

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



Le désir de soigner est-il menacé ?

Lyon – octobre 2017

Nous travaillons tous avec les traces de notre histoire...

Rennes - octobre 2019

N° 19 - Janvier 2020

A I P B

Association Internationale
du Psychodrame Balint

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

Association régie par la loi 1901

N° SIRET : 403 155 948 00033

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

Présidente

Marie-Noëlle LAVEISSIERE

Vice-Présidente

Michèle BONAL

Secrétaire

Luc STEIMER

Trésorière

Monique de HADJETLACHE

Formation

Annie BOUILLON

Jean-Pierre BACHMANN

International

Belgique Philippe HEUREUX

Canada Suzanne DÉJOIE

Italie Piero TRUCCHI

Suisse et IBF Jean-Pierre BACHMANN

Royaume Uni Esti RIMMER

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.

S o m m a i r e

EDITORIAL et TRISTESSE _____ 7

RENCONTRES DE LYON octobre 2017

XXIV èmes rencontres de l'AIPB : Le désir de soigner est-il menacé ?

Argument de la journée _____ 11

LUC STEIMER

Introduction _____ 13

MADELEINE JOSS

Un petit apéro psycho-sociologique _____ 15

BERNARD LE FLOHIC

Et maintenant... _____ 17

HILDE VAN TORNOUT

Une fenêtre ouverte _____ 21

MARIE HEYMAN

Le psychodrame Balint peut-il ranimer le désir initial de soigner des étudiants en médecine ? _____ 25

RENCONTRES DE RENNES octobre 2019

XXVI èmes rencontres de l'AIPB : Nous travaillons tous avec les traces de notre histoire...

Argument de la journée _____ 31

MARIE-NOËLLE LAVEISSIÈRE

Introduction _____ 33

MADELEINE JOSS

La trace première _____ 35

PIERO TRUCCHI

De Trace...en Trace... _____ 37

Jean-Pierre BACHMANN

Souvenirs, traces et mémoires, en suivant Anne Cain _____ 41

Simone LEDRU

Il faut bien grandir quand même... _____ 45

Bernard BRAU

Un cheminement complété _____ 49

Bernard Le Flohic

Pas à pas sur les traces, une expérience professionnelle de l'intimité _____ 51

HORS DES JOURNÉES DE L'AIPB

Christian Linclau

Voir l'avenir de la médecine avec d'autres yeux _____ 57

INFORMATIONS _____ 61

Editorial

Ce 19ème exemplaire de nos Cahiers regroupe des textes des XXIVèmes et XXVIèmes rencontres (Lyon - octobre 2017 et Rennes - octobre 2019) qui s'ajoutent à nos "trésors", déjà 19 numéros alors que notre association va fêter en 2020 sa trentième année d'existence !

C'est Madeleine Joss, psychosociologue à Lausanne, qui a ouvert le bal de nos journées de Lyon par un apéritif bref mais tout à fait savoureux, pour replacer le thème de nos journées (le désir de soigner est-il menacé ?) dans le contexte historique de nos sociétés développées.

Bernard Le Flohic interrogea ensuite la crise du système de soins en France à travers son expérience de généraliste de petite ville, confronté à une évolution en peau de chagrin du tissu sanitaire comme dans tout notre pays et à ses conséquences tant sur les patients que leurs soignants.

Puis Hilde Van Tornout revint sur les circonstances qui l'ont amenées à rejoindre le groupe régulier de Lyon. Dans son activité avec des enfants et des familles en grande difficulté elle trouve dans celui-ci une "fenêtre ouverte" qui l'aide à garder ce désir d'apporter les soins et cette force de tenir pour éviter le désinvestissement ou l'épuisement.

Dans un tout autre ordre d'idée Marie Heyman nous a ensuite fait part des années de travail des équipes de Rennes qui accompagnent les étudiants en médecine (externes, internes) dans une formation beaucoup trop délaissée en France, celle de l'abord psychologique des patients. Cette formation qui redonne à beaucoup d'entre eux (les étudiants) la force d'accomplir leur rêve de jeunesse, soigner de toute leur âme et de toute leur énergie, sans se limiter à l'application de techniques robotisées.

À l'automne 2018 nous avons fait un travail inhabituel, sur le thème "Psychodrame Balint et créativité" : deux jours entre membres de notre association, travail entre animateurs, ateliers de chant, pastel, écriture, groupes de psychodrame Balint, promenades en bord de mer à proximité de Martigues, suivis le lendemain de notre assemblée générale annuelle. Nous n'avons pas alors d'intervention en séance plénière et n'avons donc pas d'autre trace de ces journées que nos souvenirs et nos "créations" en groupe qui nous ont cependant bien enrichis. Beaucoup d'entre nous en gardent une heureuse nostalgie.

Et à Rennes, en octobre 2019 c'est de nouveau notre collègue de Lausanne, Madeleine Joss, qui nous a ramenés au thème de la journée "Nous travaillons tous avec les traces de notre histoire". Son propos débutait au plus lointain de nos origines, dans la préhistoire et les chasseurs, et au plus lointain de nos langues (française et allemande) qu'elle maîtrise pour sa part et dans lesquelles elle peut dès lors décortiquer avec minutie les étymologies...

Notre ami de Gênes, Piero Trucchi, est revenu ensuite, comme il sait si bien le faire, sur son passé de pédiatre et d'animateur de psychodrame Balint, reliant avec sa fantaisie inimitable les vignettes cliniques, les émotions dont il est traversé et les images colorées qui ont fait sourire la salle conquise.

Puis Jean-Pierre Bachmann nous a apporté son regard sur la place des souvenirs, de la remémoration et des différentes formes de mémoires qui sont mobilisées par le travail en psychodrame Balint. Suivant certaines des traces et des écrits d'Anne Caïn, fondatrice de notre méthode, il est revenu, après Anzieu et après, plus proches de nous, François Berton et Noël Montgrain, sur les analogies entre le rêve et le groupe, le récit d'un cas et la reconstruction des souvenirs dans le jeu psychodramatique.

Les trois vignettes cliniques de l'après-midi nous ont été amenées par une pédiatre puis deux généralistes.

Simone Ledru d'abord, revenant sur des expériences traumatiques de jeunes patientes et patients, nous a profondément touchés et nous garderons en mémoire ce silence si émouvant qui a accompagné tous ses propos.

Bernard Brau, généraliste à Rennes, nous a ensuite fait part de ce qu'a été pour lui l'expérience de son groupe, Balint et psychodrame Balint en alternance, avec toujours cette "lampe" du groupe qui permet de renforcer l'éclairage et d'élargir le champ de vision, pour ne pas se perdre et choisir la "bonne trace".

Puis Bernard Le Flohic a évoqué pour nous, avec ses mots de généraliste, les finesses des transferts et contre-transferts aussi bien dans la relation avec ses patients qu'avec les membres de son groupe de psychodrame Balint.

Hors les dossiers de nos journées nous avons le plaisir de vous faire découvrir un exposé de notre collègue belge, Christian Linclau, lors du Congrès de la Fédération Internationale Balint qui s'est tenu à Porto en septembre 2019. Il nous engage à voir l'avenir de la médecine avec d'autres yeux. Il estime que, malgré toute l'énergie que les médecins déploient pour intégrer les connaissances scientifiques sur les maladies et leurs traitements, les avancées de l'intelligence artificielle pourront bientôt faire mieux que nous. Mais, dit-il, l'art de nouer des relations avec le patient et de l'accompagner continuera d'occuper une place prépondérante. D'où l'importance des groupes Balint. Il a recours à trois concepts pour illustrer son propos : ceux de paysage, de souffrance et de constellation.

Et en toute fin vous pouvez retrouver des informations sur ceux qui font vivre notre association ainsi que nos groupes, des dates et des lieux de pratique possible de notre méthode du psychodrame Balint.

Bonne lecture à tous.

Tristesse



Nous avons appris avec beaucoup de tristesse le décès, ce 5 janvier, de notre ami Mathieu Marianne, si précieux pour nous à bien des titres. Il fut notre compagnon tout du long des Journées Franco-Suisses de formation à la relation à Annecy où, à sa table de libraire, il aimait s'entretenir avec tous, anonymes comme prestigieux auteurs. Comme éditeur de "La Pensée Sauvage" il a fait paraître, sous la responsabilité de Michel Sapir, ces trésors que furent les revues "Champ Psychosomatique" puis, après 1985, "Revue de Médecine Psychosomatique", permettant la confrontation des riches expériences de médecins, psychanalystes et soignants si divers. Pour nous enfin il assista Anne Caïn dans la confection et la parution de son livre "Le Psychodrame Balint" en 1994 dans la collection Corps et Psychisme. Puis il créa avec François Berton et Annie Bouillon les cahiers des Quatre Temps dont vous lisez le dernier numéro. Au-delà des pages, livres, revues et rencontres mémorables d'une époque exceptionnelle, nous gardons de lui le souvenir d'un ami très cher et tenons à lui témoigner ici notre reconnaissance.

RENCONTRES DE LYON

XXIV èmes rencontres de l'AIPB

Hôpital Saint-Luc Saint-Joseph ; 20 quai Claude Bernard 69007 Lyon - France

Le désir de soigner est-il menacé ?

Argument de la journée

La crise du système de soins est une des sources du malaise des soignants et le mécontentement et l'angoisse des patients en sont une des causes autant que le reflet.

L'épuisement professionnel est souvent évoqué chez les soignants, en lien avec la charge émotionnelle, avec les sentiments de solitude devant la surcharge de travail, avec le trop plein ressenti face aux responsabilités administratives et à la technicisation de la profession. Cependant les difficultés dans la rencontre avec les patients, avec les autres soignants, dans sa dimension relationnelle reconnue ou inconsciente, ne peuvent-elles pas modifier le désir de soigner que chacun porte en soi ?

Le travail en groupe Balint peut apporter une réponse au besoin de chaque soignant de retrouver dans l'exercice de son métier sa capacité d'empathie et le chemin vers un accomplissement personnel. Redécouvrir ainsi la richesse du quotidien faite de ces moments de rencontres et d'échanges avec les patients, dans un cadre de respect mutuel gage d'une vie professionnelle épanouissante, c'est ce que nous vous proposons lors de cette journée.

Grâce au travail de formation et de recherche, initié par Michael Balint, et avec l'apport du jeu psychodramatique, une réflexion pourra se déployer sur le désir de soigner et ses aléas. Nous verrons comment cette approche peut permettre de retrouver ce désir parfois perdu, d'enrichir la relation soignant soigné, de modifier sa personnalité professionnelle et en cela d'agir de manière préventive sur le risque d'épuisement.

Introduction à la journée de Lyon

Luc Steimer *

Chers amis du monde entier,

Bienvenue à Lyon dans cet hôpital Saint-Luc Saint-Joseph qui nous accueille aujourd'hui pour nos travaux grâce à Sylviane, médecin généraliste et maintenant psychanalyste, mobilisée chaque jour depuis plusieurs mois pour peaufiner l'organisation de ces rencontres.

Sylviane a été bien accueillie elle-même par les responsables des lieux car ils la connaissent de longue date et leur désir a été de lui rendre la tâche plus aisée.

Ceci pour dire qu'il y eu dès le départ une conjonction de volontés pour nous recevoir dans les meilleures conditions possibles, pour prendre soin de chacun et de tous, et ceci n'est-t-il pas justement le clin d'œil à notre thème d'aujourd'hui «Le désir de soigner est-il menacé ?»

Il n'est pas dans mon rôle de vous donner une ou des réponses à cette interrogation mais je voudrais vous signaler comment cette question une fois posée nous nous sommes rendus compte que chacun d'entre nous la vivait très différemment. Pendant plusieurs dizaines de minutes en janvier nous avons débattu, puis quand nous nous sommes séparés des doutes subsistaient encore, au point que, les plus attentifs d'entre vous s'en seront aperçus, notre plaquette imprimée a encore noté cette différence : en première page « Le désir de soigner est-il menacé ? » en page trois « Le plaisir de soigner est-il menacé ? »

Le soin apporté aux autres, l'intérêt bienveillant pour les personnes côtoyées, qu'elles soient en difficultés ou non, sont des démarches immémoriales de l'espèce humaine, et les chercheurs les ont même détectées chez pratiquement tous les mammifères.

Les répartitions sociales des tâches dans les sociétés humaines ont alors fait émerger des groupes particuliers qui se sont chargés des soins aux autres, que ce soit pour la santé, le développement des petits d'hommes pendant leur périodes d'immaturation, plus récemment avec la disparition des

larges cellules familiales traditionnelles la prise en charge des aînés.

Qu'est-ce qui pourrait remettre en question le choix de certains de s'engager, ou de poursuivre, la pratique de telles activités ? Si menaces il y a d'où viendraient-elles ?

D'où pourrait venir la dévalorisation de l'image de ces professions ?

Je crois que dans l'énoncé même de cette question se trouve la réponse : quelle est la valeur donnée à un acte de soin, comment celui qui l'accomplit est-il reconnu par les autres (et aussi conséquemment par lui même) comme valeureux donc digne de respect et enrichi par sa fonction ? Quelle place sociale reconnue lui est attribuée ?

Du temps de mes parents, avec les efforts de développement de la santé de la deuxième partie du 20^{ème} siècle, il était toujours et partout affirmé : « la santé n'a pas de prix ». Puis sont venus les comptables et leurs calembres et ils ont promu des lobbys (en français des groupes de pression) qui ont modifié la formule, allongeant la phrase : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». De là la modification du regard porté sur les travailleurs de la santé : vous coûte à la société, vous devez coûter le moins possible : car bien sûr le commerce dirige le monde et la rentabilité est le moteur premier qui doit passer avant l'humanité.

Dès lors sont apparus les contraintes de temps, de protocoles, de contrôles et commandes hiérarchiques qui apportent au quotidien des insatisfactions pouvant conduire à la remise en cause des engagements de chacun des soignants.

Mais l'Homme est avant tout un être de relation, vivant de l'enrichissement non seulement de son porte monnaie mais, dès la naissance et tout au long de sa vie, de ses contacts avec autrui, de leur développement, et des investissements qu'il va effectuer pour les améliorer encore. Un être d'interactions d'où il tire plaisir, déplaisir parfois,

mais toujours intérêt au sens où elles lui permettent de se modifier, d'avancer, de s'accomplir.

Dans notre travail de formation et de recherche dans les groupes de psychodrame Balint, par l'importance donnée à la relation entre soignants et soignés, par la valorisation des sujets que sont les patients, mais aussi les soignants, chacun peut retrouver plaisir à celle-ci et désir de la renouveler encore.

Nous allons ce matin avec nos quatre orateurs annoncés revenir sur ces sujets puis nous nous répartirons dans quatre groupes qui permettront à ceux n'en ayant jamais fait de découvrir le psychodrame Balint et aux autres de les accompagner dans cette découverte.

Et si découverte il y a, permettez moi de finir, pour inaugurer ces 24èmes rencontres de notre association, sur une note inventive optimiste avec quelques vers de Boris Vian disant :

« Un jour
Il y aura autre chose que le jour »...

Je vous passe mais vous conseille de revoir les douze vers de détails qu'il fournit, puis il conclut :

« Inutile de fixer maintenant
Le détail précis de tout ça
Une certitude subsiste : un jour
Il y aura autre chose que le jour. »

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

Président de l'AIPB

« UN PETIT APERO PSYCHO-SOCIOLOGIQUE »

Madeleine Joss*

Juste un mot à propos du titre de l'exposé:

un petit apéro parce que ce sera court
les plats de résistance vont suivre après...

Pourquoi « psychosociologique » ?

C'est que l'argument de cette journée :

« Le désir de soigner est-il menacé ? »
(sous forme de question...)

se situe très précisément dans cet espace intermédiaire, ce carrefour où l'individuel et le sociétal vont avoir à se confronter et auquel les psychosociologues s'intéressent tout particulièrement...

Mais ils ne sont visiblement pas les seuls à s'y intéresser, à s'inquiéter de ce face à face qui implique de profondes remises en question du fonctionnement de nos institutions, de nos services publics.

Ainsi nos écoles, nos hôpitaux, nos services sociaux peuvent à leur tour être amenés à interférer non seulement sur nos conditions de travail, mais même sur notre propre manière de concevoir notre métier.

Mais revenons en à notre argument:

« Le désir de soigner est-il menacé ? »

L'être humain étant par définition un être désirant, ce n'est donc pas dans son essence même que le désir de soigner, ou de prendre soin est menacé.

Il fait partie de notre génome humain et on peut sans autre¹ le classer parmi les pulsions fondamentales telles que se nourrir, se battre et se reproduire, qui garantissent la survie de notre espèce.

Observez ces jeunes parents comment ils se donnent sans compter, faisant fi de leur sommeil, de leur liberté, de leur propre plaisir afin de pouvoir répondre aux nombreux besoins des nouveau-nés.

Sans ces intenses et continuels soins des mères et, plus récemment aussi des pères, le nouveau-né humain n'aurait pas la moindre chance de survivre.

Il en est d'ailleurs de même pour certaines espèces du règne animal, et cela non seulement parmi les mammifères : que dire de ces oiseaux qui se mettent à deux pour assurer la pitance pour leur insatiable progéniture. Et le temps de les pousser hors du nid peut tarder...

Ce n'est donc pas notre être désirant qui est en question, la menace venant plutôt du contexte dans lequel nous avons à nous investir...

Il est vrai que la société dans laquelle nous vivons a beaucoup changé durant ces dernières décennies. Les acquis sociaux les plus importants d'après guerre sont en danger...

Dans les années cinquante, à la suite de l'immense traumatisme des deux dernières guerres mondiales avec leurs dévastations et leurs 60 millions de morts, les pays européens sont en quelque sorte entrés dans une phase de réparation :

On a assisté alors à un immense élan et une volonté commune à faire mieux, à prendre soin des plus fragiles, des plus faibles, et à créer une société plus juste, plus égalitaire...

Ainsi par exemple en France, où depuis août 1944, le gouvernement de la libération décrète la liberté et l'indépendance de la presse, et émet en 1945 les ordonnances qui fondent la Justice de la jeunesse et la Sécurité sociale.

Hélas, cela n'a pas duré, deux ou trois générations tout au plus. Sous l'influence d'une idéologie nous parvenant du nouveau monde, notre paradigme qui prônait « le prendre soin » est tombé en désuétude. On a commencé à parler « d'état providence »...

Le « tout est marché » ce nouveau paradigme régit par la loi du plus fort avec sa composante agressive, voire prédatrice, convenait fort mieux aux nouvelles générations, et finit par séduire les parlementaires de tous bords.

