

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



La première rencontre. Une histoire commence...

Pau - octobre 2016

N° 18 - Octobre 2017

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

Michèle LACHOWSKI

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 :
Lithographie de Bram van Velde (1895-1981) 65x46 cm

S o m m a i r e

EDITORIAL _____ 7

RENCONTRES DE PAU octobre 2016

XXIII èmes rencontres de l'AIPB : La première rencontre. Une histoire commence...

Argument de la journée _____ 11

LUC STEIMER

Introduction _____ 13

FRANÇOIS BERTON

Une procréation assistée ?? _____ 15

MELANIE CAMBORDE

Je me souviens... _____ 17

CHRISTIAN BOURDY

Pour que la rencontre advienne, des données initiales certes, mais quoi d'autre ? _____ 21

AGNES BORRIONE

Premières rencontres _____ 29

RETOUR SUR GRENOBLE octobre 2015

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

PIERO TRUCCHI

Sur le fil du funambule _____ 35

HORS DES JOURNÉES DE L'AIPB

Giuliana Canonica Hemmeler

Psychodrame Balint : expériences africaines _____ 41

HEINRICH EGLI

Balint et science _____ 45

INFORMATIONS _____ 53

Editorial

Vous trouverez dans ce 18ème exemplaire de nos Cahiers les quatre interventions qui nous ont été amenées à Pau à l'automne 2016, lors de notre journée consacrée à « la première rencontre ».

François Berton a été un de ceux qui faisaient partie de ce premier groupe Balint qui a franchi le pas lorsqu'Anne Caïn a appliqué pour la première fois le psychodrame psychanalytique dans le cadre d'un groupe Balint. François Berton nous a fait le récit des circonstances de cette naissance, de cet acte inaugural. Avec Anne Caïn il ne s'agissait plus de raconter un cas, mais, avec son aide et sa guidance, de se lever et de jouer, d'introduire le jeu du corps là où prédominait la parole. N'était-ce pas en 1973 ? Quarante-quatre ans déjà, comme le temps passe !

Mélanie Camborde nous a fait vivre ses débuts dans le groupe de psychodrame Balint de Toulouse et les échos amenés dans sa pratique par ces rencontres régulières.

Christian Bourdy est reparti de la toute, toute première fois, puisqu'il nous a replongés dans les premières secondes de l'existence de notre univers. Nous avons eu plaisir à l'accompagner du Big Bang du monde physique au tout début de la relation humaine soignante, à ce qu'il décrit comme les "conditions initiales" de la rencontre entre patient et soignant. Christian Bourdy développe ici une conception différente de la fonction apostolique décrite par Michaël Balint, la comprenant comme se rapprochant d'une fonction maternelle. Rappelons la modestie de sa conclusion interrogative : nous est-il possible de créer une alliance thérapeutique avec tous les patients ?

Agnès Borrione pour sa part, est revenue sur des «premières rencontres» avec trois de ses patients. Elle nous a délicieusement ramenés à l'enfance et à l'adolescence et aux souvenirs des lectures qui nous accompagnent, nous provoquent pour nous entraîner dans la vie d'adulte que nous nous choisissons. La lecture du livre de Balint a été pour elle ce caillou qui s'était glissé dans sa chaussure pour ne plus en déloger dans son long cheminement de médecin.

Vous retrouverez ensuite l'exposé de notre collègue italien Piero Trucchi lors de notre rencontre de Biviers (près de Grenoble) en 2015. Nous avons été émus par son exposé qui retrace des moments très anciens et intenses de sa vie de médecin néphrologue, marquée par l'expérience du groupe Balint puis du psychodrame Balint. Il fait actuellement à Gênes une expérience nouvelle en accompagnant la réflexion d'un groupe de clowns travaillant dans des hôpitaux pédiatriques.

Hors les dossiers de nos journées nous vous présentons deux textes :

L'un du Dr Giuliana Canonica Hemmeler sur son expérience très riche d'animation de groupes de formation à la relation et en particulier de psychodrame Balint en Afrique, avec toute la complexité des médecines traditionnelles et moderne qui coexistent.

L'autre du Dr Heinrich Egli (un des fondateurs de la Société Balint Suisse) qui nous semble intéressant par la démarche très rigoureuse avec laquelle il aborde le sujet : Balint et science.

Nous savons nos Cahiers toujours appréciés par les lecteurs ; certains anciens numéros sont encore disponibles, n'hésitez pas à nous en demander si vous le souhaitez. Tous les titres et sommaires sont consultables sur notre site www.psychodrame-balint.com

Bonne lecture à tous.

RENCONTRES DE PAU

XXIII èmes rencontres de l'AIPB

Hôtel Parc Beaumont – 1 avenue Edouard VII - 64000 Pau - France

La première rencontre, une histoire commence...

Argument de la journée

Il y a parfois un appel téléphonique du patient ou de quelqu'un de sa famille, une adresse par un collègue soignant, ou une recommandation d'un ami commun, d'un patient, d'un voisin... Puis vient la première consultation ou une visite à domicile.

Dès le premier contact, le premier regard, la poignée de main, une impression se fait jour... On a déjà réagi au mode vestimentaire, à la coupe de cheveux, à la couleur de peau, à l'odeur peut-être, à l'âge, au sexe, mais aussi à l'attitude franchement ouverte ou retenue, à la façon d'être là et de se présenter. Et voilà, l'aventure commence !

On s'interroge, mais aussi instantanément, on s'adapte déjà. On est soi-même investi et on s'investit dès ce premier contact avec les préoccupations liées à notre responsabilité de soignant, et aussi avec le poids de toute notre expérience passée, de nos rencontres précédentes, de notre propre histoire qui aboutit ce jour-là, à ce moment-là, en ce lieu là, à un nouveau départ.

Que va-t-il advenir de cette relation naissante? Allons-nous nous convenir? Nous reverrons-nous bientôt? Rarement? Souvent? Jamais peut-être ...

Nous nous proposons lors de cette journée de chercher ensemble ce qui transformera ce premier contact en une véritable rencontre. Chercher comment nous appliquer à vivre ces premiers instants avec toute l'attention qu'ils méritent, à les mieux ressentir, les savourer peut-être, pourquoi pas...

Chercher comment, avec le psychodrame Balint, nous pouvons revenir sur tout ce qui fait de chaque rencontre une histoire singulière...

Introduction à la journée de Pau

Luc Steimer *

Mesdames, messieurs, chers amis,

Je vous souhaite à tous la bienvenue dans cette ville de Pau chargée d'histoire et qui va bien se prêter au thème que nous avons choisi pour nos 23èmes journées de l'AIPB : La première rencontre : une histoire commence

Vous venez tous d'horizons tellement divers, certains tout proches, d'autres si lointains et nous allons ensemble, comme le pensait Michaël Balint, partager non pas notre savoir mais plutôt nos savoir faire et « savoir être » dans ces groupes que nous voulons de formation et de recherche.

Là, retrouvant nos patients et des moments de leur histoire qu'ils nous ont fait partager, nous nous interrogerons sur ce qui vient d'eux, ce qui nous est propre, ce que nous mettons, avons mis, ou mettrons en commun dans cette « compagnie d'investissement mutuel » dont parlait aussi Balint.

En introduction à cette matinée je voudrais évoquer avec vous très brièvement ce qui fait que nous nous retrouvons aujourd'hui dans cette jolie ville.

Le psychodrame Balint a débuté à Toulouse en 1992 avec un groupe de gynécologues qui était animé par deux parisiennes, Marie-Noëlle Laveissière, ici présente et Michèle Lachowsky. Quand cette dernière a cessé sa participation je l'ai remplacée en 2005 et avec Marie-Noëlle nous avons poursuivi encore deux ou trois années.

Et puis Michèle Bonal, gynécologue et sexologue, enseignante à Toulouse, y a organisé pour nous, de façon inoubliable pour ceux qui ont pu y venir, nos 13èmes rencontres en 2006, eh oui, il y a tout juste 10 ans, sur le thème de « l'après-coup de la rencontre ».

A l'issue de ces journées nous avons créé le groupe de psychodrame Balint de Toulouse qui s'est réuni depuis 4 jours chaque année, et dont plusieurs participantes sont avec nous ici aujourd'hui.

Mais Michèle a aussi, avec l'appui de l'Association de Formation Balint, permis de nombreuses années à des soignants divers, médecins en priorité, de

découvrir notre méthode de travail et d'en apprécier l'intérêt, dans le cadre de week-end de formation continue pour lesquels de nombreux animateurs se sont mobilisés, de France et de Suisse.

Et c'est à la suite des journées OGDPC de novembre 2013 et 2014 qu'a été constitué le groupe de Pau que nous animons ensemble depuis le début de 2015.

Non, le groupe de Pau n'est plus une histoire qui commence. Nous avons déjà un passé, de bientôt deux années, et les cas joués au sujet des patients de cette région nous ont rapprochés, amenés à nous mieux connaître, enrichis de nos moments de travail si prenant des cas cliniques partagés.

Je dirais que le groupe de Pau c'est l'histoire de liens sérieux et agréables, soigneusement soignés, mêlant le travail et la convivialité.

Aussi c'est tout naturellement que nous avons pensé vous faire connaître et profiter de ce cadre, sachant aussi, et nous l'avons constaté, que nous aurions de l'aide pour en faire une réussite.

Merci chers amis palois de notre groupe, vous êtes six ici présents, merci aussi à notre collègue et amie le Dr Claude Roux Deslandes, qui sait si bien nous faire découvrir sa ville et nous a efficacement aidés pour y être bien accueillis.

Et encore un grand merci à toi, Michèle, sans qui rien de tout cela n'aurait été.

Je sais que le thème de cette journée a été débattu en partie en ta présence, en janvier dernier, mais que tu as dû partir de notre réunion avant la conclusion et je voudrais ici, parce que tu ne le feras pas, dire quelques mots sur nos échanges autour de ce thème.

Plusieurs fois tu es revenue sur « la première rencontre », en pointant combien il peut s'agir aussi de recommencement dans une relation déjà engagée et comment il ne faut pas se priver, avec nos patients, de découvrir des nouveautés, de se laisser surprendre par des changements et des approches différentes possibles, de laisser venir parfois des renaissances.

Je crois que tu as tout à fait raison et je dirais en écho que c'est une importante qualité aussi de notre travail en psychodrame Balint que de pouvoir remettre encore en jeu, avec nos mots et avec nos corps, la relation à nos patients lors de chaque scène que nous jouons.

C'est ce que je nous souhaite dans les groupes qui nous verrons travailler aujourd'hui.

Je déclare ouvertes les 23èmes rencontres de l'AIPB.

*** Médecin généraliste 30120 Le Vigan - France**

Une procréation assistée ??

François Berton*

Quant aux origines profondes, médicales, sociologiques, relationnelles, analytiques du Psychodrame Balint, beaucoup les ont reconstituées et commentées. Nous ne recommencerons pas. En revanche, attachons-nous aux rencontres, occasions et structures amicales et professionnelles, voire aux anecdotes aménageant et charpentant la conception et la constitution de la méthode qui nous passionne et dont nous ne cessons de découvrir la richesse.

Ces propres souvenirs et mon vécu de médecin de la mouvance parisienne me serviront de fil conducteur.

Ma première rencontre avec la chose balintienne remonte à la guerre d'Algérie... j'y étais comme médecin appelé, et un collègue, de retour de permission, nous dit qu'un livre extraordinaire venait de paraître à Paris. Nous sommes en 1959 et il s'agit bien sûr du *Médecin, son Malade et la Maladie* de Michael Balint. De retour, au bout de plus de deux années, je me procure l'ouvrage, le lit avec curiosité sans encore en percevoir l'importance. Le type de médecine un peu brutal exercé jusqu'alors ne m'avait point assez sensibilisé.

Mon installation s'organise et les soucis entraînés, cumulés avec ceux de jeune (relativement) père de famille, laissent quand même place pour une réflexion et une interrogation sur le sens, les contradictions, les surprises et les plaisirs de notre travail.

Arrive mai 68. Temps de remise en cause dans tous les domaines, médecine comprise. Le livre de Balint, un peu oublié refait surface, et une rencontre avec Emile et Ginette Rimbault m'oriente vers un de ces groupes Balint qui déjà fonctionnaient. Des noms comme Gachkel, Rimbault, Sapir, Gendrot, Brisset et d'autres émergent. De même une Société Médicale des groupes Balint se constitue et à laquelle j'adhère. Bernachon, Harlé, Dufour en sont avec d'autres les premiers piliers. Je retrouve là une zone de réflexion et une source de liens amicaux jamais tarie. Hérité de la responsabilité de la revue de cette société, j'ai assuré la confection des 35 premiers numéros. Toujours dans la mouvance de mai 68 les facultés de médecine se dispersent et acquièrent leur autonomie. A la faculté de Bobigny (Paris XIII) s'organise un enseignement de troisième cycle de médecine générale. Ce qui est répandu partout

maintenant n'est alors qu'une tentative expérimentale révolutionnaire qui suscite enthousiasme ou sarcasme. Je rejoins cette première équipe de défricheur. Et mon groupe Balint se terminant je ressens le besoin de continuer cette formation s'articulant avec les problèmes d'un enseignement de médecine générale. Et rejoins le groupe de Charles Brisset.

Il se trouve que ce groupe tourne depuis un assez long temps et a besoin d'un souffle nouveau.

Il se trouve aussi qu'une amie de Brisset, Anne Caïn, psychanalyste et psychodramatiste à Marseille ressent l'intérêt de travailler non pas seulement avec des patients, mais avec des médecins, et sur leur vécu professionnel.

Et ces deux désirs se rencontrent : Charles Brisset propose à Anne Caïn de venir introduire la méthode psychodramatique dans le fonctionnement classique de notre groupe Balint. Introduire le jeu du corps là où prédominait la parole.

Anne avait déjà commencé à travailler dans ce sens avec Guy Bruère Dawson.

La voilà introduite dans notre groupe avec surprise mêlée d'appréhension sur ce qu'il allait advenir.

Charles Brisset était un psychiatre de renom, analyste, d'une extrême courtoisie et d'un grand humanisme. Curieux du mode de fonctionnement des médecins généralistes, il savait se mettre à la portée de ces praticiens de terrain. Son humour s'appuyait sur une immense culture, et il prétendait que pour être un bon médecin il fallait mieux lire Shakespeare que Rouvière (l'auteur d'un célèbre traité d'anatomie)...

Anne Caïn ensoleillée et brillante, au contact chaleureux, à l'écoute attentive, à la prudence affinée, sut s'introduire dans un groupe solidement constitué. Elle n'était pas médecin et à cette époque les animateurs — on disait les leaders — comme les participants, l'étaient. Nous sommes en 1973. Elle-même raconte qu'elle se trouvait parmi nous, comme au milieu de l'arène, et à la fois, le lion et la victime.

Cette précarité s'est très vite résolue. Le travail a pu commencer, et pour nous qui découvrons comment le jeu se substituait au récit pour le compléter, le contredire ou lui donner un sens, et pour Anne qui construisait sa méthode expérimentalement avec le

fonctionnement du groupe, parallèlement avec son expérience marseillaise.

Nous découvrons le rôle du corps mis en jeu, en expression : nous pouvions «entendre» son langage, chez le médecin comme chez le malade en même temps que la parole de l'un et de l'autre. Toutes choses existantes dans la rencontre médecin malade.

Notre groupe se réunissait à l'hôpital de Saint-Cloud tous les quinze jours. Une fois sur deux Anne Caïn venait de Marseille travailler avec nous. Les autres séances fonctionnaient en groupe Balint classique.

Deux fois l'an, le groupe parisien retrouvait le groupe que Anne animait à Marseille pour travailler ensemble. L'été dans le midi, au Castelet et l'hiver à Paris. C'était l'occasion de rencontres chaleureuses et de réflexion intense, du samedi matin au dimanche soir. Saluons ici la capacité de travail de Anne : elle menait les séances de deux heures, à la suite, deux jours d'affilée ; soutenue toutefois par l'observation et la pensée de Charles Brisset. Ces rencontres permettent aux deux groupes du nord et du sud de se voir fonctionner ensemble, consolidant les liens professionnels par les liens amicaux. Mentionnons que dans notre groupe nous rencontrons Pierre Steimer, le père de notre président actuel... Ainsi quelques-uns de ceux qui ont vite tenu le flambeau et exercé la méthode. Ainsi de Michèle Lachowsky, Marie-Noëlle Laveissière, Paul Tivoli, André Esnault, et votre serviteur, signataire de ces lignes. Nous n'avons que plus tardivement fait connaissance de Jean-Pierre Bachmann et Annie Bouillon.

Mon expérience personnelle, choisie comme fil conducteur, nous mènera maintenant, à partir de cette période de formation dans deux domaines importants.

L'enseignement de la médecine générale à Bobigny m'occupait beaucoup par ailleurs. Il paraissait évident que, à un stade où les étudiants déjà médecins peuvent exercer, la formation importait plus que l'information, plus que l'enseignement.

Et le psychodrame y trouvait à l'évidence place. Et avec l'accord de Anne Caïn je me lançais à animer de tels groupes avec les étudiants. Anne commentait les comptes rendus des séances que je lui communiquais, en une féconde supervision. Ainsi le psychodrame Balint prit pied à Paris, à l'UER de Bobigny, où il s'exerce toujours. Mais pas que là maintenant...

Pour l'autre domaine, mentionnons que Michel Sapir et Simone Cohen entretenaient des liens amicaux avec Anne Caïn. Michel Sapir avait fondé l'Areffs où se pratiquait le Relaxation par inductions variables,

telle qu'il l'avait conçue. Mais séduit par le psychodrame Balint et son rapport au corps qu'il impliquait, il souhaita l'introduire dans leur association de formation. Anne Caïn, habitant Marseille ne pouvait en plus des autres, assumer cette charge lointaine et me demanda de l'assurer. C'est ainsi qu'un deuxième lieu parisien de psychodrame Balint se créa, en 1989. Michèle Lachowsky m'y rejoignit bientôt. Elle appartenait à notre groupe originaire. Le psychodrame Balint se développa ensuite à Paris et alentour.

La Société Médicale Balint déjà évoquée ne voulait pas entendre parler de cette association du psychodrame avec le groupe Balint classique, si bien que Anne Caïn a fondé en 1990 notre association l'AIPB.

Le groupe de Marseille fonctionnait de son côté avec Paul Tivoli. Jean-Pierre Bachmann travaillait à Genève et Annie Bouillon à Grenoble., André Esnault à Rennes.

La personnalité d'Anne Caïn était pour nous un encouragement et un moteur extraordinaire. Curieuse de tout ce qui pouvait nous arriver, elle mêlait une intuition rare et une rassurante indulgence à une rigueur féconde. Elle savait nous donner confiance et nous encourageait à poursuivre notre formation d'animateur jamais achevée. Sa rigueur dans le travail consolidait la force d'oser. Sachant bien distinguer la formation par le psychodrame, que nous étions censés répandre, à la formation au psychodrame que nous avons acquis.

En 1992 eut lieu à Marseille le premier congrès de notre jeune association ; ce fut une grande réussite et la qualité des communications montrait l'étendue et la fécondité du travail que Anne avait accompli et nous avait permis de poursuivre.

