une « mère suffisamment bonne », dirait Winnicott, est indispensable, mais *juste assez (good enough)* pour se faire ensuite en partie oublier et ouvrir au monde des autres². La fonction de double que j'ai tenue lui a permis d'entendre ma présence attentive à ses éprouvés et leur formulation a pu le rendre attentif à lui-même. Le travail thérapeutique en groupe qui maintient en continuité l'attention sur chacun par rapport à l'ensemble est sans doute un milieu favorable pour cette confrontation et les possibles enchaînements mutuels de la co-émotionnalité participative.

Gabrielle et la banalisation

Un sourire figé nous prévient qu'elle est inentamable. Quelles que soient les difficultés abordées par les uns et les autres, elle en dénonce aussitôt l'excès et s'il lui arrive parfois de reconnaître chez elle des passages difficiles elle ajoute « mais il y a pire », évitant ainsi la plainte et l'aide. Au début elle s'est souvent demandé ce qu'elle faisait dans ce « groupe de paumés », puis elle y a pris suffisamment

2. La traduction française de « *good enough mother* » par « mère suffisamment bonne » ne rend pas compte de « juste

bonne », sans plus, qui doit laisser à l'enfant l'espace d'insatisfaction nécessaire à ses propres réactions et à la mise en mouvement réciproque des ajustements évolutifs.

goût pour se réinscrire une deuxième année, ne quittant cependant ni son sourire, ni son attitude normalisante. On pourrait dire qu'elle a une pensée factuelle, étroitement descriptive, évitant les associations et les affects. Elle n'aime ni son travail ni sa vie familiale mais « il faut bien faire avec » ! Ce peu d'empathie ne facilite pas les relations dans le groupe. Exaspéré, un participant lui a dit un jour : « On se demande pourquoi tu es là ».

Son agressivité est à la fois évidente et niée et revient de l'extérieur contre elle. Un jour où une patiente rapporte un rêve, Gabrielle manifeste sa surprise, pour sa part elle ne rêve jamais mais il lui arrive parfois, « rarement », corrige-t-elle aussitôt, d'avoir des rêveries éveillées où défilent comme dans un film des images de casseurs, elle voudrait arrêter les malfaiteurs et faire justice mais en vain, « c'est plutôt angoissant », ajoute-t-elle. Moi-même en difficulté de résonance avec sa pensée si pragmatique j'entends brusquement sa rêverie à l'instar d'un rêve qui mettrait en scène un impossible appel au secours de sa part. Je lui propose de jouer sa rêverie.

Elle fronce les sourcils : « Vous croyez ? » Elle met longtemps à désigner deux participants chargés de fracasser une voiture, mais le jeu est à peine amorcé quand elle coupe tout affect comme à l'ordinaire et commente : « C'est pas si grave que ça, c'est plutôt rigolo. » Je double aussitôt : « Je dis que c'est pas grave mais j'ai peur, je voudrais les arrêter, ils cassent tout, ils vont m'attaquer et je n'arrive même pas à crier au secours. » Elle a quitté son sourire et reprend la fin de ma phrase : « On ne m'entend jamais, c'est pas la peine d'essayer. » La discussion qui suit dans le groupe sera très animée et provoquera des associations sur des situations de violence. C'est à partir de là qu'elle rapportera elle-même, longuement, un événement de son enfance où apparaissent des sentiments en cascade. Alors qu'elle a environ 4 ans un grave accident survient à son père à l'étranger, sa mère le rejoint et confie ses enfants aux grands-parents en recommandant à ces derniers de ne rien leur dire pour ne pas les inquiéter, ce qui fut fait. Gabrielle ne connaîtra cet accident qu'à la mort de son père, bien des années plus tard. Par contre elle a des souvenirs précis où sa mère, très rigoriste, ne supportait pas qu'on se plaigne pour des « bobos » jugés insignifiants ou qu'on se laisse aller aux disputes « de bébé ». Très tôt Gabrielle avait appris à ne pas se plaindre et même à ne plus savoir si elle souffrait vraiment. Avec pertinence certains lui

font remarquer que c'est ce qui se passe ici, elle n'a jamais de problème. Elle est surprise face à cette évidence. Elle s'interroge, manifestement troublée, mais loue aussitôt sa mère d'avoir donné à ses enfants un fort caractère. Sa propre violence ne peut encore être reconnue, conflictualisée sans doute entre écrasement identitaire et revendications libidinales. C'est ce que nous verrons peu à peu au fil des séances ; si les réactions banalisantes seront encore souvent de retour, les membres du groupe ne les prendront plus à la lettre, la complexité a fait signe.

