

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



TOUCHER, ÊTRE TOUCHÉ

Quelle place pour le corps et quelle place pour la parole dans le soin ?

Toulouse - novembre 2021

AUJOURD'HUI COMMENT GARDER LE SENS DE LA RELATION ?

Clermont-Ferrand - octobre 2022

N° 20 - Octobre 2023

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 : 117522840275

Siège : c/o Dr François Berton

62 rue Charlot

75003 Paris

Fondatrice : Anne Caïn †

Membres d'honneur

Lucien ISRAEL †

Michel SAPIR †

Arthur TRENKEL †

Michèle LACHOWSKY

Présidente

Michèle BONAL

Vice-Présidente

Marie-Noëlle LAVEISSIERE

Secrétaire et adjoint

Luc STEIMER Sébastien Lévy

Trésorier et adjointe

Nicolas NUSSLI

Monique de Hadjetlaché

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

Annie Bouillon

333 chemin de Plate Rousset

38330 Biviers

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.

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...

Illustration de couverture :
Peinture sur toile de Michel Simonnet

S o m m a i r e

EDITORIAL _____ 7

RENCONTRES DE TOULOUSE

novembre 2021

XXVII èmes rencontres de l'AIPB : Toucher, être touché.

Quelle place pour le corps et quelle place pour la parole dans le soin ?

Argument de la journée _____ 11

MICHELE BONAL

Introduction _____ 13

JEAN-PIERRE BACHMANN

Toucher sans toucher _____ 17

PIERRE CASEDEVANT

Est-il possible de soigner sans toucher ? Sans être touché ? _____ 23

HENRY NACCACHE

Intranquille traversée _____ 27

FRANÇOIS BERTON

Effleurer... _____ 31

RENCONTRES DE CLERMONT-FERRAND

octobre 2022

XXVIII èmes rencontres de l'AIPB : Aujourd'hui comment garder le sens de la relation ?

Argument de la journée _____ 39

MICHELE BONAL

Introduction _____ 41

MARIE HEYMAN

S'adapter... et continuer à s'investir dans la rencontre singulière _____ 43

NICOLAS NUSSLI

Se garder de la panne des sens _____ 47

Sébastien LÉVY

Ne me vois pas... regarde-moi _____ 51

EN SOUVENIR ... _____ 55

INFORMATIONS ... _____ 65

Editorial

Voici le 20ème exemplaire de nos cahiers, regroupant les textes des interventions des XXVIIèmes et XXVIIIèmes rencontres à Toulouse (novembre 2021) et Clermont-Ferrand (octobre 2022).

Près de quatre ans ont passé depuis la parution de notre précédent cahier ! La pandémie mondiale de Covid 19, nous a conduit, après confinement à annuler nos rencontres prévues à l'automne 2020. Nous avons alors réalisé, pour notre assemblée générale, une rencontre par vidéo.

Enfin en novembre 2021 nous avons pu nous retrouver à Toulouse, heureux de ces rencontres "pour de vrai"!

Alors que le télétravail avait été mis à l'honneur dans presque tous les domaines du soin, c'est tout naturellement que notre thème a interrogé le "toucher".

C'est Jean-Pierre Bachmann qui, après l'introduction de notre présidente, a apporté son témoignage d'un travail clinique dans les conditions particulières de la pandémie. Il nous a bien montré comment les soins pouvaient se poursuivre, et même s'enrichir de la situation amenée par le télétravail.

Puis Pierre Casedevant a apporté son regard de médecin généraliste sur la complexité de cette période mais aussi de balintien ressentant le soutien de son groupe pendant ses consultations.

Henry Naccache, lui, a abordé l'évolution sociétale du soin dans nos pays à notre époque, posant la question : " Est-ce l'émergence d'une autre norme du soin qui vient réduire le champ de l'examen « sensible » du patient ? ". Il a développé sur " l'intranquilité " tant du patient que du soignant.

François Berton, pour sa part, avec sa verve habituelle, nous a invité à une promenade dans tous les sens (les 5 sens mais aussi beaucoup de directions), du prix Nobel de médecine aux neurotransmetteurs et au gène du toucher, amenant lui aussi, dans sa conclusion, une pensée sur ce qui nous a tant éprouvé pendant plusieurs mois, la distance.

À l'automne 2022 nous avons organisé à Clermont-Ferrand, les XXVIIIèmes rencontres sur le thème "Aujourd'hui, comment garder le sens de la relation ?".