Anne Caïn est décédée en 1994. Elle aurait pu nous apprendre encore beaucoup. Elle avait ensemencé l'essentiel. A l'heure où nous écrivons les animateurs issus de ces premiers groupes commencent à se fatiguer. Mais ils ont pu donner le goût d'un travail toujours en évolution à une prometteuse suite.

***Médecin généraliste**

62 rue Charlot 75003 Paris

Je me souviens

Mélanie Camborde*

Je me souviens très bien de ma première rencontre avec le psychodrame Balint. C'était le 21 juin 2007. Depuis, je participe chaque trimestre à la journée du groupe toulousain, animé par Michèle Bonal et Luc Steimer. C'est une histoire qui dure depuis bientôt 10 ans qui a commencé alors.

J'ai fait ma thèse en 2003 (pendant mon dernier semestre d'internat). J'ai effectué des remplacements en médecine générale puis je me suis installée en 2005. J'ai rapidement senti qu'il me manquait des outils, des guides, pour m'accompagner dans la prise en charge des patients. La relation médecin-patient me paraissait différente de celle rencontrée à l'hôpital. Nous étions deux et souvent deux seulement. Fini le professeur, plus le praticien hospitalier, le chef de clinique, l'interne, l'externe, l'infirmière, l'aide-soignante (et j'en oublie sûrement)! Finies les informations que l'on s'échange ou les a priori que l'on se transmet. Je me retrouvais seule en face d'un patient (souvent venu seul). En remplacement, chaque patient est nouveau et il change toutes les 15 à 30 minutes! Cela fait beaucoup de nouvelles relations à créer sur une journée! J'avais pensé qu'en m'installant, en revoyant les patients, je trouverais une méthode pour créer le lien et me sentir à l'aise pour accompagner leurs états d'âme. Mais cela n'a pas été le cas. Je me sentais démunie, isolée, vulnérable, alors que mon savoir-faire, mon savoir médical était frais, intact, pertinent. Je pouvais me sentir déroutée dans une consultation qui n'avait pourtant rien de compliqué médicalement parlant. Je savais que mon diagnostic avait été pertinent, tout comme mon traitement, mais j'avais régulièrement le sentiment que quelque chose ne s'était pas passé parfaitement. J'avais un sentiment d'inaccompli.

Je suis donc partie à la recherche de solutions. J'ai commencé par participer à un séminaire Balint de deux jours. J'ai été emballée par l'approche et j'ai tout de suite cherché un groupe dans ma région. Il n'en existait pas, mais existait le groupe de psychodrame. Je n'en avais jamais entendu parler, mais j'ai décidé de tenter l'expérience.

Je me souviens très bien de la date de cette première rencontre, car je suis rentrée psychologiquement épuisée

de cette journée. Incapable de bouger, de penser, je me suis assise sur le canapé, j'ai fermé les yeux et je n'ai plus bougé. Mon fils alors âgé de 2 ans ½ s'est approché de moi, a voulu me réveiller, et comme je ne répondais pas, il a demandé «maman, pourquoi tu fais la statue?». C'était le jour de la fête de la musique, et il voulait y aller!

J'étais très surprise d'être aussi vidée. Notre journée avait pourtant consisté à être assis en cercle, à rejouer quatre cas cliniques, et à se lever par moment pour intervenir. Lorsque j'avais enchaîné deux jours en Balint «classique», je n'avais pas ressenti cela. Mais là, d'être tout le temps «dans le jeu», même assise dans le cercle, cette concentration permanente, cette présence continue à ce qui était joué devant moi, a utilisé des «muscles» inusités jusqu'alors! De plus, je me suis lancée l'après-midi même en présentant un cas.

Je ne me souviens plus du patient que j'avais amené, mais je me souviens de ma grande difficulté à jouer plutôt qu'à raconter, de ma détresse pour trouver les mots, le ton, les gestes ... que je voulais exacts, mais qui étaient flous dans mon esprit. Cet effort de mémoire, plus l'attention soutenue nécessaire pour «être» présente à la scène que je jouais, que je présentais, et enfin le fait de revivre des moments de ma vie qui m'avaient été difficiles, avaient utilisé toutes mes ressources disponibles.

Jouer la consultation, revivre dans mon corps de soignant la scène qui m'avait posé problème, découvrir dans le corps de mon patient son vécu de cette même expérience, cela a été riche en enseignement. J'ai tout de suite senti la différence avec le Balint «traditionnel», au cours duquel l'inconscient peut censurer des faits ou des gestes. Je pense qu'il y est plus facile de se cacher, de ne pas tout dire, de ne pas tout dévoiler, par pudeur, honte, ou peur. Toutes ses émotions qui nous tétanisent, nous bloquent, limitent notre pensée et nos gestes. Ces mêmes émotions qui avaient provoqué le sentiment d'inconfort que nous avons ressenti durant cette consultation.

Lors du psychodrame, on mouille la chemise au sens propre. Il faut bouger, se mobiliser, rester centré en

permanence, ressentir nos émotions de soignant (sur notre cas clinique ou celui d'un collègue) et, mais aussi simultanément celles des patients, quelles qu'elles soient. Impossible de rester neutre. Le soignant joue son propre rôle, expose ses failles et ses faiblesses, se montre au groupe tel qu'il est. Si son discours veut rester «politiquement correct», se sont parfois ses attitudes, tout le langage non verbal du corps qui parle «fort», qui est visible par les autres participants, et qui lui est ensuite renvoyé par le jeu du collègue qui prend sa place et rejoue la scène en face de lui. Et c'est cette exposition de notre nature profonde qui peut permettre une compréhension de ce qui s'est joué et qui a perturbé, à notre sens, la relation ce jour-là avec ce patient-là.

Ceci me rappelle une phrase de Jacques Lacan lue dans une revue: «Je parle avec mon corps et ceci sans le savoir, je dis donc toujours plus que je n'en sais».

Ceci je le sentais depuis toujours, mais j'avais besoin qu'on me le dise (comme Mr Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir!). Qu'un groupe de pairs me renvoie que mes ressentis étaient naturels, mais qu'en plus ils étaient utiles à ma consultation, à mon rôle de soignant, a changé ma vision de mon exercice. Cela m'a petit à petit donné confiance en moi et en mes capacités de soignant. J'ai accepté que les patients aient une influence sur mon état émotionnel, et que ce changement était partie intégrante de l'acte médical. Ce travail en groupe de psychodrame Balint a confirmé pour moi, que le médecin n'est pas un être interchangeable, un robot bien formé (formaté?) par la faculté avec un savoir et un savoir-faire. Ces bagages sont une base nécessaire à l'exercice de la médecine, mais il est impossible d'exercer sans prendre en compte la dimension psychologique du patient et celle du médecin. Car ce sont deux êtres humains qui se rencontrent à un instant précis, mais qui arrivent chacun avec leurs bagages du passé, leur histoire. De cette rencontre, une relation se crée, au moins le temps de la consultation. Ce sera ou non le début d'une histoire. Ce sera tantôt une comédie ou tantôt un drame, nul ne le sait encore. C'est comme une réaction chimique entre deux corps: un troisième composant va apparaître, naître, vivre puis disparaître, la relation. Et même si l'on souhaite rester neutre, ne pas s'impliquer, ne pas se mettre à la place du patient pour rester à sa place de soignant, on ne peut empêcher notre cerveau de réagir face à l'autre humain qui se tient en face de nous, qui vit à côté de nous, qui nous livre des bribes de sa vie, qui nous montre des morceaux de son corps, qui s'en remet entre nos mains, qui nous donne sa confiance et qui nous demande notre aide. Ce sont les neurones

miroirs qui se mettent en action. C'est normal et naturel.

Je ressentais déjà beaucoup de variations dans mon corps et dans mon esprit pendant et après une rencontre avec un patient. Mais «avant» je me refusais à l'admettre et je me faisais violence pour éloigner tous ces changements qui me chamboulaient. Avec la pratique du psychodrame Balint, j'ai appris à accepter ces sensations, à les entendre et à écouter leur message. Je me suis aussi mise à noter les changements qui survenaient au cours d'une consultation. «Tiens, ma respiration se bloque, mon ventre se noue, mon dos se voûte, la fatigue m'envahit.» Ou alors je prenais conscience qu'une envie irrépressible de pleurer ou de crier montait en moi (que je laissais parfois exister, une fois le patient raccompagné à la porte). Ou encore j'accueillais avec un sourire une petite pensée saugrenue, une réflexion, une remarque qui venait se faire une place dans mon esprit.

Le fait de décortiquer quatre histoires par journée trimestrielle pendant dix ans (donc bientôt 160 histoires!) a permis de me donner des automatismes, mais surtout de renforcer ma confiance en moi et en mes ressentis. Comme je ne lutte plus contre une émotion, une gêne corporelle, une pensée parasite, je reste pleinement disponible à ma consultation et je peux plus facilement aider mon patient.

Laissez-moi vous raconter ma dernière rencontre avec Thomas et Caroline S, un couple de trentenaires.

Je les connais depuis 2 ans environ. C'est le nom de Caroline qui est inscrit sur mon planning. Le rendez-vous a été pris en ligne sans précision du motif. Mais c'est Thomas que j'aperçois de profil dans ma salle d'attente alors que je fais entrer le patient précédent. Cela me fait sourire et je me dis, tiens c'est Caroline qui a pris rendez-vous pour lui, ou alors ils n'ont qu'un compte pour deux. Avant de rouvrir ma porte pour l'accueillir, je m'imagine qu'il doit sûrement venir pour un certificat médical de sport car il semble en forme et que nous sommes en septembre. J'aime bien me préparer à ce qui m'attend, même si chaque consultation reste une surprise.

Je m'approche de lui, il se lève, on se serre la main. C'est alors j'aperçois son épouse, assise à sa gauche, mais cachée à ma vue, qui se lève. Lui est souriant et détendu. Elle est crispée, dans ses pensées, elle regarde plus par terre que devant elle. Elle passe après lui. Je les suis. Mon esprit analyse: s'ils sont là tous les deux, sans les enfants, c'est pour ... et tout d'un coup une idée: ils vont me demander une IVG.

Ils s'assoient en face de moi, lui à ma gauche, elle à ma droite, toujours le regard triste vers le bas, le haut du corps enroulé. Elle me tend sa carte vitale, puis se lance: «Je suis enceinte et on ne veut pas le garder». Mais son corps n'est pas sûr, il ne confirme pas ce que sa bouche vient de dire. J'ai l'impression que dans son esprit, s'agitent des pensées multiples: «e suis déjà surmenée, je ne peux pas le garder», «cette vie qui est en moi, je ne peux pas l'enlever, ce serait être une mauvaise mère», «je ne me sens pas à la hauteur, mais en même temps je n'ai pas le courage de prendre la décision de l'IVG», «ah, si seulement nous n'avions pas eu de rapport sexuel ce jour-là!».

Je vérifie dans le dossier, elle est sous pilule, après m'avoir demandé il y a 18 mois d'enlever le Mirena qui lui faisait trop de sécrétions. Même plainte lorsqu'elle avait essayé l'anneau vaginal. Je ne l'avais pas revue depuis la prescription de la pilule il y a bientôt 1 an. Là elle m'explique avoir arrêté la contraception à cause de tensions mammaires, et qu'ils avaient fait «attention» (un petit sourire moqueur fend son visage et son regard se tourne, complice, vers son mari). Lui ne dit rien. Il la regarde avec beaucoup d'amour.

Elle ajoute «j'ai fait un test vendredi, il était positif, je l'ai dit à Thomas qui m'a tout de suite répondu que ce n'était pas le moment, et j'ai fondu en larmes. Je ne sais pas ce que je veux, ça change tous les jours et je pleure tous les jours» (et cela dure depuis 5 jours). Thomas pose sa main gauche sur la cuisse de Caroline et reste en contact un moment. Je me sens rassurée par ce geste. Je sais que Caroline sera soutenue dans sa décision, quelle qu'elle soit. Je peux donc me centrer totalement sur elle pour l'aider à cerner son désir.

La consultation durera une demi-heure, au cours de laquelle je vais évoquer avec eux les deux possibilités (garder ou non cet enfant), mais aussi quelle contraception mettre en place ensuite afin qu'ils ne se retrouvent pas à nouveau dans cette situation. Lui ne connaît pas grand-chose dans ce domaine. Il ne sait pas qu'un stérilet se positionne dans l'utérus. Il me demande en quoi consiste la stérilisation chez l'homme. Elle veut savoir s'il n'existe pas une pilule pour homme. Je me surprends à penser qu'alors qu'ils sont cadres et parents de 2 enfants, mais qu'ils ne sont pas très au courant des méthodes anticonceptionnelles. Cela me semble si étonnant à notre époque, avec toutes les informations que l'on trouve sur internet!

Lorsque je vais leur demander si un troisième enfant était un projet qu'ils avaient envisagé, lui ne répondra pas, et elle répondra du tac au tac: «eh

bien, justement c'était la question!». Je n'arrive pas à m'imaginer ce qu'ils pensent vraiment au fond d'eux. Je reste interdite.

Caroline va petit à petit retrouver le sourire, son corps va doucement s'ouvrir, ses épaules se détendre. Elle va finir par dire «Vous savez remonter le moral, c'est pour cela que je viens vous voir!». Je ne m'attendais pas à ce commentaire car aucune solution n'a été arrêtée pour l'instant. J'ai juste été à l'écoute, de ses mots et de ses gestes. J'ai essayé d'avancer à son rythme, sans la brusquer. Moi aussi, j'ai bien aimé cette consultation, car ce sont des patients que j'apprécie, avec lesquels je me sens bien, dans une ambiance de confiance mutuelle. Je ressens en moi le plaisir que me fait cet aveu, cela me détend à mon tour. J'ai le sentiment agréable d'avoir répondu à leurs attentes.

Je pense que le psychodrame Balint m'a appris à regarder et à écouter pour accompagner.

Lorsque je referme la porte de mon bureau, je suis ravie que le dernier patient m'ait posé un lapin ! Je le connais : c'est le jeune Nathanaël qui vient avec son papa pour le renouvellement du Concerta. Grâce à cet oubli, j'ai pu prendre mon temps avec Thomas et Caroline (je savais qu'ils n'étaient pas là car je n'avais entendu aucun bruit dans la salle d'attente attenante). Je lui en étais presque reconnaissante ! Ce soir-là, je suis repartie légère car j'avais le sentiment qu'ils seraient capables de prendre la bonne décision pour eux. Puis je me suis mise à penser à cet embryon. Qu'il grandisse ou pas, l'histoire vécue ce jour-là restera un moment fort de notre relation, un élément clé de notre histoire commune.

*** Médecin généraliste 31170 Tournefeuille - France**

Pour que la rencontre advienne, des données initiales certes, mais quoi d'autre ?

Christian Bourdy *

(Note préliminaire : Pour la bonne compréhension du texte qui suit il faut savoir que cet exposé a été accompagné par la projection sur grand écran de très nombreuses images, photos, reproductions, que nous ne pouvons adjoindre)

*Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien ?
(Gottfried W. Leibniz, 1740)*

Je vais débiter par une métaphore lointaine dans le temps et dans l'espace.

D'où vient notre univers ?

D'où venons-nous ?

Les astrophysiciens ont émis plusieurs hypothèses, comme vous le savez. Celle qui tient la route depuis 1927 avec Georges Lemaître et appuyée par Edwin Hubble en 1929 est le Big Bang.

Tout aurait commencé là, dans cette ultime seconde qu'on ne comprend pas encore tout à fait. On sait maintenant qu'il y a eu, qu'il faut, des «données initiales», des conditions initiales qui ont permis que naisse, qu'advienne notre univers; sans elles, le rien aurait possiblement continué d'exister et nous ne serions pas là pour en parler. Il aura fallu ces «données initiales» encore obscures, néanmoins essentielles.

Puis, la «pyramide de la complexité» s'est mise en branle, comme l'a illustré et explicité Hubert Reeves dans *L'heure de s'enivrer* (1986), lui-même inspiré par Teilhard de Chardin dans son livre *Le phénomène humain* (1970). "Au sommet de cette pyramide, pour le moment, l'être humain est advenu avec sa conscience de lui-même et avec sa capacité de réflexion sur lui-même. «Les mots pour le dire», comme le disait Marie Cardinal dans son livre paru 1976, ces mots deviennent la clé, la voie pour explorer notre univers interne.

Quittons maintenant l'infiniment grand de l'astrophysique, pour nous intéresser à un monde tout aussi obscur et intrigant, la psyché humaine. Pourquoi ce grand détour, pourriez-vous me dire ? Pourquoi aller si loin de notre propos de la XXIII^e journée annuelle du Psychodrame Balint ? Parce que les origines m'intéressent depuis plus de trente ans, soit depuis le début de ma carrière de soignant, de psychothérapeute, d'enseignant et d'animateur de groupe Balint.

Les origines, tant de cet univers fascinant qu'est le cosmos avec ses différentes cosmogonies qui ont habité les humains depuis les Grecs anciens, que cet univers intérieur qu'est notre psyché avec ses trous noirs, ses explosions internes, ses implosions impressionnantes, ses calmes sidérants, tout part d'un moment initial.

On parle de Big Bang pour l'univers, mais qu'en est-il du début d'une relation humaine soignante ?

Quel est son moment initial ? Comment cela débute-t-il ? Quelles sont les «données initiales» pour qu'une rencontre débute ? Quelles sont les conditions préalables pour que le lien se tisse ?

Tout d'abord, il y a deux élans parallèles, concomitants et au départ, distants. Par contre, chacun des partenaires du couple thérapeutique porte en lui des germes de cette relation potentielle. On retrouve là, les "données initiales" essentielles pour que cet univers relationnel advienne.

Examinons de plus près chaque composante de cette relation singulière qu'est la relation thérapeutique entre un soigné et un soignant.

Que se passe-t-il chez le soigné?

Il ressent à tout le moins un malaise, un symptôme somatique ou une anxiété vague, mais souvent, c'est une blessure intérieure, voire un drame, un traumatisme qui l'habite. Une souffrance dont parfois il connaît l'origine, mais pas toujours; tout au plus, en ressent-il les effets, comme un trou noir invisible qui aspire tout, qui organise tout autour de lui et qui agit ainsi sur tout son espace relationnel environnant. Le soigné vit avec sa souffrance, tente de s'y adapter avec les outils que la vie, son enfance, lui ont donné ou pas. Il finira tôt ou tard par vouloir chercher une aide. D'abord auprès de ses proches, s'il a des épaules accueillantes autour de lui. Le plus souvent, la plainte, la souffrance, l'amèneront à consulter un professionnel qui, espérera-t-il, saura accueillir et porter en partie sa peine, sa souffrance. Et au mieux, la soulager.

Il investira cette personne d'autant plus intensément que son vide intérieur sera grand. Il aura souvent une attente quasi magique que le soignant, tel un guérisseur, ait des pouvoirs surnaturels et colmate, répare, la souffrance inscrite en lui. Ce seront ces «données initiales» qu'il porte en lui, plus ou moins identifiées au départ, mais tellement présentes. Comme une aura qu'il transporte, comme des ondes qui émanent de lui. Une demande paradoxale inscrite en lui; à la fois informe, il ne sait pas toujours précisément ce qu'il vient chercher chez le soignant, mais aussi tellement prégnante et intense en lui.