¹ sans hésiter

Il ne s'agit pas ici, d'entrer dans de grandes discussions idéologiques... ce n'est ni le lieu, ni le moment...

Par contre, dans ce contexte, on ne peut omettre d'évoquer l'immense effort de Roland Gori et de ses collaborateurs à dénoncer l'actuelle dégradation du monde du travail qui guette tous les gens des métiers du vivant (et les autres d'ailleurs aussi).

Je le cite : « A la machine classique (...) s'est ajouté la nouvelle, l'immatérielle. Sans doute, pour l'usage qui en est fait, encore plus tyrannique que l'autre. Les logiciels, entre les mains des servants de l'économie du marché organisent rationnellement, scientifiquement le travail, commandent le temps, orchestrent les tâches. Les exécutants, programmés, n'ont qu'à suivre, à obéir. » (...)

Mais Roland Gori n'en reste pas là:

Il nous invite à faire métier d'art:

« (...) Peut-être, enfin, faudrait-il impérativement redonner à l'homme son statut d'artiste. Retrouver le temps de la flânerie qui délivre. Libérer le désir qui rend possible une pensée qui imagine, qui rêve sans se satisfaire simplement du besoin (...). »

Voilà qui nous ramène sur la voie du psychodrame Balint qui, en passant par l'évocation d'une rencontre médecin malade, en utilisant le récit et le jeu, nous conduit à une compréhension plus profonde de ce qui se passe entre les patients et nous mêmes.

***Psychosociologue. Animatrice de groupe de psychodrame Balint à Lausanne**

ET MAINTENANT...

La crise du système de soins .Les effets. La prise de conscience. On joue.

Bernard Le Flohic *

Présentation

Bonjour.

Je me présente : je suis Bernard Le Flohic
Je suis médecin généraliste dans une petite ville du Loiret proche d'Orléans.

S'il y a eu des progrès ces dernières années en matière de valorisation de la filière universitaire et promotion de la discipline de médecine générale, et si la médecine générale n'est pas un choix par défaut pour les internes, cette spécialité est classée 42ème sur 43 cette année aux épreuves classantes nationales.

Je me vis ainsi comme un représentant d'une espèce menacée et peu protégée.

C'est dans ce contexte que je vous parlerais de la crise du système de soins, de ses effets, de la prise de conscience qui en résulte et de la place du psychodrame Balint comme méthode professionnelle de formation.

La crise du système de soins. Les effets.

Je peux dresser une brève petite liste de ce qui m'affecte aujourd'hui au quotidien.

- Départ à la retraite en nombre de collègues généralistes et amis sans jamais être remplacés (au moins un tiers suivant les dernières estimations).
- Difficulté grandissante à pouvoir proposer un rendez-vous dans un délai raisonnable ;
- Refus de recevoir de nouveaux patients à mon cabinet ou refus de nouvelles prises en charge de personnes âgées en maison de retraite.
- Sollicitations désespérées de patients résidents parfois à 20 kms en demande de soins.
- Accès à la médecine spécialisée difficile et souvent très différée dans le temps.
- Dialogue compliqué avec les confrères hospitaliers de moins en moins disponible et le plus souvent après avoir franchi bon nombre de barrages. Ces mêmes médecins dans des mutations professionnelles fréquentes.
- Prise en charge courante maintenant à domicile de patients relevant de l'hospitalisation.
- Difficile gestion des urgences dans un emploi du temps surchargé.

Et je n'évoque plus le passé récent de notre maison médicale qui a évité de justesse la fermeture.

Un sentiment d'isolement, de solitude et aussi de résignation face à ces difficultés de structure de la profession s'installe doucement, progressivement depuis quelques années.

Un sentiment aussi d'être confronté à des problèmes dont je n'ai pas la solution mais qui dans mon exercice font irruption chaque jour dans ma pratique et la relation avec mes patients. Ceux ci m'interpellant de plus en plus comme « usagers de soins » inquiets au présent et sur l'avenir de l'offre de soins et la pérennité de notre relation, inquiets et énervés de plus en plus souvent des relations avec notre secrétaire qui passe son temps à faire écran pour nous protéger médecins et s'épuise à réguler les demandes.

Les effets de la crise sont immédiatement visibles et difficilement acceptables et les causes sont complexes et multiples. Il en résulte une frustration, une insécurité.

Les patients sont le plus souvent dans une grande ignorance des conditions de notre exercice. Lorsque l'on est malade on se préoccupe de soi. Mais qui se préoccupe de la santé du médecin ? C'était encore une question bien impensable il y a un peu.

Ma disponibilité et mon écoute en sont bouleversées.

Un sentiment partagé d'impuissance, de révolte et de colère s'installe durablement. Une certitude malgré tout qu'il faut bien maintenir et développer une compétence approfondie dans des domaines variés et de nouveaux champs d'application contre vents et marées. Des conditions dégradées d'exercice ne doivent pas dégrader notre exercice.

Une certitude que la prise de décision médicale se complexifie et que dans ces conditions la crainte de l'erreur ou de la faute professionnelle par

manque de temps et de disponibilité ou d'écoute est toujours présente maintenant.

Tour à tour surmenage, épuisement, insatisfaction, désir de faire autre chose, de partir. Mais aussi culpabilité d'avoir imaginé abandonner le navire en cours de traversée. Ce n'est pas vraiment comme cela que je voulais travailler. Et le plaisir à soigner ?

Il m'arrive d'apprécier maintenant ces quelques minutes imprévues libres surgies du fait d'un patient qui ne vient pas à son rendez vous sans prévenir...

Le médecin est confronté à un véritable dilemme : assurer une qualité de soins, résister à une pression ambiante tout en se préservant, se protégeant, se sauvegardant.

Se préserver n'est pas nouveau dans la relation médicale. C'est une nécessité et c'est indispensable.

Mais cela vient aujourd'hui, avec une acuité toute particulière, de plein fouet, éprouver le désir de soigner.

La crise du système de soins.

La prise de conscience.

Une crise c'est un moment violent, brutal, vif. Les symptômes s'expriment avec intensité si on se réfère au domaine de la maladie.

Le désir de soigner est mis individuellement à l'épreuve.

Mais se cache un deuxième sens étymologique au mot crise. C'est une opportunité, une singularité. C'est un moment clé où il y a séparation des éléments. Une charnière.

Que faisons-nous ? Moment de l'interrogation et moment de la décision.

Ce n'est plus comme avant. Une brisure s'est installée. L'ancienne norme éclate. Et l'avenir n'est pas dessiné.

Tout est à panser « p.a.n.s.e.r » pour reprendre la métaphore du soin. Mais tout est à penser

« p.e.n.s.e.r » aussi.

S'arrêter un peu, ne pas s'identifier au négatif, considérer les choses sans à priori d'échec.

Occasion de se rapprocher de son désir de soignant. Tout interroge.

Au lieu d'être seulement en réaction, peut-on devenir véritablement acteur de ce qui nous arrive ?

La crise est aussi une expérience.

Les aménagements de la pratique qui en résultent, les réorientations professionnelles, les nouveaux choix, les nouveaux éclairages peuvent trouver leur

base d'exploration, leur expression et le terreau des solutions dans la confrontation professionnelle des pratiques.

J'ai seulement envie de poser le problème, de bien le poser pour percevoir les enjeux pour moi-même et mes patients.

Dans les groupes Balint on interroge le désir de soigner, depuis des années, à travers les histoires personnelles médicales des soignants.

De multiples crises plus ou moins intenses jalonnent souvent un parcours professionnel.

Cette actuelle transformation professionnelle modifie finalement au quotidien les consultations avec nos patients. Les difficultés relationnelles qui en résultent méritent d'être exprimées et étudiées.

Le soignant a peu l'occasion d'exprimer les difficultés qu'il éprouve avec un patient au même titre que les difficultés cliniques, thérapeutiques.

Et pourtant le facteur relationnel est primordial dans la décision médicale.

La décision médicale est le plus souvent un compromis entre ce que le patient apporte, ses questions, ses demandes ou ses exigences et ce que le médecin répond ou offre. Tout ceci est source de malentendus, de souffrance ou de satisfaction de part et d'autre mais aussi de vraie rencontre.

Cet autre registre relationnel n'est pas toujours écouté par le médecin tant il est préoccupé par le raisonnement médical, la mise en pratique de la thérapeutique ou les conditions de sa pratique. C'est la maladie qui fait rencontrer le médecin et son patient.

Le médecin entretient une relation avec la maladie qu'il fréquente au quotidien ; le patient a une autre relation avec ses symptômes et sa maladie avant qu'il ne rencontre le médecin et la rencontre médicale finalement modifiera la représentation de la maladie pour tous les deux.

Un travail sur soi, en présence de confrères dans les groupes Balint, permet de mieux comprendre ce qui agite.

Il s'agit d'une présentation puis confrontation par la parole et des échanges verbaux d'une difficulté professionnelle au plus près du vécu.

La crise du système de soins. On joue.

On peut parler des effets de la crise et du désir malmené de soigner mais on peut aussi le jouer.

Et c'est là, la place tout à fait particulière du psychodrame Balint.

Pas de parlotte : on y est, là maintenant.

Dans la relation avec un patient on a ressenti la solitude, l'agressivité. Avec un autre on a vécu l'épuisement. Avec une autre c'est le sentiment d'échec, d'erreur, d'incompréhension qui a surgi. On y est. Là, maintenant. Ce peut être léger, lourd, amusant, triste, tendu, c'est la place de la sensorialité.

D'ailleurs l'espace de la parole est bien limité aux chaises que l'on occupe, le centre c'est pour le jeu.

On peut dire ou taire ce que l'on veut. L'intimité de chacun est respectée.

Une part de mystère reste.

Le psychodrame n'est pas un spectacle. On le vit. On le vit « comme si » sans faire semblant. Cela permet de présenter une situation telle qu'on l'a éprouvée et telle qu'on la retrouve. L'expérience du jeu fait remonter une émotion authentique. On parle et on est en mouvement. On parle ainsi autrement. Si les mots sont difficiles à trouver ou si les mots ont du mal à préciser ou exprimer, cela sera mis en scène à travers une intonation de voix, un geste, une attitude.

On est absorbé par le jeu et on s'y abandonne, Nous oublions nos pensées, nos préoccupations d'avant et celles à venir l'espace d'un instant. Le jeu peut faciliter la mise de côté de la tentation de contrôle de la présentation de la difficulté. Il crée une nouvelle dimension.

Un aparté. Un moment suspendu. Juste une présence. Et cette présence fait expérience de vie. La situation médicale est vue à travers mes yeux mais aussi à travers ceux des autres soignants. Eux à ma place et moi à la leur. Un décentrage.

La compréhension de la difficulté médicale ne s'appuie pas sur ce qui est dit seulement mais sur ce qui est vécu. La tête peut exprimer ou prendre des décisions mais les sentiments ou l'émotion peuvent dire autrement et modifier profondément la représentation que l'on a de la situation.

D'ailleurs lorsque le jeu s'arrête et que l'on regagne nos chaises on ressent une nécessité à retenir les mots quelques instants. Ne pas laisser la tête trop vite prendre le dessus.

Les mots pourraient ne pas être justes. Comme un souffle retenu.

Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous pensé ? viendra plus tard.

Finalement le jeu de psychodrame permettra une correction de ce que l'on percevait de soi soignant et de notre implication dans la relation médicale avec une personne malade.

Ce que l'on pensait être ce qui nous définissait s'avère un peu différent de ce que nous ressentions. Un petit changement bien que considérable ...

Pour conclure

J'ai bien conscience que le psychodrame Balint ne prétend pas être la solution unique à la crise du système de soins mais c'est une méthode authentique, sincère, une respiration qui permet au médecin d'interroger ce qui se joue dans la rencontre avec une personne malade : son malade à travers les difficultés présentes d'exercice.

Cet espace personnel se crée et se trouve à deux. Chacun, le médecin et le patient, en garde une empreinte dans sa mémoire.

C'est une opportunité originale de se poser le problème de la crise à travers des situations bien réelles.

De multiples situations récentes me sont venues à l'esprit en écrivant cette présentation.

Mais aussi des situations très anciennes présentées lors de mes premières participations au psychodrame Balint et qui sont restées très vivantes dans mon souvenir encore aujourd'hui.

Ce qui m'a toujours touché profondément, c'est l'implication de chacun, l'attention collective intense du groupe et la disponible ouverture des animateurs à la difficulté présentée.

Cette intime recherche de tous les participants est un profond soutien professionnel dans les petites mais aussi les grandes crises.

Et maintenant ... à vous.

Qui veut présenter un cas...

***Médecin généraliste - 45410 Artenay**

UNE FENÊTRE OUVERTE

Hilde Van Tornout *

« Ça » a commencé par une chute en 2010. Je suis tombée en ratant la dernière marche d'un escalier avec un enfant de deux ans dans les bras que j'emmenais dans ma salle de psychomotricité. J'ai lâché l'enfant et dans le mouvement il est allé se cogner la tête contre le mur en bas. Je suis remontée en courant avec lui dans les bras vers mes collègues, vers le médecin, vers le SAMU. On me l'a pris des bras et on m'a demandé de m'éloigner, de les laisser le soigner.

Bien que mes collègues m'aient consolée, aient été gentils, aient dit que c'était un accident, moi, j'avais failli à ma mission, j'avais fait du mal à une personne qui m'était confiée et qui avait confiance en moi, un petit enfant, qui plus est. Pour moi, je l'avais laissé tomber, dans tous les sens du terme.

C'est à ce moment-là que j'ai touché du doigt une limite de ce qui était pensable pour moi et qu'il me faudrait de l'aide pour pouvoir continuer à exercer ce métier avec plaisir et créativité.

A ce moment, j'ai rejoint un groupe Balint et psychodrame Balint. J'y ai participé pendant 6 ans.

J'ai travaillé pendant 26 ans en tant que psychomotricienne dans une institution qui accueille les enfants de 0 à 18 ans placés par le juge des enfants dans le cadre de la protection judiciaire de l'Enfance. C'est un lieu d'accueil et d'orientation des enfants, en fonction de leurs difficultés et de la difficulté des parents.

J'ai travaillé essentiellement à la pouponnière, auprès des enfants de 0 à 3 ans. Ma fonction de psychomotricienne me permettait à la fois de témoigner du développement psychomoteur de chaque enfant et d'en référer à l'équipe pluridisciplinaire et, en réunion clinique, de proposer des prises en charge, incluant ou non le parent. La Pouponnière accueille jusqu'à 60 enfants. L'institution n'a pas mission d'être un lieu de soin, mais prend le pari que le « prendre soin » permet aux enfants de se ressourcer, notamment avec la pédagogie Pickler-Loczy. Néanmoins, la rencontre avec ces enfants, en grande difficulté relationnelle, a des répercussions sur les personnes qui essaient

d'entrer en relation avec eux. L'institution n'a mis en place une analyse de la pratique que depuis quelques années.

Au début de ma carrière, j'avais bénéficié d'une supervision de mon travail par un psychiatre psychanalyste qui avait une vacation à la Pouponnière. Ce médecin était très accessible et m'a permis de nombreuses fois de sortir des impasses avec certains enfants et de pouvoir continuer à m'occuper d'eux. Il a quitté l'institution en 2009, appelé à d'autres fonctions.

Je vais vous parler maintenant d'une petite fille, Anita B, que j'ai prise en charge en psychomotricité autour du jeu dans ce contexte de placement judiciaire. Mais auparavant, il faut que je vous parle de mon histoire avec la famille B.

Anita est la petite sœur de Célia, qui a également été placée trois ans auparavant à l'âge de 4 mois.

À son arrivée, elle nous avait vraiment interpellés par son retrait relationnel massif. Elle ne manifestait presque rien, ne réclamait même pas ses biberons et pouvait dormir alors que le temps de son repas était passé. Elle était molle dans les bras et fuyait le regard de celle qui la portait. J'avais eu l'impression de lui sauver la vie à force d'attention et de travail auprès de mes collègues puéricultrices pour qu'elles continuent à investir cette enfant dans les soins quotidiens.

Parmi les soins pour Célia, j'avais mis en place un accompagnement des visites avec ses parents, surtout sa maman, car le papa venait très peu. Ces temps étaient rudes car la maman observait beaucoup sa fille, un peu comme un insecte, mais n'avait aucun élan vers elle. Il arrivait aussi à la maman de pleurer pendant toute la visite, mais sans rien pouvoir en dire. C'était difficile pour moi, d'autant plus qu'il y avait de gros désaccords dans l'équipe concernant cette situation, mais je me sentais si utile !

Célia est partie en famille d'accueil à presque 18 mois. Quelque temps après, Anita âgée de 2 ans et Eric, son petit frère de 9 mois arrivent dans la même

Unité que celle qui avait accueilli la grande sœur. Anita est donc la deuxième fille de Madame B. Les enfants présentent une hypotonie importante. Anita est très souriante, répète souvent le dernier son de ce qu'on lui dit. Elle tient tout juste assise, et perd beaucoup l'équilibre, comme si ce qui la tient un moment, lâche brutalement. Rapidement, je suis interpellée par l'équipe pour une prise en charge en psychomotricité pour cette petite fille et un accompagnement par deux autres professionnelles pour les visites avec la maman est décidé.

Au début, je travaille dans le lieu de vie en présence de l'auxiliaire de puériculture. Anita fait tout ce qu'on lui demande, mais semble très aux aguets de faire plaisir à l'adulte qui s'occupe d'elle, ne prend aucune initiative et semble n'avoir qu'une hâte, qu'on la laisse en paix. Au bout de plusieurs semaines, elle se met à marcher, mais d'une façon si peu orthodoxe, si peu soutenue par ses propres jambes, qu'elle tombe sans arrêt. Des examens neurologiques, génétiques et radiologiques sont effectués et rien ne semble expliquer les troubles que présente cette petite fille.

Je suis en très grande difficulté avec Anita : les séances se passent toujours de la même façon : elle reste toujours immobile, comme terrorisée, et n'accepte de jouer qu'à ce qu'elle connaît déjà, sans pourtant manifester la moindre opposition. Elle lâche plutôt son corps, devient très molle. De mon côté, mes processus de pensée s'arrêtent, et quand la séance commence, j'attends la fin avec impatience, tant je ne sais pas quoi proposer ni comment être avec elle, tant j'ai l'impression d'être statufiée sur place. La seule raison qui m'empêche d'arrêter la prise en charge, c'est que je ne sais pas comment justifier cette décision devant mes collègues, qui rencontrent les mêmes difficultés.