Marie Heyman a présenté son travail auprès des étudiants en faculté à Rennes, tout entier tourné vers l'aide à l'attention au-delà des protocoles pour trouver la plus juste distance avec les patients.

Nicolas Nussli, lui aussi, est revenu sur un travail qu'il a engagé depuis plusieurs années pour faire connaître le psychodrame Balint aux étudiants en médecine. Disant comment notre méthode les aide à retrouver et garder le sens de leur engagement dans la relation à leurs patients.

L'après-midi, Sébastien Lévy a pointé l'importance de cet invisible qui est si présent et doit être ressenti derrière le "regarder" et le "voir". Puis Piero Trucchi nous a beaucoup ému en nous faisant part d'une situation qu'il avait intitulée "Mouvement dans l'aventure des soins" mais que pour des raisons de confidentialité nous ne retrouverons pas dans ce cahier .

En hommage à quatre collègues disparus depuis 2020 nous vous proposons des extraits de leurs interventions dans nos journées de rencontres, les textes complets peuvent être retrouvés dans nos anciens cahiers.

Enfin vous trouverez à la fin de ce cahier des informations sur la vie de notre association et nous invitons ceux qui le souhaitent à l'enrichir de leur participation active. N'hésitez pas à consulter et faire connaître notre site www.psychodrame-balint.com, un regard sur toutes nos activités.

Luc Steimer

RENCONTRES DE TOULOUSE

XXVII èmes rencontres de l'AIPB

Hôtel Mercure Compans Caffarelli ; boulevard Lascrosses 31000 Toulouse - France

TOULOUSE

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

TOUCHER, ÊTRE TOUCHÉ

QUELLE PLACE POUR LE CORPS ET QUELLE PLACE POUR LA PAROLE DANS LE SOIN ?

Argument de la journée

Les soignants, en première ligne depuis le début de l'épidémie, ont accueilli les patients dans des conditions souvent nouvelles, avec une distance choisie ou imposée (consultations téléphoniques, téléconsultations). Il y a eu aussi les consultations avec masques, visières, gants, sur-blouses même parfois, qui rajoutaient aussi une distance supplémentaire.

Que reste-t-il alors de ce toucher de la main du soignant sur un corps souffrant, inquiet, tendu ? Le toucher qui donne au soignant des informations pour son diagnostic, mais qui peut aussi en retour rassurer, apaiser...

Et au-delà, qu'en est-il de ces instants où l'un comme l'autre des deux partenaires, en relation dans le soin, vivent un moment qui, au plan intellectuel, affectif, symbolique, les amènent à se rejoindre, à se comprendre, à être touchés l'un par l'autre ?

Nous vous proposons de nous interroger sur la qualité des liens qui permettent et assurent la continuité des soins, sur ces rencontres où la présence, la proximité des individus, les paroles aussi, font que, l'un comme l'autre, soigné comme soignant, partagent et échangent dans un moment dont chacun sortira différent, et, nous l'espérons pour nos patients, mieux qu'avant cette rencontre.

Introduction à la journée de Toulouse

Michèle Bonal*

C'est avec un grand plaisir que Luc Steimer et moi-même ouvrons les 27^{èmes} journées de rencontre de l'Association Internationale de psychodrame Balint.

Je vous souhaite la bienvenue dans notre ville de Toulouse où l'histoire de nos groupes est bien ancrée depuis 1992. Nous avons été accueillis par le collègue de gynécologie du midi pour des ateliers de découverte du psychodrame Balint et pour un groupe régulier animé par Michèle Lachowsky, puis Marie-Noëlle Laveissière et Luc Steimer. Nous animons des ateliers de psychodrame Balint dans le cadre de l'enseignement universitaire des diplômes de sexologie de l'Université Paul Sabatier ; le groupe régulier de psychodrame Balint de Toulouse existe depuis 2007. Toulouse est aussi depuis plus de 10 ans un lieu de rendez-vous régulier pour les formations mises en place avec l'AFB¹ dans le cadre de l'ANDPC².

Aujourd'hui des participants de ces différents groupes sont présents et nous les remercions de leur participation. En raison des contraintes sanitaires, nous regrettons vivement l'absence de certains membres et animateurs de l'AIPB, en particulier nos collègues de l'international. Certains d'entre eux sont connectés à notre journée.

Initialement grâce à l'invitation du Professeur Éric Huyghe, nous étions accueillis dans les locaux du centre Paul Riquet et nous le remercions chaleureusement de son aide à l'organisation.

Ces locaux étant réquisitionnés dans le cadre de la pandémie due au Covid, nous avons dû opter pour l'hôtel Mercure Compans Caffarelli qui permettra nous l'espérons, une journée confortable pour tous.