Parfois il arrivera avec des pleurs, parfois avec une colère à peine contenue, parfois avec une allure hébétée, parfois triste, parfois en riant pour cacher une détresse. Autant d'émotions offertes au soignant qui espèrent être reçues pour ce qu'elles sont et, aussi, pour ce qu'elles cachent.

Ces «données initiales», ces conditions premières préexistantes à la rencontre auront un impact certain et pourraient déterminer l'issue du premier contact et aussi la suite éventuelle. Beaucoup de charges affectives seront apportées, déposées lors de cette première rencontre. Beaucoup d'attentes, manifestes ou latentes selon la structure de personnalité du patient, mais toujours présentes et intenses se manifesteront dès les premiers instants de cette rencontre inaugurale.

Le Big Bang est créateur de vie, mais ce pourrait être aussi un Big Bang porteur d'une violence intense qui pourrait empêcher toute naissance relationnelle.

Tout dépendra des conditions initiales de part et d'autre.

Justement, qu'en est-il du soignant?

Lui aussi, il porte des conditions initiales issues de son histoire personnelle et de sa formation. Certaines sont explicites pour lui, étant le fruit d'un travail introspectif, lui aussi initial dans son désir de devenir soignant; d'autres sont issues de sa formation professionnelle.

J'oserais lancer cette question à laquelle il est difficile de répondre car elle a de nombreuses facettes. Pourquoi devient-on soignant ? On pourrait aussi poser: pour qui devient-on soignant ? Qu'est-ce qui mène un individu vers ce chemin professionnel de côtoyer la souffrance humaine ?

Une hypothèse serait qu'il est lui-même porteur d'une souffrance, comme pratiquement tout individu, pourriez-vous possiblement rétorquer. Mais pourquoi certains individus s'investissent-ils dans cette direction ? Il y a tant d'autres activités professionnelles, pourquoi celle de soignant ?

Par sa démarche personnelle, par son étude des textes médicaux, psychiatriques ou psychanalytiques, par ses nombreuses discussions avec des collègues et aussi avec un superviseur, il a tenté de se révéler à lui-même certains coins obscurs de son inconscient. Aller vers soi avant d'aller vers l'autre, mais probablement aussi à cause d'autres personnages de son passé qui ont déterminé ce laborieux chemin de fréquenter son propre inconscient. Malgré cet éclairage, il persistera toujours des zones d'ombre, des taches aveugles qui prescrivent une écoute toujours attentive des mouvements affectifs en lui.

C'est ainsi qu'il arrive lors de son premier contact avec tout nouveau patient: habité par son passé reconnu, identifié et aussi habité par son passé implicite, moins bien perçu, mais toutefois actif. Un horizon s'offre à lui, qui reste à être exploré sans craindre de tomber de l'autre côté comme l'ont cru les humains pendant des siècles. Tout nouveau patient est un défi et la possibilité d'un non contact reste toujours présente.

Le soignant porte aussi, bien sûr, en lui, la somme de toutes ses expériences professionnelles avec les patients déjà rencontrés. Ses expériences de supervision l'auront certes aussi aidé à identifier ses mouvements contre transférentiels avec certains types de patients. Peut-être aura-t-il eu la possibilité, ou devrais-je dire la chance, de participer à des groupes d'échange clinique, de type Balint ou autre, où il aura pu explorer, avec des collègues, certaines situations conflictuelles, et idéalement être arrivé à les surmonter, sans tomber de l'autre côté de la ligne d'horizon.

Ainsi, le soignant me semble être habité par un élan visant à tenter de soulager un de ses semblables, possible écho d'une souffrance qui lui est propre comme l'a proposé Carl Jung en parlant du «wounded healer» (le guérisseur meurtri). Michael Balint avait appelé, lui, cet élan, la «fonction apostolique» dans son sens non pas d'évangéliser, mais plutôt d'aller vers l'autre, alors que Pierre Marty avait proposé la «fonction maternelle». Ce désir d'aller vers l'autre, de ressentir ce qui l'habite, de tenter, plus ou moins consciemment, de métaboliser ce que l'autre porte et lui transmet, ce sont certaines des conditions initiales qui précèdent la rencontre et qui aideront à la rendre possible et surtout à la rendre fructueuse pour le patient. Mais cette «fonction apostolique», cette «fonction maternelle» serait possiblement rentable aussi pour le soignant. Ainsi, chacun y trouverait son compte !

Pour cet accueil, pour cette écoute de l'autre, le soignant mobilise sa disponibilité affective qui sera variable, selon les événements de sa propre vie. En effet, il pourrait lui être difficile de rester disponible affectivement lorsqu'il vit lui-même une période affective exigeante; par ex. lors d'un stress, d'un deuil, de tension conjugale, de maladie personnelle ou d'un proche. Cette disponibilité affective sera aussi, bien sûr, modulée par le type de lien proposé par le patient. Il sera parfois difficile de créer une alliance thérapeutique avec un patient qui se présente sur un mode de confrontation ou de résistance devant notre élan empathique. Que dire de ces patients limite, au sens borderline, qui mettent continuellement au défi notre cadre thérapeutique ? Comment rester empathique et habité par cette «fonction maternelle» dans ces situations-là ? Plusieurs présentations cliniques dans

un groupe de type Balint exposent ces difficultés relationnelles avec ce type de patient, quelle que soit la disponibilité affective du soignant.

Qu'en est-il maintenant de la rencontre de ces deux «données initiales»?

Que peut-il se passer quand deux masses fortement énergétiques s'approchent l'une de l'autre ? Chacun des partenaires de cette relation thérapeutique est porteur d'une tension psychique. Chacun souhaite la rencontre, chacun apporte son élan, sa charge affective et la rencontre pourra avoir lieu si les deux réussissent à créer ensemble un espace psychique commun qui sera propre à ce couple particulier. Chacun aura son rôle distinct et complémentaire. Une histoire partagée pourrait débiter.

Au départ, chacun tente de saisir l'autre.

Comment le soignant m'accueillera-t-il ?

Serais-je capable de lui manifester tout ce qui m'accable ?

Sera-t-il disposé à m'écouter, à recevoir ce que j'ai à lui dire et surtout à ressentir ma souffrance pour la porter un peu avec moi ?

Et aussi, arriver à la soulager ?

Comment le soigné me transmettra-t-il sa demande ?

Quelle sera-t-elle ?

Arriverais-je à la ressentir, à la saisir intégralement ?

Comment ne pas rester sourd à cette demande ?

Comment ne pas être d'emblée fermé, devant une demande lourde ou agressive ?

S'il y a rencontre des deux élan, une histoire entre eux se créera. À ce moment très précis de la rencontre, dès les premières minutes, le soignant sera intéressé par cette nouvelle relation. Il en découvrira les aspects encore intrigants. Le regard, l'attitude, le débit verbal, le ton de la voix, l'affect qui se dégageront de son patient, autant d'indices qui pourront l'intéresser. Il sera attentif au discours tant verbal que para verbal et non verbal. Tout sera un message, à peine filtré, du soigné vers le soignant au cours de ces tout premiers instants primordiaux où

chacun se révèle avec ce qu'il est, sans modifications de son élan personnel.

C'est à ce moment où l'empathie naîtra. Le soignant recevant le dépôt affectif et le soigné se sentant reçu. Un regard, un soutien vocal de la part du soignant et le soigné se sentira en confiance.

Parfois cependant, le soignant devra réfréner un élan de recul initial pour ne pas bloquer la route vers celui qu'il ressent au premier contact comme rébarbatif, confrontant, massivement déposé devant lui, chez lui dans son bureau. Il devra trouver l'espace pour accueillir ce dépôt affectif massif et rester réceptif. C'est à ce moment que son travail antérieur sur ses propres «données initiales» lui sera utile, afin de rester vivant et alerte pour conserver son élan vers son patient, pour conserver sa «fonction apostolique», sa «fonction maternelle».

Parfois une catastrophe sera rapidement exposée par le soigné, un drame passé toujours présent et encore actif sur sa vie psychique. Une crainte de l'effondrement pourrait habiter le soignant. Il sera alors alerté et encore plus prudent dans son exploration, de crainte de provoquer un nouveau séisme devant cette structure fragilisée, encore plus si le patient est porteur d'une condition somatique survenant par crises récurrentes. La relation se créera sur un mode où se mêleront accueil, soutien et avancées lentes vers un soulagement.

Les premières rencontres se dérouleront dans un mouvement d'appropriation mutuel. Chacun apprenant à découvrir l'autre, chacun se révélant progressivement avec ses attributs respectifs, chacun s'adaptant aux dires et aux réactions de l'autre. Et dans la plupart des situations cliniques, une relation d'aide authentique naîtra. Chacun y investissant ses énergies et ses affects, bien qu'asymétriquement.

Et qu'en est-il maintenant de la destinée de ces deux «données initiales»?

Une relation s'établira sur la base d'une confiance réciproque. Le soignant restera toujours attentif à la marche lente et progressive du soigné vers un soulagement de sa souffrance, qui passera d'abord par une meilleure compréhension cognitive, puis surtout affective de ce qui l'afflige. Un atterrissage en douceur sur des eaux affectives plus calmes. La

parole qui ouvrira, la parole qui soulagera, la parole qui nommera et libèrera pourvu qu'elle trouve une atmosphère accueillante et propice. Le désert affectif premier se transformera en une fleur qui arrive à éclore à condition d'avoir pu éviter ensemble la vague destructrice.

Comment arriver à rentabiliser l'empathie offerte et la demande d'aide ? Comment arriver à tenir ensemble un discours où chacun s'y retrouve ? C'est un défi de tous les instants pour chacun. Les «données initiales» ne suffisent plus maintenant, chacun doit arriver à clairement exprimer son élan. Il faudra éviter un dialogue de sourds qui pourrait s'immiscer. La responsabilité première relèvera du soignant qui devra toujours être à l'affût des incompréhensions, des leurres, du manque de synchronisme avec ce que le soigné lui témoignera. Ce qui est souhaitable, c'est une certaine libération, un décoinçage des affects chez le patient. Bien qu'elle ne soit pas toujours accessible, cette métamorphose restera le but ultime de la «fonction maternelle» du soignant. Tout un travail de deuil devra cependant être accompli par celui-ci car arrive-t-on vraiment à «guérir» un patient ? Question fondamentale ! Tout au plus arrivons-nous à consolider partiellement certaines fractures psychiques, à consoler, à porter pendant un certain temps leur souffrance, à redonner vie à certains patients qui arrivent à mobiliser leurs forces en notre présence, arrivant ainsi à les sortir de leur embourbement psychique.

Cas cliniques

Je voudrais vous parler brièvement de Mathilde que j'ai rencontrée à quatre reprises depuis le début de septembre dernier. C'est une femme de 43 ans, institutrice au niveau primaire, mère de trois enfants, dont deux issus d'une première union. Elle m'est référée par une neurologue pour anxiété secondaire à un diagnostic récent de sclérose en plaques.

Avant d'en parler, quelles sont mes «données initiales» par rapport à cette nouvelle patiente ? Cette neurologue m'a référé une autre patiente, Anne, il y a six mois avec les mêmes indications (anxiété secondaire à un diagnostic de sclérose en plaques). Or, avec Anne, c'est compliqué. Elle a une sclérose en plaques légère, mais aussi des crises localisées d'épilepsie, ou des pseudo crises, ce n'est

pas encore élucidé. Elle a un mode de présentation en entrevue passablement histrionique, apportant avec elle sa boîte de mouchoirs et pleurant quasiment durant toute la rencontre et ceci, à chaque rencontre. J'ai rencontré Anne une vingtaine de fois jusqu'à maintenant. Elle se dit incapable d'occuper son poste à cause de ses crises d'épilepsie. Ceci survenant, il faut le préciser, dans un contexte de restructuration administrative commandée par notre ministre de la santé. Je galère avec elle et elle m'irrite avec ses pleurs un peu théâtraux et aussi car je ne sais toujours pas si mes arrêts de travail sont réellement justifiés par sa condition neurologique et psychique.

Je fais cet aparté car je rencontrerai Mathilde me demandant, au préalable, si ce ne sera pas une autre Anne.

Donc, il y a environ trois mois, Mathilde vient à son premier rendez-vous qui est à 16h30; je suis à la clinique externe de médecine psychosomatique. Il est 16h25, la secrétaire est partie. Je termine la rédaction d'un dossier, la porte de mon bureau est entr'ouverte. Je vois se pointer une jeune femme, c'est Mathilde, dans le corridor à quelques mètres de la porte de mon bureau me demandant: «Est-ce vous le docteur Bourdy?». Je lui réponds affirmativement en restant assis à mon bureau, lui disant que ça ne sera pas long avant que je ne la rencontre. Je me dis: «bon, est-ce que ça sera une autre Anne, envahissante et irritante?».

Je me dis que je ne suis pas en retard, qu'a-t-elle à me presser ainsi? Je termine mon dossier et vais la chercher dans la salle d'attente à 16h30. J'y découvre une jeune femme plutôt jolie, aux allures de «petite fille âgée» par son visage à la fois jeune et un peu ridé. Je l'invite à me suivre dans mon bureau qui est à quelques pas. Elle me raconte sa situation clinique: on lui a mentionné récemment la possibilité d'une sclérose en plaques, mais ce diagnostic reste imprécis pour le moment. Elle m'apprendra quelques rencontres plus tard que des investigations récentes ont fortement remis en question ce diagnostic. La neurologue a cessé toute médication, d'autant que Mathilde avait des effets secondaires non négligeables avec celle-ci.

Lors de cette première rencontre, le contact est agréable; mon agacement initial a disparu dès les premières minutes. Mathilde se raconte volontiers,

se sachant très anxieuse et ce, de longue date. Cette possible maladie, potentiellement grave elle le sait très bien, l'oblige à se questionner, et elle semble désireuse de regarder ce qui la rend si anxieuse. Elle dit avoir toujours été anxieuse depuis aussi loin qu'elle se souvienne. Par contre, elle ne comprend pas d'où vient cette anxiété, il n'y a pas de raison selon elle. Son enfance se déroula sans heurts, sans traumatismes; ses parents furent de «bons parents», la soutenant avec chaleur, par exemple, lors de sa séparation il y a plusieurs années. Elle est devant une nébuleuse planétaire (comme cette image), et moi aussi, mais je suis très intéressé et intrigué, allumé et désireux d'en connaître plus sur son histoire; je la sens disponible à explorer, mais je devrai y aller mollo, je le sens bien. Remonter au moment initial de son «big bang», au début de cette histoire d'anxiété qui semble venue de rien. Comme si un rien avait pu créer son anxiété, je n'en croyais rien; je me disais qu'il devait y avoir un déclencheur, une atmosphère qui avait suscité et maintenu cette anxiété. «Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien?», a dit le mathématicien.

Après quelques rencontres, Mathilde constate en elle des zones d'ombre soupçonnées, mais restées jusqu'à ce jour invisibles, non perçues. Elle réalise que son père est un anxieux chronique, ceci n'ayant été reconnu par lui que tout récemment. Un climat d'appréhension semble avoir prévalu et flotté dans cette famille sans que personne ne le nomme jamais. Puis elle constate avoir pris sa vie en main très jeune, car elle ne voulait pas être dépendante et démunie comme elle percevait sa mère. Ainsi, elle a réalisé, avec un peu de désarroi, mais avec une certaine épiphanie, être un peu comme son père et tout le contraire de sa mère, en miroir d'elle.

Une histoire se crée littéralement sous mes yeux. Son anxiété n'est évidemment pas résolue. Lors du dernier rendez-vous, il y a un mois, elle me raconte que dans les minutes qui ont suivi l'avant-dernier rendez-vous, elle descendait l'escalier du centre hospitalier où elle venait de me rencontrer et elle a «barré des deux jambes», «comme si j'avais eu deux rondelles de hockey au-dessus des deux genoux; j'ai dû m'asseoir dans les marches. Quelqu'un est venu me demander si j'avais besoin d'aide et m'a aidée à descendre les marches».

Situation très révélatrice pour cette femme habituée depuis très longtemps à être autonome, à ne pas avoir besoin d'aide. Elle a mis en action ce besoin et elle a reçu de l'aide. Ce sera à travailler avec elle lors des prochains rendez-vous.

Comme chaque rencontre propose un commencement, des «données initiales», je resterai particulièrement attentif à ces premières secondes lorsque j'irai la chercher dans la salle d'attente. J'observerai et resterai disponible à tout ce qui pourrait émerger d'elle. Elle me présentera ses «données initiales» du moment que je m'efforcerai de décoder. Un mythe de Sisyphe sans son aspect harassant, mais plutôt une potentialité créatrice renouvelée avec chaque rencontre.

Et le psychodrame Balint dans tout ça?

Un silence inaugural est fréquent après l'invitation de l'animateur qui a dit: «quelqu'un a une situation à présenter?». C'est comme s'il y avait un «rien», mais tous les participants sont chargés de potentialités d'histoire, de «données initiales». Un participant se lance et décide de rompre le silence initial, souvent après quelques minutes. Une histoire se développera finalement sous les yeux de tous et tous y contribueront, l'enrichiront. Qui tendra la main à qui? L'animateur n'est évidemment pas Dieu, comme dans cette reproduction de Michelange, et surtout pas.

Cependant une autre analogie me vient avec l'histoire de la création de l'Univers et même de la vie sur Terre. Les théories actuelles supposent un «principe organisateur». L'Univers serait régi par certaines lois qui ont prévalu et qui continuent de régir l'infiniment grand comme l'infiniment petit. Ces mêmes lois ont «organisé» la «pyramide de la complexité» mentionnée au début de mon exposé. Je serais porté à considérer les animateurs comme étant un «principe organisateur», des porteurs du cadre, des gardiens de «lois» qui permettront l'émergence de la vie et ultimement de la conscience. Le présentateur arrive avec ses «données initiales», son histoire professionnelle et personnelle en filigrane, et, bien sûr, avec son histoire relationnelle avec son patient qu'il aimerait bien décoincer. Il souhaite y voir plus clair et se libérer de certaines

contraintes sous-jacentes, pour le moment invisibles à ses yeux, mais il en ressent les effets, comme un trou noir n'est visible que par ses effets sur son environnement.

Une histoire se déploiera sous les yeux, et au sein des affects, de tous les participants les rejoignant dans des zones similaires de leur histoire professionnelle avec leurs propres patients. On parle récemment dans des écrits d'astrophysique de «multivers». Chaque univers serait une excroissance issue d'un autre univers et la physique quantique suppose que tout élément soit en lien direct et simultané avec tout autre élément de l'Univers, quelle que soit la distance entre eux. Ce qui est tout à fait contre-intuitif et contraire à la limite absolue qu'est la vitesse de la lumière. Ceci me fait penser aux communications entre inconscients qui paraissent incompréhensibles pour une pensée scientifique. «La bouche de l'inconscient» de Michel de M'Uzan ou le «signifiant énigmatique» de Jean Laplanche, me semblent des analogies qui se rapprochent des théories quantiques.