Il était temps d'en parler au groupe !

Le groupe dans lequel je suis, fonctionnait depuis plusieurs années quand je suis arrivée, et a accueilli de nouveaux membres depuis que j'y participe. Mais tout de même, il y a cette confiance en train de fonctionner qui permet à chacun d'être à l'aise avec ses images internes, de se mettre du côté du rêve, de l'imaginaire, de s'y enfoncer ensemble. Les images se mettent à répondre aux images. Loin de se contenter de dire des recettes et des « y a qu'à », cette mise en commun des images et des fantasmes donne de la matière à une réalité qui est cachée de prime abord. Peu à peu, comme une pâte à pain, les ingrédients, les idées sont ajoutées, malaxées et la difficulté dans laquelle on peut se trouver dans le soin, souvent parce qu'on n'arrive

plus à se situer par rapport au patient et ses besoins, commence à lever ; une autre réalité apparaît, comme une fenêtre qu'on ouvre sur un ciel bien plus clair.

Lorsque je parle d'Anita au groupe, je suis dans une très grande confusion et je m'en veux beaucoup de ne pas arriver à m'occuper de cette petite. J'ai l'impression de l'avoir laissée tomber en route, mais je ne vois pas quand... Je m'en veux beaucoup, j'ai peur de la rejeter, de ne pas arriver à avoir un élan vers elle, comme sa mère...

Le groupe me permet d'abord de redire toute l'intensité que j'ai mise dans le retour à la vie de sa sœur, chose que je n'ai jamais pu formuler à d'autres. Cette prise en compte me fait vraiment du bien. Elle me permet de penser à quel point je me suis sentie seule face à cette petite et du coup, quasiment responsable de sa vie ! Le désir de guérir avait pris le pas sur le désir de soigner, ce qui mène inévitablement à une impasse.

Ensuite, nous pouvons parler de la figure de la maman, et reconnaître que pour Célia, cette prise en charge avec sa maman n'avait pas été vaine, même si la maman montrait une pathologie psychiatrique lourde. Le travail du groupe m'a aussi permis de me rendre enfin compte de ma frustration de n'avoir pas été incluse dans le travail d'accompagnement des visites de cette maman avec ses deux enfants, ce qui s'était décidé en dehors de moi dans une réunion de l'institution à laquelle je ne participais pas.

À partir de là, le groupe m'a permis de me rendre compte que je ne m'étais même pas autorisé à voir la maman d'Anita pour lui parler de la prise en charge. A la fin de ce travail, il m'a semblé évident, avec un grand soulagement, que je ne pouvais reprendre ma place de soignante qu'en redonnant sa place de maman à part entière à Mme B. J'ai rencontré Madame B avec Anita pour lui parler de la prise en charge de sa fille. Même si la maman n'a pas montré un réel intérêt pour ce que je lui disais, Anita a fait beaucoup de progrès à partir de là : elle s'est plus autorisée à s'amuser, s'est mis à parler vraiment et a même commencé à s'opposer (un peu) à ce que l'adulte lui demandait.

Oui, quand un groupe Balint travaille avec un soignant en difficulté avec un patient, le cheminement et le résultat sont toujours inattendus. La mise en commun des images de chacun, dans une grande écoute réciproque, permettent d'ouvrir cette fameuse fenêtre vers un autre imaginaire plus souple et plus lumineux.

*** Psychomotricienne - 69000 Lyon**

LE PSYCHODRAME BALINT PEUT-IL RANIMER LE DÉSIR INITIAL DE SOIGNER DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ?

Marie Heyman *

Grâce à la persévérance d'André Esnault, notre équipe d'animateurs Balintiens intervient depuis plus de 30 ans dans la formation à la relation malade-médecin à la faculté de médecine de Rennes. Le thème de cette journée fait écho vraiment à leur vécu.

Au début de leur cursus, lors des travaux dirigés de deuxième année, quand les étudiants nous présentaient leurs motivations pour devenir médecin, plus des 3/4 insistaient sur leur envie de soulager la souffrance, d'aider le patient dans un tête à tête singulier, bienveillant, avec, bien sûr, un idéal de toute puissance apporté par la science.

En fin de cursus, leur reste surtout le désir de bien soigner une maladie donnée (diagnostic, traitement, prévention), guidé par les règles de l'EBV -Médecine Basée sur l'Évidence, enseignées tout au long des études. Au cours des années, la somme de connaissances scientifiques à assimiler va mettre l'étudiant dans une position passive. Le malade, devient un objet d'étude plus que de soin, puisque l'externe n'a pas encore de responsabilités diagnostiques et thérapeutiques (ou ne se sent pas, ne s'autorise pas à être un maillon du soin) et que l'interne, enfin en autonomie, inquiet et soucieux d'être parfait, va devoir utiliser toutes ces connaissances accumulées. La technicité de plus en plus présente, en particulier pour le diagnostic, dispense peu à peu l'étudiant d'être proche du patient, de l'écouter, de l'observer et même de le toucher. L'ordinateur a déjà préparé les questions à poser et à cocher.

Le désir de soigner, des étudiants ou des jeunes médecins, est-il vraiment menacé? Ou est ce le désir de soigner un patient singulier, sujet et non simple objet de soin, qui est menacé?

Je me suis donc plongée dans les très nombreuses évaluations écrites demandées aux étudiants de 4ème, 5ème et 6ème années de médecine et aux internes en médecine générale, à la fin du cycle de 7 séances de psychodrame Balint. J'ai alors ressenti beaucoup d'émotion en relisant cette somme de témoignages. Beaucoup d'entre eux

retrouvent, après les séances, l'espoir, le désir de faire une médecine humaine, à l'écoute du patient.

Au fil des stages, les étudiants sont confrontés à des expériences, des rencontres difficiles avec leurs patients, expériences qu'ils ne partagent qu'entre eux en racontant le cas (surtout les cas «glauques ! nous sommes dans le voyeurisme» nous disent-ils) mais sans se risquer à parler de leurs émotions plus personnelles: ils sont observateurs, n'ont pas de rôle thérapeutique reconnu. Ils se sentent isolés car les seniors sont très rarement disponibles ou intéressés pour écouter leurs questionnements, leurs doutes. Ils s'interdisent d'avoir des émotions, en ont honte. Maîtriser ses propres émotions, ne pas les laisser apparaître leur est conseillé dans les cours pour leur permettre une meilleure efficacité, pour ne pas s'attacher au malade et donc se protéger. Petit à petit, les étudiants se constituent un blindage affectif.

La position particulière de l'externe lui donne plus de temps pour interroger son patient; il se présente comme étudiant, éventuel maillon de transmission entre le malade et les médecins responsables. Ainsi, le malade se confie plus facilement à eux, leur pose les questions, demandes qu'ils ne peuvent soumettre au médecin; cependant, dans cet échange ou lors de l'examen clinique, ils ne se perçoivent pas comme déjà soignant. Ils rédigent ensuite leur observation sur un ordinateur et dans ce dossier informatique au style binaire, il n'y a plus de place ni d'intérêt à noter le ressenti du malade, son histoire affective, ses projets et encore moins pour exprimer le propre ressenti, le doute du soignant. Ils se sentent isolés, angoissés devant l'ampleur de leur tâche future, parfois en échec mais aussi en colère envers le patient, le système de soins. Le désir d'une médecine telle que l'étudiant l'idéalise au début de ses études s'émousse au fil des années. Il faut être efficace, rapide, respecter les conduites à tenir validées et sans risques. Les troubles anxieux, le burn out, majorés par l'impuissance médicale à tout guérir, sont maintenant fréquents pendant les études médicales°.

° (1/3 des étudiants en médecine souffrent de troubles anxieux, 28% de troubles dépressifs, d'après l'étude réalisée par l'Inter

Syndicale Nationale des Internes) et par 3 syndicats des assistants chefs de cliniques en juin 2017).

Quant aux internes, ils découvrent d'un seul coup la complexité de la relation en médecine libérale. Le suivi au long court d'un patient les oblige à renoncer à leur toute puissance, à utiliser leur intuition ou leur «bon sens», à se construire une identité professionnelle propre. L'angoisse de passer à côté du bon diagnostic, le désir de faire comme la fac leur a appris, vont parasiter la relation. S'ajoute à ces difficultés, cette course pour ne pas perdre de temps, ne pas prendre du retard. Bien des malentendus vont s'installer entre le patient et l'interne, chacun restant dans ce qu'il désire, sans compromis possible. Affirmer leur compétence, leur autorité les sécurise. Ils risquent fort de se désinvestir face à certains malades catalogués comme difficiles.

J'illustrerai ceci par de courts exemples tirés de ma pratique d'animation.

Guillaume est interne en fin de cursus de médecine générale. Il consulte seul mais peut joindre le médecin généraliste tuteur. Il reste fâché contre une patiente qui refuse de se traiter comme il le faudrait. Sa patiente est une femme de soixante ans; elle fait plus que son âge et appartient aux gens du voyage. L'interne choisit un collègue homme pour faire la patiente. Elle n'aura pas de prénom. Elle vient pour un rhume banal mais à peine commence-t'il l'examen ORL, qu'elle lui parle de son asthme : elle a besoin de Ventoline®. Elle n'est pas suivie, consulte rarement et n'a pas de traitement de fond. Dérangé dans son examen, il s'exaspère de plus en plus quand elle enchaîne sur son mal de dos et enfin sur une verrue plantaire. Impossible pour lui de continuer à travailler dans l'ordre comme il aime le faire: examen, prévention de la maladie asthmatique puis traitement. Il soliloque et nous explique qu'il a fait ses études à Paris et se doit de montrer aux chefs parisiens, très méprisants pour la médecine générale, qu'on peut faire aussi, hors de l'hôpital, un travail parfait, avec une bonne prise en charge de l'asthme. Lors du jeu, la patiente le tutoie, l'appelle «jeune homme». Elle ne l'écoute pas et ne veut pas entendre parler de prévention. Chacun reste sur ses positions. Guillaume est de plus en plus en colère. Aucune rencontre n'est possible.

Si bien que lorsqu'il lui fait une ordonnance de soins de nez, celle-ci n'en veut pas car ce n'est pas remboursé. Excédé, il la reconduit dans le couloir en lui disant qu'il ne veut plus la revoir dans ce cabinet médical. Il en oubliera de lui prescrire la Ventoline® salvatrice. Il nous précise: «Perdre une patiente n'est

pas gênant quand les médecins sont trop peu nombreux!»

Récit et premier jeu sans aucune émotion pour cette dame, il reste très en colère contre ce genre de patient ; aucune interrogation sur ce qu'elle vient chercher dans la consultation, sur sa vie. Impossible pour Guillaume, débutant en autonomie, de laisser le patient refuser la prévention et décider de ce qu'il a besoin. Colère majorée car il se sent abandonné par sa tutrice difficile à joindre et que cette malade le considère comme un gamin en l'appelant «jeune homme». Le groupe surenchérit dans les doublages sur ces patients nombreux qui arrivent avec leurs listes de courses. Réassurance groupale face aux exigences des patients. Mais c'est au cours du dernier flash, sur le pas de la porte, que la patiente va prendre un autre visage grâce à l'émotion d'Emilie, qui cette fois-ci a été choisie pour jouer la malade. Le groupe perçoit alors la brutalité du renvoi de la dame (*qui partira sans la Ventoline®*) et change de regard... Petit à petit chacun va imaginer la vie de cette femme, sa façon de prendre en charge sa santé, son exaspération d'être jugée, rejetée.

Le psychodrame a fait re-vivre la patiente grâce aux doublages et aux identifications différentes des participants. La mise en scène (contexte, décor, gestes, regards, paroles) fait surgir des éléments nouveaux, non exprimés dans le premier récit; cela permet de relire la scène avec les émotions du présentateur, celle des acteurs choisis et celles des participants : le malade va prendre une autre dimension, une autre épaisseur... qui est-il? Quelle est sa demande? Mais aussi que veut le médecin pour son malade? Qu'est ce qui a fait écran à la relation?

Revenons à nos externes, ils estiment ne rien savoir: rester sur le terrain codifié de l'interrogatoire et de l'examen leur permet de ne pas dire de bêtises (et pour ne pas déclencher des pleurs). Dans le jeu, une autre dimension du soin émerge et peut être revalorisée: au cours du psychodrame, on saisit l'importance d'un regard, d'un geste (la main sur une épaule), d'une position, d'une parole.

Ainsi, Gaétan, externe, nous présente sa difficulté et sa déception de n'avoir pas réussi à interroger son patient Alzheimer, très agressif; finalement nous le verrons au cours du jeu aider ce vieux monsieur à retirer ses chaussons et à s'allonger sur le lit avant l'examen; le patient lui sourit alors et se laisse examiner calmement.

Cette vieille dame, guérie de sa pneumonie, est inquiète de rentrer chez elle car elle se sent inutile. Elle demande à Lucie, son externe, «le

bouillon de 11 heures». Demande très angoissante pour cette jeune externe qui décide alors de lui faire faire quelques pas de danse dans le couloir, sur un pied puis sur l'autre, bien que l'examen de la marche soit inutile dans le bilan de sortie, nous précise-t-elle. Petits pas de danse sous le regard et la parole encourageants, valorisants, de cette jeune externe, ce qui va redonner sourire et confiance à sa patiente. C'est aussi lorsque Romain se met à chantonner avec sa patiente qui refusait les soins, que celle-ci va les accepter.

Chaque fois, des éléments occultés dans le premier récit surgissent dans le jeu, et l'inattendu donne un autre éclairage à leur propre imagination créatrice ; ils se découvrent déjà soignants.

Un autre problème pour les externes, ce sont des situations souvent vécues comme inacceptables ou maltraitantes pour les malades.

Clara est en sixième année : c'est la seule étudiante du groupe toujours en blouse blanche. Elle est très en colère envers une jeune femme, reçue aux urgences. Celle-ci présente une phlébite superficielle de l'avant bras, secondaire à une perfusion lors d'une hospitalisation précédente; elle est excédée par l'attente. Clara prend la décision de l'examiner assise (puisque aucun brancard n'est disponible dans le service!). Bien qu'énervée elle aussi, elle écoute l'angoisse de la jeune fille qui craint les injections nécessaires à son traitement. La patiente se met alors à pleurer. Clara est émue par cette jeune «vegan» qui a été étiquetée dans le service comme exigeante, procédurière, (elle confie alors au groupe qu'elle a goûté aux petites graines de quinoa et que même c'est bon!). Dans le dernier flash du psychodrame, Clara nous parle de sa déception de s'être mise en retrait dans la chambre, n'osant pas intervenir, se désolidarisant ainsi de la prescription rapide et brutale d'anxiolytiques faite par le médecin sénior. Difficulté de cette place d'externe sans responsabilité reconnue mais qui aura su prendre de la distance face aux recommandations: elle a pris le risque d'examiner sa patiente sur une chaise; elle a entendu son angoisse face aux soins médicaux. Malgré sa blouse blanche protectrice, Clara a retrouvé sa propre ambivalence, son émotion face à cette jeune fille; elle a pu l'accepter, la valoriser. Son écoute empathique a aidé la jeune fille à accepter les injections redoutées.

On voit bien ici que, grâce au psychodrame, les étudiants se sécurisent (ils ont vécus tous des situations similaires). Ils peuvent prendre de la distance par rapport à une émotion vécue ; ils retrouvent confiance en eux et sortent de leur isolement. Leurs émotions, même ressenties comme négatives, peuvent être entendues dans la sécurité

du groupe. Retravaillées, mises en mot, elles deviennent utiles pour le bien être du soignant et pour celui de son patient. L'identification aux différents personnages, la multiplicité des points de vues, changent leur regard sur certains malades considérés comme difficiles. Pour se protéger, le désintérêt, la froideur, la fuite ne sont plus les seules alternatives.

La possibilité, et l'ouverture que peut permettre un pas de côté, est valorisée. La diversité des voix off, le droit à la «bêtise» leur permet de libérer leur imagination, de sortir des certitudes, d'accepter le doute, source de réflexions et de changements possibles. Présenter une situation et se lever, être choisi pour jouer, le va et vient des changements de rôle, bousculent tout le groupe ; les étudiants se mettent en mouvement et sortent de l'inhibition liée à leur «non-savoir» et à leur statut hiérarchique inférieur.

Passage d'une médecine aseptisée, industrielle, à une médecine où le regard, le geste, l'écoute, l'émotion, la subjectivité du médecin, celle du patient peuvent enrichir la communication pour mieux soigner. Derrière l'organe, un sujet complexe se met à exister, un malade qui peut apprendre beaucoup au soignant.

Je terminerai en vous lisant quelques extraits des écrits que nous laissons les étudiants après les séances de psychodrame.

Samia : "à la veille de l'internat, je réalise que nous avons été jetés à la gueule du loup sans aucun encadrement en dehors de celui ayant pour but l'enseignement. Je parle du loup car l'hôpital est un lieu où nous sommes souvent confrontés à des situations difficiles: la misère, la précarité, l'isolement de certains patients, la maladie grave, le handicap et surtout la mort. De plus, en presque 3 ans de stages, j'ai été, *comme mes co-externes*, face à des situations délicates sans personne, ni internes, ni séniors, pour «mettre la main sur mon épaule» et me demander si je souhaitais en parler".

Annabelle (sixième année) : «Perdu dans l'envie de trouver le diagnostic de la "19" et dans la peur de passer à côté de la maladie ... on oublie peut être un peu la personne en face de nous ou la femme qui se cache dans un coin de la pièce... malheureusement, j'arrive à la fin de mon externat et ce stage de psychologie m'a fait prendre conscience que je n'ai pas toujours pris le temps d'imaginer ou d'anticiper les pensées ou les réactions de mes patients (ou de leurs proches). (il est vrai que l'externe ne fait que passer dans une chambre, écouter lors

d'une consultation puis il rentre chez lui se remettre à bosser ses examens pour avoir le meilleur classement... et le sentiment du patient passe loin derrière tout ça...) j'espère que je saurais me rappeler des séances de psychodrame pour devenir le médecin que j'ai toujours voulu être». «Ces 7 séances ont renforcé mes motivations à devenir médecin et m'ont fait prendre conscience des difficultés qui allaient de pair, que j'avais déjà touchées du doigt sans m'en rendre compte...et à la fois que de difficultés! Comment garder la bonne distance, être empathique sans être paralysé par nos émotions, comment prendre du recul pour mieux gérer les situations qui nous touchent?»