L'année 2020 a vu l'annulation ou le report de la plupart de nos projets, et en particulier nous avons dû à contre-cœur annuler la journée de l'AIPB d'octobre 2020 prévue sur le thème « Patients et soignants inquiets : s'écouter et s'entendre pour faire face » Ce thème était en écho avec le climat d'incertitude que nous ressentions.

En janvier 2021, un groupe de travail s'est constitué pour la préparation de la journée de rencontre pour 2021 ; cela nous a donné l'occasion de nous réunir régulièrement en visio conférence. Outre la fonction de maintenir nos liens et de rester présent les uns aux autres, il me semble que ces réunions de préparation, comme le disait Annie Bouillon dans son introduction des journées de 2006, ont permis de continuer à faire vivre « un certain Esprit Balint de partage et de recherche ».

Nous pouvons enfin lever les yeux et entrevoir l'avenir qui se profile pour nos professions de soins. Au-delà d'une politique de santé publique obnubilée par le contrôle, la question qui reste vive est comment préserver le libre arbitre des soignants et rester libre dans la relation avec nos patients.

Le travail de formation et de recherche dans les groupes de psychodrame Balint offre un espace-temps où les liens de la rencontre deviennent plus visibles : au-delà des aspects techniques et répétitifs des consultations de soins la subjectivité du patient et la subjectivité du soignant peuvent se révéler ; le plaisir de la relation est retrouvé.

¹ Association de Formation Balint

² Agence Nationale du Développement professionnel Continu

À la lumière des expériences de distanciation vécues pendant cette situation sanitaire exceptionnelle c'est la question du « toucher » qui nous a paru le mieux questionner aujourd'hui la relation de soin.

La pratique médicale est de plus en plus technicisée et on examine le corps à l'aide d'instruments. Le diagnostic clinique est aujourd'hui essentiellement basé sur les examens radiologiques ou endoscopiques qui explorent le corps dans son intériorité et le sens visuel semble prendre le pas sur le toucher.

Je cite Anne Vincent-Buffault dans l'Histoire sensible du toucher :

« Dans l'univers du travail la mécanisation, l'informatisation entraîne une perte de l'usage habile du toucher, négligé dans la conception des organisations et des dispositifs matériels. La technisation des soins tend également à effacer le travail invisible du toucher des soignants. Les technologies développent des pratiques qui mettent à distance plus qu'elles ne rapprochent. La numérisation des informations transmises par le clavier, la tablette, l'écran tactile, favorisent l'indexation, instrument de contrôle autant que de classement. »

D'où la question que pose notre argument :

**« Toucher, être touché
Quelle place pour le corps
et
quelle place pour la parole
dans le soin ? »**

(Lecture faite alors de l'argument
présenté page 11)

Voilà : je laisse la place aux communications qui vont suivre et venir éclairer le thème de cette journée. Les conférences seront suivies d'une pause puis du travail en groupes de psychodrame Balint. La constitution des groupes et les salles seront affichées pendant la pause.

En dernier point mes remerciements à Luc pour la belle plaquette qu'il a préparée pour nous et pour son aide concrète, rassurante et efficace dans l'organisation de cette journée.

Je vous souhaite une journée riche d'expériences et de rencontres.

*** Médecin gynécologue. Sexologue.**

31850 Montrabé - France

Présidente de l'AIPB

En complément voici un texte³ choisi par Jean Pierre Bachmann qui s'applique tellement bien au thème de notre journée :

Mon médecin, auquel j'étais particulièrement attachée - c'était un juif au visage flasque dont les épaules semblaient ployer sous le fardeau d'une douce tristesse, qui avait perdu ses grands-parents ainsi que 3 tantes dans les camps, comme il l'avait raconté à une infirmière, et qui vivait à New York avec sa femme quatre grands enfants - mon médecin, donc, a dû s'émouvoir de mon sort. Il a fait en sorte que mes filles - cinq et six ans - puissent me rendre visite, à condition qu'elles ne soient pas malades.....

.....au même instant, le médecin a franchi la porte de ma chambre.

Mesdames, a-t-il dit en hochant la tête.

Comme la veille, il s'est avancé vers ma mère et lui a serré la main.

- Comment va-t-on ce matin ?

Aussitôt il a tiré le rideau qui entourait mon lit, me séparant de ma mère. Je l'aimais pour de nombreuses raisons, l'une d'elles étant sa façon d'isoler nos tête-à-tête. J'ai entendu la chaise de ma mère bouger et j'ai compris qu'elle était sortie.