«Je voudrais vous parler de madame K., mais je ne sais pas pourquoi», c'est souvent une phrase inaugurale qui porte toute sa richesse potentielle. Ou celle-ci, «j'ai un petit cas, je ne sais pas si je pourrai en parler beaucoup» ou une autre: «je ne l'ai vu qu'une fois, j'aurai peu à dire».

Chaque fois que j'entends ces phrases au début d'une présentation en Psychodrame Balint, je suis intéressé, car le collègue qui dit ceci est porteur d'un désir de partage et d'une demande d'aide, il porte en lui des «données initiales» avec lesquelles je composerai comme animateur lorsqu'on jouera des moments clés et descripteurs de sa relation avec son patient. Des révélations adviendront à condition que les animateurs respectent les «lois», agissent comme «principe organisateur» en utilisant leur ressenti et mobilisent leur affect au service du substrat offert par le présentateur et les participants venus doubler en utilisant leur «droit à la bêtise», comme le proposait Michael Balint.

Pourquoi et comment devient-on participant d'un Psychodrame Balint? Qu'est-ce qu'on vient y chercher? Là aussi, tout nouveau participant est porteur de ses propres «données initiales»; ce sont des préalables qui seront évalués par un animateur afin de comprendre le plus précisément possible la

demande et les attentes de ce nouveau participant. Celui-ci verra à s'intégrer progressivement dans le mouvement thématique et affectif du groupe.

Conclusion

Je conclurai en ces termes.

En partant du « Big Bang », lui-même issu d'un rien encore énigmatique, pour arriver à la création de la vie et même de la conscience, l'histoire se crée au lieu de la croyance longtemps entretenue par les Anciens, qui était: l'Univers est immuable et éternel. Maintenant, nous le savons: il a une histoire, notre Univers. Tout comme nous savons que chacun humain a une histoire. Nous avons le périlleux et fantastique défi d'accompagner nos collègues humains au travers des dédales parfois sombres et inquiétants vers une lumière nouvelle qui allègera en partie leur vie, à condition, comme animateur, de pouvoir déceler les signes en filigrane.

Sommes-nous toutes et tous capables de voir ceci ? (N.B.: projection d'une image qui nécessite de pouvoir distinguer toutes les couleurs – dépistage du daltonisme)

Est-ce réellement possible de rencontrer, de créer une alliance thérapeutique avec tous les patients ? André Green, je crois, disait à certains patients : «je ne suis pas le bon thérapeute pour vous».

Je vous remercie pour votre attention et «jouons maintenant», comme aurait dit Anne Caïn... euh, je veux dire discutons maintenant.

- **Médecin généraliste - Professeur agrégé
Université de Montréal - Québec**

Premières rencontres

Agnès Borrione*

Tout de suite me vient à l'esprit l'invitation si fréquente à retrouver et à jouer ce moment en première partie du travail d'un groupe de psychodrame balint.

Et le constat de la difficulté parfois à satisfaire à cette injonction en dehors des premières rencontres mémorables;

Réticence? Mémoire défaillante? Pourquoi pas.

Mais aussi, l'évolution des protagonistes et de la relation peut être telle qu'il est parfois difficile de traverser en sens inverse le fossé creusé au fil du temps depuis la première rencontre.

Et c'est toujours une surprise (bonne ou mauvaise) de se retrouver dans ce jeu de retour en arrière.

J'ai été étonnée de n'avoir pas plus de premières consultations à me mettre sous la plume et il m'apparaît que ce ne sont pas les consultations les plus marquantes de prime abord qui le resteront. Mais le ton donné d'emblée peut enfermer dans des a priori, des fausses routes et des fausses notes parfois regrettables car déterminantes.

Moi la retraitée, j'ai oublié ces premières rencontres que je pourrais qualifier d'anodines car n'ayant pas gravé ma mémoire, mais bien sûr c'est la succession des consultations qui tisse la relation et ces patients « anodins », pain quotidien de mon exercice, dont je me suis nourri de longues années et dont j'ai oublié bien souvent notre première fois, sont ceux dont je me souviens le mieux.

Quelques digressions avant d'évoquer trois « premières rencontres » qui ont marqué ma mémoire.

Première rencontre : *l'inconnu*

Tout se joue ou rien ne se noue.

Ca flashe, ça clashe ou ça glisse.

On prend le temps de faire connaissance ou on juge sans plus tarder...

En tous cas elle sera le premier chapitre du livre qui s'écrira en quelques pages ou en plusieurs tomes ou qui ne s'écrira pas.

Première rencontre : *curiosité*

- Avec quels symptômes allons nous faire connaissance? Nez qui coule même pas vert, diabète rebondi insolent et dans le déni, affreuse lombalgie ? Magnifique éruption ? Un rien ou beaucoup de dépression?
- Allons nous nous intéresser?
- Comment se présenteront ton corps et tes failles?
- Comment les aborderais je?
- Vas-tu m'aider?
- Vais-je respecter ton rythme, tes détours, tes secrets?
- Vas-tu respecter ma façon d'être ?

Première rencontre : *intrusion*

L'interrogatoire est musclé: âge, adresse, travail, antécédents, et pourquoi, et quand, et comment, etc. Même pas le temps de savoir si on fera du chemin ensemble que te voila happé et gravé dans la machine ordinateur.

Première rencontre : *tout est possible...*

Avant que l'habitude s'installe. Et comme sur la première page du cahier d'école un jour de rentrée scolaire, la belle écriture appliquée laisse présager du meilleur avant que les pâtés et les fautes d'orthographe ne retrouvent leur place.

Voici trois de mes premières rencontres.

Elles n'ont pas été présentées en groupe.

La première certainement pour n'avoir pas à revenir sur elle et à la « jouer » tant elle m'a paru dramatique et douloureuse.

Les deux autres n'ont pas trouvé leur place au moment des séances de travail, bousculées par des situations plus actuelles.

Madame A

C'est lors d'une garde et à la demande d'un médecin régulateur anonyme et purement téléphonique que je me rends chez madame A dans une commune voisine.

J'y vais à reculons ne sachant pas quelle peut être ma

prestation, car que faire d'un tensiomètre et d'un stéthoscope en pareille situation? Madame A vient d'apprendre le décès de son fils. Il s'est précipité avec sa voiture du haut du plateau qui surplombe nos villages. Une très grande falaise, une très longue chute ... l'horreur

Je ne veux plus être médecin. Pourquoi ne suis je pas ethnologue ou professeur de gymnastique?

La maison est cossue. Le silence y règne, une silhouette menue trotte à travers le salon. C'est la grand-mère aveugle. Le mari, belle prestance, semblant solide, me mène à la chambre de son épouse. Pâle et défaite au milieu des oreillers, elle m'accueille avec bienveillance. Et c'est elle qui va guider cette visite pendant laquelle le leitmotiv du pourquoi s'installera. A son chevet le mari semble de moins en moins solide et accuse un rictus douloureux sur lequel il ne veut pas s'arrêter. Il m'informe du traitement antidépresseur que son épouse prend de longue date et de son besoin impératif de somnifères. J'ai ce qu'il faut dans ma trousse et dépose quelques pilules sur la table de nuit dans une enveloppe avec la posologie à respecter pour chacun d'eux.

De retour chez moi une inquiétude au sujet du mari pseudo solide me taraude et me fait lui téléphoner pour donner l'instruction de consulter sans plus attendre en cas de douleur persistante car un infarctus me paraît la moindre des choses dans ces circonstances. Il me rassure et me remercie.

Et madame A va devenir ma patiente.

Avec quelques difficultés je vais la laisser prendre place dans mon cabinet dont la fenêtre visible dès le pas de la porte encadre la montagne, le rebord du plateau qui la coupe et la falaise en dessous. Avec quelques difficultés je vais accepter sa présence douce, triste, et passive, et sa demande incessante de « et pourquoi ? » et du renouvellement de psychotropes.

Et puis le temps aidant et avec moins de difficultés j'écouterai ses rébellions contre son mari hyperactif, contre les frasques puis la psychothérapie de sa fille. Je retournerai à son domicile où une lombalgie la confine. Des petits chiens aboyeurs lui trottent dans les jambes et des pinceaux et tubes de peintures encombrant sa table dans un beau désordre. La vie a repris ses droits.

Je tenterai alors la diminution du lourd traitement psychotrope, mais en vain.

Sentant peut être ma désapprobation à son refus de diminuer les doses, elle m'apprendra lors d'une consultation de renouvellement, avec sa gravité habituelle ou un petit sourire ironique et désarmant dont elle est capable, je ne sais plus, qu'en fait ma prescription les alimente tous les deux, son mari et

elle, de longue date, et qu'en plus elle dépanne volontiers sa petite maman aveugle.

Sa mère, son mari, la patiente et moi avec mes pilules ! Comme la première fois. Tous tacitement convoqués autour de ma prescription.

Mais la donne a changé et la chape de plomb du suicide du fils m'écrase moins. Je peux enfin m'autoriser un regard critique sur l'addiction manifeste de madame A et de sa famille.

Que de temps il aura fallu !

Monsieur B.

Mon nouveau patient, monsieur B a pour prénom Olympio. Il est beau et a de longs cils recourbés lui donnant un air angélique...

Gourmande de ce qui sort de l'ordinaire, il ne m'en faut pas plus pour le cataloguer sans plus tarder mi-dieu mi-ange.

La voix est voilée, le ton posé, l'air doux et l'accent portugais.

Il est ouvrier aux papeteries dans la vallée et lors d'une visite de l'usine avec le médecin du travail je le verrais aux commandes de la machine n° 8, la star de l'usine, impressionnante de taille (un immense hangar) pleine de bruits et de vapeurs et produisant les rouleaux de cellulose les plus grands de la région. Il en est le conducteur. Il m'offre un grand sourire en me reconnaissant. Et moi de même, admirative de le voir en si belle posture.

Olympio, va m'amener dans un premier temps des troubles digestifs que le rythme de sa vie professionnelle, les 3/8, peut facilement expliquer. Il sera soulagé par mes conseils et prescriptions.

Puis sa plainte portera sur des problèmes urinaires ainsi que des irritations préputiales. N'étant vraiment pas prête à m'occuper du sexe d'un ange, et pas plus de celui d'un dieu, je l'orientais rapidement vers un spécialiste qui sans plus de commentaires ni d'état d'âme tailla un petit bout de chair.

Le bel Olympio continuera à être plaintif, revenant à ses problèmes digestifs qu'il décrira de façon scrupuleuse et détaillée. Le traitement se faisant peu efficace et redoutant une complication de son reflux gastrique je l'adressai à un autre spécialiste pour un bilan.

J'ai encore en mémoire le courrier de ce dernier détaillant le résultat rassurant des explorations mais insistant sur le faciès et le discours du patient qui lui évoquaient un « syndrome anxio-dépressif » qu'il convenait de traiter également.

Bien sur que monsieur P était d'un naturel tourmenté et anxieux et que mon regard « sous influence » ne mettait pas bien en avant ce trait de caractère, mais il m'était difficile de convenir que ce que je percevais

comme douceur était perçu par un autre bout de lorgnette médicale comme langueur dépressive.

Nos premières rencontres avec Olympio, à mon correspondant et moi, ne se rejoignaient vraiment pas.

Monsieur B et moi avons continué notre route, qui sera longue, moi plus attentive à son anxiété et moins impressionnée par son prénom (qui s'écrit sans Y en portugais), lui sérieux, appliqué, respectueux comme toujours et de plus en plus à l'aise.

Ses troubles digestifs resteront au rendez-vous de très nombreuses consultations, mais ils laisseront place aux bilans, à la prévention, aux discussions sur le travail, sa famille, puis sur la retraite et le Portugal. D'autres spécialistes interviendront pour un souffle cardiaque et les explorations digestives systématiques dans le contexte de sa maladie d'œsophagite et de reflux.

Ils procureront à chaque fois réassurance et soulagement au patient.

Laquelle des premières rencontres avec le patient, celle du gastroentérologue ou la mienne doit prévaloir?

A t-il vraiment été dépressif et ma perspicacité trompée par mes fariboles du premier abord?

Mon regard sur lui, admiratif de sa force supposée (quasi divine) alliée à sa douceur (d'ange) a-t-il pu l'aider?

Et pourquoi pas?

Madame C

Elle m'est d'emblée familière, son carré de popeline bleu roi noué sous le menton, assorti à son manteau, le cou déformé par un énorme goitre. Elle me rappelle les femmes que j'apercevais dans les rues de mon village, descendant de leurs hameaux les jours de foire et portant leur goitre comme des jabots.

Elle est assise sur la chaise, les mains croisées, la tête baissée, les yeux noirs vifs et mobiles, et me vient l'image d'une petite fille à l'école en attente d'une facétie ou réprimande et réprimant un fou rire.

C'est une paysanne, les mains épaisses et crevassées, pieds nus dans ses souliers qu'elle ne voudra jamais quitter ni pour monter sur la balance ni lors des examens.

Elle est en surpoids, a une volumineuse hernie ombilicale, son cœur est rapide, irrégulier, ses jambes gonflées, violacées, sont traversées par de grosses varices.

Mais elle se penche jusqu'à toucher le sol jambes tendues avec une aisance de gymnaste, elle a les cheveux teints noir corbeau, le sourire large et elle grimpe la côte à bicyclette jusqu'au cabinet.

Elle n'a pas de plaintes.

Qu'attend elle de moi?

Je me précipite sur l'évidence de son goitre et la nécessité du bilan cardiaque.

Il sera bien temps ensuite de s'occuper de la hernie, des varices, du diabète que je pressens et des dermites du visage probables carcinomes. Et pourquoi pas un jour les dépistages des cancers, le frottis, la mammographie... Mais chaque chose en son temps.

Le chirurgien qualifiera son goitre d'historique mais ne pourra épargner les glandes parathyroïdes lors de son ablation. Donc deux médicaments pour palier l'absence des glandes enlevées sont indispensables.

Le cardiologue va trouver de quoi faire la prescription d'un minimum de quatre médicaments dans un premier temps.

Entre temps le bilan biologique confirme un diabète bien installé nécessitant un traitement médicamenteux.

La liste des médicaments s'allonge. Elle deviendra même la plus longue ordonnance de ma patientèle.

Une feuille de l'ordonnancier ne suffit plus à l'écrire.

Mais les résultats ne sont pas au rendez-vous.

Il faudra quelque temps avant qu'elle me confie sa difficulté à avaler tous ces comprimés et la sélection qu'elle fait pour ne pas s'étouffer en les ingurgitant tous.

A partir de là va s'installer une relation de maquignonnage : diminution voire arrêt total de telle pilule sous réserve d'un bon résultat clinique et biologique. L'affaire semblait conclue mais un infirmier, tout acquis à sa cause, permissif et peu rigoureux, ne m'aidera pas à gérer cette procédure. Et la confusion va s'installer dans le rythme de la surveillance biologique et des modifications thérapeutiques. Les calcémies, glycémies et les INR vont faire des montagnes russes.

Il ne me restait plus qu'à la convaincre et ce pour chaque ligne de l'ordonnance...

L'informatique ayant libéré le long temps d'écriture de mes ordonnances-fleuves, nous avons pu, après chaque examen clinique nous accorder un bon moment du « pourquoi » et du « comment » de chaque prescription.

Le chapitre des anticoagulants l'intéresse, celui du métabolisme des parathyroïdes et de l'équilibre phospho-calcique la laisse de marbre. Elle ne remet pas en question la nécessité de la substitution thyroïdienne ni des traitements du diabète. Elle aime discuter diététique. Elle reste réservée sur le besoin de tant de pilules pour son cœur qu'elle ressent aller très bien. Elle est sans parti pris sur les statines.

Je crois qu'elle prendra plaisir à ces échanges et explications, et la pharmacienne aidant nous

arriverons à trouver un équilibre.

Elle continuera à ne pas vouloir me montrer ses pieds nus mais me fera la surprise d'arborer, lors des dernières consultations avant que je cesse mon activité, les fameux bas de contention que je prescrivais sans succès depuis des années. Je ne sais quel argument a finalement été décisif : ne pas aggraver la dermite ocre, prévenir les ulcères variqueux, réduire les œdèmes, soulager son cœur pour continuer à faire de la bicyclette ? Il me plait de penser que c'est un cadeau tel celui qu'il était coutume d'offrir en fin d'année scolaire aux maîtres ou maîtresse avant de les quitter pour passer au niveau supérieur.

En tous cas je suis contente de l'imaginer les jambes protégées par ces gros bas, des coups de griffes, becs ou autres piques, qu'elle peut rencontrer dans son jardin et sa maison en compagnie de ses poules, de ses oies, de ses chats et de ses chiens.

Le sentiment de familiarité et de sympathie ressenti d'emblée a-t-il fait écho et favorisé la communication avec cette patiente si peu encline à la prise de parole et aux épanchements ?

Et l'image saugrenue d'elle, petite fille sur les bancs de l'école, qui s'était imposée à moi lors de notre première consultation, m'avait-elle fait pressentir

sa vivacité et son plaisir d'apprendre ? Sans elle aurais-je eu la même ambition et la même motivation pédagogiques ?

Sans le savoir Madame C m'avait ramené au village de mon enfance où fleurissaient les goitres.

C'est dans ce village que se trouvait la belle bibliothèque paternelle, celle d'un médecin de campagne curieux, érudit et pétri d'humanisme.

Et c'est sur les rayons de cette bibliothèque que j'ai découvert un petit livre intitulé : « Le médecin, son malade et la maladie ».

Voilà ma première rencontre avec Michael Balint.

Ainsi un petit caillou Balint s'était glissé dans ma chaussure pour ne plus en déloger.

Petit caillou qui ne me fera pas boiter, mais se rappellera à moi en me faisant faire des pas sur le côté, bien salutaires, dans le cheminement parfois tortueux de mes consultations.

*** Médecin généraliste 38920 Crolles - France**

RETOUR SUR LA JOURNÉE DE GRENOBLE

Thème :

Eprouver, penser et dire...

Favoriser un espace de liberté dans l'acte de soins

Sur le fil du funambule

Piero Trucchi*

J'ai rencontré le nom de Balint en 3ème année de mes études à la Faculté de Médecine, par un simple coup d'œil jeté à son livre, *Le médecin, son malade et la maladie*, que je découvrais par hasard. Une trace est restée inscrite en moi et lors de mes premières années d'études de pédiatrie à Gênes j'ai commencé à participer à un groupe Balint à la Clinique Psychiatrique de Milan, où Balint avait donné quelques conférences. Pour cette raison quand j'ai associé sur les mots : liberté, espace de soins (le thème de cette journée) à Balint et psychodrame-Balint, toute ma vie professionnelle est ressurgie.

Je craignais de m'y perdre mais spontanément deux ou trois épisodes, moments clés de ma vie professionnelle, se sont imposés à moi, et bien en lien avec mon activité actuelle comme animateur de psychodrame Balint. Je souhaite aussi préciser, dans cette réflexion sur mon activité professionnelle face au travail Balint, que si je fais référence à quelques brins de théorie, c'est plutôt la liberté que je me donne pour chercher à comprendre d'un point de vue intellectuel ce qui s'est passé à un niveau plus général, plutôt que pour exprimer une ou des théories.