Romain : *«j'ai beaucoup apprécié le fait de pouvoir évoquer des situations que j'ai vécues et dont je n'avais pas réalisé à quel point elles m'avaient marqué et j'ai pu ressentir un soulagement d'avoir pu en parler dans le groupe qui m'a apporté une façon nouvelle et plus riche de les percevoir»*

Augustin : *«nous avons essayé de répondre à chaque fois comment retrouver la bienveillance dont j'ai envie de faire preuve, alors que la situation semble m'en empêcher...il y a trop peu de place dans nos études à la créativité, à la spontanéité de la parole et de l'émotion»*

Meryem : *«Dans la configuration hospitalière il me semble beaucoup plus facile de classer le patient dans une case. En revanche dans le suivi au long court, le classer dans une case ne facilitera pas pour autant la prise en charge; le patient est toujours là devant son médecin avec sa complexité psychologique, ses failles, voire ses folies... Je suis heureuse de découvrir la pratique du Balint car j'apprends (c'est un peu bête à dire) qu'il existe une autre forme d'exercice, plus humaine, plus centrée sur le malade dans sa globalité, choses que notre expérience hospitalière peine à nous transmettre parfois»*

Charlotte : *«à travers cet optionnel, j'entrevois que l'image que j'avais du médecin et à laquelle je m'efforçais de coller n'est pas universelle; j'avais l'idée que le médecin devait cacher ses émotions, voire les ignorer. L'idée germe de les laisser jaillir, les ressentir, les analyser pour les apprivoiser, voire s'en servir; la relation avec le patient deviendrait alors éminemment plus complexe et passionnante qu'une conversation polie autour d'un protocole médical. Ce ressenti, je sens qu'il est là mais j'ai l'impression qu'il est enfoui sous une chape de béton qu'il peine à transpercer... »*

En conclusion

Le psychodrame Balint permet aux étudiants de se sentir déjà soignants, même s'ils n'ont pas de responsabilités, et de continuer de désirer être «soignant».

À côté du savoir scientifique indispensable, leurs propres ressources, chargées de leur expérience, de leurs émotions retravaillées, sont valorisées ; ils restent créatifs dans la relation sans que celle-ci se fige, en les laissant eux déçus et le patient insatisfait. Une autre dimension du soin peut émerger. Ils retrouvent une médecine humaine, telle qu'ils l'avaient imaginée en se lançant dans cette longue aventure médicale. Ainsi peut s'entretenir le désir (et le plaisir) de soigner grâce aux surprises, aux richesses humaines partagées dans la relation malade-médecin et ranimées par le psychodrame Balint.

***Médecin pédiatre – 35000 Rennes**

RENCONTRES DE RENNES

XXVI èmes rencontres de l'AIPB

Maison des Association – 6 cours des Alliés 35000 Rennes - France

Nous travaillons tous avec les traces de notre histoire...

Traces qui facilitent, qui encombrent

Traces à explorer, à déchiffrer

Argument de la journée

Le psychodrame Balint, par la mise en scène et le jeu, va permettre dans une situation vécue présentée par un participant, de retrouver des traces : émotions, gestes, postures, regards, intonations, sans la censure d'une pensée réfléchie.

Le psychodrame Balint mobilise les corps du présentateur, des participants, des animateurs et favorise ainsi le surgissement des « affects-mémoires » (A.Caïn). Les identifications diverses des participants (doublages, ressentis des acteurs) redonneront accès aux traces, à l'histoire du patient pour approcher le sujet dans sa complexité.

L'élaboration dans l'après coup va ouvrir et éclairer la situation. Ce qui avait pu être vécu comme un embarras, voire comme un échec, prendra un autre sens et viendra conforter le soignant dans sa relation au patient.

Cette expérience peut être un moyen d'enrichir notre médecine moderne, technique, efficiente, mais de plus en plus à distance du patient et du médecin... et de garder le plaisir de soigner.

Avant qu'un robot n'essuie les larmes...

Introduction à la journée de Rennes

Marie-Noëlle Laveissière *

Vous accueillir et ouvrir cette 26ème journée annuelle de l'AIPB, Association internationale du PSYCHODRAME BALINT, est pour moi un grand plaisir.

La répétition chaque année de cette journée AIPB permet des rencontres, des retrouvailles et de fructueux échanges. Si beaucoup vont enrichir leur expérience par ces confrontations, nous espérons que d'autres vont découvrir et apprécier la richesse de notre méthode de travail. Méthode originale de formation à la relation entre le médecin et son patient, entre le soignant et le soigné, j'en souligne deux points importants et originaux : elle concerne la relation dans sa bilatéralité, et elle est plus une formation individuelle qu'un enseignement.

Les groupes Balint et le psychodrame analytique composent les deux moteurs de notre action.

- Pour l'un, les groupes Balint, c'est *Michael Balint*, médecin hongrois émigré à Londres (1939) qui a créé et formalisé les groupes éponymes en procurant à des soignants en difficulté - c'est-à-dire... tous !- une méthode de travail de recherche en groupe avec des animateurs de formation analytique, méthode rigoureuse et clairement explicitée dans son célèbre ouvrage "le médecin, son malade et la maladie" publié en 1953.

Il voulait introduire, et permettre à chacun de percevoir, la dimension de l'inconscient présente dans toute relation Médecin-Patient en travaillant dans le domaine professionnel.

- Pour l'autre, le psychodrame, c'est *Anne Caïn*, psychanalyste de Marseille, qui a apporté sa notoriété et son savoir de psychodramatiste pour introduire cette expérience dans l'expérience Balintienne, et permettre, par la mise en scène des situations et la mise en jeu du corps, de laisser apparaître et d'explorer les aspects émotionnels conscients et inconscients de notre relation professionnelle si particulière, le corps est le « parler vrai » de chacun, éclairant ainsi le soignant dans la problématique de sa pratique relationnelle professionnelle. Cette méthode a été décrite et

théorisée dans son livre « le psychodrame Balint » en 1994.

Le groupe Balint devenant groupe de psychodrame Balint.

Mais nous sommes à Rennes et le psychodrame Balint y a depuis longtemps, et d'une manière particulière exercé ses vertus. Cette capitale bretonne a abrité depuis 1977 un groupe de médecins formés à cette méthode. Un véritable bastion dont les défenseurs se sont totalement engagés pour introduire cette formation en particulier au sein de la faculté de médecine, dans l'option « formation psychologique de l'étudiant en médecine ». Leurs efforts, maintenus contre vents et marées (nous sommes en Bretagne...) ont fait exemple et essaimé peu à peu (enfin !) dans d'autres lieux universitaires. Qu'ils en soient remerciés car ils sont de vrais traceurs, creuseurs d'empreintes et transmetteurs de la méthode Balint et Psychodrame Balint.

Je viens là d'évoquer le Dr André Esnault, et son épouse Yvette, et toute l'équipe de médecins qu'il a fédérée autour de lui depuis plus de 20 ans. Qu'ils en soient tous remerciés.

Mais aujourd'hui, c'est particulièrement au Dr Marie Heyman (et Bernard) fidèle parmi les fidèles, que je veux dire en notre nom à tous un grand merci, car elle a courageusement organisé cette journée, non sans difficultés (cette fois hors des murs de la faculté, qui ne nous a pas accueillis comme en 2011).

J'ai déjà évoqué un peu plus haut les traces et les empreintes. Et c'est le thème choisi par nos amis comme fil conducteur de cette journée de travail. **Traces** dit le dictionnaire : empreintes ou suite d'empreintes, marquant le passage d'homme, d'animal, véhicule... , mais aussi cicatrice, ce qui subsiste du passé, ou encore une quantité minime, infime d'une substance .

L'empreinte est une marque en creux ou en relief obtenue par pression, marque durable profonde indélébile... ELLE NE S'EFFACE PAS : De l'empreinte digitale à l'empreinte éducative... maternelle, paternelle, sexuelle j'en passe, jusqu'à l'empreinte génétique, tant de l'individu que d'une tumeur. Il semblerait par ces exemples que les empreintes soient le plus souvent le fait d'être vivants contrairement aux traces, ce qui fait que si elles ne s'effacent pas, elles peuvent se transformer et perdurer.

Nous sommes tous faits de traces et nombreuses sont nos empreintes creusées en nous, avec lesquelles nous vivons et nous travaillons, en particulier dans nos métiers, faits certes de soins, de techniques de plus en plus sophistiquées, mais toujours associés à une relation duelle, avec un « médecin- médicament » que l'on ne peut pas calibrer, expertiser comme une molécule chimique. Chaque patient est unique et son médecin ou soignant aussi, tout comme leur relation.

Ce couple unique fait qu'aucune règle générale ne peut lui être appliquée. Mais ce qui se passe entre eux est en perpétuelle évolution, en face à face et en miroir, comme les neurones du même nom présents dans notre cerveau à chaque moment d'une rencontre.

Tous deux sont porteurs de traces et d'empreintes qui leur sont propres et aussi présentes dans leur histoire relationnelle, mais en perpétuel remaniement démontrant ainsi notre plasticité cérébrale mais aussi la plasticité relationnelle. Notre méthode de travail peut permettre la mise au jour de ces empreintes. Et par le fait même non pas leur effacement mais leur modification ou du moins celle de leur représentation.

Tout cela ne s'enseigne pas, c'est un apprentissage cent fois renouvelé.

Au cours de cette journée, à travers les exposés de chacun, dont je salue à l'avance le partage de leur expérience personnelle qu'ils vont nous apporter, mais aussi dans le travail des groupes, nous allons suivre des traces, rechercher ensemble des empreintes, re-découvrir et ré-expérimenter, vivre ce qu'est la relation et toute la richesse de cette aventure commune.

«Apprendre, désapprendre, réapprendre» disait Pierre Bernachon, fidèle collègue Balintien.

***Médecin gynécologue - Paris
Présidente de l'AIPB**

LA TRACE, UNE ALLIÉE DE TAILLE

Madeleine Joss *

Pourquoi sommes-nous allés chercher un mot dont l'origine se perd dans la préhistoire !?!

On suppose, - à juste titre, je pense - qu'il faisait partie du vocabulaire des chasseurs.

Pour la langue française, les dictionnaires étymologiques signalent son apparition à partir du douzième siècle de notre ère.

Il désigne vers 1120 une suite d'empreintes laissées par le passage d'un homme ou (et) d'un animal.

Le mot trace provient des verbes latins - trahere-, -tractuare-, qui deviennent -tracer-, -traquer- et qui signifient en ancien français -aller sur une trace-, -chercher-, -parcourir-, mais aussi -faire un trait- et plus tard -le tracé-.

Pour la langue allemande et les langues nordiques, le terme équivalent est celui de Spur dérivant de spor, spar, spuer qui désignent tout comme en français une empreinte ou une suite d'empreintes laissées par le passage d'un homme ou d'un animal.

Nous trouvons au fil des siècles le terme de Spur ayant généré le verbe spüren qui signifie -suivre une trace- -parcourir- mais aussi -percevoir- , examiner-, -saisir- et qui depuis le 18ème siècle prend aussi le sens de -sentir- , -ressentir-. Du même verbe nous provient également le mot de -Spürsinn- que l'on pourrait traduire par - pulsion de flairer - , de ressentir , de comprendre, ce qui, en exagérant un peu, donnerait en bon français

- la pulsion épistémologique - !

Nous la retrouverons par la suite...

Revenons en à notre première empreinte qui semble avoir traversé les siècles, que dis-je, les millénaires, sans avoir pris une ride.

C'est l'image qui est évoquée quand vous demandez à quelqu'un de vous donner un exemple de trace. Telle une image première, elle semble s'être

nichée dans l'inconscient collectif... Cependant, cette image-là n'est plus vraiment une trace dans le sens où nous l'entendons, mais elle reste un merveilleux témoin d'une époque où elle a joué un rôle extrêmement important...

Quelle est donc la nature intrinsèque de la trace?

Il émane d'elle une sorte de fascination, quel que soit le support dont elle se sert, que ce soit l'image, que ce soit un son ou encore une sensation. La trace tient de l'énigme de part de sa condensation, mais aussi de par ce qu'elle ne révèle pas immédiatement, et mieux que toute grille ou questionnaire, elle nous incite à la lire, à tenter de la comprendre, à utiliser notre intuition, à saisir son message.

Elle titille notre curiosité, notre envie de savoir, elle nous pousse à nous mobiliser, à nous mettre en route. Bref, à utiliser notre pulsion épistémologique, notre Spürsinn ou encore ce que Enid Balint appelait «our inside looking attitude »!

Nous voilà en train de rejoindre notre propre préoccupation, qui est celle de l'utilisation de la trace dans le cadre du psychodrame Balint.

Le premier exemple sera celui de Carl G. Jung qui nous a transmis un exemple de sa propre pratique. C'est par la voie royale d'un rêve (donc de l'image) qu'il a pris conscience d'un problème relationnel avec une de ses patientes:

Dans son rêve, il se trouvait devant une haute bâtisse. A l'une des fenêtres se tenait une patiente. Pour pouvoir la voir à sa fenêtre, il devait tendre le cou d'une manière presque douloureuse. Intrigué par cette séquence de rêve, il restait d'abord perplexe, se demandant pourquoi il avait placé cette patiente aussi en hauteur. En bon psychologue/psychiatre il s'est dit que le message pouvait être transformé en son contraire... Le rêve lui avait fait comprendre qu'il regardait cette patiente de haut...

Un autre exemple nous vient d'un jeune médecin qui avait présenté une de ces patientes au groupe psychodrame Balint. C'était une patiente qu'il soignait depuis longtemps. Il avait une certaine admiration pour cette femme énergique et volontaire, qui avait des relations avec des gens haut placés et qui jouissait d'un certain pouvoir dans la petite ville. Là, voilà qu'elle revient avec de multiples plaintes à propos de son manque d'énergie, de sa fatigue. Lors du jeu, amené à jouer sa patiente, le médecin nous montre une petite vieille fragile qui se déplace avec peine et tremble en arrosant ses fleurs. Au grand étonnement du groupe, c'était le corps du médecin qui avait enregistré la détérioration de l'état de santé de la patiente, mais non le médecin qui était resté prisonnier de l'ancienne image qu'il avait de la patiente.

Un dernier exemple nous parvient d'un groupe de psychodrame en Italie.

Une infirmière du service d'urgence, vigoureuse et sûre de son fait, souhaitait nous présenter le cas d'une jeune fille fragile et très atteinte auprès de laquelle elle avait dû veiller toute une nuit. Dans son jeu, cette infirmière nous avait joué une soignante à la fois attentive et compétente.

Dans son feedback, elle s'est montrée très touchée par le fait qu'elle, si grande et puissante dans son corps, avait à tel point réussi à s'identifier à cette si petite et si fragile patiente. Elle avait retrouvé dans son propre corps les traces de la petite fille qu'elle avait été...

Voilà comme le psychodrame Balint prend parfois la voie du corps pour nous permettre de saisir une autre réalité, des ressentis oubliés, trop vite effacés dans notre univers professionnel où la répétition tend à nous anesthésier...

***Psychosociologue à Lausanne**

DE TRACES EN TRACES

Piero Trucchi *

Je dois faire un préambule : quand j'ai connu le sujet de cette journée, la résonance immédiate du mot trace a été l'apparition de l'image, complètement inattendue, des chaussures de mon pédiatre quand j'étais enfant. J'aurais pu la laisser tomber, mais j'ai respecté cette association à la vitesse de l'éclair, aussi parce qu'elle était confortée par ce que nous appelons, dans notre travail en groupe Balint, le droit à la bêtise. Mon pédiatre, un homme de science, rigoureux, très compétent et érudit, portait une paire de chaussures bicolores : blanches devant et brunes derrière, moitié-moitié. Dans l'immédiat, j'ai pensé à tout ce que nous pouvons transmettre en dehors des mots, mais je reviendrai plus tard sur cette image pour suivre plutôt la chaîne associative qui s'est développée naturellement et rapidement.

Cela m'a ramené à un cas d'il y a de nombreuses années, qui me semble également exemplaire pour notre élaboration d'aujourd'hui. Dans cette région d'Italie si particulière qu'est l'Ombrie, entre Assisi et la pierre rose de Spello, le service médico-psycho-social de la région, m'a demandé d'animer une journée de sensibilisation au psychodrame Balint. C'était une assistante sociale de la région, qui avait participé pendant quelques années au groupe de psychodrame Balint qui avait eu lieu à la polyclinique de Pavie, qui avait suggéré la rencontre.

C'est un groupe qui expérimente pour la première fois la méthode, et différents professionnels de la santé et de l'aide sociale sont présents. Un éducateur qui n'est plus jeune, récemment devenu directeur d'un foyer familial pour enfants et adolescents avec d'importants problèmes psychologiques ou sociaux, présente un cas. Il est inquiet de la difficulté qu'il rencontre avec un jeune résident dans la communauté, sans trouver la raison de cette inquiétude et ceci malgré son expérience. En fait il se plaint, en dépit de son expérience, de ne réussir ni à comprendre ce garçon, ni à répondre à ses questions et à ses provocations, et ce malgré le fait que les éléments pathologiques de ce jeune ne sont pas si complexes. Il n'y a pas, semble-t-il, d'éléments utiles dans l'histoire qu'il rapporte.

L'atmosphère est un peu stagnante, le cas ne semble pas si intéressant et les scènes jouées entre

l'éducateur et le jeune homme ne font pas faire de grands pas... et on est un peu perdu.

Mais à un moment donné nous jouons la rencontre du père de ce jeune homme, Marco, avec le nouveau directeur. Il décrit physiquement et avec beaucoup de détails cet homme, mince, grand, sévère, avec des vêtements traditionnels et gris. Quand on demande au présentateur de choisir qui peut jouer le père, son choix se porte sur une jeune psychologue, souriante, très féminine et communicative. Ce choix est étrange et semble susciter la curiosité et la perplexité de tous, à observer leurs visages. Mais ils n'en disent rien et je ne fais aucun commentaire.

Nous jouons la rencontre qui a lieu dans le bureau du nouveau directeur, meublé simplement avec deux chaises et une troisième au milieu pour représenter le bureau. Le présentateur du cas joue le rôle du père qui entre dans le studio et s'assoit sur la chaise, mais lorsque la jeune femme, qui joue le rôle du père, reprend la scène, alors qu'elle est sur le point de s'asseoir sur la chaise, elle est désorienté parce que le présentateur du cas la fait s'asseoir, sans s'en rendre compte, sur le siège qui représente le bureau. Cela suscite les rires de certains. Je trouve intéressant que cet acte manqué intervienne après que le présentateur ait commencé à bouger. Je lui souligne qu'il a transformé le père rigide et sévère en une jolie fille et l'a mise sur le bureau, l'a mise d'une manière qui vous fait presque penser à la bande dessinée de la belle secrétaire qui essaie de séduire le chef de bureau.