Le médecin m'a tenu le poignet pour prendre mon pouls et quand, comme chaque jour, il a doucement soulevé ma blouse pour regarder ma cicatrice, j'ai observé ses jolies mains, ses doigts potelés, son alliance toute simple en or qui scintillait ; il pressait doucement le pourtour de la cicatrice et scrutait mon visage pour y déceler une trace de douleur. Il m'a interrogée d'un haussement de sourcils et j'ai secoué la tête. La plaie cicatrisait bien.

- ça cicatrise bien, a-t-il déclaré

- oui, je sais.

Et nous nous sommes souri, car nous sentions que tout cela avait une signification : ce n'était pas de la cicatrice que mes complications venaient. Je veux dire que ce sourire était notre prise de conscience de *quelque chose*. Je me suis toujours souvenue de cet homme. Pendant des années, c'est en songeant à lui que j'ai versé des dons à cet hôpital. Et j' ai pensé - j'y pense encore à cet instant - à l' expression « l'imposition des mains ».

³ Tiré du roman d'Elizabeth Strout « Je m'appelle Lucy Barton ». Traduit de l'anglais. Le Livre de Poche, 2019

TOUCHER SANS TOUCHER

*A propos d'un traitement en partie
réalisé en visioconférence*

Jean-Pierre Bachmann *

Pour nous, psychothérapeutes ou psychanalystes, le toucher, cette dimension essentielle de la relation soignante, a une part très limitée voire même interdite dans nos relations avec nos patients. Je ne reviendrai pas sur toutes les raisons qui ont amené Freud (il touchait le front de ses patients pendant les séances d'hypnose) puis, après lui, la très grande majorité des psychanalystes, à éviter quasiment tout contact tactile avec leurs patientes et patients. Il y a certes des exceptions : Ferenczi, et ses modifications de la technique, source d'importantes controverses ; Winnicott qui tenait la main d'une de ses patientes en analyse dans des moments de très intense régression. Cet interdit du toucher auquel Didier Anzieu¹ a apporté une très importante contribution est aussi assez régulièrement l'objet d'échanges entre nous dans nos réflexions sur la technique à laquelle nous recourons lors des séquences de jeu psychodramatique. Acceptons-nous que les protagonistes des jeux se touchent, et si c'est le cas pourquoi et qu'en faisons-nous ?

Il est intéressant de lire tous les synonymes du mot toucher. Je n'en citerai que quelques-uns parmi les quelques dizaines : émouvoir, attendrir, impressionner, ébranler, effleurer, encaisser, frapper, concerner, aborder, attraper. Peut-être pourrez-vous en associer certains au récit de mes rencontres avec Robert, un de mes patients suivi pendant quelques mois au cours de cette pandémie.

Faute de toucher nos patients avec nos mains nous espérons les toucher avec nos mots, parfois avec nos interjections, mais aussi avec tous les autres éléments

qui participent à la création du cadre thérapeutique et par lesquels peut se développer, avec les autres aspects de la sensorialité, la relation transférentielle et contre-transférentielle.

Avec la pandémie le contact pourtant très ritualisé que la plupart des psychothérapeutes ont avec leurs patients, nos serrements de mains, a dû disparaître et avec lui la possibilité d'une rencontre sensorielle parfois hautement porteuse de sens. Mais tout au début de la pandémie nous avons dû brusquement nous adapter à d'autres modalités de traitement : séances par téléphone, par visioconférence, multiplications d'échanges de mails. Cela a été un bouleversement pénible, voire très déstabilisant pour beaucoup dans notre profession, avec des sentiments de perte, d'inquiétude et d'incertitude. Et une importante fatigue pour beaucoup.

Mais depuis fort longtemps les psychanalystes ont eu recours à des thérapies à distance, et cela a été l'objet de maintes publications antérieures à la pandémie. Ces modalités thérapeutiques ont suscité des préoccupations quant à leur impact sur la relation transféro-contretransférentielle, par exemple en favorisant le développement d'une image illusoire et idéalisée de l'analyste. Nombreux sont ceux qui craignent que l'absence des signaux non-verbaux émousse la capacité de l'analyste à prendre conscience et à être sensible à des affects inconscients.

Pour d'autres l'absence de présence physique peut interférer avec la disponibilité de l'analyste à instaurer

¹ Didier Anzieu : Le double interdit du toucher. In : Nouvelle Revue de Psychanalyse, « La chose sexuelle », No 29, Paris, Gallimard, 1984, pp. 177-188.

un environnement ayant une fonction de soutien (le holding de Winnicott²) ce qui peut ainsi créer un sentiment de perte voir revêtir un aspect traumatique, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute.