Mais qui étais-je et comment étais-je au début ? Pour y répondre, j'utilise un épisode qui se situe il y a un peu moins de 40 ans et qui reste si clair dans ma mémoire : je viens de terminer ma spécialité en pédiatrie et je suis en stage en néphrologie pédiatrique à l'Hôpital des Enfants Malades de Gênes. Nous sommes dans la grande salle des garçons, autour d'une grande table, tout près d'une grande fenêtre ouverte sur la mer. Il n'y a pas d'autre lieu pour recueillir l'anamnèse d'un enfant qui vient d'arriver. Les questions que je pose à la mère sont précises, ciblées, et je suis complètement centré sur la série de questions et sur moi-même. À un certain moment, la mère me demande si j'ai terminé, je lui réponds: "oui", mais avec curiosité je lui demande "pourquoi ?". Elle répond «Docteur, j'ai mes règles et j'ai le sang qui me coule sur la jambe». Ce fut pour moi un évident signal d'alarme, signe de ma rigidité

et dont cette pauvre mère faisait les frais. N'aurais-je pas pu être attentif au malaise qu'elle ressentait ? Mais j'étais en pleine harmonie avec le climat de l'enseignement. On est au milieu des années 70 ; dans le grand amphithéâtre où les futurs pédiatres écoutent les cours, à la gauche du bureau de l'enseignant, et sur le même plan, il y a une cage en verre dans laquelle est exposé un enfant pathologique, souvent porteur de malformations. Et avec lui se trouve une infirmière, parce que les mères ne peuvent pas rester à l'hôpital. Quand le cours est terminé, l'enfant, toujours accompagné de l'infirmière, devra aller dans le bureau des photographes où son cas sera documenté. Ce type de cours était traumatique pour l'enfant et sûrement déformant pour les futurs pédiatres. À cette époque les petits enfants hospitalisés ont une blouse blanche avec 4 ficelles qui sont attachées au lit, les jambes et les bras restant libres. À coup sûr l'enfant ne peut pas tomber du lit mais tous les autres mouvements sont entravés. N'est-ce pas une scène intéressante pour une séance en psychodrame-Balint ? «Qui choisissez-vous pour faire l'enfant dans la vitrine, dans la cage en verre? Et pour jouer le rôle de l'infirmière?» Ou encore: «A qui demandez-vous de prendre le rôle de la mère, lorsqu'elle est obligée de quitter l'hôpital, car l'heure des visites est terminée et que son fils tente de se lancer vers elle pour la rattraper, mais qu'il est bloqué à cause des ficelles ? »

Cette scène aurait bien pu se dérouler à cette époque car c'est à cette même époque que commence la pratique du psychodrame-Balint. Et cette image, je crois, fait bien comprendre le nœud de la rencontre entre les enfants, l'environnement dans lequel se déroule l'enseignement et le travail Balint, un espace de conflits qui est aussi à l'intérieur de moi.

Avec raison quelqu'un pourrait dire que 20-25 ans avant ce que j'ai décrit, il y avait déjà eu le rapport de l'OMS, publié en 1948. Après la Deuxième Guerre mondiale les orphelins étaient très nombreux et l'OMS, à la demande de l'ONU, avait confié à John Bolwby, psychiatre et psychanalyste anglais, le soin et la tâche d'étudier l'effet de la privation affective sur la santé mentale des enfants. John Bolwby et

James Robertson présentent en 1952 les résultats de cette étude et, cette même année, James Robertson montre le court et très beau film «A two years old goes to hospital». On prend alors conscience des effets de la perte et la déprivation affective. C'est alors que commence la transformation radicale des institutions pour enfants, des orphelinats, etc., et la façon de concevoir l'hospitalisation pédiatrique. Mais pour ce qui nous concerne en Italie, à la différence de ce qui s'était passé pour le premier antibiotique, la Pénicilline, qui avait traversé l'océan sans aucune difficulté, le rapport de l'OMS était resté bloqué en mer.

Le clivage brutal soma-psyché existait aussi bien au niveau culturel que dans la pratique des soins. Les soins médicaux étaient donnés sans aucune considération pour la réalité psychoaffective du soigné et, de l'autre côté, les pys oubliaient presque complètement le corps.

Je continuais à participer au groupe Balint de Milan et à des journées Balint en France, en Suisse, et une fois, je m'en souviens, à Cologne, en Allemagne. Et j'en parle parce que ce mouvement "touristique" et vers de nouvelles langues avait aussi été utile en ce qu'il signifiait pour moi le mouvement pour chercher l'autre et le comprendre.

Je suis désormais médecin, régulièrement engagé dans le service de néphrologie pédiatrique et, comme à tous mes confrères, un certain nombre d'enfants m'est confié. Un jour, on est à la fin des années 70, les parents d'un enfant me disent, sidérés, que le chef de service, en fait la cheffe de service, a décidé d'arrêter son hémodialyse, ce qui signe la mort dans peu de temps pour leur enfant. Je ne comprends pas et mon sentiment de perplexité persiste d'ailleurs jusqu'à aujourd'hui. De par son âge et ses conditions de santé cet enfant n'est pas différent des autres. Ses parents sont dans les conditions psychologiques qui leur permettent de continuer à s'occuper de l'enfant et c'est ce qu'ils désirent. La cheffe de service ne nous a rien dit qui explique son choix. En accord avec les parents je contacte le service de néphrologie pédiatrique de l'Hôpital des Enfants Malades à Paris, l'hôpital Necker, qui était le lieu le plus remarquable en Europe pour la néphrologie pédiatrique. Et je demande à y transférer l'enfant. Ils acceptent et j'accompagne mère et enfant à Paris. Je ne veux pas, maintenant, discuter si c'était un bon choix ou un mauvais choix, mais la dynamique de ce choix.

Aujourd'hui je pense qu'il n'était pas extraordinaire ou étonnant qu'aucun de mes confrères de l'époque

n'ait soutenu mon initiative. Le service vivait dans un maximum d'angoisse. Nous étions le seul lieu en Italie de dialyse pour enfants. Des situations catastrophiques nous arrivaient tous les jours et toutes les nuits. Nous disposions de très peu de moyens techniques et notre travail était regardé avec méfiance par le reste de l'hôpital, la néphrologie pédiatrique faisant alors ses premiers pas. Nous (les enfants comme les parents) étions laissés sans aucune présence psy et j'étais le seul qui avait un lieu pour élaborer les événements si difficiles, si dramatiques, et si traumatiques. Et ce lieu de grand réconfort pour moi était à la Faculté de Médecine de Milan, très réputée. Pour mes confrères la cohésion à l'identité groupale était, je pense, le seul tranquilisant utilisable, un tranquilisant naturel.

Bien sûr l'identité groupale est confortable et bien rassurante ; le chef va être le seul à décider et il est le seul responsable. Pour les autres il suffit d'obéir. Mais la culture d'appartenance, si utile quand nous sommes petits dans la construction de notre identité, peut facilement devenir trop excluante et mortifère face aux problèmes qui se posent aux adultes. (Pourquoi ne pas rappeler combien de génocides trouvent leur origine dans l'idée de l'épuration ?). Pour moi il était possible de garder mon identité professionnelle et personnelle autrement, le travail en groupe Balint m'ayant déjà permis de comprendre que la relation de soin est subjective et que tous les deux, le soigné comme le soignant, sont des sujets.

Durant le voyage en avion de Gênes à Paris la mère de Fortunato (je le nomme ainsi pour garder la consonance) me dit qu'elle est enceinte. Je me souviens bien de ce moment, du visage de cette mère, mais le tout dans un climat mal défini. En vérité nous sommes dans les nuages, dans les airs, loin de la concrétude de tous les jours. Et ma réponse: "Ah" reste indéfinie, tout comme l'est la pathologie de Fortunato, pathologie qui trouve probablement son origine dans un nuage, celui qui a fait suite à l'explosion d'un grand dépôt de la plus toxique des dioxines. C'était à Seveso, près de Milan, que se produisit cette catastrophe chimique.

Nous arrivons dans le Service de néphrologie de Necker. Je sais que c'est ici que Ginette Raimbault, psychiatre et psychanalyste, directrice à l'INSERM, s'occupe de l'oncologie et de la néphrologie. Je suis tranquille. Une jeune femme en blouse blanche nous reçoit et je commence à nous présenter, mais elle m'arrête subitement: «Je ne suis que la diététicienne». Le ton me frappe et je la regarde mieux. Elle est bien frustrée, me dis-je. Je ne

comprends pas. Dans un service de néphrologie pédiatrique, celle qui s'occupe de la nourriture a la grande responsabilité et le grand pouvoir de remettre la dialyse de l'enfant à des années plus tard, au moins dans certaines pathologies. Et alors pourquoi ? Bien sûr elle pouvait se sentir frustrée pour des raisons personnelles, mais à ce moment j'avais pensé qu'elle était écrasée sous le savoir et le pouvoir des médecins.

Le médecin arrive bientôt et il me fait de nombreux reproches. Ils ont déjà fait une prise de sang à l'enfant qui évidemment le matin avait été insuffisamment dialysé, mal dialysé : le potassium est très haut. Fortunato est en danger, il faut la refaire. Bien que je n'en sois pas responsable, je renonce à me défendre. Et je veux m'assurer que la mère reste avec l'enfant. Ils ont un lien très, très fort et on ne peut pas les séparer. La réponse est catégorique : "Non ! elle ne peut pas, absolument pas, rester avec Fortunato". Culture unique, culture mortifère. Durant la nuit Fortunato a une hémorragie gastrique. Et on ne peut pas, c'est une hypothèse, éviter de l'attribuer à la séparation d'avec la mère. Le médecin de garde se débrouille très très bien : le lendemain matin Fortunato est encore vivant et six ou sept mois après il reçoit une greffe de rein. Et l'histoire, si on peut le dire, se termine bien.

J'ai beaucoup ri cet été en retrouvant ce souvenir, bien évidemment non pas à cause de l'histoire de Fortunato et des ses parents, si douloureuse et dramatique, mais parce que je n'avais pas prévu et imaginé le grand scandale déclenché dans mon hôpital par une chose si simple et si claire. Avant de partir le Directeur Général de l'hôpital m'appelle (ce sera l'unique fois de ma vie) et quand la secrétaire me remet les billets d'avion, elle me lance un regard plein d'horreur et d'indignation. Sans le savoir, j'avais dit que le roi était nu, ou quelque chose de semblable. J'avais pris la liberté de dire, concrètement, que bien que je travaillais dans l'Hôpital de Enfants le plus célèbre d'Italie, etc. ...

Mais cet été, j'ai aussi fait un cauchemar. Il y a bien des années que j'ai pris ma retraite de l'hôpital où j'ai travaillé durant une trentaine d'années (alternant tous les quinze jours mon activité en néphrologie et en pédiatrie d'urgence). *Dans mon cauchemar, pour une raison à laquelle on ne peut pas échapper, une loi ou autre chose, j'avais dû reprendre du service dans le même hôpital. Je suis dans une grande salle carrée et mes confrères sont pour la moitié d'entre eux ceux de la néphrologie et pour l'autre moitié ceux de la pédiatrie d'urgence. Je suis très angoissé : j'ai peur*

d'avoir complètement oublié les dosages des médicaments. Et j'ai devant mes yeux deux tuyaux pour les perfusions : à ma droite un tuyau avec un sang blanc, anémique, et l'autre tuyau blanc est vide. Je suis aussi angoissé parce que je pense avoir perdu mon habileté manuelle. Les collègues sont en mouvement, ils travaillent en silence. À un certain moment, je comprends que je vais rester seul, de garde. J'attends alors les consignes, un peu soulagé : les collègues devront quand même me dire quelque chose, quelques données sur les enfants, mais à ce moment je découvre que mes confrères sont muets et qu'ils sont aussi sourds. En me réveillant, je rattrape encore une image : ce sont des robots.

Le matin je pense avoir figuré en rêve l'angoisse des enfants et de leurs parents qui ne pouvaient pas poser les questions qu'ils avaient dans la tête et dans le cœur. Et qu'en même temps ils n'étaient pas à même de comprendre les paroles des médecins, leur trop de jargon, leur trop de vitesse, leur absence de temps. Mais heureusement le travail Balint m'avait poussé dans une autre direction.

Quand j'ai rencontré le psychodrame Balint j'avais déjà appris beaucoup de l'outil Balint : éviter le clivage brutal psyché-soma, éviter la complète délégation au psy. J'ai aussi appris que ce qui se joue dans la relation me concerne toujours, et bien d'autres choses encore. Mais c'est par l'expérience du psychodrame Balint que je parviens à utiliser pleinement l'outil Balint et je cherche à en comprendre le pourquoi. Je raisonne avec une tête de pédiatre: le psychodrame Balint ajoute le mouvement : prendre un rôle, retourner à sa place, reprendre le rôle, etc. Bien sûr, le mouvement, je connais: à la quatrième semaine de vie le cœur commence son mouvement, à battre rythmiquement... Prendre un rôle c'est "entrer dans la peau". La peau, oui je le sais, elle est bien le premier organe des sens. Et comme les embryologistes nous l'enseignent : plus un organe se développe précocement plus il est important. Mais jouer un rôle l'est encore plus, c'est entrer dans le corps, et entrer dans le corps c'est notre première expérience relationnelle, dans le corps de la mère. Et pour communiquer avec un nouveau-né ou un nourrisson, pour une thérapie ou toute autre chose, on imite les sons et les mouvements, et le nouveau-né, le nourrisson, fait de même: dans nos sons et mouvements il cherche, nous cherchons, et nous changeons corporellement. Le psychodrame Balint m'a permis de retrouver l'abécédaire de la communication et de refaire le chemin qui porte à la représentation mentale et au langage, et qui me donne aussi la capacité de mieux imaginer. Mais

quand on se glisse dans le corps souffrant du soigné, voire se mélange un peu à lui, au cours du jeu comme parfois dans la réalité de la rencontre, cela peut être dangereux. Il faut vite reprendre son identité et avoir un réseau de protection. Le rythme des jeux, la vigilance des animateurs et du groupe des participants constituent dans mon expérience un réseau de sécurité. Et comme il est solide ... on peut oser.

Balint a offert aux soignants un outil psychanalytique et a souligné aussi l'importance dans la relation des éléments inconscients. Si on considère la diversité de fonctionnement entre l'inconscient et le conscient, on peut dire qu'il y a une différence semblable à ce qui existe entre deux cultures. Balint, selon moi, a ouvert bien plus qu'à la multidisciplinarité (à cette époque c'était déjà beaucoup). Il a ouvert au transculturel. Et c'est peut-être en ceci que j'avais retrouvé le nom John Bolwby, psychiatre, psychanalyste, qui bientôt allait s'ouvrir à l'éthologie. Des années plus tard, ce domaine où se rencontrent psychanalyse et éthologie deviendra un terrain fertile pour le dialogue avec les neurosciences. On pourrait dire que chaque relation de soin est, d'une certaine façon, transculturelle.

Et alors on voyage entre plusieurs cultures: celle du soigné, celle du soignant, celles des participants au groupe, la mienne, celle des autres et on découvre, on s'émeut, on se surprend.

Mais pourquoi, avec une certaine obstination, ai-je voulu maintenir le titre de mon exposé qui doit jusqu'à maintenant rester énigmatique pour vous. Il y a un peu plus d'une année et de manière imprévue on m'a demandé de m'occuper de la "supervision" des clowns de la fondation Suisse Theodora, fondation active dans plusieurs pays et très sérieuse. Les clowns travaillent dans les hôpitaux pour enfants et ils sont tous des acteurs professionnels du théâtre pour enfants (deux sont aussi psychologues). J'ai accepté et tous les mois nous nous retrouvons pour travailler en groupe de psychodrame Balint. Ils travaillent le plus souvent dans des services que j'appelle "Haute Angoisse", comme l'oncologie pédiatrique, etc. et ont une tâche très délicate. Pour être efficaces tout en respectant les limites ils sont vraiment comme des funambules sur leur fil. Etre avec eux sur ce fil de funambule est une expérience très intéressante qui a une double utilité: la première celle de les avoir aidés, par le psychodrame Balint, à mieux travailler (c'est ainsi qu'ils en parlent), mais aussi c'est à travers eux et pour la première fois que d'autres soignants de ce grand hôpital pédiatrique

ont rejoint un groupe de psychodrame Balint, comme ces infirmières travaillant en oncologie pédiatrique et ayant plus d'une dizaine d'années d'expérience. Je pense que cette situation est le signe d'une importante et prometteuse ouverture.

Et alors je peux dire que c'est le recours à l'humour, à la fantaisie qui a permis de franchir les défenses de certains soignants et que l'art, ces clowns sont tous des artistes, a été le facteur déterminant.

*** Pédiatre Psychothérapeute - Gênes - Italie**

HORS DES JOURNÉES DE L'AIPB

Psychodrame Balint : expériences africaines.

Giulana Canonica Hemmeler *

J'ai pratiqué le psychodrame Balint en Afrique à 5 reprises.

- Au Mali en janvier-mars 2011, avec deux groupes distincts composés chacun d'une dizaine de jeunes médecins généralistes.
- Au Bénin en janvier-mars 2012, auprès de soignants (médecins, infirmiers, sages-femmes) d'une clinique privée confessionnelle d'obédience méthodiste. Parallèlement j'ai donné un cours aux étudiants de l'Université protestante de l'Afrique de l'Ouest.
- Au Burkina Faso, à Bobo-Dioulasso, en janvier-mars 2013 auprès de soignants de l'Hôpital universitaire, recrutés sur une base volontaire par le biais d'un pasteur évangélique.
- Je précise que je ne suis pas croyante et que ces affiliations sont dues au hasard de l'offre.
- Au Burkina Faso en octobre et décembre 2013, à Bobo-Dioulasso, pour un projet de formation d'animateurs de psychodrame Balint qui aurait dû se poursuivre pendant 2 ans, mandatée par l'Association française AGIRabcd en accord avec l'Hôpital universitaire.
- Un deuxième séjour en mai-juin 2014 a été avorté à cause d'une grève générale sanctionnant les dysfonctionnements de l'Hôpital.
- Le troisième n'a pas pu avoir lieu à cause du coup d'Etat de 2015.
- Une petite activité a tout de même pu se poursuivre au service de psychiatrie.
- Au Burkina Faso, Ouagadougou, en octobre-décembre 2016, au sein d'une petite structure de santé mentale auprès de laquelle j'ai assuré une formation multifactorielle, dont la pratique du psychodrame Balint.

A noter qu'un projet ambitieux de formation de formateurs en cascade dans le domaine médical au sud du Mali, financé par le canton de Genève, aurait dû avoir lieu entre février 2016 et janvier 2018. Il était censé assurer la formation de 90 soignants dispersés dans des centres de santé en zone agricole. Bien commencé, ce projet a été gelé en septembre 2016 à cause du dysfonctionnement de l'ONG malienne partenaire. Dans ce cadre j'aurais dû

garantir une formation autour de la relation soignant-soigné assortie de séances de psychodrame Balint et aussi des groupes de parole en faveur de la population concernée et des exciseuses.