Cette relation de double prise vis-à-vis de cette patiente renvoie à une fonction un peu plus évoluée du moi-auxiliaire que dans la séquence précédente, c'est comme si j'avais reconnu et permis de reconnaître la violence fracassante des « bobos » de l'enfance et leur besoin d'assistance. Les souffrances physiques et psychiques étant interdites d'existence par l'intransigeance maternelle, Gabrielle les ignore par la banalisation et le sourire, mais la violence de la revendication interne écrasée écrase à son tour la souffrance d'autrui et isole Gabrielle de tout soutien et de toute sympathie. Cette violence revendicante refoulée sera peu à peu et difficilement abordée par la suite. Ce jour-là où j'ai pu l'entendre crier au secours dans l'impuissance de sa rêverie et l'exprimer à sa place, Gabrielle a pu entendre comme le groupe son propre besoin nié. Les voies de l'échange s'entrouvrent.

Marie-Pierre la toute-puissante

Elle est vive, jolie, séductrice, impérieuse. Dès les premières séances elle décrit ses nombreuses liaisons, extrêmement excitantes au départ et qui se terminent toujours mal sans qu'elle comprenne pourquoi. Elle proposera de nombreux jeux autour de ce thème récurrent : amants, amis, collègues, membres de la famille s'éloignent un jour d'elle sans raison, elle cherche aussitôt à oublier avec une nouvelle relation et ça recommence. Pendant la discussion qui suit le jeu elle a tendance à dévaloriser les explications apportées par les uns et les autres : « Je sais tout ça mais ça ne change pas grand-chose. » Elle a suivi une longue analyse qui finalement ne lui a rien apporté, dit-elle, et déjà elle menace d'être déçue par le groupe que nous formons avec elle. Elle dégage une excitation à la fois sexuelle et maniaque difficile à comprendre et à contenir. Elle séduit par son charme, elle irrite par ses paroles qui expriment qu'elle sait tout par avance. Personne n'est à la hauteur de ses attentes. Ses commentaires définitifs anéantissent toute possibilité associative, indiquant la probable précocité de ses défenses. D'emblée j'avais été frappée par l'excitation de sa parole, plus

significative par la violence impérieuse de sa tonalité que par ses contenus, ceci s'accompagnant comme souvent avec ce type de patients d'une déstabilisation au moment des changements de rôle. Elle avait alors du mal à quitter son propre jeu ; troublée, elle m'interrogeait : « Je suis qui ? », sous-entendu : « Moi ou mon partenaire ? », et en cours de jeu, emportée par son impétuosité, il lui arrivait de reprendre son propre rôle. On peut penser que la relation de co-émotionnalité participative avec autrui est des plus instables, si ce n'est clivée, elle se retrouve alors refermée narcissiquement sur elle-même ou projetée violemment à l'extérieur sans que puisse s'établir un véritable lien interpsychique, ses assises identitaires s'effondrent.

Nous sommes sur la fin de l'année, Marie-Pierre propose la scène de déception habituelle, elle a organisé une rencontre festive au restaurant, tout le monde est content mais peu à peu ses amis se mettent à discuter entre eux et semblent l'oublier alors qu'ils sont là grâce à elle... Les partenaires de jeu, habitués à son excitation toute-puissante, se détournent de Marie-Pierre avec vigueur et discutent vivement entre eux. Elle, avec violence : « Vous vous croyez malins mais vous ne racontez que des conneries. Au revoir les amis ! » Je double aussitôt : « Quand vous ne me regardez plus, c'est terrible, c'est comme si je ne savais plus *qui je suis*. » Surprise, elle s'arrête...pleure... s'excuse... Elle semble perdue, je l'invite à exprimer ce qu'elle ressent : « Si je ne fais pas rire tout le monde j'ai peur de m'effondrer. » L'aspect dépressif sous-jacent à l'excitation maniaque fait signe. En cours de discussion les membres du groupe, surpris par ses paroles, seront plus attentifs à elle, elle aussi sera plus attentive à eux. Le ton général a changé. Elle peut pendant un bref moment quitter le vécu immédiat et associer sur la petite fille qui essayait en vain de faire le clown à la maison pour empêcher les disputes « épouvantables » des parents, disputes qui la réduisaient finalement à l'impuissance et à la crainte de voir sa mère mettre à exécution ses menaces de suicide. Ses relations ultérieures seront lourdement entravées par ce rôle salvateur précoce aux résultats incertains qui doit agir dans l'urgence et sans trouver de secours sécurisant. Pour exister et faire exister, ses paroles et ses conduites sont d'autant plus impérieuses qu'elles sont menacées d'inanité. D'autre part, cet aspect maniaque recouvre en partie une problématique œdipienne peu élaborée où elle fantasme un père affectueux, incapable de décision, attendant d'elle soutien et connivence silencieuse.