Je voudrais avec une illustration clinique faire part d'une situation au cours de laquelle le passage à une communication virtuelle me semble avoir non seulement permis de maintenir un cadre thérapeutique mais a favorisé les échanges. Et contrairement à ce qui pouvait être craint, cette situation me semble avoir aussi favorisé certains aspects d'un processus thérapeutique qui aura toutefois été limité dans le temps.

Je souligne en passant que dans plusieurs autres situations cliniques, vécues avant la pandémie mais surtout pendant, le maintien nécessaire d'une relation de soins a favorisé l'émergence d'aspects nouveaux, refoulés ou réprimés, de la problématique de certains de mes patientes et patients. Il a parfois beaucoup enrichi notre communication et le processus thérapeutique.

Robert m'a consulté en novembre 2020. Une collègue psychanalyste lui avait donné mon nom et s'était assurée que j'avais de la disponibilité pour recevoir un jeune homme de 19 ans, étudiant, et dont elle ne me dit rien d'autre. Après un premier contact téléphonique et une prise de rendez-vous Robert me rappelle pour annuler notre rencontre : il a fait le choix d'aller chez une psychologue mais me remerciait de m'être montré rapidement disponible. J'étais un peu déçu mais en même temps soulagé, craignant de me surcharger. Après ces premiers échanges assez brefs et courtois et qui ne m'apprennent toujours rien de ses difficultés il reprend rendez-vous. La psychologue rencontrée une seule fois lui avait conseillé de consulter un médecin psychanalyste, estimant sa pratique de thérapies brèves non adaptée à sa situation.

En novembre 2020, comme la plupart de mes collègues, je reçois à nouveau la plupart de mes patients dans mon cabinet. Distance, port des masques, désinfection du mobilier et des mains, aération sont à l'ordre du jour dans une région, le canton de Genève, qui à ce moment connaît, temporairement, la plus haute incidence de cas de coronavirus en Europe.

² Le holding ("maintien") est le processus par lequel la capacité d'identification de la mère à son enfant lui permet de lui apporter un soutien physique adapté. Ce soutien au Moi est une "forme d'amour " qui jette les bases d'un développement psychologique intégré. (Dictionnaire international de la psychanalyse. Alain de Mijolla. Hachette, 2013).

Robert est de taille moyenne, habillé de manière banale. Il se déplace avec calme, jette un regard circulaire dans la pièce où je l'accueille. Il s'exprime spontanément et abondamment d'une voix assez grave. Je suis frappé par l'intensité de son regard, assez fixe, froid. Son discours circonstancié, cohérent me transmet d'emblée une très importante souffrance psychique. Mais il aura quelques rares rires qui me surprennent et

me mettent mal à l'aise. Robert entre en matière en me disant qu'il a découvert il y a quelques mois qu'il est « HP ». La découverte de son haut potentiel intellectuel semble l'avoir bouleversé mais lui permet toutefois de mieux se comprendre. Il a beaucoup lu depuis à ce sujet. Il a toujours été très solitaire, ayant très peu d'amis, mais dans sa différence enfin reconnue et au vu de ses nombreuses lectures, il se sent condamné à être seul. Il dit avoir passé les trois dernières années à fumer très régulièrement du cannabis, sans doute, me dis-je, pour calmer son très important mal-être. Cela ne l'a pas empêché de poursuivre ses études jusqu'à l'équivalent du bac. Il a aussi vu pendant quelques mois, il y a trois ans une psychologue alors qu'il se sentait très déprimé. Depuis peu il a commencé des études d'ingénieur agronome, loin du domicile de ses parents, après une année à se consacrer à des travaux agricoles, bénévoles, dans différents endroits. Lors de son dernier séjour il était isolé dans un cabanon sans aucun confort, au milieu des vignes. Plus tard il me dira combien il a pu se sentir bien dans cet endroit.

Robert, dans son isolement volontaire, ne s'est pas rendu compte qu'il avait perdu 7 kg. Il fait un bad trip après avoir consommé trop d'huile de cannabis et appelle un de ses amis qui vient dans l'urgence à son secours, accompagné par son père. S'il se sent accueilli et secouru le père de son ami lui donne du LSD, expérience tout d'abord éminemment agréable puis désorganisatrice. De ce moment date son sevrage de toxiques.