Ces expériences ont été très différentes les unes des autres, à la fois à cause des appartenances très diverses des participants – régionales, ethniques, religieuses, professionnelles, sociales - et de la situation socio-politique du moment, mais aussi et surtout de par leur statut. En effet elles ont été positives lorsque les participants se portaient volontaires, comme en 2011, au début de 2013 et en 2016. Dans le cas contraire, lors d'une participation « contrainte » dans le cadre d'un projet préétabli, je me suis trouvée devant des revendications concernant les indemnités liées à leur formation et/ou des ruptures du cadre par absentéisme et retards aux séances.

Une autre différence est liée aux connaissances de notions de psychiatrie et surtout de psychodynamique ; si dans les certains pays quelques éléments sont enseignés dans les facultés de médecine et de psychologie auprès des médecins et des psychologues, rien de tel n'existe au Mali.

Dans les services de psychiatrie (médecins, infirmiers) de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et à la faculté de psychologie de Ouagadougou l'approche occidentale est très présente, y compris celle de la psychanalyse. Comparable, voire supérieure à la nôtre. Mais la pratique de la psychothérapie d'inspiration analytique est extrêmement rare, remplacée comme partout par les thérapies cognitivo-comportementales.

Il est par contre déplorable que les approches liées à la médecine traditionnelle soient totalement écartées de l'enseignement, alors que la population, toutes classes sociales confondues, consulte le plus souvent un tradithérapeute avant de s'adresser à un thérapeute formé à l'occidentale. Et que les véritables tradithérapeutes, contrairement aux nombreux charlatans, s'intéressent aux « anamnèses » personnelles et familiales de leurs patients avant d'établir leur diagnostic et prescrire un traitement - bien que le diagnostic et le traitement, qui nécessite souvent l'absorption d'une tisane, le port d'un gri-gri personnalisé, voire un sacrifice animal, restent non communiqués au patient. Déplorable car tout cela induit une sorte de clivage

aux dépens tout aussi bien des patients que des soignants. La médecine occidentale, en dépit du foisonnement des mouvements anti-néocolonialistes, reste une référence investie de toutes les qualités ; et la tradithérapie, qui tient pourtant compte du milieu culturel et des traditions encore très vivaces, est traitée par les soignants comme une pratique à honnir, qui relève de la sorcellerie et d'un passé d'ignorance et de sauvagerie. Et pourtant...

Si les croyances animistes m'avaient toujours intéressée de loin, en lien avec ma curiosité, mon vécu personnel et des éléments qui avaient émergé au cours de ma pratique de psychanalyste, comme par exemple la superstition ou la pensée magique, j'ai discerné leur présence avec force en vivant plus longuement auprès de la population des pays africains suscités. D'abord avec la découverte du recours systématique aux soins dispensés par un tradithérapeute ; presque toujours préalable et souvent parallèle. Et, à cause d'éventuels principes actifs antagonistes, par la juste mise en garde par les soignants occidentalisés du danger relatif au mélange de médicaments occidentaux avec les mixtures traditionnelles. Puis, lors de consultations et de discussions communautaires, par le discours des patients psychiatriques hospitalisés : bien étonnée que les soignants - afin d'amener les patients à réfléchir de manière rationnelle et selon nos normes - cherchent à disqualifier toute allusion à des sorts jetés, ainsi qu'à l'intervention des djinns ou autres esprits malveillants qui seraient responsables de la maladie.

Encouragée par de nombreuses lectures de type ethnopsychiatrique et par des discussions avec une ethnopsychiatre suisse, un tradithérapeute et des psychiatres burkinabè, je me suis progressivement immergée dans cette problématique, essayant de comprendre comment il serait possible de jeter des ponts entre la vision occidentale du psychisme et les croyances ancestrales. Sans trouver une réponse exhaustive.

Un retour à la tradition me semble impossible : les étudiants en médecine, psychologie et des écoles d'infirmiers ont consacré beaucoup d'années à obtenir un diplôme, souvent au prix de sacrifices financiers de toute leur famille - l'instruction étant payante ; ils ont ainsi accédé à des études supérieures, par ce biais « à la modernité occidentale » et avec fierté à une sorte d'élite dans leurs pays. La médecine traditionnelle leur semble primitive, aux antipodes de tout ce qu'ils ont appris avec tant d'efforts. Seule une sensibilisation subtile pourrait les amener à s'y intéresser, à ne plus nier leur appartenance, à découvrir une étude attrayante qui vise à concilier les deux expériences ; surtout à les

sortir de ce non-sens qui consiste à ignorer le discours et la pratique de leurs patients (et parfois la leur, en cachette), rendant la relation soignant-soigné totalement caduque, véritable discours de sourds.

Mais si les traditions et les croyances restent si ancrées, y compris chez les personnes instruites et ayant beaucoup voyagé, elles doivent avoir leur raison d'être ; et il serait intéressant de trouver cette raison. Ces croyances reposent sur un socle animiste, toujours présent dans bien de régions de ce monde et qui a été notre berceau aussi avant l'avènement des monothéismes. Elles persistent en dépit des religions importées et adoptées, comme le christianisme et l'islam. Le monothéisme est finalement une croyance différente - et la croyance est indispensable à la plupart des êtres humains - qui se réfère à une divinité supérieure et unique au lieu d'un foisonnement de divinités diverses, qu'elles soient bienveillantes ou malveillantes. L'animisme doit-il pour autant être jugé comme inférieur ?

Parallèlement je me disais à juste titre, étant donné mon âge, que ma recherche de sens se limitait pour moi à une sorte de loisir ; par contre je suis presque certaine que j'aurais pu y dédier ma vie si j'avais découvert cet intérêt bien plus tôt.

Mais voilà, il en a été autrement, et je ne le regrette tout de même pas.

Pour revenir au psychodrame, mon expérience la plus satisfaisante s'est déroulée fin 2016, à Ouagadougou. Plusieurs facteurs ont joué un rôle. D'abord la jeune et petite structure, inaugurée il y a seulement 3 ans, comportant une équipe multidisciplinaire de femmes expatriées occidentales, pour la plupart mariées à un Burkinabè, très motivées, enthousiastes et ayant bénéficié d'une bonne formation dans leurs pays d'origine. La formation a été ouverte à d'autres structures burkinabè liées à la santé mentale : là aussi, les psychologues diplômés ou en cours d'études, les éducateurs et les soignants avaient de très bonnes bases théoriques et une sensibilité à la maladie mentale très appréciable. Le tout constituait un ensemble assez homogène, à 50 % burkinabè et 50 % expatrié. Si pour les expatriés l'ensemble de mon cours (Le développement affectif dans les 3 structures de personnalité, les Notions de psychanalyse, le Psychodrame Balint, les Vidéos de psychothérapie tirées de la série américaine « En analyse », les supervisions) a consisté globalement en une révision de leurs connaissances, les participants burkinabè se sont révélés très friands : ils ont découvert un cours interactif, au sein duquel ils avaient enfin droit à la parole, et des vidéos leur montrant ce qu'ils ne connaissaient pas du tout - la

relation entre un psychologue et son patient, l'importance du cadre, le jeu du transfert et du contre-transfert, l'interprétation, mais aussi les erreurs et les faiblesses du thérapeute à certains moments.

Et pour tous il y a eu la découverte du psychodrame Balint, qui a récolté la quasi unanimité des appréciations positives. Les soignants pratiquaient déjà depuis quelques temps une activité mensuelle de groupe de parole Balint, qui s'est d'ailleurs poursuivie pendant mon séjour. Mais là, la mise en jeu et les émotions qui en surgissaient ont été une sorte de révélation attrayante.

Il a fallu bien entendu faire quelques entorses au cadre habituel. Et concevoir le psychodrame comme une sensibilisation utile. Le groupe, hebdomadaire et comportant une quinzaine de personnes, est donc resté ouvert, avec un large noyau de soignants fixe mais la possibilité de s'y insérer tout au long des 6 semaines. Les participants ont été le plus souvent très actifs en tant qu'acteurs et dans les doublages. On a assisté à des moments de larmes, de rires, de découragement et d'espoir. Si je devais en tirer un enseignement, je dirais que – peut-être à cause des séances rapprochées – un thème semblait se dessiner progressivement mais avec insistance un peu pour tous : la difficulté, personnelle et « environnementale », à se positionner en tant que thérapeute méritant respect et considération. J'ai d'abord été très déçue : tous ces soignants m'impressionnaient par leurs connaissances et surtout par leur sensibilité et leur savoir faire devant la problématique des patients (adultes et enfants, burkinabè et expatriés). Et pourtant ils semblaient se laisser déstabiliser trop facilement par des inévitables critiques ou un manque de considération de leur rôle de spécialistes. J'ai compris au fil des semaines que l'aspect financier jouait un grand rôle. La structure de santé mentale qui m'accueillait comme formatrice, par exemple, n'avait pour ainsi dire pas de fonds propres. Les thérapeutes n'arrivent pas à s'octroyer un salaire décent. Malgré le désir initial de venir en aide à une population démunie, sans pour autant, et par principe, offrir une entière gratuité des soins, mais au moins une cotisation de type quasiment symbolique – la réalité les a obligées à s'appuyer sur une clientèle à même de financer les traitements : classes moyennes et supérieures, couple mixtes, expatriés. Il s'agissait, pour survivre et dispenser des soins aux plus démunis, de fidéliser cette clientèle, ne pas lui déplaire, l'amener à s'élargir grâce « au bouche à oreille ». Comme partout, et encore plus en Afrique, ce genre de clientèle, habituée à se faire servir et capable d'arrogance, a induit

subrepticement un sentiment d'insécurité chez les soignants.

A titre d'exemple, voici la première séance de psychodrame (Ouagadougou, 20 octobre 2016). Très peu de doublages par probable inhibition initiale.

Delphine, psychomotricienne, présente le cas d'une impasse majeure à laquelle elle se heurte avec les parents d'une petite-fille, Mia, hémiplégique gauche de naissance, qu'elle a traité il y a 2 ans pendant une année, lorsque l'enfant avait environ 4-5 ans. Mia est une jolie petite-fille, un peu bancal dans ses mouvements, qui porte souvent des vêtements non adaptés à son âge et à son handicap, comme des « tenues de princesse » ou des mini-jupes avec des talons.

Les parents : père espagnol, grand, très présent et maternant à l'époque, actuellement devenu inatteignable ; la mère, burkinabè, très belle, pressée, autoritaire et femme d'affaire, n'est jamais présente, ne vient pas aux RV et se montre inaffektive, distante, juste préoccupée par l'efficacité dans tous les domaines. Famille très aisée. Mia est la cadette de 4 sœurs, les autres sont adolescentes. Elles fréquentent toutes l'Ecole française.

Le traitement avait bien débuté, par deux séances/sem. Ensuite l'attitude de Mia est devenue négative, réfractaire aux tentatives de Delphine de lui faire accepter sa moitié du corps atteinte : elle peut marcher avec une certaine difficulté, mais c'est surtout son bras gauche qui reste plié, avec une « main d'accoucheur ». Pour Mia cette partie du corps est comme inexistante, sans intérêt et pas digne de considération. Probablement à cause de cela, sa main gauche recroquevillée est sale, avec de longs ongles, sales, mais peints.

Après de multiples tentatives de réunir les parents et Mia pour faire le point, la maman repoussant sans cesse les RV proposés, une unique rencontre a enfin lieu il y a deux ans, juste avant le coup d'état qui a amené cette famille à quitter le pays pendant un temps.

A noter que Mia est amenée aux séances par le chauffeur de la famille.

C'est cette rencontre qui est jouée.

Jeu.

La psychomotricienne, Arturo le père, Aïssata la mère et Mia la petite patiente.

La thérapeute fait part des difficultés qu'elle rencontre à mener le traitement à cause de l'attitude négative de Mia. Le père est très étonné car sa fille se montre toujours très désireuse de se rendre aux

séances. La mère semble ne rien comprendre au sens du traitement ; ce qu'elle désire est que sa fille puisse déployer son bras et sa main, quel que soit le moyen utilisé. Elle se montre donc critique et ne montre ni empathie ni sentiments malgré les tentatives de Delphine de les faire émerger.

Mia ne s'exprime pas.

Peu de doublages.

Longue discussion. Après avoir entendu tous les avis, Delphine nous fait part de sa difficulté à accepter que Mia reste sur la touche, alors même qu'elle a le sentiment de pouvoir l'aider – mais aussi à accepter la relation d'Aïssata envers sa fille comme envers elle en tant que thérapeute. L'opprobre qu'elle ressent envers cette femme est quasi palpable. Ainsi que l'émotion, la souffrance et le sentiment d'impuissance. La colère n'est pas exprimée. Nous mettons ainsi en évidence le vécu de Delphine qui, malgré tout, continue à investir Mia et n'arrive pas à renoncer. Et le fait qu'elle se sent dépréciée tout en ne réussissant pas à s'imposer en tant que spécialiste

Le groupe arrive progressivement à l'hypothèse suivante : Mia porte en elle et avec elle une partie morte, inutilisable et inutile qui pourrait à la fois représenter une partie d'elle-même, source de blessure narcissique pour les parents - ainsi que cette "mère-morte" qui ne manifeste rien. En écho avec le clivage vécu dans le groupe entre une bonne mère (Delphine) et une mauvaise mère opératoire (Aïssata).

On évoque aussi, sans réponse possible, une éventuelle composante d'origine ancestrale du côté maternel, une malédiction illustrée par le handicap de Mia, inconsciente ou non-dite.

En guise de conclusion Delphine nous informe qu'au retour dans le pays Mia est venue à quelques séances. Le père a disparu. La mère est absente ou reporte les RV, même lorsqu'elle les a elle-même sollicités.

Le traitement est temporairement gelé. Le lien est tenu mais il subsiste. Delphine hésite à forcer le passage. L'avenir nous dira si cette séance de psychodrame lui aura été utile.

Pour la première fois, je crois avoir pu transmettre l'importance de cette approche en Afrique. En effet, la responsable de l'Association, une jeune psychologue française mariée à un Burkinabè et mère de 3 enfants, désire reprendre et diriger un psychodrame Balint en constituant un groupe avec ses collègues et des soignants d'autres institutions en faveur de la maladie mentale. C'est une bonne nouvelle et je leur souhaite à tous Bon Vent !

janvier 2017

***Médecin psychiatre psychanalyste
1232 Cologny - Genève - Suisse**

Balint et science

Heinrich Egli*

Efficacité et efficacité des traitements médicaux et pensée linéaire

Présenter l'approche Balint dans ce journal est un véritable défi. En tant que lecteur j'ai toujours été impressionné par le haut niveau scientifique des éditoriaux et des articles publiés dans cette revue. Et l'importance du volet scientifique attaché à notre profession médicale est incontestable. Les études scientifiques montent cependant aussi que d'autres facteurs, au niveau communautaire, que les seuls effets scientifiquement démontrés d'un traitement influencent considérablement le succès thérapeutique.

La figure 1 illustre l'efficacité en termes d'amélioration de la qualité de vie de l'arthroplastie de la hanche au Canada, dont l'efficacité est cependant ensuite beaucoup plus faible au niveau communautaire. Des études réalisées en Afrique révèlent, un peu comme un verre grossissant, des facteurs diminuant l'efficacité de traitements efficaces (1). En Afrique, c'est essentiellement la consultation chez les guérisseurs traditionnels¹ qui est à l'origine de la fréquente non-utilisation des thérapies occidentales efficaces ou de l'interruption de ces traitements. Une étude a pu montrer que les patients des guérisseurs traditionnels et les patients des installations sanitaires occidentales ne se distinguent guère sur le plan sociodémographique. Ces deux groupes de population vivent à des distances semblables de la prochaine institution de santé occidentale, mais ignorent souvent l'antenne la plus proche. Les patients des guérisseurs traditionnels se déplaçaient en effet sur des distances deux fois plus longues en moyenne et payaient plus de 13 fois davantage pour les traitements que les patients des institutions de santé occidentales. C'est pourquoi les différences de styles de communication entre les guérisseurs traditionnels et les infirmières formées à l'occidentale sont intéressantes : les guérisseurs étaient sur plusieurs plans significativement davantage centrés sur le patient. Ils parlaient plus de sujets psychosociaux et des divers aspects de la vie de tous les jours, demandaient plus souvent l'avis des patients et discutaient

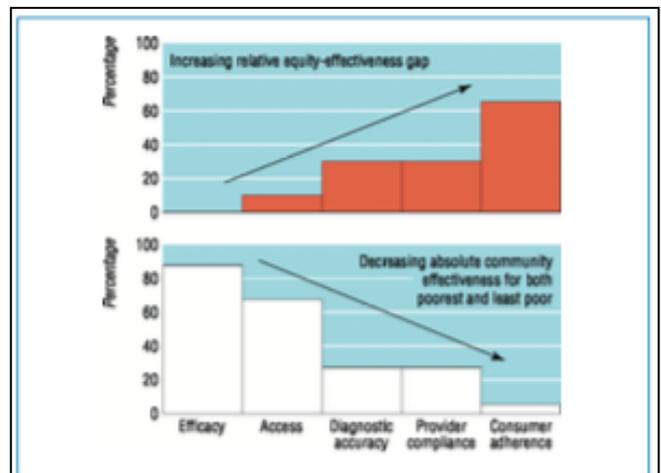


Figure 1

Effet marche d'escaliers de hauteur croissante et perte d'efficacité mesuré par quatre paramètres, illustrés à l'aide d'évaluations hypothétiques de l'arthroplastie totale de la hanche. Tiré de: Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ. 2000;332(7537):358-61. Reproduction avec l'aimable autorisation des auteurs.

Équité (equity): équité dans la distribution, pas de différences inéquitables et évitables au niveau communautaire dans les soins de santé.

Efficacité (efficacy): efficacité d'un traitement en conditions optimales, autrement dit pour riches et pauvres.

Accessibilité (access): disponibilité d'un traitement pour les patients.

Précision du diagnostic (diagnostic accuracy): les médecins sont en mesure de poser une indication adéquate en vue d'un traitement.

Compliance du fournisseur de prestation (provider compliance): mise en œuvre de l'indication thérapeutique par les médecins.

Adhésion du consommateur au traitement (consumer adherence): acceptation du traitement indiqué de la part du patient.

Efficacité (effectiveness): efficacité d'un traitement au niveau communautaire.

Fossé équité-efficacité grandissant (increasing equity-effectiveness): fossé grandissant entre l'efficacité potentielle et les effets obtenus, l'escalier étant plus pentu d'un facteur 1.6 pour la tranche de population au revenu le plus faible.

fréquemment de leur concept thérapeutique. Ils recherchaient par conséquent davantage une base commune avec les patients, qui posaient alors plus volontiers des questions (2). Une autre étude (3) a examiné l'interaction entre les soignants formés à l'occidentale (médecins et infirmières) et leurs patients : ces professionnels de santé avaient l'habitude de poser essentiellement des questions fermées, de donner des conseils et des instructions, de prodiguer des informations et les patients se bornaient plutôt à donner des réponses aux questions et les soignants avaient significativement plus tendance à rabrouer les patients qui évoquaient leur propre concept thérapeutique.