Dans le cours ultérieur des jeux le présentateur, avec l'aide des plusieurs doublage, peut réaliser qu'au moins à cette occasion, dans sa nouvelle fonction de directeur, des éléments inconscients, par rapport à quelque chose de suggestif ou de séduisant, entravent considérablement sa relation professionnelle avec le garçon. À un moment donné, il dira que ce père est un homme riche, avec un grand pouvoir dans la région, y compris le pouvoir politique, un homme de grand prestige... des éléments qui n'étaient pas apparus dans la description initiale.

- Mais l'image des deux couleurs des chaussures me fait retrouver une autre fascination, ressentie avec émotion quand, en troisième année de médecine,

pendant les cours de physiologie, j'ai appris que deux neuromédiateurs déjà connus alors, l'adrénaline et la noradrénaline, pouvaient effectuer habituellement une certaine action, mais aussi l'inverse, par exemple vasoconstriction ou vasodilatation, selon l'intensité du stimulus et le contrôle et les relations avec les centres du cerveau et même plus que le cerveau... Une grande surprise de découvrir un système biologique en mouvement continu et en équilibre supercomplexe, mais tellement habituel qu'on le considère « normal ».

En suivant à nouveau cette chaîne associative, qui fonctionne rapidement, j'en arrive à un souvenir qui, à mon avis, est un exemple de la façon dont un souvenir, une émotion, un affect, peuvent rester comme une mémoire sensorielle, corporelle, non représentée à la conscience. Au cours d'une des premières années de travail en tant que pédiatre néphrologue, on m'a demandé d'effectuer une séance d'hémodialyse chez un enfant leucémique dans le département d'onco-hématologie.

À l'époque, il y a une quarantaine d'années, c'était une tâche compliquée : il fallait transporter le matériel lourd et encombrant, la machine de dialyse, le filtre, utilisé pour les patients adultes qui devait être adapté, et diverses autres difficultés techniques complexes accompagnaient une intervention assez aventureuse et non sans risques. De cet épisode j'avais gardé un souvenir presque dépourvu d'affect, comme un fait vraiment loin dans le temps et qui n'est plus actif.

Il y a quatre ans, de manière tout à fait inattendue, on m'a demandé de superviser du point de vue psychologique des acteurs qui travaillent comme clowns dans le service d'onco-hématologie.

Une vraie bombe explose en moi, si éblouissante que je me retrouve, avec une grande intensité de motivation et d'énergie, à accepter cette charge, bien au-delà des considérations rationnelles et concrètes, pour autant que celles-ci fussent présentes. Cette même énergie m'a accompagné dans le travail de supervision, caractérisé par une écoute et une alliance de travail très fructueuse avec les membres du groupe. Plus tard, j'ai pu me rendre compte que j'essayais de retourner dans ces chambres, quoique métaphoriquement, à travers ces acteurs qui eux entraient réellement dans les salles, même si leur fonction n'était pas vraiment soignante.

Mais ce n'est que bien longtemps après, et définitivement grâce à cette chaîne associative que je rapporte aujourd'hui, ayant ressenti cette sensation physique, que j'ai pu et que je peux encore revoir la scène. J'entre dans la chambre avec tout mon

équipement et perçois une lourde atmosphère immobile, le corps de la mère pétrifié, le regard silencieux tourné vers l'enfant, mais sans le rencontrer, et également immobile le corps de l'enfant, assis aussi et le regard vide en direction de la mère, mais sans le rencontrer, la direction est là mais les regards ne peuvent pas se croiser. J'ai découvert à ce moment que je n'avais ni paroles ni gestes.

Après quarante ans, ce passage au corps à corps, cette angoisse de pierre que j'avais vécue et qui était restée en moi à mon insu, était encore là, dans la mémoire corporelle, avec toute sa charge.

La relation de soin, l'une des formes de la relation humaine, est un double complexe et, des deux côtés, est en quelque sorte interchangeable.

Au bout de cette chaîne associative, je me rends compte que deux éléments ont voulu être présents et rester : la beauté, Assisi et Spello, et la physiologie (on pourrait dire les neurosciences).

Quant à la beauté et au psychodrame Balint je ne saurais que dire, si ce n'est qu'ils ne sont pas incompatibles. Soignant soigné sur le même bateau (...ou sur la même chaussure...).

Si le système adrénaline noradrénaline est complexe, la relation des soins d'un point de vue neurophysiologique l'est beaucoup plus. Il est nécessaire de comprendre, de changer son point de vue, de maintenir sa conscience et en même temps de se confondre partiellement avec le patient, même d'une manière spatiale et temporelle, par exemple en essayant d'expérimenter mentalement le même type de douleur physique pendant une visite. S'identifier à l'autre avec des limites et des inhibitions qui permettent de préserver sa propre identité et la fonction de soin. Ainsi, les zones du cerveau, et pas seulement les neuromédiateurs, les médiateurs endocriniens en action, font référence à un mécanisme mobile multifactoriel extrêmement complexe.

Dans une relation de soin qui s'est bloquée, je peux imaginer le groupe de psychodrame Balint comme un système externe, auxiliaire et complexe, qui résonne, tamise, à travers le système et les capacités relationnelles (et donc des zones du cerveau et pas seulement) de chaque participant. Je ne sais pas si les animateurs sont l'amygdale ou l'hippocampe, ou si le doublage peut fonctionner comme des neuromédiateurs, ou qui saura inhiber le cortex préfrontal, ou agir comme les fameux neurones miroir. C'est une image qui peut ne rien donner ou peut-être même agacer, mais pour moi, comme médecin, elle induit une certaine tranquillité en habitant un système physiologique " in vivo ", et non " in vitro ".

Et je conclus, comme j'ai commencé, par une "bêtise", le psychodrame Balint, "bio"... donc très vieux, naturel, très moderne, car nécessaire, mais surtout très efficace.

***Pédiatre Psychothérapeute - Gênes – Italie**

SOUVENIRS, TRACES ET MEMOIRES, EN SUIVANT ANNE CAÏN¹

Jean-Pierre Bachmann *

Quand on se penche en tant que psychanalyste sur le problème de la mémoire c'est le plus souvent en référence à un passé lointain, celui de l'enfance, passé en grande partie refoulé, mais laissant comme témoignage des souvenirs écrans, des réminiscences, et des traces mnésiques. Les débuts de la psychanalyse sont liés à la découverte de l'importance de la remémoration des souvenirs infantiles, souvenirs souvent chargés d'affects voire d'origine traumatique. Cette remémoration était alors considérée comme susceptible de provoquer la guérison.

Rappelons qu'en psychanalyse la remémoration désigne l'action psychique produisant un souvenir proprement dit. S'il n'y a pas chez Freud de théorie originale et unifiée de la mémoire, et bien qu'il fasse une large part aux faits de mémoire, sa contribution à une théorie de la mémoire est des plus modestes, reprenant d'ailleurs des idées de son temps.² Freud en vient toutefois à montrer la nécessité de reconnaître qu'il y a une mémoire inconsciente, qu'il y a des souvenirs inconscients, bien que ce terme apparaisse inapproprié pour évoquer cette mémoire dont on se rappelle sans s'en souvenir. Cette mémoire va apparaître, entre autres, dans le rêve, mais aussi dans les symptômes. Et c'est à partir de cette constatation que Freud va élaborer la technique de l'association libre.

Je crois que tous les participants à cette journée ont une certaine expérience du travail Balint, de l'associativité qui est sollicitée et favorisée auprès de tous les membres du groupe. Mais il s'agit dans notre travail d'une associativité qui se veut focalisée sur la relation soignant-soigné. Association libre qui dans le psychodrame Balint n'est pas uniquement celle qui passe par les interventions verbales du présentateur du cas et des participants mais qui se déploie plus spécifiquement dans le jeu. Dans ses écrits théorico-cliniques comme dans sa pratique Anne Caïn³ nous a montré combien elle est restée

attachée, tout comme Freud d'ailleurs, à une conception qu'on pourrait appeler archéologique du souvenir, pour toutefois la dépasser.

Dans un groupe de psychodrame Balint le présentateur d'un cas manifeste parfois un certain trouble lorsqu'on lui demande de retrouver une première rencontre avec son patient. Le souvenir en est souvent très vague, la première rencontre, souvent jouée, parfois si lointaine. Peut-être va-t-il tenter, non pas de retrouver mais, selon ses propres termes, de reconstruire ce moment. Il peut aussi avoir confiance en une méthode dont il a fait l'expérience et qui lui a permis de se rendre compte qu'elle va favoriser l'émergence des souvenirs. Depuis Freud nous savons que les actes de reconnaissance et de remémoration nécessitent une certaine activité motrice.

À de très nombreuses reprises Anne Caïn insiste sur la mise en mouvement du corps, sur cette mobilisation qui favorise le souvenir, voire la levée du refoulement : « La spécificité du psychodrame apparaît lorsque le corps vient surprendre la parole, permettant au passé de s'instaurer dans le présent et au refoulé de ressurgir ». Le jeu va permettre au corps de parler mais cette mobilisation est aussi l'occasion pour le protagoniste qui retrouve un moment vécu de procéder à une modification de ses souvenirs au fur et à mesure de l'évolution du jeu.

Nous savons depuis Freud que les souvenirs ne sont pas immuables mais sont des reconstitutions opérées sur le passé que nous recréons.

Proust était proche de la pensée de Freud et en décrivant des souvenirs qui pouvaient être déclenchés par des sensations fortuites (la sensation des dalles inégales qui lui rappelle Venise et, bien sûr, la madeleine qui ramène le narrateur à son enfance à Combray) montre combien présent et passé se conjuguent, les impressions du passé empiétant sur le présent.

La mémoire n'existe pas sans son contexte, dont le décor et le cadre font partie. L'importance qu'Anne Caïn apporte au décor et au cadre n'est

¹ Texte en partie remanié de la communication faite à la journée de Rennes

² Voir à ce sujet : Israël Rosenfeld (1994) : *L'invention de la mémoire*. Flammarion. Paris. Collection Champs.

³ Anne Caïn : *Le psychodrame-balint. Méthode, théorie et applications*, La pensées sauvage, Grenoble, 1994.

toutefois pas seulement liée pour elle au fait de favoriser le souvenir, voire la remémoration. La recréation du décor avec des objets représentant ou symbolisant des éléments du passé est un élément important dans l'accès à une richesse des souvenirs. Bien des objets représentés dans le jeu font partie du monde physique qui a été appréhendé par des mouvements, exploré par des actes moteurs. Anne Caïn parle même d' « objet mémoire ». Elle écrit aussi que : « La mise en place, dans le décor du jeu, de simples souvenirs « photographiques » devient l'élément le plus révélateur de la relation médecin-malade ».

Le passage par le jeu, la mise en mouvement d'un corps, qui, pour Anne Caïn ne ment pas, d'un corps qui est très près de notre réalité historique semble être la voie royale (comme l'est pour Freud l'interprétation du rêve), pour favoriser l'émergence d'éléments inconscients à l'œuvre dans la relation soignante. Si le matériau premier est celui qui a trait à une première forme de mémoire qui est celle du souvenir subjectivement vécu comme tel, inscrit dans le temps, on passe à une autre forme de mémoire qui est celle du fantasme. Ce n'est pas le souvenir d'un fantasme ancien, mais d'un fantasme qui s'actualise dans le présent. La mise en évidence de ces fantasmes est stimulée par certains aspects de la méthode, par les doublages, les soliloques, voire par des actes manqués dans le jeu. Ces fantasmes ne sont pas nécessairement interprétés dans le travail de compréhension et en aucun cas mis en relation avec l'histoire personnelle du présentateur.

Certes Anne Caïn, tout en tentant de retrouver au plus prêt à travers le jeu des moments de la relation entre le soignant et son patient, et ainsi en s'attachant au réel, permet à la situation originelle non seulement d'être retrouvée, reconstruite mais aussi recréée avec la participation de tous les membres du groupe. Le jeu va permettre aussi de mettre en évidence les écarts entre ce que révèle le récit et ce que nous découvrons de la relation soignante, par exemple en termes d'empathie, d'affects inconscients.

Sans mettre en doute toute l'importance d'une mémoire corporelle, qui peut émerger dans la reconstruction d'une rencontre, je pense que nous devons aujourd'hui au vu de tout ce que nous savons des processus complexes liés à la remémoration nous montrer moins affirmatifs qu'Anne Caïn. Si elle insiste sur le fait que le corps ne ment pas elle écrira qu'il faut amoindrir le poids de cette assertion en la

complétant ainsi : « jusqu'à ce que le sujet en parle ». Un psychologue anglais Bartlett écrit : la remémoration n'est pas une réactivation d'innombrables traces inanimées et fragmentaires. C'est une reconstruction ou construction imaginative qui fonde notre attitude face à une globalité active, composées de réactions passées ou d'expériences. Le souvenir n'est que rarement fidèle."⁴

À la fin d'une séance de groupe la présentatrice d'un cas qui nous semblait avoir été bien travaillé, lui permettant, avec l'aide de tout le groupe et au décours de plusieurs scènes, de mieux comprendre certains aspects complexes de sa relation avec un de ses patients, nous dit : " en fait je crois que cela ne s'est pas passé comme cela en réalité". Il ne semblait pas y avoir chez elle désir, préconscient ou inconscient, de travestir la réalité. Elle ne nous avait pas non plus donné de raisons de penser que cette intervention pouvait reproduire dans le groupe un aspect de la relation avec un patient, qui l'aurait laissé après l'impression d'un bon travail dans la désillusion. Elle ne mettait pas en doute le fait que malgré les "travestissements" qui avaient pu être agis dans la scène elle avait eu accès à une compréhension plus authentique de sa relation, à une autre vérité moins historique, à un relativement vrai proche d'une vérité émotionnelle. En vous disant cela je voudrais pointer le fait que même s'il s'écarte d'une réalité historique le psychodrame n'en est pas moins susceptible, avec tous les mécanismes qui participent à la dynamique d'une séance, de nous permettre d'être au plus près de ce que nous avons pu vivre. Il n'est pas que reconstruction du passé mais permet aussi, parfois même dans le jeu, d'être une amorce d'une transformation et d'une nouvelle élaboration de la relation. Ainsi le geste tendre d'une présentatrice à l'égard de celle qui jouait sa patiente, geste spontané et non reproduction de la scène passée, venait nous dire tout ce qu'elle avait été dans l'incapacité de penser, de reconnaître de ses sentiments à l'égard d'une patiente, qui la renvoyait à une image d'elle-même. Ce geste pouvait aussi être compris comme un essai de réparation à l'égard de sa patiente.⁵

⁴ Frederik Bartlett: "Remembering, A Study in Experimental and Social Psychology." Cambridge University Press (1932). On trouvera un résumé de travaux de Bartlett sur la mémoire sur le site : <http://www.psychologywizard.net/reconstructive-memory-ao1-ao2-ao3.html>

⁵ Cette situation est décrite dans la communication faite au congrès de la Fédération Internationale Balint (Brasov, Roumanie) septembre 2009. Jean-Pierre Bachmann : The importance of the body in Balint work.

Anne Caïn ne me semble pas avoir repris dans ses écrits la recommandation de Michael Balint, pour qui la compréhension du discours du médecin en groupe Balint doit être considéré comme le texte manifeste d'un rêve. Le travail associatif du groupe pourrait ainsi être assimilé à la mise à jour du contenu latent.

Didier Anzieu (1966) a proposé un modèle de compréhension du groupe à partir du modèle du rêve. Pour Anzieu le groupe est comme le rêve le lieu de la réalisation imaginaire des désirs inconscients de ses membres. La compréhension du groupe selon ce modèle a eu un important impact malgré les questions qu'elle suscite.⁶

François Berton⁷, à partir de la notion de dramatisation, un des mécanismes du travail du rêve décrit par Freud,⁸ et du travail de mise en scène, décrit le travail en groupe de psychodrame Balint comme comparable au travail du rêve. Il semble très proche d'Anzieu qui écrivait : « Les sujets humains vont à des groupes de la même manière que dans leur sommeil ils entrent en rêve » mais il n'évoque toutefois pas le travail du groupe comme la réalisation de désirs inconscients. Dans la postface au livre d'Anne Caïn, Noël Montgrain⁹, estime lui aussi que le jeu dans le psychodrame Balint « introduit un espace, qui, sous plus d'un aspect, ressemble à l'espace du rêve ». La mise en scène, comme le décor, sont pour Montgrain « comme le reste diurne du rêve qui se situe à un confluent de la réalité conflictuelle actuel et du conflit inconscient.

A travers ce bref parcours j'ai souhaité montrer que notre travail en groupe de psychodrame Balint, malgré le souci que nous mettons à retrouver et reconstruire des scènes de nos vie professionnelles au plus près de ce qui a été vécu, est une reconstruction faite de condensations, de déplacements, et qui mobilise différentes formes de mémoires. Si elle se rapproche parfois du travail du rêve tout en étant un remaniement de l'expérience originelle elle est susceptible, de nous approcher au plus près de la vérité des affects et conflits inconscients que nous vivons dans notre rôle de soignant. C'est à travers le rêve aussi que nous pouvons avoir accès à une mémoire implicite, qui témoigne de nos expériences les plus anciennes.

***Dr Jean-Pierre Bachmann**
Psychiatre et psychanalyste (Société Suisse de Psychanalyse)
15 Rue des Sources
1205 Genève
tel 41 22 321 53 53 /fax 321 53 30

⁶ Voir à ce sujet l'article de René Kaës : « L'analogie du groupe et du rêve : implications et développements », *Psychologie clinique et projective*, vol. 7, no. 1, 2001, pp. 3-16.. Disponible sur cairn.info.

⁷ François Berton. « Le rêve dans le psychodrame-balint. » Communication au 1^{er} Congrès international du psychodrame-balint (Marseille, 4 et 5 avril 1992). Publié dans : *Psychothérapies*. Vol. XIII, 1993, no 1. 23-27.

⁸ La dramatisation est le dernier procédé ou mécanisme décrit par Freud et sera décrit dans le texte « Sur le rêve » (1901). Les autres mécanismes (condensation, déplacement, prise en considération de la figurabilité, élaboration) sont décrits dans « L'interprétation des rêves » (1900).