Lors d'un précédent stage dans une ferme Robert a vécu d'importantes angoisses dans sa relation avec son patron agriculteur. Il le craint et par ses remarques cet homme le renvoie à une image de soi très fragile et incompétente. Il se dit lent dans les travaux des champs.

Le vécu de cette relation à son patron entre en résonance avec l'image qu'il a de son père, de son mauvais caractère. Il a maints souvenirs de ses très fréquentes sautes d'humeur, de ses colères, de ses exigences. Même si son père semble avoir beaucoup bénéficié d'une psychanalyse, et se montre capable de mieux se contrôler, Robert a de lui une image très inquiétante quasi persécutoire et qui englobe aussi par moments sa mère. Avec sa sœur aînée qui a quitté la famille, il dit devoir faire front contre le couple parental, leurs exigences, voire ce qu'il ressent comme des dénigrement. Il évoque un souvenir d'enfance :

son père a failli gravement l'ébouillanter. Il a aussi une image récurrente de sa tête dans la cuvette des toilettes, et il se demande si ce n'est pas le souvenir d'un mauvais traitement infligé par son père.

C'est en relisant mes notes de notre première rencontre et en pensant à la souffrance à vif de mon patient que je réaliserai que le prénom d'emprunt que j'avais choisi pour vous en parler ici est celui d'un autre patient, adolescent que j'avais eu en traitement et qui souffrait des séquelles physiques et psychiques de son enfance de grand brûlé. J'avais parfois trouvé insupportable le récit de ses innombrables opérations reconstructives et de la souffrance qu'il avait vécue. Une histoire de peau, d'insupportables touchers et de reconstruction d'une peau pour des pensées.

Mais revenons à Robert. Il avait choisi d'aller voir une psychologue HP pour se sentir mieux compris, lui qui tente de donner sens à son hypersensibilité, a son sentiment de décalage avec les autres, aux singularités de son vécu, en insistant de manière parfois obsédante sur les particularités de son fonctionnement intellectuel révélé par les tests. Je ressens une importante préoccupation face à ce très jeune homme au fonctionnement psychique inquiétant, mais qui se montre prêt à répondre à ma proposition de le rencontrer très régulièrement. Il dit s'être senti écouté dans cette première rencontre, mais en fait dans un moment d'échange plus détendu et qui le fera rire en fin d'entretien il admet qu'il ne peut savoir s'il rencontre en moi un thérapeute HP comme il aurait pu le souhaiter ou un « normo-pensant ».

Comme il le fera si souvent par la suite Robert quittera la pièce de mon cabinet en balayant une partie de son regard, avec attention et en se retournant. Quel espace quitte-t-il ? Qu'a-t-il pu laisser, oublier, déposer ici ? Comment le cadre que je vais pouvoir lui proposer va être à même de contenir l'intensité de ses expériences émotionnelles douloureuses, lui permettre

de les partager, de leur donner un sens et d'éviter une désorganisation par des angoisses déstructurantes ?

Pendant plusieurs semaines je rencontre Robert dans mon cabinet. Il arrive de manière très ponctuelle et dans des modalités semblables à notre première rencontre il va souvent revenir sur des événements qu'il avait déjà mentionnés. Il va me faire part du sentiment de honte qui l'habite, une honte qu'il dit avoir été instillée en lui par ses parents. Il passe ses week-ends chez eux et se sent de plus en plus angoissé en leur présence, vivant

dans la peur d'être psychiquement détruit par eux. Même le chien qu'il affectionne et qui l'accompagne dans ses balades semble être devenu leur allié. Il vit aussi des sentiments de grande culpabilité à l'égard de rares amis avec lesquels il partageait ses conduites addictives et qui ont basculé dans la psychose, l'un temporairement et l'autre durablement.

Après quelques entretiens Robert acceptera de commencer un traitement médicamenteux qui vise à diminuer son angoisse. Il se sent incapable de continuer à suivre ses cours. En fait la facilité qu'il a eue dans ses études l'a, selon lui, empêché de vraiment apprendre à étudier. Je fais un certificat attestant de son incapacité à se présenter à ses examens. Nous avançons toujours masqués et nous ne découvrirons nos visages que quelques semaines après notre première rencontre, lors du passage en visioconférence. Je ressens avec lui tout l'inconfort que nous imposent les restrictions sanitaires qui toutefois nous protègent. Avec Robert il y aura peu d'échanges sur la pandémie, sur les sentiments de fragilité qu'elle peut susciter en nous. Ses parents ne font pas partie d'une population à risque. À titre de mémoire je rappelle que la situation de pandémie a eu souvent pour effet de modifier la distance que nous psychanalystes avons avec nos patients : une plus grande distance concrète dans nos dispositifs plus ou moins aseptisés, mais une plus grande proximité dans d'autres échanges sur notre état de santé, les risques liés à notre âge et plus tard sur notre statut de vaccination.