Il semble donc que les professionnels de santé formés à l'occidentale pensent de façon linéaire et ne veulent concevoir les patients que comme des machines sur lesquelles il suffit de lire des paramètres décrivant l'état de fonctionnement et

¹ Pour faciliter la lecture et par habitude, nous utilisons ici toujours la forme masculine, mais la forme féminine est bien entendu toujours sous-entendue aussi.

qu'il s'agit de reprogrammer pour qu'elles puissent continuer à fonctionner. Une forme de protection pour les soignants, sans cela confrontés à la misère souvent intolérable de leurs patients ?

La pensée linéaire est toutefois également profondément enracinée dans la médecine occidentale avec d'indéniables succès dans la compréhension des relations de causalité. Cette approche est en revanche inappropriée pour appréhender l'être humain dans sa globalité. Et la pensée linéaire n'est pas le seul mode de raisonnement scientifique. Il est intéressant de rappeler que Kant, à l'instar de certains auteurs modernes, avait déjà caractérisé les êtres vivants de cette manière globale (4), « *des êtres vivants organisés et s'organisant eux-mêmes* » avec un « *but naturel* » (5), qui n'est pas planifié de l'extérieur mais répondant à des motivations propres avec des objectifs définis de manière indépendante.

Kant estimait que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer cette nature organique de façon scientifique parce que l'auto-organisation et les causes orientées vers un but n'étaient pas compatibles avec la science de son temps. Aujourd'hui, les démarches scientifiques ne sont plus seulement mécaniques et linéaires. Il existe actuellement des concepts d'auto-organisation, sur la manière dont les systèmes génétiques et enzymatiques se produisent réciproquement dans la cellule, et nous disposons de concepts mathématiques capables d'analyser l'auto-organisation dans le cadre de systèmes dynamiques non linéaires. Les êtres vivants ne sont ainsi pas de simples machines réagissant à des stimuli, mais des systèmes capables de développer des réponses complexes à ces stimuli (4).

La pensée linéaire est également prédominante lorsque le véritable objectif consiste à l'amélioration de la communication médecin-patient. Un travail de revue sur le thème de la transmission des mauvaises nouvelles chez les patients cancéreux a trouvé 245 articles, mais seulement 4 études s'étaient aussi intéressées à la façon dont l'intervention avait été perçue par les patients (6). On peut douter de l'efficacité d'une vision aussi linéaire de la diffusion chez les soignants d'une « communication skills technology ». Au Cameroun, où la pensée linéaire était particulièrement marquée chez les soignants, comme je l'évoquais ci-dessus, des formations d'« inter-personal communication » n'ont produit que des effets limités (7). Une revue systématique de 10 études ayant examiné les effets d'un « communication skills training » des médecins et des soignants chez leurs patients cancéreux a mis en

évidence une action sur le comportement des soignants, mais en revanche peu d'effet sur la satisfaction des patients (8).

La méthode Balint est une autre manière d'aborder la relation médecin-patient, de la clarifier et mieux la comprendre et de tenter de résoudre les difficultés de cette relation. J'aimerais montrer ici qu'il existe bel et bien des bases scientifiques prouvant que cette approche est adéquate pour atteindre cet objectif.

Historique de la méthode Balint (9)

Michael Balint

Michael Balint (1896-1970), né à Budapest sous son vrai nom de Mihály Bergsmann, a « magyarisé » plus tard son nom et s'est converti au christianisme. Balint fait connaissance avec la réalité de la médecine de famille dès son enfance en accompagnant son père. Balint a alors des intérêts très variés, démontrant très tôt des tendances à développer sa propre vision des choses : il s'amuse par exemple la nuit avec ses copains à intervertir les plaques des cabinets médicaux, des études d'avocats, etc. En 1920, il obtient son doctorat de médecine et aurait souhaité y ajouter un doctorat de sciences naturelles. Une loi antisémite empêchait cependant déjà à cette époque la participation à l'enseignement supérieur des juifs en Hongrie. C'est pourquoi il part avec sa femme à Berlin, où il obtient en 1924 son doctorat de chimie, physique et biologie. Il publie ensuite divers travaux de biochimie et nous devons à l'une de ses publications critiques la disparition de la littérature de chimie du concept erroné de l'« électropie » (10). Balint s'était intéressé à la psychanalyse dès ses études de médecine à Budapest. A Berlin, il a suivi, parallèlement à son travail en biochimie, une formation de psychanalyste. Il a prodigué des traitements psychanalytiques, notamment à la Charité, où il a été autorisé à tester les effets de l'approche psychanalytique dans des maladies organiques. En 1924, il retourne à Budapest avec Alice, qui avait également suivi une formation de psychanalyse et avec laquelle il collaborera étroitement jusqu'à sa disparition en 1939. Depuis ce moment, il n'a plus cessé de pratiquer la psychanalyse et est devenu le brillant successeur de Sándor Ferenczi, un pionnier célèbre de la psychanalyse. En 1939, Michael et Alice Balint quittent la Hongrie pour l'Angleterre pour échapper aux dangers auxquels les juifs étaient exposés dans leur pays à cette époque. En Angleterre, Balint a dû affronter des années difficiles et vécu de nombreuses expériences particulièrement frustrantes. Il a dû travailler à Manchester, totalement isolé des autres psychanalystes. Alice y

est subitement décédée d'une rupture de l'aorte. Le diplôme de médecine obtenu par Balint en Hongrie n'avait pas été reconnu, si bien qu'il a dû accomplir plusieurs semestres d'études supplémentaires. Il avait trop peu de patients pour ses analyses et devait survivre avec des revenus ridiculement faibles, sans amis ni partenaires de discussions proches et n'avait d'ailleurs plus non plus d'idées, alors qu'il avait pourtant été autrefois si créatif et été à l'origine de si nombreuses publications. Ce n'est qu'en 1944 que sa vie prend un nouveau tournant et qu'il retrouve cette créativité avec la reconnaissance de son diplôme de médecine et des emplois rémunérés. Il entreprend un travail de développement psychologique empirique en vue d'un Master of Sciences en psychologie. Il se remarie et déménage à Londres en 1945. Dès 1949, il y travaille à la clinique Tavistock, où il fait la connaissance de sa troisième femme, également devenue psychanalyste et avec qui il travaille passionnément, en particulier au développement de la méthode dite Balint. Balint retrouve ainsi sa créativité, écrit de nombreux travaux psychanalytiques et regagne toute sa crédibilité, avant d'être finalement élu à la présidence de la société britannique de psychanalyse.

Naissances des groupes Balint

Balint avait déjà fait des essais avec des groupes de médecins en Hongrie, dans le but de les aider dans leur « profession de guérisseurs ». Avec des succès mitigés. D'abord parce que Balint cherchait à cette époque à transmettre un savoir psychanalytique au travers de conférences, autrement dit en suivant un processus de pensée linéaire, de qu'il a jugé par la suite lui-même comme étant complètement inutile. Et ensuite parce que le régime fasciste d'Horthy a vu dans ces groupes des tentatives de subversion et délégué régulièrement aux réunions un agent de la police secrète, ce qui rendait très difficile une discussion spontanée. En Angleterre, alors qu'il travaillait à la clinique Tavistock Balint a été invité par celle qui allait devenir sa femme, Enid, à collaborer avec des groupes de travailleurs sociaux, travaillant sur des cas de problèmes conjugaux. Le « case work » est une méthode dans laquelle le client participe activement au dialogue sur la recherche de solutions à ses problèmes. Balint a proposé aux travailleurs sociaux de ces groupes de ne plus suivre une documentation programmée, mais de décrire librement la situation. La découverte des bienfaits extraordinaires de l'acceptation de ces déclarations spontanées est à l'origine de la méthode Balint. Dès 1950, Balint a poursuivi le développement de cette technique en collaboration avec des médecins praticiens dans le cadre de groupes de « Training cum

Research ». Il a démontré l'importance qu'il attachait à cette formation continue chez les participants en créant les conditions d'un esprit d'équipe au sein d'un véritable team e recherche. Ces expériences ont été publiées en 1957 dans un ouvrage intitulé « The doctor, his patient and the illness » (11). Les résultats de ces observations étaient si convaincants que le livre a permis de faire connaître la méthode dans le monde entier. L'International Balint Federation est aujourd'hui en contact avec des sociétés Balint et des groupes Balint dans 27 pays. En Suisse, il existe également une société Balint, qui dispose de son propre site Internet où figure notamment une liste des groupes Balint actifs dans notre pays et des références bibliographiques portant sur la méthode Balint (12).

Développement de la méthode Balint

Au cours des deux premières années, les premiers groupes Balint se réunissaient chaque semaine durant deux heures. Aujourd'hui, les groupes Balint travaillent de manière extrêmement diverse, mais il s'agit souvent de groupes de 8 participants qui se retrouvent tous les 15 jours pour des séances de une heure et demie. Les participants restent le plus souvent des médecins, mais il existe des groupes auxquels participent des représentants d'autres professions, ainsi que des groupes pluridisciplinaires. L'important est que chaque participant soit lui-même en contact avec des patients/clients. Au cours de ces séances, un participant raconte l'histoire d'une rencontre, d'une expérience avec un patient, qui le préoccupe pour une raison ou une autre. Une discussion libre incluant l'ensemble des participants suit l'exposition de cette situation. Les groupes Balint sont dirigés par un modérateur si possible au bénéfice d'une formation spécifique.

Déjà du temps de la parution du livre « Le médecin, son patient et la maladie », le rôle du modérateur n'était pas celui d'un « enseignant » sensé apporter des solutions aux praticiens généralistes. La mission du modérateur est bien plus de créer une atmosphère favorisant la formation, en fixant un cadre à la discussion, en observant le fonctionnement du groupe d'un regard attentif, dans un esprit de neutralité bienveillante, et en essayant de laisser chaque participant s'exprimer librement avec ses propres termes et au moment opportun. Le modérateur communique ce qui le frappe dans la discussion du groupe, l'objectif étant une recherche commune de clarification de la relation médecin-patient dans un esprit parfaitement démocratique.

L'image de l'être humain dans « Le médecin, son patient et la maladie » n'était pas non plus linéaire dans le sens où il ne s'agissait pas d'examiner que le

premier symptôme présenté. Il y est décrit comment un patient « offre » au cours de la première consultation ses troubles physiques et psychiques un peu comme un billet d'entrée pour la prise en charge. Le médecin commence par écouter. Le médecin et son patient ont en effet besoin de temps pour déduire de ce « tableau désorganisé » la vraie nature de la maladie. On veille à la relation entre le médecin et le patient avec la notion de « médecin drogue », assimilée aujourd'hui avec un certain dédain à l'effet placebo de l'intervention thérapeutique du médecin. La description des inconvénients du morcellement des responsabilités lorsqu'un patient consulte simultanément plusieurs médecins souligne une fois encore l'importance de la relation médecin-patient. Tous ces aspects sont destinés à établir un diagnostic global ; pas seulement un diagnostic médical, mais une compréhension de la situation psychosociale du patient et des attentes implicites de ce dernier face au médecin.

Balint a proposé que les médecins s'engagent dans des entretiens prolongés au cours de cette première phase, afin d'explorer les problèmes psychologiques du patient dans un esprit d'une psychothérapie par le médecin traitant (13). Le relèvement des entretiens bien intentionnés du niveau amateur à un niveau plus professionnel est affaire d'expérience et fait suite au « changement certes discret mais profond de la personnalité du médecin » par la technique de Balint. Or, la personnalité du médecin est son principal outil de travail, parce que tous les sentiments suscités chez le médecin au cours du traitement sont à considérer comme un symptôme essentiel de la maladie du patient.

Dans un ouvrage posthume publié en 1973, « Cinq minutes par patient » (14), Balint a écrit que ces entretiens de longue durée sont restés des corps étrangers dans les cabinets de médecine générale. Ils font aussi courir le risque de retomber dans un mode de pensée linéaire, de questionner le patient comme un détective et de retomber dans une attitude s'intéressant davantage à la maladie qu'au patient et de rester cantonné à un niveau trop intellectuel. Le groupe de Balint a dès lors testé des entretiens brefs, avec une part d'écoute, laissant l'énigme en suspension, non résolue et visant à une mise en phase avec le patient. Il s'agissait de susciter un « flash » lorsque le médecin et le patient parvenaient à se retrouver sur la même longueur d'onde. Le médecin occupe alors une position plus modeste, se limite à son rôle de médecin-traitant et se laisse davantage guider par son patient, avec des résultats parfois impressionnants.

Séminaires Balint, grands groupes

Michael Balint a été invité en 1963 à présenter son travail avec les médecins de famille dans le cadre d'une semaine d'étude de la Société Suisse de Médecine Psychosomatique à Sils en Engadine (15). Pour pouvoir présenter une façon de travailler en petits groupes à un auditoire de 100 personnes, Balint a formé un petit cercle pour travailler comme s'il s'agissait d'un petit groupe. Les auditeurs du grand cercle sont cependant devenus au fil de la discussion des participants avec l'apparition d'une dynamique entre le cercle intérieur et le cercle extérieur qui a donné vie et couleur à l'événement. Cette expérience a été si convaincante que depuis ce séminaire, les travaux de Balint ne sont plus proposés qu'en petits et en grand groupes et que la réunion continue à être organisée depuis plus de 50 ans sous l'appellation de « Semaine d'étude Balint de Sils » (Silsen Balint-Studienwoche). Ce travail Balint intensif peut désormais être acquis dans de nombreuses autres manifestations et dans diverses formes, surtout en Allemagne, mais également en Suisse et en France (16).

Etudes empiriques sur les effets des groupes Balint

J'ai rassemblé en 2004 une série de travaux empiriques sur les effets des groupes Balint (17). La plupart de ces études reposent sur des enquêtes par questionnaires auprès de participants à des groupes Balint, qui indiquent avoir observé un certain nombre de changements : ils font preuve d'une plus grande compréhension des patients à problèmes ; ils prêtent davantage attention aux besoins qui se cachent derrière les attitudes des patients ; ils ont une perception plus fine des influences de leur propre comportement sur les patients et de leur apport à la relation médecin-patient ; ils sont plus différenciés dans leurs diagnostics et plus éclectiques dans leur comportement vis-à-vis des patients. Ils vivent une plus grande satisfaction au travail et une meilleure auto-efficacité. Il existe quelques études empiriques qui ont documenté des changements objectifs induits par le travail au sein de groupes Balint. Elles montrent que les changements dans la perception de soi sont corrélés à des modifications comportementales mesurables et vidéodocumentées : les médecins ont donné significativement plus de signaux d'écoute ; le temps de parole des patients au cours de l'entretien était significativement augmenté et la contribution des patients aux entretiens étaient significativement supérieure. Ceci a amélioré le sentiment de « bien-être » des patients et renforcé la confiance de ces derniers vis-à-vis du médecin. Cette approche a aussi

eu des effets positifs sur la satisfaction des patients concernant les entretiens, dissipé leurs doutes et atténué leur anxiété (18). D'autres études ont trouvé à l'aide de méthodes psychométriques que le travail en groupe Balint entraîne une augmentation hautement significative de l'empathie envers les patients et de l'aptitude diagnostique. Il est clairement apparu que les médecins actifs au sein de groupes Balint étaient plus à même de se distancer des patients au cours du processus diagnostique, de limiter leur exposition aux projections subjectives lors de leurs investigations et d'éviter les stéréotypes dans l'évaluation de leurs patients (19). Le travail Balint a induit des changements positifs dans le jugement de sa propre personne et des collègues, de même que dans le regard porté sur le « patient typique » (20). Le travail Balint avec des équipes hospitalières a permis d'améliorer significativement les compétences en matière de communication intra et interprofessionnelle, de développer la capacité à reconnaître les problèmes liés au patient et les conflits au sein des équipes, ainsi que les interactions entre ces deux niveaux, en travaillant de manière intégrée. La satisfaction au travail des collaborateurs de la satisfaction des patients a été clairement améliorée (21-23).

Description des activités Balint sur le site Internet www.balint.ch

Les descriptions de l'activité Balint peuvent être plus ou moins détaillées. Si ce sont uniquement les conditions de la réunion qui sont décrites, le rapport sera très bref ; si la séance est en revanche décrite dans les moindres détails, elle pourra donner lieu à un protocole en caractères d'imprimerie de plus de 20 pages. La description du modèle de séance se traduira par une description de longueur intermédiaire. Il existe sur le site www.balint.ch/literatur.html toute une série de travaux décrivant le travail Balint. On y trouvera par exemple, en guise de modèle, des histoires à différents niveaux hiérarchiques, associées à des modèles relationnels et aux sentiments correspondants (24). D'autres travaux, qui associent la présentation de certaines séances à des métaphores, par exemple la métaphore du voyage (25), montrent comment des sentiments désagréables et même insupportables peuvent servir à une meilleure compréhension lorsqu'ils sont reconnus (26) ou relatent à l'aide de certaines situations l'atmosphère et le déroulement d'un entretien lors de la consultation, ainsi que les remises en scène en parlant de la consultation dans les groupes Balint (27). D'autres publications sont plutôt des études théoriques, par exemple sur la forme

précoce de pensée concrète et sur la manière dont cette forme de pensée a des effets négatifs en médecine, par exemple par la confusion d'un symptôme avec la maladie ou par le traitement concret d'un symptôme, et sur la manière dont ces pièges peuvent être évités par la recherche d'un diagnostic global dans l'esprit de Balint (28). Une conférence présente les expériences faites par des participants de longue date à un groupe Balint, qui ont également vécu le groupe en question comme une prévention anti-burnout (29). La plupart de ces travaux sont des études qualitatives sans méthodologie rigoureuse. Pourtant, les travaux scientifiques portant sur le psychisme peuvent parfaitement suivre une méthode rigoureuse ; le caractère scientifique n'équivaut pas à la science.

Etudes phénoménologiques

Dans ce contexte, le concept de la phénoménologie du philosophe et mathématicien Husserl (1859-1938) est intéressant. Ce dernier a tenté de donner à la philosophie un statut de science à part entière. Il s'agit d'une discipline de la philosophie qui tend à se libérer de tous les préjugés et conjectures pour atteindre une plus grande objectivité et se rapprocher de la réalité. Husserl a par exemple examiné la conscience du temps, redécouverte ces dernières années par les neuroscientifiques et les philosophes s'intéressant à la dynamique de la conscience. Francisco Varela a justifié la neurophénoménologie, dans laquelle, pour citer un exemple, les descriptions phénoménologiques de la structure de la conscience du temps et les descriptions neurodynamiques des processus cérébraux peuvent être mises en rapport avec la théorie des systèmes dynamiques, comme une étape importante sur le chemin de la compréhension du problème corps-esprit (4).

Il n'est évidemment possible d'examiner que des fonctions aussi fondamentales que le vécu du temps ou la prise de conscience dans la perception visuelle, pas les événements complexes se produisant au cours du travail Balint. Les études phénoménologiques peuvent cependant donner un meilleur éclairage du travail de Balint. Une conférence remarquable de Wolf Langewitz publiée sur la page Internet de la Société Balint présente quelques réflexions phénoménologiques sur le problème de l'harmonie entre les personnes dans le contexte du mode de travail au sein des groupes Balint (30). Il s'appuie sur la nouvelle phénoménologie de Hermann Schmitz, qui distingue par exemple entre les « situations » et les « constellations » (31). Un exemple d'une telle constellation est le parler lors de l'apprentissage

d'une langue étrangère, où il s'agit de rassembler des mots pour former une phrase en se conformant à certaines règles. Se mouvoir dans une constellation revient donc à se mouvoir dans un contexte de complexité variable, mais tout de même parfaitement définissable. Parler dans sa langue maternelle est au contraire un exemple de vie dans des situations, où l'on peut se mouvoir en toute sécurité, sans pouvoir indiquer dans le détail les règles que nous sommes en train d'appliquer ni l'origine de certaines expressions que nous employons. Un autre exemple de situation est la première impression que l'on a de quelqu'un d'autre. Cette première impression est importante dans le sens où elle nous indique bien plus que ce que nous pourrions tirer de lui par la parole.