Par rapport aux deux exemples précédents, mon rôle de double m'a semblé plus proche d'un moi-auxiliaire délivrant partiellement la relation œdipienne d'une domination maniaque en vue d'exister et faire exister à tout prix. Par la suite, ses thèmes récurrents ont continué pendant longtemps à motiver les jeux proposés par Marie-Pierre, mais une certaine urgence est calmée, elle accepte d'être écoutée et aidée, du coup elle peut écouter plus tranquillement les associations des autres et se laisser aller aux siennes. Elle qui savait tout par avance peut parfois se laisser surprendre, ses explications sont moins plaquées, plus vivantes. Viendra le jour où elle pourra aborder la relation complexe à sa mère. En conflit avec son désir salvateur apparaîtront rivalité, haine, culpabilité. La temporalité a pris enfin de la continuité et de l'épaisseur, elle peut s'y installer pour éprouver, élaborer, échanger.

Quelques remarques

Je tiens d'abord à redire que tout exemple clinique est porteur de l'évolution d'un parcours global, c'est pourquoi il est si difficile d'en rendre compte. De même, l'intervention du double doit être faite, comme toute intervention, dans l'élan d'une dynamique en cours, le psychodramatiste orchestre un ensemble de signes verbaux et non verbaux qui ne sont pas toujours clairement pensés mais qui le mettent en état de ressentir et de comprendre ce qui se passe à un moment de blocage, de dispersion ou d'effondrement d'un participant. Sa parole un peu plus informée que celle du patient peut alors donner sens à l'instant et l'insérer dans la continuité des vécus. Cela demande expérience et prudence en même temps qu'une certaine légèreté, on peut se tromper et recommencer. Il faudrait ajouter cela aux fonctions de l'ego-auxiliaire, il accepte ses possibilités d'erreurs, leur remaniement, la patience.

En tout cas, pour apprendre à s'écouter et à écouter les autres, il faut se sentir inséré dans une relation réciproque d'écoute prise dans un mouvement évolutif constant.

Cette souple matrice d'identité pourra alors affronter la diversité des relations réciproques. Mais quand les premiers partenaires parentaux ont été eux-mêmes privés de cette sécurité de base, ce que nous rencontrons souvent dans les problématiques identitaires, les rapports se figent et, comme le pressentait si bien Laurent, on se met trop près ou trop loin, on colle à l'autre pour ne pas se sentir seul ou on se verrouille dans une bulle pour ne plus avoir

à s'adapter. Cependant, si la technique du double peut aider à soutenir et à dynamiser la trame identitaire défaillante, son utilisation systématique pourrait aller à l'encontre même de son objectif thérapeutique de subjectivation et donner l'illusion qu'un autre est là pour penser à votre place, ce que certains parents ont parfois réalisé avec leurs enfants pour se rassurer eux-mêmes, autre forme de prise en otage identitaire. La parole du double demande donc d'être utilisée à bon escient et laissée à la disponibilité du protagoniste et des participants pour élargir les frontières de l'échange. Elle étayera alors l'une des finalités thérapeutiques essentielles : se mettre à l'écoute de tous les signes de vie, si fragiles soient-ils, et les faire circuler en chacun pour qu'à leur tour ils fassent signe.