Après quelques semaines de rencontres hebdomadaires puis deux fois par semaines il m'apparaît très judicieux que Robert et sa famille puissent parallèlement à nos séances rencontrer un thérapeute de famille tant certains aspects des difficultés de Robert semblent s'inscrire dans une problématique transgénérationnelle que je ne souhaite pas aborder ici. Cette démarche avait été envisagée par son père, mais suscite beaucoup de réticence chez Robert.

Le père de Robert me téléphonera et Robert accepte que j'échange avec lui sur sa préoccupation pour ce fils qui s'isole de plus en plus. Faut-il l'hospitaliser ? Son père semble un peu rassuré d'apprendre que Robert vient me voir très régulièrement et reconnaît son besoin d'un traitement.

Avec les vacances de Noël, avec la décision de R. d'abandonner sa colocation et de retourner vivre chez ses parents, à la campagne, à plus d'une heure de mon lieu de travail, le cadre de nos rencontres va devoir changer. Nous nous retrouvons dans l'univers de la communication virtuelle pour deux séances hebdomadaires que je jugerai nécessaire de maintenir durant toutes les périodes de mes vacances, Noël, vacances de février puis de Pâques. Nous communiquons via Skype. Pas de problème de réseau, une image nette et un son d'une très bonne qualité. Robert fait preuve d'une surprenante ponctualité. Il découvre pour une de nos séances un autre décor, volontairement assez neutre, lorsque je travaille depuis chez moi. Et moi je découvre un peu de l'univers de sa chambre, située à l'écart des bruits et loin de présences familiales et où il me reçoit le visage proche de l'écran. Derrière lui se trouve encadré un dessin qu'il a fait enfant. Les murs sont sombres. Je découvre alors la douceur de ses traits, ceux d'un jeune homme qui me semble alors plus jeune. Je perçois les marques de sa fatigue, de son angoisse, de sa tristesse, les variations de son teint et les fluctuations de ses quelques lésions d'acné. Ses sourires souvent tristes, plus rarement ses rires nerveux. Paradoxalement son corps, que je ne vois plus, est plus présent dans nos échanges non seulement parfois de manière spontanée par la verbalisation de ses vécus corporels mais aussi parce qu'avec ce changement de dispositif il s'agit aussi pour moi d'essayer de donner forme à ce qui n'est plus dans le champ d'une communication incarnée et en présence. Les bénéfices de son traitement médicamenteux, objet de maintes recherches d'informations récentes et pointues de la part de Robert sur internet, participent à cette amélioration, lui qui s'est décrit quelques fois comme ayant été un mort vivant.

La tonalité hautement persécutoire des échanges avec les parents a changé, à mon grand soulagement, mais l'émergence de pensées suicidaires (toujours par pendoison) reste présente. Elles étaient évoquées depuis le début de nos rencontres. Si je ne me vois que dans un petit rectangle au coin de l'écran qui ne suscite pas d'attention de ma part ni ne me gêne Robert se dira très soulagé de voir de moi, sur mon

visage, mes réactions faciales à ce qu'il me transmet, Je suis pourtant plus à distance de la caméra. Il fera des commentaires sur certaines de mes réactions, certaines émotionnelles qui m'échappent, je suis en effet parfois très ému, éprouvé, mais j'ai aussi d'autres réactions volontaires qui peuvent être comprises comme des actions interprétatives.

J'emprunte ce terme à Thomas Ogden³, psychanalyste américain qui s'intéresse non seulement aux interprétations de l'analyste, mais aussi à ses actions qui comptent parmi les interprétations les plus cruciales du contre-transfert. Ogden désigne par action interprétative (ou interprétation-en-action) « la communication de l'analyste qui, à travers une activité autre que l'interprétation verbale, exprime à l'analysant ce qu'il comprend de tel aspect du transfert/contretransfert ». Pour transmettre cette interprétation Ogden précise qu'elle peut être sans rapport avec les mots, par exemple par l'expression du visage de l'analyste, un élément qui jouera un rôle significatif dans ma relation avec Robert.