La distinction entre situations et constellations touche également la question de la communication appropriée du médecin. Lorsqu'un médecin veut s'en tenir aux règles d'une « communication skills technology », il essaie d'évoluer dans une constellation. Schmitz montre au contraire que nous ne nous trouvons souvent pas dans une constellation, mais en contact avec une « diversité qui ne doit rien au hasard ». Par exemple au cours de nos entretiens avec les patients, nous évoluons dans une situation où nous sommes confrontés à une diversité diffuse et confuse. Alors qu'est-ce qui nous permet de nous mouvoir en sécurité dans une situation telle que la langue maternelle ? Balint ne recommandait pas de prêter attention à des caractéristiques ou à des signes individuels, mais plutôt soulignait l'importance d'un milieu unique en son genre, de l'atmosphère à nulle autre pareille dans laquelle évoluent le médecin et le patient (11). De la même façon, il est expliqué dans le livre « 5 minutes par patient » (14) par rapport au « flash » que le médecin et le patient sont tous deux frappés de manière tangible (physique), sans pouvoir dire exactement ce qui s'est passé à cet instant.

Schmitz a rendu utile la notion d'« atmosphère » en rapport avec la question de savoir comment les sentiments se transmettent. Les sentiments, pour autant qu'ils soient suffisamment intenses, ne sont pas une affaire privée, mais de « atmosphères infinies », qui se répandent dans un espace. Un individu qui tend à être sensible et ne se ferme pas à l'atmosphère qui l'entoure, peut évoluer sans difficulté dans cette situation. Une séance d'un groupe Balint peut aussi se dérouler dans une atmosphère dense, une sorte de climat dans l'espace duquel les participants ne peuvent que difficilement s'échapper.

Une autre étude phénoménologique illustre comment le travail effectué lors d'une séance Balint

implique non seulement une atmosphère et permet de focaliser les attentions sur un patient, mais peut aussi ouvrir la porte vers quelque chose de complètement nouveau. Ceci est très important car nous pouvons être assurés de la bonne volonté des médecins dans l'accomplissement de leurs missions, sachant toutefois qu'il faut quelque chose de nouveau lorsqu'un problème dans la relation médecin-patient ne peut pas être simplement résolu par des efforts supplémentaires.

Le neurobiologiste et théoricien systémique Francisco Varela a mis sur pied avec deux philosophes une étude phénoménologique pour examiner comment il est possible de prendre conscience de la nouveauté (32,33). Il en est ressorti qu'une condition pour la prise de conscience de quelque chose est que nous changions notre attitude fondamentale. Si nous voulons cependant prendre conscience de quelque chose de nouveau, nous devons commencer par lâcher, remettre en question nos jugements antérieurs, ne plus diriger nos pensées vers l'extérieur, mais vers l'intérieur, vers notre vécu. Nous devons laisser faire ce qui arrive et nous laisser surprendre. Enid Balint a écrit quelque chose de semblable dans l'ouvrage « 5 minutes par patient » pour favoriser la survenue d'un flash, en insistant sur la signification des pauses silencieuses au cours de la consultation au cabinet médical (14). Schmitz écrit que la perception d'instant d'atmosphère requiert des moments de silence (30).

Une autre caractéristique apparue dans l'« on becoming aware » : pour prendre conscience de quelque chose de nouveau, il faut aussi exprimer la nouveauté par des mots, de préférence dans le cadre d'un échange avec les autres. Le groupe Balint s'y prête particulièrement bien, parce qu'on n'y raconte pas seulement les expériences avec des atmosphères, mais qu'une atmosphère se crée spontanément au sein du groupe et que ce vécu peut être traduit directement en mots. Comme d'autres méthodes de prise de conscience de la nouveauté, le travail dans le cadre des groupes Balint ne dispense pas du savoir. Il s'agit bien plus d'apprendre et d'entraîner une pratique, à la manière d'un apprentissage. On peut aussi comprendre le travail Balint comme un apprentissage de la sensibilité, un entraînement de l'empathie, dont le but est de pouvoir évoluer de manière plus sûre dans une situation avec un patient « à la signification interne diffuse et où il faut puiser dans la diversité chaotique » (34). Il est d'ailleurs évident que la perception d'une atmosphère ne tient pas à un comportement actif, mais à une sensibilité intérieure.

Personnification et « embodiment »

Si nous n'estimons comme scientifique que l'évolution dans des constellations, la résolution de problèmes par des algorithmes, les références à des règles si-donc, ces propos résumés sur l'empathie nous paraîtront certainement peu scientifiques. Peut-être une petite digression dans le monde de la robotique nous permettra de rétablir la relation avec la science.

Il existe deux types de robots, qui correspondent à la différence entre l'évolution dans des constellations et le mouvement dans des situations. Classiquement, la construction de robots met l'accent sur le guidage et on utilise pour l'essentiel des matériaux rigides. La commande des moteurs et des capteurs est ensuite responsable du contrôle des mouvements des membres et des articulations. Les mouvements sont alors parfaitement contrôlés, rapides et précis. Cette technique est une grande réussite dans les robots industriels, qui remplissent des tâches parfaitement précises dans un environnement bien défini. Dans le monde réel, ce type de robots est cependant rapidement débordé, incapable de répondre à l'imprévu avec une boucle de rétrocontrôle sensorimotrice bien trop lente, pour permettre par exemple une marche rapide à des robots à deux ou à quatre membres (35). Une autre conception des robots est d'inspiration biologique. Ces robots sont de nature non triviale, si bien que leurs fonctions ne sont pas simplement le résultat d'une commande, mais expriment des interactions entre les caractéristiques morphologiques du robot, l'environnement, la commande et les capacités d'auto-organisation et d'apprentissage (36). On peut construire des machines à deux jambes, capables de descendre une rampe sans commande ni propulsion. La morphologie de ce piéton et les propriétés physiques de l'environnement concordent pour permettre une démarche stable. Cette « dynamique naturelle » du piéton a pour conséquence que le robot apprend à marcher relativement rapidement sur une surface plane avec un minimum de propulsion et de commandes. Des systèmes « musculo-tendineux » élastiques, des ressorts et des matériaux aux caractéristiques adéquates, ainsi que la dynamique interne du corps permettent à ces robots de se stabiliser eux-mêmes, de faire des sauts pour certains robots à quatre pattes avec un minimum de commandes (37) ou encore de s'adapter aux irrégularités du terrain sans changements des commandes (38), d'adapter leur comportement, par exemple avec des modes de déplacements variables. Le robot Stompy est même capable de danser (cf. vidéos – 39, 40).

On peut maintenant tirer des parallèles entre les

robots d'inspiration biologique et donc capables de se mouvoir dans le monde réel, et notre évolution dans des situations avec nos semblables grâce à l'empathie, car l'empathie fait partie de la texture et de la dynamique naturelle de notre organisme. Cette texture et cette dynamique naturelle de notre organisme par rapport à l'empathie peuvent faire l'objet d'études empiriques sur l'empathie dans le domaine de la psychologie du développement, de l'éthologie et des sciences cognitivo-affectives. L'analyse de l'analyse permet d'organiser ces études scientifiques et de leur donner un sens (4).

Du point de vue phénoménologique, on peut distinguer trois formes d'empathie.

1. « La mise en phase passive, sensorimotrice et affective de mon corps avec ton corps ». La base biologique de ce concept est constituée par le système des neurones miroirs (41). Les neurones miroirs font partie d'un réseau neuronal actif, aussi bien lorsque nous accomplissons un mouvement, que lorsque nous observons quelqu'un d'autre faire un mouvement (42,43). Le système des neurones miroirs ne réagit pas seulement au « quoi » d'une action, par exemple un mouvement de préhension, mais aussi au « pourquoi » de l'action, à l'intention de l'autre (45). Un tel effet de réflexion, une telle résonance est aussi déclenché dans le système des neurones miroirs lors de la perception d'une douleur (46) ou d'émotions (47,48). Le fait que cette base physique de l'empathie soit essentielle est aussi illustré par certaines lésions et certains troubles du développement. Dans la démence fronto-temporale, une diminution de la densité du cortex gris de cette région est associée à une diminution de la capacité d'empathie (49). Un peu comme dans l'autisme, un trouble du développement neuronal, dont le manque d'empathie est l'un des principaux symptômes. Une diminution de l'épaisseur du cortex gris dans la région du système des neurones miroirs est corrélée avec la gravité de la symptomatologie autiste et non avec le QI (50). Une autre composante biologique de l'empathie est le système ocytocine-vasopressine dans le cerveau humain (51) : l'ocytocine améliore la prise de conscience de l'environnement social, la perception des émotions, l'empathie et le sentiment de confiance. Le risque génétique d'autisme est en rapport avec certaines variantes des récepteurs de l'ocytocine et de la vasopressine et chez le sujet sain, une variante du récepteur de l'ocytocine est associée à une diminution de l'empathie.

2. « S’imaginer être à la place de l’autre » est un processus cognitif actif de mise en phase physique involontaire de son propre corps avec celui de l’autre. Des études comparatives sur l’empathie dans l’éthologie cognitive montrent que les singes hominidés possèdent, du moins à l’état d’ébauche, une telle empathie, qui se manifeste par exemple dans certains comportements de consolation ou d’aides adaptées aux autres (52). Chez l’homme, cette faculté est entièrement développée. Elle apparaît déjà à l’âge de neuf à douze mois sous la forme de la « joint attention », lorsqu’un enfant et un adulte dirigent tous deux leur regard vers un objet, l’enfant se tournant dans la direction indiquée par l’adulte, lorsqu’un enfant pointe le doigt vers un objet ou lors de l’apprentissage par imitation (53).
3. « Te voir comme l’autre par rapport à moi et me voir comme l’autre par rapport à toi » entraîne une itération de l’empathie, en ce sens que je m’imagine de manière empathique ta vision empathique de moi-même. Du point de vue de la psychologie du développement, les racines de la « joint attention » tiennent aussi dans le fait que l’enfant réalise que l’adulte qu’il observe fixe lui-même son attention sur l’enfant. Cette nouvelle compréhension du sentiment de l’autre pour moi annonce le fréquent développement de la timidité et de la gêne propres au passage du premier anniversaire (53).

Je suis parti de l’idée que nous ne nous trouvons pas, dans nos relations médecin-patient, dans une « constellation », que nous ne pouvons pas nous référer à des règles si-donc, mais que nous nous trouvons dans une « situation » face à une diversité diffuse et confuse. La parallèle avec la robotique et les études scientifiques sur les bases biologiques et psychologiques du développement de l’empathie indiquent que nous pouvons être certains de posséder en nous les capacités qui nous permettent de nous mouvoir dans ce genre de situations.

Il est aussi clair que ces aptitudes ancrées dans notre organisme ne peuvent pas être améliorées par des conseils sur la manière d’agir à emporter noir sur blanc avec soi. Le rôle de l’enseignement de ces aptitudes n’a rien à voir avec la programmation d’un ordinateur. Ces aptitudes peuvent être apprises et entraînées comme jouer d’un instrument. Le fait d’entraîner au sein des groupes Balint cette empathie avec des tiers, le lâcher et l’acceptation de la spontanéité, de même que l’écoute de son for intérieur, répond donc à la mission et est conforme à l’état des connaissances scientifiques.

***Médecin psychiatre - Saint Gall - Suisse**

Note : le Dr Heinrich Egli est un des membres fondateurs de la Société Balint Suisse (www.balint.ch) et l’ancien directeur des Journées Balint de Sils et de Wartensee (Suisse). Son article a paru dans la revue Swiss Medical Forum, en 2012. Il est reproduit ici avec l’autorisation de l’auteur.

Références bibliographiques

Une liste complète et numérotée des références bibliographiques données dans ce texte est disponible à l’adresse www.medicalforum.ch ainsi que sur notre site www.psychodrame-Balint.com

INFORMATIONS

Ceci peut vous intéresser,
partageons nos lectures, faites-
nous part des vôtres

*Livre lu**

Le soin, une philosophie

Jadis, il y a de cela bien longtemps... les médecins étudiaient sans doute beaucoup de philosophie et très peu de médecine. L'équilibre s'est largement inversé depuis l'apparition d'une médecine scientifique aux connaissances bien charpentées et à l'efficacité indéniable.

Dès lors y a-t-il encore un intérêt pour les médecins à philosopher un peu ? À la lecture du livre de Michel Dupuis, la réponse est incontestablement affirmative et d'autant plus indispensable que pour garder à notre médecine performante toute sa dimension humaine.

À travers les concepts fondamentaux de « vulnérabilité » et de « dignité », l'auteur insiste sur l'importance du « soin » comme voie d'accès privilégiée à l'humain : « Exposé à la vie jusqu'à la mort, incapable de survivre seul, cet humain ne devient sujet qu'à la condition d'être l'objet de soins » (p16).

La « détresse initiale » du petit d'homme sollicite immédiatement l'autre, le « Nebenmensch » (littéralement la « personne à côté ») : l'homme est toujours en interdépendance, voué à l'autre ; le « proche » peut apporter des soins grâce à sa capacité d'identification. Ce sont ces soins premiers que l'Humanité va progressivement professionnaliser au cours des siècles en soins médicaux de plus en plus performants. C'est là le berceau de la médecine. Et il ne faut pas y voir une quelconque intention caritative (même si elle n'en est pas forcément absente) mais d'abord un fait anthropologique : l'être humain est, pourrait-on dire, immédiatement en lien avec d'autres par l'intermédiaire du soin.

Au-delà donc de la dimension proprement biologique du corps, c'est sur la base du soin que se construit la dimension spécifiquement humaine du corps et du sujet et c'est pour cette raison qu'une attention portée à la psyché est indispensable à l'exercice de la médecine.

L'auteur appuie ensuite sa démonstration sur le concept d'empathie (chapitre que j'ai trouvé particulièrement clair) et termine par l'analyse d'un certain nombre de principes éthiques (chapitre un peu plus ardu). J'y épingle ceci, sur la question de l'autonomie, fort en vogue actuellement : « il se pourrait que le principe de vulnérabilité, en vertu de la situation asymétrique créée par la demande de l'un, souffrant, à un autre (supposé) compétent. »

En conclusion, un ouvrage de réflexion avec des implications directes sur notre « savoir-être » de médecin, d'une lecture relativement aisée.

Le soin, une philosophie.

Michel DUPUIS. Ed. Seli Arslan. 2013. 157p.

ISBN : 9782842761905 22€

***Par Philippe Heureux**

Médecin généraliste Wavre 1300 - Belgique

Liste des animateurs en 2017

International

JEAN-PIERRE BACHMANN	15 rue des Sources, 1205 Genève - Suisse jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53
RENATE BAIER MULLER	17 Herzog Wilhelmstrasse, 80331 München - Allemagne dr.r.baier-muller@onlign.de	00 49 89 26 02 43 42
MADELEINE BLASER-JOSS	3 rue Mercerie, 1003 Lausanne - Suisse madeleine_joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
CHRISTIAN BOURDY	Montréal - Québec christian.bourdy@sympatico.ca	
YSÉ COULONDRE	Genève - Suisse y.coulondre@bluewin.ch	00 41 22 800 34 30
SUZANNE DÉJOIE	887 rue Dollard Outremont, H2V3G8 Montréal - Québec sdejoie@xplornet.ca	00 15 14 38 14 241
PHILIPPE HEUREUX	Wavre 1300 - Belgique ph.heureux@skynet.be	00 32 10 22 24 65
LOUIS LEPAGE	Montréal - Québec louis.lepage@icloud.com	
NOËL MONTGRAIN	Univ. Laval Fac de Médecine Québec G1K 7 P4	00 14 18 65 381 76
ESTI RIMMER	Newcastle - Royaume Uni st_rimmer@yahoo.co.uk	
PIERO TRUCCHI	CP 1234 16121 Genova Poste Centrale via Dante 4 - Italie piero.trucchi@virgilio.it	00 39 033 540 22 48

France

FRANÇOIS BERTON	62 rue Charlot, 75003 Paris f.berton@orange.fr	06 11 82 07 77
MICHÈLE BONAL	27 chemin du vieux Moulin, 31850 Montrabe 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
CLAUDE-GUY BRUÈRE-DAWSON	1 chemin des Tiraquiouls, 34550 Bessan claud.bruere-dawson@wanadoo.fr	04 67 84 03 23
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
MARIE HEYMAN	35590 Saint-Gilles marie.heyman@gmail.com	06 82 63 73 64
MICHÈLE LACHOWSKY	17 rue Carducci, 75019 Paris lachowsky@aol.com	01 42 06 74 28
MARIE NOELLE LAVEISSIÈRE	4 rue de l'Armorique, 75007 Paris mnolaveissiere@gmail.com	06 63 99 98 12
BERNARD LE FLOHIC	29 Rue d'Orléans, 45410 Artenay bernard.le.flohic@cegetel.net	02 38 80 00 25
HENRY NACCACHE	69 bis rue Centrale, 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	09 51 14 74 96
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 le 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)

GRENOBLE

- 1 samedi tous les 2 mois (4 séances)
Annie Bouillon : 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 et Dr J.P. Bachmann 00 41 22 321 53 53
- Groupe mensuel, Balint et psychodrame Balint, le mercredi
Annie Bouillon 06 61 13 94 91 et Dr Cyrille Bonamy 06 65 25 61 31

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

- Deux séances le vendredi après-midi 4 à 5 fois par an (Dr L. Steimer : 09 51 14 74 96
et Dr M. de Hadjetlaché : 04 66 01 45 72)

TOULOUSE

- Un groupe trimestriel, 9h - 17h (Dr Michèle Bonal : 06 86 41 63 85 – docteur.bonal31@orange.fr
et Dr L. Steimer : 09 51 14 74 96)

PAU

- 1 Vendredi matin (2 séances) chaque trimestre. Mêmes animateurs qu'à Toulouse

RENNES

- Groupe psychodrame Balint et Balint samedi après-midi tous les 2 mois
animé par Yvette Esnault : 02 99 50 64 25 et Dr 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 Gilbert Siegrist : 00 41 22 734 34 83)

GENEVE

- 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).
S'adresser à : Dr Philippe Heueux : 00 32 (0)4 75 60 77 47 — ph.heueux@skynet.be*

Les XXIVèmes Rencontres de l'AIPB

samedi 14 octobre 2017

LYON

Sur le thème : Le désir de soigner est-il menacé ?

Les textes des interventions paraîtront dans notre prochain numéro des 4 Temps



Journées Balint d'Annecy

Dates : du 9 au 12 mai 2018

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 la formation continue (indemnisés pour certains, renseignez-vous)

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