***Ophélie Avron psychanalyste, psychodramatiste**
10, rue Claude Matrat, 92130 Issy-les-Moulineaux
opheliavron@numericable.fr

Extrait de la revue Dialogue
© Editions ERES 2010/3 n° 189
pages 95 à 108 ISSN 0242-8962

BIBLIOGRAPHIE

- AVRON, O. 1996. *La pensée scénique*, Toulouse, érès.
- AVRON, O. 2007. « L'émotionnalité rythmique et ses dysfonctionnements », dans É. Lecourt (sous la direction de), *Modernité du groupe dans la clinique psychanalytique*, Toulouse, érès.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- BION, W.R. 1965. *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF.
- KLEIN, M. 1921-45. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1978.
- KLEIN, M. 1972. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans *Développements de psychanalyse*, Paris, PUF.
- LEBOVICI, S. ; DIATKINE, R. ; KESTEMBERG, E. 1958. « Bilan de dix ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent », dans *La psychiatrie de l'enfant*, vol 1.
- MONOD, M. 1976. *Numéro spécial en hommage à Mireille Monod*, Bulletin de liaison du Centre psycho-pédagogique Claude Bernard, n° 9.
- MORENO, J.-L. 1965. *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF.
- SCHÜTZENBERGER ANCELIN, A. 1966. *Précis de psychodrame*, Paris, Éditions universitaires, 2.éd., 1970 (épuisé). Nouvelle édition élargie : *Le psychodrame*, Paris, Payot, 2001.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
- WINNICOTT, D.W. 1972. « L'enfant et le monde extérieur », dans *Le développement des relations*, Paris, Payot.

Liste des animateurs en 2016

International

JEAN-PIERRE BACHMANN	15, rue des sources, 1205 Genève jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53 00 41 22 321 53 30
RENATE BAIER MULLER	17, Herzog Wilhelmstrasse, 80331 München dr.r.baier-muller@onlign.de	00 49 89 26 02 43 42
MADELEINE BLASER-JOSS	3, rue Mercerie, 1003 Lausanne madeleine_joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
CHRISTIAN BOURDY	christian.bourdy@sympatico.ca	
LOUIS LEPAGE	louis.lepage@icloud.com	
YSÉ COULONDRE	ysecko@bluewin.ch	00 41 22 800 34 30
SUZANNE DÉJOIE	8871, Outremont, H2V3G8, Montréal Qc, Canada sdejoie@xplornet.ca	00 15 14 38 14 241
PHILIPPE HEUREUX	ph.heureux@skynet.be	00 32 10 22 24 65
NOËL MONTGRAIN	Univ. Laval Fac de Médecine Québec G1K 7 P4	00 14 18 65 381 76
PIERO TRUCCHI	CP 1234 16121 Genova	00 39 033 540 22 48

France

FRANÇOIS BERTON	62. rue Charlot, 75003 Paris f.berton@orange.fr	01 42 78 38 86 06 11 82 07 77
MICHÈLE BONAL	26bis, rue du Lac Bleu, 31240 Caprais docteur.bonal31@orange.fr	05 61 35 85 38 06 86 41 63 85
ANNIE BOUILLON	1, rue Servan, 38000 Grenoble annie.bouillon@wanadoo.fr	04 76 00 08 96 06 61 13 94 91 04 67 84 03 23
CLAUDE-GUY BRUÈRE-DAWSON	claud.bruere-dawson@wanadoo.fr	
CAROLINE DAUCHEZ	3. rue Edgard Quinet, 93300 Aubervilliers caroline.dauchez@cegetel.net	01 43 52 78 10
MONIQUE DE HADJETLACHÉ	330, rue de Calvisson Bizac, 30420 Calvisson monique.de-hadjelache@orange.fr	04 66 01 45 72
CHRISTIANE D'OLIER	21 rue des Bas Tillets, 92310 Sèvres xianedolier@yahoo.fr	01 45 34 12 15
ANDRÉ ESNAULT	12, rue Gustave Flaubert, 35000 Rennes y.a.esnault@laposte.net	02 99 50 64 25
MICHÈLE LACHOWSKY	17, rue Carducci, 75019 Paris lachowsky@aol.com	01 42 06 74 28
MARIE NOELLE LAVEISSIÈRE	9, ay. Daniel Lesueur, 75007 Paris paulmarielaveissiere@free.fr	01 45 67 98 12
BERNARD LE FLOHIC	29 Rue d'Orléans, 45410 Artenay bernard.le.flohic@cegetel.net	02 38 80 00 25
HENRY NACCACHE	23, montée de la Lieuse, 38070 St Quentin Fallavier henrynaccache@wanadoo.fr	04 74 94 26 72
ODILE RANDEGGER	6, rue Julien Jules, 13015 Marseille	04 91 58 07 37
MICHEL ROBINOT	4, rue de l'Orme, 35120 St Broladre mrobinot@rss.fr	02 99 80 24 54
SYLVIANE ROSET-JAULT	239, route de Vienne, 69200 Venissieux syjauset@gmail.com	04 78 00 02 20
LUC STEIMER	337 route Neuve, 30120 Le Vigan steimerlc@free.fr	04 67 81 05 30
PAUL TIVOLI	4, rue Alexandre Coupin, 13013 Marseille yvette.tivoli@orange.fr	04 91 70 27 79