⁹ Noël Montgrain, in: Anne Caïn, 1994, (op. cité). P. 144.

"IL FAUT BIEN GRANDIR QUAND MÊME !"

Histoires de traces

Simone Ledru *

Avez vous remarqué qu'elles sont souvent rouges ces traces dans les histoires d'enfants : la tache sur la clé de Barbe Bleu, le rouge à lèvres sur la joue de l'enfant ou la confiture sur son menton, en passant par le sang de la chèvre de Monsieur Seguin sans parler du petit chaperon rouge...? Des traces rouges *de vie, de mort...*

Et mes traces, à moi médecin ?

Les études, les boulots d'été, les différents lieux et modes d'exercice, les collègues : des apprentissages, des connaissances, des techniques passionnantes, mais aussi des rencontres, des bouts d'histoire...

Je me souviens :

Je me souviens, tout au début, de cette vieille dame dont j'ai fait la toilette mortuaire après avoir bataillé toute la nuit avec une autre infirmière et le médecin pour la « sauver ».

Je me souviens du premier accouchement. Etudiante en 3ème année je faisais des gardes de nuit dans une maternité. Le bébé était déjà dans le lit entre les jambes de sa mère !

Je me souviens de cette femme qui refusait sa chimio pour ne pas perdre ses cheveux ; le collègue qui me faisait jouer cette patiente ne comprenait pas.

Je me souviens de la petite fille trop grosse qui ne pouvait pas trahir sa grande mère, essoufflée, soufflante plutôt, pour qui manger était le seul signe de bonne santé qu'elle reconnaisse.

Je me souviens de la femme battue et abusée, rencontrée un soir de garde, amenée par sa petite fille qui se plaignait d'avoir très mal au ventre.

Je me souviens d'avoir sangloté en jouant la mère d'un adolescent. Ce jour-là tout le groupe a pleuré pour éponger la détresse extrême du médecin qui venait de dépendre un de ses patients.

Le médecin que je suis est constitué de ces histoires vécues, racontées, écoutées, jouées. Je ne crois pas qu'elles m'encombrent ces traces : identifiées, métabolisées, elles m'aident. Elles m'aident à pressentir, à rencontrer celles de mes patients.

Spécialisée depuis 15 ans en médecine de l'adolescent j'ai participé il y a 8 ans à la création d'une structure Soins Etudes. À l'équipe fondatrice, la présence d'un médecin somaticien semblait indispensable. "Mes", "nos" patient-e-s, présentent tous des pathologies psychiatriques plus ou moins sévères tout en étant dans un cursus de lycéens. Pour moi, être médecin, c'est, d'abord et avant tout, s'occuper du corps de l'autre.

Être médecin d'adolescent c'est examiner un corps effrayé souvent abimé, caché, oublié, surtout quand la maladie mentale s'en mêle.

Le pédiatre à l'habitude des mots et maux du corps ; et chez l'adolescent-e c'est le corps qui parle.

Il faut mettre une blouse, puis apprivoiser, prendre son temps, écouter, expliquer, interroger, avec sérieux et humour, être attentive et disponible, et s'adapter à chaque fois.

Mais toujours examiner, toucher, regarder, écouter ce corps avec intérêt et respect.

Des orteils aux oreilles ! Au besoin par étage : les pieds, puis les jambes, en recouvrant au fur et à mesure ; ou alors moitié par moitié, et parfois en sous-vêtements, sans complication.

Pierre n'enlevait plus ses chaussures depuis des mois. Une étrange concrétion cornée « ornait » les pouces de ses pieds. Bien qu'effrayée, la jeune infirmière fraîchement diplômée a pu accepter de baigner, décoller, soigner, traiter les pieds de ce grand jeune homme timide.

Claire triture son ongle incarné. La douleur lui permet de sentir ses pieds et de savoir qu'ils la portent même si elle ne les sent pas... (odeur)

Camille a peur ; elle tressaille, se contracte. Je ne peux déplacer ma main sur son ventre qu'en

décomposant mon geste, en expliquant l'anatomie et le but de la palpation (foie, rate, reins, colon, etc...) Il faut à chaque fois adapter son toucher, le rendre ferme rassurant protecteur; proscrire tout effleurement au risque d'érotisation anxiogène. Elle se détend. Cette jeune fille qui se rêve médecin militaire dort sur une planche, porte des vêtements serrés pour sentir son corps, ses contours, pour ne pas disparaître.

Clothilde se plaint de son ventre trop gros. Tout son corps décharné crie famine mais son ventre reste trop gros. Mon ventre à moi se tord, se distend, gargouille, et des « grenouilles » rompent le silence de la salle de consultation. « Au moins nos ventres se parlent ! » ; ébauche d'un sourire. Le ventre de l'infirmière prend le relais et nous rions toutes les 3. Petit balbutiement d'une alliance thérapeutique ?

Ouvrir la bouche : quelle intrusion en cas de troubles psychiques mais quel apport clinique dans la simple observation !! : l'ouverture démesurée de Clémence qui n'arrive pas à manger mais semble capable d'engloutir le monde comme l'oiselet affamé ; les nausées immédiates de Caroline victime d'agressions sexuelles ; Aurore, elle, écarte à peine les lèvres comme un bébé devant sa première cuillerée de purée ; vais-je lui parler des sachets de compote qu'elle tète dans sa chambre ?

Léa avait jusque-là participé facilement au premier examen clinique quand, brusquement, la recherche des réactions d'équilibration déclenche sanglots et angoisse. Le lendemain elle est venue me raconter son histoire de violence et d'abus ; « vous avez appuyé sur le bouton de ma mémoire ».

Louise sourit : « En fait c'était bien ; on m'avait prévenu : "la première fois c'est jamais terrible" ; mais moi, c'était bien. » Je souris moi aussi, mais remarque les traces rouges sur ses poignets ; elle se déshabille ; son corps est balafré de lignes rouge vif : les membres le ventre, les seins. « Vous en pensez quoi ? » Sans prendre le temps de la réflexion : « C'est beau ». Surprise, amusée, elle me regarde : ce jour-là elle avait remplacé le rasoir par un feutre rouge. Nous avons ensuite pu parler tranquillement de contraception.

Alice cache sous ses pulls trop grands des lésions de grattage et parfois des scarifications que je vais trouver à l'examen, elle le sait, peut-être même l'attend t-elle. La fois où je n'ai pas pris le soin de vérifier l'état de sa peau elle a perdu du poids la semaine suivante.

Panser ces plaies est nécessaire ; allier geste sûr et contenant, enveloppant et protecteur, mais surtout pas trop maternant, refaire une enveloppe, un « moi-peau » et permettre aux équipes soignantes de prendre conscience des massifs contre-transferts négatifs qui se manifestent par l'usage intempestif d'adhésifs, difficiles à décoller sans douleur ...

Il y a quelques années, à Annecy, j'ai présenté l'histoire de Marianne, une adolescente anorexique : rien ne bougeait, les symptômes nous envahissaient tous ; elle déclenchait pour toute l'équipe des réactions d'agressivité. Dans la présentation que j'avais faite et induite, l'attitude parentale inappropriée avait été mise en exergue. Piero m'avait dit en off : « il faut faire attention, ce n'est jamais si simple ».

J'avais la sensation, en consultation et surtout lors de l'examen clinique, d'être avec une petite fille de 4 ans qui trépignait devant moi ; et je me sentais devenir, moi aussi, cette enfant têtue et boudeuse.

Marianne a quitté notre structure avec son bac, soit, mais avec un indice de masse corporelle beaucoup trop bas ; deux ans plus tard nous avons reçu la photo d'une jeune femme souriante en bonne santé. Elle avait pu raconter les attouchements sexuels subis dans l'enfance à partir de l'âge de 4 ans, et ses parents avaient été un précieux soutien dans la démarche judiciaire.

Le rouge à lèvres de Morgan est assorti à l'écossois de sa jupe ; ses oreilles, son nez, ses lèvres, ses sourcils, sa langue sont ornés de piercings ou d'écarteurs. Elle porte un soutien-gorge rouge en dentelle et un boxer noir qu'il bourre de papier ; elle parle de grossesse tout en envisageant une chirurgie de réassignation. Qui est-elle-il ?

Abandonner mes certitudes sur le genre, le libre choix, etc., mais oser affirmer en tant que médecin pédiatre, et pas seulement en raison de mes propres valeurs, qu'une contraception efficace est plus que nécessaire pour cette jeune fille - jeune homme...

En tant que médecin somaticien je n'ai pas trop la tentation (quoique...) de les guérir ces jeunes presque adultes, c'est du ressort des psychiatres. Mon travail à moi, c'est seulement « prendre soin d'eux, les aider à avancer ». **C'est qu'il faut bien grandir, quand même...**

Et d'ailleurs il arrive parfois qu'ils prennent quelques centimètres avant de quitter le Centre Soins Etudes !

La confiance qu'ils me font me trouble souvent et m'oblige à réfléchir. Le Balint, le psychodrame, m'aident à comprendre, depuis 20 ans déjà...

La rencontre avec un patient est d'abord une rencontre entre deux personnes. Et ne pas le penser, le travailler, est source d'incompréhension mutuelle, d'échec thérapeutique parfois.

Le travail Balint, le partage et le travail de groupe, aident le soignant à faire avec son humanité, ses fragilités, ses blessures (son histoire, ses histoires) et celles de ses patients.

Le psychodrame Balint, en mettant la relation en jeu à tout niveau, permet au médecin (le plus souvent dans l'après coup) de faire le tri ; et de ne pas rester encombré par un contre transfert entravant qui empêche la relation thérapeutique.

Le psychodrame permet de le sentir, de le revivre. Le jeu permet de se mettre à la place du patient, de ressentir à sa place, de sa place.

Si mettre des mots n'est pas possible, le corps éprouve, ressent...

La mémoire du corps est primordiale :

Le mouvement provoqué chez Léa par l'examen a réveillé la mémoire du traumatisme ; et les traces de mes expériences vécues dans les groupes m'ont permis de deviner l'histoire sous-jacente.

La perception corporelle de l'émotion de l'autre, partagée et métabolisée en séance quand je jouais la mère éplorée ou la femme refusant sa chimio, m'a permis d'apprendre à prendre en compte celle du patient sans en être envahie, et ce au travers de mes sensations physiques personnelles. Mais pourtant je n'avais pas su reconnaître la transmission inconsciente de l'histoire du corps de Marianne qui me mettait dans la peau de la petite fille violente.

Par contre c'est l'expérience troublante d'une sensation de liquéfaction par le trou de ma chaussette, un jour en relaxation, qui m'a fait comprendre l'importance des pieds chez les patients psychotiques.

Et le rouge ?

Chez l'adolescent les traces sont souvent rouges ; parfois poésie quand Louise fait des dessins sur tout son corps pour venir parler de son premier rapport sexuel, c'était quoi le "beau" pour moi, pour elle, ce jour-là ?

Hélas elles sont souvent beaucoup plus brutales ces traces rouges, et témoins le plus souvent des violences subies : pour supporter le sang qui a coulé

dans l'enfance faudrait-il à nouveau faire jaillir son propre sang pour trouver une sorte d'apaisement et de sentiment d'existence ?

Le travail Balint en psychodrame c'est un subtil mélange qui permet de continuer à prendre plaisir à faire notre travail, à diagnostiquer, à soigner, en utilisant nos connaissances scientifiques rigoureuses indispensables, mais aussi et pas moins, à accompagner, à écouter autant que ce sera nécessaire, en respectant la volonté du patient ET en se préservant du burn out ou du cynisme.

Et pour terminer :

Il n'y a pas si longtemps un adolescent s'est plaint gentiment : « vous avez les mains froides ! ».

J'ai répliqué en souriant : « C'est parce que je suis un vrai médecin ! »

Ils ont toujours les mains froides les médecins, non ? En tout cas c'était le cas de celui qui me soignait petite...

***Médecin pédiatre – 72000 Le Mans**

UN CHEMINEMENT COMPLÉTÉ...

Bernard Brau *

Lorsque Marie Heyman m'a proposé à Annecy, il y a quelques mois, d'intervenir pour faire part de mon expérience, de mon vécu dans le psychodrame, et sur le thème de cette journée, à savoir « **les traces** », c'est avec enthousiasme que j'ai répondu favorablement.

En effet, immédiatement se sont élaborées des associations d'idées : « **traces-marques-repères-cheminement** ».

Et en particulier une image : celle d'un chemin parcouru dans une forêt, une allée qui peut être la bonne trace, mais qui peut aussi me mener à une impasse ou me perdre. Je n'ai qu'un faible éclairage et mon champ de vision avec ma lampe est rétréci. Je risque de ne pas voir des sentiers annexes, certains obstacles, des repères essentiels. Je crains de me perdre, de ne pas atteindre mon but. Heureusement, je ne suis pas seul, je suis en groupe, et chacun avec sa propre lampe, permet de renforcer l'éclairage et d'élargir le champ de vision.

C'est lors d'un séminaire Balint, à Epiniac, il y a quelques années que Gildas Le Bayon avait évoqué cette métaphore. Elle m'a profondément marqué...

J'ai *découvert* le travail de Balint, étudiant à la Faculté de Rennes, grâce à un module de psychologie. Il était possible d'assister aux consultations de sexologie du Dr Guicheney et ensuite de faire part de nos ressentis. Je me souviens avoir parlé de ma gêne lors de certains examens intimes, d'avoir ainsi pu prendre du recul, ce qui m'a aidé dans la suite de mon exercice.

Ce fut aussi la révélation de l'importance fondamentale dans notre métier de la relation avec le patient.

Ayant intégré il y a quelques années le groupe Balint supervisé par Yvette Esnault et Michel Robinot, j'ai pu apprécier le travail « en discussion » mais aussi en psychodrame. En effet, le cas soumis est traité à priori avec une des deux techniques, de manière exclusive.

Je dois reconnaître que j'ai redouté longtemps de présenter un cas qui pourrait faire l'objet d'un psychodrame. Les raisons en étaient un rituel que je trouvais inutile et parasite : recréer le décor et le cadre dans lesquels s'est déroulé la consultation, l'environnement (jusqu'à demander à un participant de jouer un poteau !), le manque de rythme, les règles de jeu communes et qui doivent être connues de tous les participants, exigeant une pratique pour la fluidité de la séance... Surtout, ma crainte de ne pas me souvenir... De plus, pourquoi essayer de se remémorer la première rencontre alors que le cas soumis fait suite à un problème survenu lors de la dernière consultation ?

Mon opinion a évolué, au point de regretter parfois de ne pas « voir » l'interaction avec le patient grâce à un jeu, un « flash », en particulier en technique « classique ».

Les mimiques, la gestuelle, les attitudes, la modulation de la voix, en résumé la communication non verbale, sont révélatrices. Le ressenti par un récit, est souvent à mon sens plus « contrôlé ».

Lors du dernier séminaire d'Annecy, un médecin de Genève a rapporté en grand groupe le cas de Polo, 30 ans, hémiplégique, réfugié dans sa tanière, qui a comme fenêtre sur le monde extérieur son ordinateur, et sa vie est consacrée aux jeux vidéos. Au début de la présentation il n'a pas de désirs, pas d'affects selon le praticien, qui voudrait sauver son patient... J'aurais tellement souhaité voir jouer un échange... Je pense, contrairement à mes réticences initiales, que le travail pour ressentir les représentations de chacun des protagonistes aurait été facilité.

Ainsi, dans un autre cas travaillé en psychodrame, j'ai pu ressentir ce que pouvait éprouver une patiente hospitalisée en hôpital psychiatrique, Danielle, 72 ans. Le psychiatre qui la suit s'interroge sur des périodes de mutisme, d'opposition aux soins. Toute sa vie elle a été en opposition, en particulier face à la rigidité sociale, aux convenances. Elle se retrouve dans une institution hospitalière suisse infantilissante, entourée de blouses blanches, sans possibilité de dialogue singulier avec le praticien toujours entouré d'un aréopage, revêtue de vêtements prêtés...

J'ai pu éprouver l'impuissance, la révolte de la patiente, mais aussi l'incompréhension et la volonté du praticien de soigner la patiente.

Pourquoi ce cas m'a «marqué» au point de s'imposer lors de l'élaboration de cette intervention ? Tout de suite me vient à l'esprit l'image de Christian, un ami, qui s'est suicidé avant l'été pendant son hospitalisation pour dépression. Il n'a pas pu, il n'a pas su, on ne lui a pas permis d'exprimer l'intensité de sa douleur. «Double discours» selon le psychiatre ...Non...Surtout manque de communication, d'écoute, d'évaluation du risque. Sans avoir vécu personnellement la situation, c'est pour moi une expérience qui m'aidera dans mes choix de prise en charge.

Ce cas, je le répète encore, non véritablement vécu, uniquement vu joué et doublé, est revenu dans mon imaginaire également en assistant à une pièce de Zabou Bretman «lalogiqueimperturbabledufou».

Il est singulier de constater que placé dans son environnement, dans la situation, il est possible de se rappeler de moments importants. Dernièrement un participant lors d'une séance de psychodrame Balint s'exclame, visiblement surpris... «Ah... maintenant, je me souviens..., elle m'a demandé à ce moment-là **si je pouvais tout entendre ...** ».

Le psychodrame est ainsi également pour moi un outil pour retrouver des traces, parfois enfouies. Et contrairement à mes craintes, ce n'est pas la mémoire précisément des échanges qui est le plus important, mais ce que l'on en a retenu, ou encore mieux ce que l'on a tenté d'oublier...

Le « Balint » a *fait évoluer ma pratique*, c'est une évidence.

Ne serait-ce que de penser à une présentation permet de travailler, et parfois suffit à m'apaiser.

Depuis le doublage d'enfants en psychodrame, c'est l'enfant qui est devenu préférentiellement mon interlocuteur lors des consultations...

Je fais attention à ma place, en particulier en visite... des «petits rien» mais si importants.

En débriefing avec des étudiants en supervision indirecte, je me suis surpris à «jouer» le patient pour faire éprouver le ressenti, la communication par la gestuelle...

Plus étonnant, en travaillant sur un rapport pour la chambre disciplinaire, j'ai imaginé ce qui avait pu être le déroulé de la consultation, le ressenti des protagonistes, une relation faussée qui a abouti au

conflit et à la plainte... Le travail effectué en Balint n'est certainement pas étranger à cette élaboration.

Dans *les thèmes* qui surgissent souvent, celui de **la fin de vie** me touche particulièrement.