Groupes réguliers

PARIS

- Groupe de F. Berton (06 11 82 07 77) et Marie-Noëlle Laveissière (06 63 99 98 12).
2 séances un samedi après-midi tous les 2 mois.
- Groupe dans le cadre du diplôme interuniversitaire de sexologie et de psychologie humaine, Bobigny (Dr C. Dauchez 01 42 40 68 18)

LE MANS

- Deuxième mardi de chaque mois à 21h (Dr F. Berton : 01 42 78 38 86,
Dr M.-N. Laveissière : 01 45 67 98 12)

LILLE — ROUBAIX

- Un samedi matin tous les deux mois.
Dr Caroline Dauchez : 00 33 (0)1 43 52 78 10 — caroline.dauchez@cegetel.net
et Dr Philippe Heureux : 00 32 (0)4 75 60 77 47 — ph.heureux@skynet.be

GRENOBLE

- 1 samedi tous les 2 mois (4 séances)
Annie Bouillon : 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 et le Dr J.P. Bachmann 00 41 22 321 53 53

LYON

- Groupe mensuel, 4e jeudi du mois, alternant Balint et psychodrame Balint.
Dr S. Roset Jault : 04 78 00 02 20 et Beatrice Brac de la Perrière : 04 74 66 57 93

NÎMES

- Une séance le jeudi soir tous les mois (Dr L. Steimer : 04 67 81 05 30
et Dr M. de Hadjetlaché : 04 66 01 45 72)

TOULOUSE

- Un groupe trimestriel, 9h - 16h (Dr Michele Bonal : 05 61 74 37 41 - drmichelebonal@wanadoo.fr
et Dr L. Steimer : 04 67 81 05 30)

COMPIÈGNE

- Groupe régulier le 3e mercredi du mois (Dr. F Berton : 01 42 78 38 86)

RENNES

- Groupe Psychodrame Balint et Balint samedi après-midi tous les 2 mois
animé par Yvette Esnault : 02 99 50 64 25 et par Michel Robinot : 02 99 80 24 54

SUISSE

LAUSANNE

- Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint
(M. Blaser-Joss : 00 41 21 323 48 74 et Dr G. Siegrist : 00 41 22 734 34 83)

GENÈVE

- Groupe ouvert pour les médecins somaticiens: le mardi soir tous les 15 jours. Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann et le Dr Ysé Coulondre.
- Groupe ouvert s'adressant à des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique : le mardi soir tous les 15 jours. animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann.
(00 41 22 321 53 53; fax 022 321 53 30; jpbachmann@sunrise.ch)
Lieu de formation: 1205 Genève.

CANADA

- Groupe mensuel Suzanne Déjoie : 00 15 14 381 4241 et Christian Bourdy : 00 15 14 33 82 222

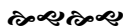
Et chaque année lors des journées de l'AIPB (suivant les régions).

XXIIIèmes Rencontres de l'AIPB

*Date : samedi 15 octobre 2016
(Lieu et thème non définis lors de la mise sous presse)*

Contact :

Dr Philippe Heureux ph.heureux@skynet.be
Dr Luc Steimer steimerlc@free.fr

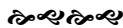


Journées Balint d'Annecy

*Dates : du 04 au 07 mai 2016
Lieu : Annecy
Thème : La relation soignant-soigné
Séminaire Balint de formation pour médecins et soignants*

Contact :

Dr Madeleine Pouderoux Tel 06 80 74 14 77
madeleine.pouderoux@wanadoo.fr
1 Le Gué de l'Épine 50300 Le Val St Père



**L'AFB (Association de Formation Balint)
organise pour les médecins libéraux
français des séminaires dans le cadre
de l'OGC-DPC (formations indemnisées)**

*Thème : « Développer les compétences relationnelles du médecin par la formation
Balint »*

Contact :

Secrétariat de l'AFB chez le Dr Lehmann 01 45 35 93 20 nadine.afb@gmail.com

Consultez le site de l'AIPB
www.psychodrame-Balint.com