Il est évident qu'à soixante et un ans, ayant déjà perdu mes parents, des amis, des patients, j'ai une approche personnelle de la mort. Le travail en Balint, en particulier en psychodrame, ne serait-ce qu'en participant, en doublant, sans même présenter un cas, me permet de cheminer. Je pense avoir pris ainsi plus de recul quand à mes souhaits pour le patient... Prendre conscience, appréhender les représentations des patients, leurs traces, et non calquer mes propres certitudes... Être à même d'accepter la contradiction, le refus, l'impuissance...

La difficulté de distinguer le «moi privé» du «moi professionnel»... Il y a encore du «boulot»...

Vous serez bienveillants et indulgents sur la naïveté et la trivialité de certains propos.

La confidentialité et aussi ma réserve ont pu limiter les exemples.

J'ai voulu esquisser et illustrer dans cette courte intervention ce que les «**traces**» représentent pour moi : un *cheminement* qui s'élabore *pas à pas* : lors d'une séance en groupe «classique» ou «psychodrame Balint», mais aussi tout au long du parcours professionnel voire privé.

Pour citer Balint : «Un changement de personnalité limité bien que considérable».

Merci de votre attention.

***Médecin généraliste – 35000 Rennes**

PAS A PAS, SUR LES TRACES...

Le psychodrame Balint une expérience professionnelle de l'intimité

Bernard Le Flohic *

À la consultation, cela va très vite.

Prendre contact, écouter, observer, examiner, tout en réfléchissant, prendre des décisions. Le raisonnement rationnel peut prendre la place et même toute la place. Pas le temps de s'arrêter. On peut prendre des notes, écrire dans le dossier médical le résultat de l'examen clinique, le climat de la consultation. Mais beaucoup file entre les doigts. Que reste-t-il finalement des impressions, du ressenti, des émotions, des sentiments, des pensées, des questionnements, de toutes ces marques de la relation ?

Beaucoup semble disparaître, mais aussi beaucoup reste, s'atténue, se transforme, se développe, resurgit à la fin de la journée, parfois le soir, ou la nuit, à notre insu ou plus consciemment.

Cette perception, cette subjectivité, ce mouvement, qui n'a rien à voir avec la nécessaire rationalité tant recherchée dans la réflexion médicale et qui fait qu'une consultation est unique, pour moi s'impose.

Ce clivage nécessaire, cette prise de distance par l'approche et le raisonnement médical est renforcé par les examens complémentaires du patient qui le transforment en chiffres à travers sa biologie, en imageries sur papier ou sur cd provoque en miroir un clivage en moi-même qui m'éloigne de ma propre subjectivité,

La maladie, pour les médecins, est faite pour être ordonnée, pour être organisée autour de protocoles, de procédures collectives.

La maladie des patients c'est autre chose, c'est du côté vécu personnel. Et pour ça il n'y a plus de protocoles uniques. Je ne peux toutefois, moi médecin, m'extraire, m'empêcher de ressentir, de penser, d'être influencé, dérouté, agacé, paralysé, réjouit, séduit même, par le déroulement du vécu de la maladie des patients,

Au même titre que je ne peux me passer de la lecture d'un électrocardiogramme pour le diagnostic d'une douleur thoracique, il m'est impossible de concevoir la consultation sans être en observation, en

alerte sur son ambiance, sur son déroulement. C'est malgré moi.

J'ai beau exercer ma profession avec de plus en plus de technicité et même la rechercher, la place de la relation s'impose comme au premier jour de la formation lorsque j'étais étudiant puis interne. L'attrait de la technicité n'a pas tué la vigilance à la relation. Elles avancent ensemble, imbriquées avec leurs aléas.

Passer d'un registre à l'autre demande une énergie, confronte à une difficulté, décentre mon attention de la maladie vers le malade, me fait passer d'une expérience objectivante à une expérience subjectivante ; celle du patient et finalement la mienne aussi, de l'ordre de l'intime.

...Puis la fin du jeu de psychodrame est annoncée. Nous revenons nous asseoir.

Que s'est-il passé exactement ?

Je me souviens bien au début de la petite phrase habituelle du travail Balint : «Qui a un cas, une situation à présenter, à proposer ?»

Je me suis lancé. J'ai pris la parole mais je prenais conscience très vite que je n'étais pas tout à fait en train de dire ce que j'avais pensé présenter mentalement quelques temps auparavant.

Plusieurs jeux de psychodrame se sont succédés.

Finalement je retrouve ma chaise ; me voilà assis à nouveau au milieu des autres participants, soignants comme moi. J'avais donné à voir, à entendre, à vivre au groupe cette intimité de mon vécu professionnel à travers une histoire, un récit. Et maintenant tous s'étaient engagés, avaient vécu avec moi ce moment de la consultation partagée. Le trac, la petite émotion du début avaient laissé place à un sentiment de travail accompli.

Chacun, chaque participant, était venu de sa touche personnelle, intime, tel un visiteur, mettre en mouvement, incarner, animer le tableau que j'avais dressé de cette histoire médicale.

J'avais eu une idée, une représentation initiale de cette relation et quelque chose avait changé. Je me sentais libéré, et dégagé. Un passage s'était ouvert où je ne voyais alors pas d'issue.

C'est la grande force déroutante du psychodrame Balint. On prend un train sur le quai d'une gare avec notre petite valise, on avance étape après étape, pas à pas, pour découvrir finalement la destination, initialement inconnue, dans l'étonnement du voyage effectué.

J'avais déjà fait l'expérience de nombreuses fois que lorsque je me remémorais une situation médicale ou lorsque je songeais à un patient avant de me rendre en visite à son domicile ou de débiter une consultation, la représentation mentale que j'avais de ce patient, les émotions, les sentiments qui s'y rattachaient, se trouvaient parfois mis à l'écart dès que je me trouvais à nouveau en sa réelle présence. Une autre dimension alors apparaissait, sans annuler la précédente, pouvait se superposer à elle, pouvait parfois ne pas communiquer l'une et l'autre, un effet particulier de la mémoire, propre à la relation.

J'ai fini par me méfier de moi ; pas me méfier de mes perceptions, de mes émotions ou des sentiments qui me restaient dans l'après coup de la rencontre, qui restaient telles des empreintes, des traces, voire une rumination collante, mais plutôt j'ai fini de me méfier de ce que je faisais de tout cela ensuite.

Souvent j'éprouvais comme un soulagement à faire des allers retours entre le monde de la représentation mentale, du souvenir et la réalité. Est ce une particularité de mon psychisme ? Mon patient intérieur n'est pas totalement celui que je rencontre dans la réalité et pourtant c'est lui qui reste imprimé dans ma mémoire mentale et émotionnelle, Mais en l'évoquant, je ne pourrais que parler de lui. Et c'est de cela qu'il est question dans le récit-jeu du psychodrame Balint.

Ouvrir le champ de la singularité de chaque rencontre ouvre aussi l'exposition à sa propre subjectivité, à sa propre mémoire. Ecouter le récit que font les patients de leur maladie expose à écouter le drame de leur histoire car la maladie n'est pas seulement une limitation du possible mais aussi un drame personnel. Et avoir cette écoute expose.

...Qui a un cas ? Je donne des informations sociales, des données biographiques, des références médicales, scientifiques sur le patient. J'ordonne, je raconte, je présente mes difficultés, mes attentes, mes peurs, mes attirances et mes répulsions. Tout cela, au début, assis.

C'est la relation que j'ai avec ce patient. Un autre soignant avec ce patient raconterait certainement une autre histoire.

C'est pourquoi tous les participants de groupe Balint le savent et l'ont éprouvé : c'est d'une implication unique qu'il s'agit. C'est pourquoi il y a cette pudeur et cette hésitation parfois à présenter un cas. Parce qu'il y a du personnel mélangé au professionnel, de l'intime.

C'est impossible autrement, quoi qu'on fasse.

Écouter c'est déjà un soin. Et écouter un soignant c'est déjà lui donner des soins, à lui soignant, et lui en donner l'expérience, et l'inscrire dans la communauté des soignants.

Cette inversion des rôles est fondamentale.

Le psychodrame Balint est un travail d'enquête fondé sur l'expérience vécue.

Qu'ai je dit, qu'ai je ressenti, qu'ai je pensé ? Si j'ai pensé, parce que des fois on a beau faire on y arrive pas, ou plus du tout. Il s'agit d'une introspection où il est demandé une description spontanée d'une expérience.

Parfois il n'y a que des faits, et on se sent relégué à distance, lointain privé d'un peu de soi-même, parfois tout est flou, emmêlé sans forme, et il est difficile de trouver sa place, parfois aussi on pense trop et il manque de l'épaisseur, du vécu au récit.

En dehors de notre expérience comment pouvons nous rendre compte de notre vécu ?

Il ne s'agit pas de raconter des anecdotes mais bien de faire le récit d'une relation de soin et d'en avoir l'écoute attentive et respectueuse. On est dans l'intimité du soin. Une personne est malade et un soignant est présent.

Il s'agit d'affiner la conscience que l'on a de cette expérience à travers une description fine de notre univers professionnel et de la soumettre à la réflexion, à la pensée et tout autant au ressenti des autres professionnels participants.

Et cela c'est unique car cela ne se fait professionnellement nulle part ailleurs que dans les groupes Balint et de psychodrame Balint.

...Et si je décrivais, ce jour là précisément, cette consultation, celle là qui m'interroge, le lieu de la consultation, celui que je partage, ce que je vois à ce moment précisément, ce dont je me souviens, la position des deux fauteuils placés face à moi de l'autre côté du bureau, la lumière qui traverse la pièce et éclaire de biais ce patient de 86 ans, «Lucien», que je rencontre depuis tant d'années, qui pleure à cette minute là la lente évolution de sa maladie urologique.

Et si je décrivais les objets personnels disposés sur les étagères derrière moi ou ces photos accrochées au mur, ces mêmes objets que je ne remarque presque plus tellement ils font partie du décor, mon décor, mais le leurs aussi aux patients, leur décor, celui que regardent et connaissent les patients et qui laissent entrevoir une partie de moi-même, et qui ce jour là me font ressentir davantage cette intimité partagée.

Cancer de l'urètre, épisodes répétés de globe vésical sur sonde urinaire à demeure, hématuries et toujours consultations en urgence dans un climat de panique. Je reçois toujours de plein fouet sa détresse et l'impérieuse nécessité de trouver une solution au plus vite tant son angoisse est communicative. Nous luttons tous les deux contre les ravages de sa maladie et des blessures psychologiques qu'elle entraîne.

La description de ces lieux que j'en fait ce jour là serait-elle la même pour une autre consultation à un autre moment ou pour un autre patient ?

Et si dans un jeu de psychodrame, je me retrouvais soudainement à jouer mon propre rôle, dans cette atmosphère fictive maintenant face à un collègue qui aurait pris la place du patient pour incarner sa profonde tristesse et son désespoir avec comme pour seul décor ce que j'en aurais dévoilé dans ma description ?

Et si de soignant je prenais la place du patient pour m'asseoir à la place du soigné et voir face à moi un autre moi-même ? Inversion des rôles, vivre quelques minutes à la place du malade, vivre sa vulnérabilité, ses interrogations, sa panique, sa colère, son agressivité, sa passivité, vivre quelques minutes avec cette légère distance d'être soi sans l'être.

Et si écouter, ressentir attentivement maintenant le vécu différent des autres soignants venait révéler les traces non décryptées de la relation soudain mises à un jour.

Qu'est ce que ça pourrait bien changer à ma pratique pour moi, médecin ?

Et puis me revient cette autre scène si dérangement pour moi d'une autre situation de soins. Comment cette petite phrase a-t-elle pu me marquer si durablement : "c'est toi le chef, c'est toi qui décide" m'a dit Larbi, d'un grand sourire ; toute l'équipe médicale l'appelle par son prénom.

Je suis alors en train de régler debout au pied de son lit médicalisé face à lui le traitement antalgique et les perfusions de son hydratation avec l'infirmière à mes côtés.

Il est en soins palliatifs et n'en a que pour quelques semaines encore à vivre.

Et si dans un jeu de psychodrame, je me retrouvais à la place de l'infirmière ou du patient, et si en remontant dans le temps je me retrouvais deux années auparavant à rencontrer pour la première fois Larbi, cette fois ci assis dans son fauteuil, à côté du lit, deux bonnes dizaines de kilos en plus, la casquette vissée à longueur de journée sur la tête dans une consultation à ce moment aussi simple que son sourire et son accent d'Algérie ? «C'est toi le chef». Est-ce bien à cela que je m'attendais en commençant les études de médecine ? Est ce bien comme cela que j'avais imaginé cette responsabilité des dernières heures de vie ?

Cette remontée dans le temps, cette épaisseur de la rencontre à travers les jeux de psychodrame dévoilent et inscrivent dans la durée tous les repères de la relation.

...Notre esprit est capable de vagabonder dans le temps, mais pas notre corps, le corps, lui, est toujours dans le présent... Lorsque nous nous transposons dans le temps, mentalement, notre corps revit réellement les émotions du passé, et avec elles les souvenirs ressurgissent, maintenant, ici.

Et si au détour d'un jeu de psychodrame Balint refaisait surface venant des profondeurs ce qui nous anime vraiment dans la consultation face à ce patient là ?

"Nos émotions ne parlent pas mais elles s'expriment (écrit Christophe ANDRÉ) par des sensations corporelles, des comportements, des pensées automatiques, radicales et simplifiées. Et de même pour les calmer et les apaiser, les mots ne suffisent pas en général, il faut passer par le corps". Il poursuit : "Il s'agit d'une des démarches les plus difficiles de la vie psychique, prendre de la distance envers des pensées chargées, saturées d'émotion, auxquelles on croit, on adhère, et qu'on ne peut guère empêcher ou expulser. On pense aujourd'hui que cette nécessaire distance, il est plus facile de la mettre en place en accueillant et en observant nos états émotionnels, plutôt qu'en s'acharnant à les supprimer, ou pire, en leur obéissant. C'est sur leur influence que nous devons agir, pas sur leur présence".

Le psychodrame Balint est un observatoire et répond tout à fait à cela. Il accueille cette intimité professionnelle pour qu'elle prenne toute sa place, et vienne transformer le patient intérieur du soignant et le soignant lui même dans son identité de soignant.

Souvent, dans l'après coup d'une séance de psychodrame Balint, on se retourne et derrière soi on est tout surpris des traces que cette séance a laissées.

***Médecin généraliste - 45410 Artenay**

HORS DES JOURNÉES DE L'AIPB

VOIR L'AVENIR DE LA MÉDECINE AVEC D'AUTRES YEUX

Christian Linclau *

Ceci est une traduction d'un exposé donné lors de la journée internationale Balint qui a eu lieu du 11 au 15 septembre 2019 à Porto sur le thème : « Seeing medicine through other eyes » « voir la médecine avec d'autres yeux »

L'art des soins médicaux est l'art de vivre et de mettre en pratique nos valeurs du mieux possible.

Ces valeurs supposent que la vie est sacrée, que la santé est notre cible et que les soins sont la seule réponse à la souffrance. J'imagine que ceci est évident pour vous comme pour moi. Mais tout le monde ne partage pas ce point de vue, et curieusement même des soignants!

Par exemple, certaines personnes pensent que la médecine ne devrait être qu'une science.

Même si nous consacrons beaucoup d'énergie à intégrer les connaissances scientifiques sur la maladie et ses traitements et même si cela absorbe la majeure partie de notre temps professionnel, les robots feront bientôt mieux que nous, et ce n'est pas de la science-fiction. Les radiologistes le savent déjà : l'intelligence artificielle fait moins d'erreur qu'eux.

D'une certaine manière, ce n'est pas un scandale. Il faudra beaucoup de temps pour changer notre vision des choses. La pensée artificielle sera inévitable et nécessaire pour s'attaquer aux maladies et aider à leurs traitements, mais l'art de nouer des relations avec le patient et la manière de l'accompagner tout au long de sa maladie occuperont une place prépondérante dans notre pratique, ce qui sera une bonne chose.

Nous devons nous concentrer sur «le médecin, son patient et la maladie».

Au-delà des symptômes objectifs pouvant être traités à partir d'une liste dans une base de données, le patient se présente à nous comme un véritable paysage quand il entre dans notre cabinet de consultation.

«**Paysage**» est le premier concept que je veux pointer. Je l'ai emprunté au psychiatre français Jean Oury¹⁰, dont le travail mérite d'être connu.

En bref, je cite : «*paysage, c'est la vision globale que vous obtenez sans y penser*», c'est ce que Jacques Lacan¹¹, un psychiatre français plus connu, appelle «*l'instant de voir*».

Nous pouvons trouver cette vue globale belle ou triste. Ou bien c'est un détail qui attire notre regard et nous met mal à l'aise sans que nous puissions cependant l'identifier.

Cette première étape instantanée est directement liée à ce que nous pouvons appeler **la présence**. En effet, pour être sensible au paysage, nous devons nous arrêter et être présent à la personne qui se présente à nous comme le dit Jean Oury.³

Dans sa description du paysage, Jean Oury³ se réfère à la nouvelle de Edgard Allan Poe : « The Purloined Letter » parue en décembre 1844 que l'on peut traduire par « La lettre volée ou dérobée », où les policiers ne voient pas la lettre volée parce qu'elle est trop en évidence, parce que leur logique de chercheur à ce moment est dupée par la ruse du voleur. Les policiers suivent leur propre logique : un voleur doit cacher ce qu'il a volé, mais ici le voleur a choisi d'agir autrement.

La question porte bien sur «l'autre» et tout ce qui va avec «l'autre». Gardons cela à l'esprit.

Parfois, on ne peut rien dire d'autre qu'un «waouh» devant un paysage, mais ça peut être suffisant.

Cela me rappelle une patiente de cinquante ans, qui avait l'air soignée, sans maquillage, un peu

¹⁰ Jean OURY, "Alors, la vie quotidienne ?"

Séminaire de Ste Anne septembre 1986, La Borde.

¹¹ LACAN J. (1966) : Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée,

in : Ecrits. Paris, Seuil, pp. 197-213.

³ Jean OURY, ibidem

fatiguée, elle m'a regardé et m'a demandé un bilan médical. Elle m'a dit que son mari ne voulait pas qu'elle se soigne, car il disait qu'elle était en forme et n'avait rien. À ce moment-là, j'ai vu un paysage triste et déprimé et j'ai juste exprimé ma surprise : « Ah bon ? ».

Ensuite, je lui ai fait faire un bilan qui était effectivement rassurant. Dix ans plus tard, elle est revenue me voir, son mari était mort et elle m'a rappelé le jour où je lui ai dit : « Ah bon ? ». J'avais oublié bien sûr. À partir de ce moment-là, nous avons partagé beaucoup de choses sur la santé, la prévention, le besoin d'être aimé, l'importance de la confiance, que son mari ne lui avait pas accordée, et la difficulté de se débarrasser de l'influence de quelqu'un.

Bien sûr, tout cela était déjà là lorsque nous nous sommes rencontrés pour la première fois, quand j'avais prononcé le : « Ah bon ? ».

«Le paysage est quelque chose que nous devons cultiver, (a déclaré Jean Oury³) c'est un travail introspectif, une préparation à l'aperception du monde ». L'aperception signifie, dans le même temps, la manière dont nous appréhendons notre perception de l'objet que nous voyons et l'acte d'en être conscient. Et Oury ajoute : *"cela fait partie d'une certaine manière d'être dans la vie quotidienne"*

Ceci est intéressant et je pense que nous devons nous entraîner et développer nos compétences pour acquérir des capacités dans ce domaine et les appliquer dans notre vie quotidienne. C'est ce que les groupes Balint m'ont appris depuis le début. Tous les membres des groupes Balint savent pertinemment qu'un changement de point de vue se produit dans notre façon de pratiquer la médecine.

Notre priorité est plus de prendre en charge des situations complexes que d'assurer de simples diagnostics et traitements.

De ce monde hyper connecté résultera une plus grande complexité humaine. Des questions importantes découlent de cette hyper connexion : qu'est-ce qui est public et qu'est-ce qui devrait rester privé dans ce flux de réseaux sociaux devenus si importants ? Que sommes-nous censés faire avec la solitude croissante évidente des personnes qui se sentent isolées dans la vie réelle même si elles ont des milliers d'amis virtuels ?

Qu'en est-il du monde virtuel : bien que l'immersion grâce aux casques de réalité virtuelle soit un outil d'apprentissage étonnant, il peut augmenter le nombre de personnes déconnectées de la réalité.

Nous pouvons penser que se multiplieront les difficultés auxquelles nous devons faire face à l'avenir. Je pense par exemple à l'excellente présentation du Dr Salinsky⁴ à Metz en 2015, où il a interrogé, avec son éloquence habituelle, la difficulté pour un patient de rencontrer un médecin différent chaque fois qu'il consulte et de voir que son dossier médical informatisé semble plus important que lui-même.

Le personnel soignant devra à l'avenir encore plus communiquer avec le patient et résister à la tentation de l'utilisation de produits standard uniformes et de médicalisation simpliste.

C'est également un paysage qui est présenté au groupe par un participant lorsqu'il parle d'un cas. A l'instar des peintres, les collègues expriment leurs différentes perspectives selon leurs points de vue. S'il existe des points de vue opposés ou contradictoires, ils amélioreront les contrastes dans le paysage. Cela ouvrira une vue plus riche et précise du cas présenté. Grâce à cela, nous apprenons à prendre conscience de notre état intérieur devant la vue qui nous est donnée. Ce n'est pas la peinture elle-même qui change mais d'un coup nous comprenons mieux ce qui nous a bouleversé ou inquiété lorsque nous l'avons vue pour la première fois. Une partie du paysage qui nous était dérobée apparaît bientôt, comme la « lettre volée » d'Alan Poe.

Ce changement de point de vue peut redonner un peu de vie à la relation mais apporte également une nouvelle forme d'existence et de connaissance du malade.

Je fais référence à l'assertion de Winnicott⁵.

Je cite :

"Ne pas être vu par la mère ... signifie ne pas exister ... l'enfant ne peut pas prendre le risque de regarder sa mère si regarder dessine un blanc ; il lui faut obtenir de ce qu'il regarde quelque chose de lui. »

C'est une équation assez compliquée. Pour s'assurer que le patient peut exister, le soignant doit le regarder et voir quelque chose de lui, ou d'elle. Cela signifie que si nous voyons quelque chose dans le paysage du patient qui correspond à ce qu'il est, le patient peut ressentir sa propre existence. Ou au contraire, si le patient rencontre le vide ou l'indifférence de la part du soignant, il ne peut même pas risquer de montrer quoi que ce soit sur lui-même

⁴ John SALINSKY, "Continuity of care : does Balint have a role ?", 19th International Balint Congress, Metz, France

⁵ Adam PHILLIPS, "Winnicott", Fontana Press, 1988, Londres.
En français : édition de l'olivier, 2008

car il tombera dans un abîme de non-existence. Dans ce cas, les soignants perdent leur humanité.

Si nous sommes capables de nous ouvrir et de prendre conscience de l'état du patient, cela changera son point de vue sur lui-même.

«Nous», ici, fait référence au personnel médical, aux politiciens et au monde social dans son ensemble. Le vrai problème est : qu'en est-il du patient si le médecin devient un robot ?

Si les aidants ne sont payés que pour faire de la paperasse ? Encore une fois, qu'en est-il du patient si «prendre soin de» n'est pas payé ou tout simplement pas valorisé ? Si le traitement du patient n'est remboursé que si une pathologie est reconnue ?

Actuellement déjà, les patients ont besoin d'une reconnaissance officielle de leurs souffrances pour être traités !

C'est pourquoi, après le paysage, je veux mettre en évidence un autre mot : **souffrance**.

Car ce qui est en jeu quand on est malade, c'est la souffrance qu'elle génère. Rien n'est plus difficile que d'être présent à la souffrance de quelqu'un d'autre. La rencontre avec la douleur des autres est toujours extrêmement traumatisante.

Wilfred Bion⁶ a même déclaré dans ses dernières lettres de 1979 qu'il y avait une sorte de danger dans chaque rencontre. Je cite : *«Lorsque deux personnalités se rencontrent, une tempête émotionnelle survient. S'ils établissent un contact suffisant pour prendre l'autre en compte ... le trouble qui en découle risque peu d'être considéré comme une amélioration de ce qu'aurait été la situation s'ils ne s'étaient jamais rencontrés. Mais après leur rencontre et cette tempête émotionnelle tous deux pourraient décider de tirer le meilleur parti d'une mauvaise situation.*

Le défi est d'en tirer le meilleur parti, de faire de son mieux.

Une simple rencontre peut engendrer le chaos, des troubles et des émotions intenses, difficiles à supporter. Cultiver la rencontre avec l'autre n'est ni facile ni évident, surtout quand l'autre souffre.

Comment pouvons-nous donner un sens à cette tentative très difficile de créer un pont avec le patient souffrant ?

Paul Ricœur⁷ a déclaré, je cite : *«Lorsque nous rencontrons un patient souffrant, nous réalisons qu'il souffre de quelque chose de plus que la seule douleur liée à sa maladie»*. Il dit que la souffrance semble jeter celui qui souffre dans une crise où il est séparé de tout le monde.

La douleur isole et, selon Paul Ricœur, il existe quatre niveaux de séparation :

1. Au plus bas degré, le souffrant se vit comme unique. Autre que tout autre, son expérience est insubstituable.
2. Au degré suivant, l'expérience vive est incommunicable, l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider ; entre lui et moi, la barrière est infranchissable : c'est la solitude du souffrir.
3. À un degré de stridence plus intense, l'autre peut sembler être mon ennemi, celui qui me fait souffrir : c'est la blessure du souffrir.
4. Enfin au plus haut degré de virulence, la maladie peut se vivre comme une malédiction pour laquelle on a été élu. C'est là que vient la question du « pourquoi moi », « pourquoi tout cela » : c'est l'enfer du souffrir.

En effet, dans notre désir de rejoindre notre patient, quelque chose nous sépare venant du plus profond de lui : son incapacité à dire, son incapacité à faire, son incapacité à faire face à sa maladie. Comment rester présent à lui ?

L'art consistera à atteindre ce qui est caché, ce qui n'est pas immédiatement accessible par notre compréhension, ce qui reste obscur chez l'autre. Respecter l'autre signifie que nous devons accepter que quelque chose qui existe ne sera jamais accessible. La partie qui le rend unique, sa part obscure, ne peut pas être transmise. Mais quand nous sommes vraiment présents, l'autre change quelque chose dans notre propre paysage qui, en tant que soignants, est important à prendre en considération et déjà pas facile à gérer.

Nous nous sommes laissés secouer ; cela signifie que nous avons répondu présent avec nos

⁶ Wilfred BION: séminaires cliniques et quatre communications (p321 à 332). Londres : Karnac 1994.
Il a décrit l'analyse comme un "travail difficile", "un métier dangereux", et l'expérience analytique comme "potentiellement désagréable pour l'analyste et l'analysé ... comme être en mer - c'est aussi orageux pour les deux personnes."

⁷ "Souffrance et douleur : autour de Paul Ricœur", PUF, 2013, Paris

propres souffrances primitives. Ce niveau de souffrance, dont nous n'avons pas immédiatement conscience, nous ramène aux premières fois où nous avons été confrontés à l'autre ; à la première expérience de colère à propos d'une perte irremplaçable, de l'insubstituable et de l'infranchissable ; le préjudice et la blessure de la haine et l'enfer de l'abandon. C'est une souffrance archaïque, mais, plus tard, il y aura la conscience de notre propre existence et la souffrance de notre finitude. Nous devons nécessairement ressentir toutes ces émotions pour entrer en contact avec notre patient, pour créer des chemins et des ponts entre deux continents humains. Ne pas comprendre pour que l'autre devienne identique, mais pour être présent à l'immensité de sa solitude et à la conscience de la diversité humaine. J'ai peut-être dit tout cela pour ne dire que ce qui suit : **si les robots veulent être meilleurs que nous, ils devront toucher à la souffrance...** et ce n'est pas pour maintenant.

Néanmoins, la principale question est de savoir quoi faire de nos souffrances.

Dans les groupes Balint, pour faire face à toutes ces rencontres traumatisantes (en référence à Bion), nous pouvons trouver le début d'un éclairage et de l'aide grâce au soutien et à l'effet tampon du groupe.

Dans nos groupes Balint, nous appliquons les valeurs humaines que j'ai décrites au début.

En conclusion, je veux citer un dernier mot également emprunté à Jean Oury : le mot **constellation**.

L'étoffe de la vie est tissée de multiples fils qui entremêlent liens, souffrance et finitude. Il n'y aura pas de logiciel de relation standard pour réparer ce tissu. Seule une personne soignante ou une équipe de soins réagira de manière appropriée à un patient donné dans un paysage unique.

L'avenir de la médecine dépend d'une relation de bonne qualité entre tous les membres des équipes soignantes. En suivant ces idées, l'avenir des groupes Balint est assuré, car les gens auront besoin de notre aide. Cependant, il ne sera pas facile de défendre nos valeurs car elles ne peuvent pas être prouvées scientifiquement, elles ne sont que de l'humain, l'homme avec sa fragilité et ses faiblesses. En effet, le groupe Balint constitue, membres, leaders et cadre ensemble, une constellation autour du problème du patient. Une constellation est un ensemble d'étoiles singulières dont l'interdépendance repose sur l'attraction gravitationnelle, la plus petite des quatre forces physiques de la nature.

Dans les groupes Balint, nous travaillons sur cette toute petite force pour comprendre la souffrance de notre paysage humain quotidien.

***Médecin généraliste.**

Membre du Conseil d'Administration de la Société Balint Belge.

Organisateur de la conférence de printemps Balint en Belgique.

Membre du groupe de travail de la Fédération Internationale Balint.

Walcourt – Belgique

christian.linclau@fulladsl.be

INFORMATIONS

Liste des animateurs en 2020

International

JEAN-PIERRE BACHMANN	15 rue des Sources, 1205 Genève jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53
MADELEINE BLASER-JOSS	3 rue Mercerie, 1003 Lausanne madeleine_joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
CHRISTIAN BOURDY	christian.bourdy@sympatico.ca	00 41 22 800 34 30
YSÉ COULONDRE	ysecko@bluewin.ch	00 15 14 38 14 241
SUZANNE DÉJOIE	887 rue Dollard Outremont, H2V3G8, Montréal Qc, Canada suzdej933@gmail.com	00 32 10 22 24
DANIEL DURIGON	daniel.m.durigon@gmail.com	00 41 78 200 42 10
PHILIPPE HEUREUX	ph.heureux@skynet.be	
LOUIS LEPAGE	Louis.lepage@icloud.com	
ALMUT NAGEL-BROTZLER	Hermann-Beuttenmüller-Strasse 14, D-75015 Breten Allemangne kontakt@nagel-brotzler.de	00 49 72 52 9745 576
ESTI RIMMER	Newcastle st_rimmer@yahoo.co.uk	00 39 033 540 22 48
PIERO TRUCCHI	CP 1234 16121 Genova Poste Centrale via Dante 4 piero.trucchi@virgilio.it	

Liste des animateurs en 2020

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	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
CAROLINE DAUCHEZ	3 rue Edgard Quinet, 93300 Aubervilliers caroline.dauchez@gmail.com	06 15 96 36 79
MONIQUE DE HADJETLACHÉ	330 rue de Calvisson Bizac, 30420 Calvisson monique.de-hadjelache@orange.fr	04 66 01 45 72
CHRISTIANE D'OLIER	1 impasse de la Tramontane 34725 St André de Sangonis. xianedolier@yahoo.fr	04 67 05 03 75
ANDRÉ ESNAULT	12 rue Gustave Flaubert, 35000 Rennes y.a.esnault@laposte.net	02 99 50 64 25
MARIE HEYMAN	6 Halgault 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
SIMONE LEDRU	35 rue de la Briqueterie 72000 Le Mans simoone.ledru@club-internet.fr	06 43 31 06 58
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	156 cours Albert Thomas, 69008 Lyon syjauset@gmail.com	06 22 07 08 46
LUC STEIMER	337 route Neuve, 30120 Le Vigan steimerlc@free.fr	06 81 26 16 81
PAUL TIVOLI	4, rue Alexandre Coupin, 13013 Marseille yvette.tivoli@orange.fr	04 91 70 27 79

GROUPES REGULIERS EN 2020 EN FRANCE

BORDEAUX

- Une rencontre annuelle de quatre séances en une journée alternant Balint et psychodrame Balint,
Animée par Mme Maud Sauvageot et la Dre Marie-Noëlle Laveissière.
Organisatrice à contacter : Dr Michèle Bonal : 06 86 41 63 85 - docteur.bonal31@orange.fr

GRENOBLE

- 1 samedi tous les 2 mois (4 séances)
Mme Annie Bouillon : 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 et Dr Jean-Pierre Bachmann 00 41 22 321 53 53
- Groupe mensuel, Balint et psychodrame Balint, le mercredi
Mme 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.
Animé par la Dre Sylviane Roset-Jault : 04 78 00 02 20 et Mme Beatrice Brac de la Perrière : 04 74 66 57 93

PARIS

- Groupe animé par le Dr François Berton 06 11 82 07 77 et la Dre Marie-Noëlle Laveissière 06 63 99 98 12.
Deux séances le samedi après-midi tous les 2 mois.
- Groupe dans le cadre du diplôme inter universitaire de sexologie et de psychologie humaine, faculté de médecine de Bobigny. Dre Caroline Dauchez 01 42 40 68 18

PAU

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

RENNES

- Groupe psychodrame Balint et Balint samedi après-midi tous les deux mois animé par Mme Yvette Esnault 02 99 50 64 25 et le Dr Michel Robinot 02 99 80 24 54
- À la faculté de médecine de Rennes :
- Sept séances de travaux dirigés de 1h30 sur un trimestre pour les externes de 4^e, 5^e et 6^e années dans l'UV Optionnelle de Psychologie Médicale (Balint et psychodrame Balint).
- Six séances de 2 h pour les internes en médecine (Balint ou psychodrame Balint selon les années).
S'adresser au Dre Marie Heyman 06 82 63 73 64

TOULOUSE

- Un groupe trimestriel, 9h - 17h Dr Michèle Bonal 06 86 41 63 85 et Dr Luc Steimer 06 81 26 16 81

GROUPES RÉGULIERS EN 2020 HORS DE FRANCE

GENÈVE (et proche)

- Groupe destiné aux psychothérapeutes de formation psychanalytique
Un mardi toutes les deux semaines, de 20h à 21h30 pendant la période scolaire.
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann, psychiatre, psychanalyste (SSPSa) et le Dr Daniel Durigon
Des places restent disponibles
- Groupe pour médecins somaticiens
Un mardi par mois de 19h15 à 20h45, de septembre à juin. Places disponibles
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann et la Dre Ysé Coulondre, pédopsychiatre, psychanalyste, médecin associée en pédiatrie 022 321 53 53 ou fax 022 321 53 30
Séminaire reconnu par l'Association Romande pour la Formation en Médecine Psychosomatique et Psychosociale (certificat de formation continue, Université de Genève)
- Groupe ouvert au personnel soignant/es des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et aux médecins externes aux HUG
Quatre demi-journées par an, de janvier à avril
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann et la Dre Ysé Coulondre,
Lieu : Unité de Liaison (pédopsychiatrie), 51 bd de la Cluse, 1205 Genève.
- Groupe de Psychodrame dans le cadre de la formation universitaire en psychothérapie psychanalytique (Certificate of Advanced Studies – Université de Genève)
Dix demi-journées par an
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann et la Dre Giuliana Canonica-Hemmler
Clinique de Belle-Idée, Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1226 Thônes

LAUSANNE

- Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint
Mme Blaser-Joss 00 41 21 323 48 74 et Dr Gilbert Siegrist 00 41 22 734 34 83)

QUÉBEC

- Huit séances par année, de septembre à mai, le troisième mercredi du mois à Montréal
Suzanne Déjoie 00 15 14 381 4241 Christian Bourdy 00 15 14 33 82 222
Louis Lepage louis.lepage@icloud.com

Des moments à noter sur vos agendas

Les XXVIIèmes Rencontres de l'AIPB

samedi 10 octobre 2020

à PARIS

*Le thème et le lieu précis seront indiqués
sur notre site : www.psychodrame-Balint.com*

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



Journées Balint d'Annecy

Dates : du 9 au 12 mai 2020

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



Un groupe de psychodrame Balint en allemand sera animé par la Dre Almut
Nagel-Brotzler et Mme Madeleine Joss pendant les

Journées Balint de Fribourg du 3 au 5 avril 2020

Voir le site :

<https://www.Balintgesellschaft.de/tagungen/2020/29-freiburger-Balint-tagung/>

Consultez le site de l'AIPB

www.psychodrame-Balint.com