J'ai peu de traces aussi bien dans ma mémoire que dans mes notes d'interprétations fournies à Robert, mais je pense l'avoir accompagné lors de ses séances en favorisant son associativité, l'élucidation de souvenirs parfois très anciens, en proposant certaines hypothèses visant à reconstruire certains de ses vécus. Il s'intéressait à ce que je lui disais et se montrait par moment et progressivement critique quant au sens qu'il avait pu donner à des interactions, avec ses parents en particulier. Au début de nos rencontres, il disait que son souvenir le plus ancien remontait au moment où, encore dans le ventre de sa mère, il entendait la voix de son père qui rejetait l'enfant à naître. Robert ne semblait pas avoir lu le roman de Ian McEwan⁴ « Dans une coque de noix », récit de Hamlet encore dans le ventre de sa mère, témoin du meurtre en préparation de son père.

Pendant plusieurs mois il revient avec une distance progressive et dans un processus de deuil sur ce qui a marqué et nourri son univers d'adolescent. L'importance du survivalisme, sa fascination pour le monde du black metal et son admiration durable pour une figure marquante de ce mouvement, un musicien et écrivain, condamné à perpétuité pour meurtre. Sur un coup de tête il pense même retrouver loin de la Suisse le mode de vie que cet homme a bâti après sa libération,

³ Thomas Ogden : Le concept d'action interprétative. In : Les Sujets de l'Analyse, Chapitre VII, pp 95-115.

⁴ Ian McEwan : Dans une coque de noix (In a nutshell). Gallimard, Paris, 2017, Repris en Folio.

mais il se ravise au dernier moment. Il doit aussi reconnaître qu'un homme auquel il est très attaché, qui lui semble une image en miroir de lui-même et qu'il admire, commence à le décevoir. Il se met à se souvenir de ses rêves, des rêves d'angoisses primitives (des chutes sans fin). Son récit ne me permet pas de rêver, suscite une attention soutenue, car il est par moment très déprimé. Je sors parfois de nos rencontres très affecté.

A travers ses récits je l'accompagne aussi dans son contact renoué avec la nature, le plaisir physique de ses balades en forêt avec son chien, le plaisir d'être assis à même le sol au soleil, l'exercice physique qu'il s'impose, des journées de travail bénévole chez un paysan voisin. La redécouverte du plaisir de jouer du violon. Parfois, non sans humour, il me dit que notre distance géographique le protège : « vous n'allez pas pouvoir m'interner à l'hôpital psychiatrique ! » Est-ce après les retrouvailles en forêt que certains arbres lui rappellent ses anciens projets de pendaison ?

Quelques fois, pour tenter aussi de renouer avec ses anciens camarades d'études, il souhaite revenir me voir dans mon bureau. C'est un endroit qu'il apprécie. Il se sent tellement bien dans un calme qu'il ne connaît pas chez lui. Mais un jour sortant de chez moi il a vécu un moment désorganisant. Il ne savait plus où il était, se sentait perdu et n'a pu réaliser ce qu'il avait prévu de faire. Je comprendrais que la distance de nos communications virtuelles l'avait aussi protégé d'intenses angoisses de séparation. Toutefois durant la séance il me montre que petit à petit des choses changent pour lui. Il attend que son père fasse des démarches auprès d'un thérapeute de famille. Il a des projets de quitter le domicile de ses parents, d'entreprendre de nouvelles études, dans une ville loin de Genève.

Le dimanche de Pâques je reçois un appel de Robert sur mon téléphone portable. C'est la première fois qu'il m'appelle, m'envoyant habituellement des textos pour régler des problèmes pratiques liés au cadre. A la suite d'une violente altercation avec son père il a quitté leur lieu de vacances. Il est dans sa chambre, prostré depuis des heures, et il songe à mettre fin à ses jours. Notre échange, répété dans la journée, semble le calmer un peu. Il trouve réconfort auprès de sa sœur avant de quitter le domicile familial et trouver refuge chez un ami. Robert acceptera quelques jours après d'être hospitalisé et fort heureusement dans un lieu de soins autre que celui

qu'il redoutait tant et où deux de ses amis avaient été hospitalisés.

Au cours de son hospitalisation nos échanges se poursuivent. Robert porte un regard aiguisé sur le fonctionnement des soignants, leurs interactions entre eux et avec les patients. Contrairement à toutes ses craintes il est à même de bénéficier de son séjour, ce qui lui permet de renouer avec des souvenirs, jusqu'alors refoulés, de l'attention aimante qu'il recevait enfant d'une assistante maternelle. Temporairement il se voit même passer sa vie dans un lieu où il pourrait étudier le monde de l'hôpital psychiatrique, les rapports entre les soignants et les patients ou les soignants entre eux.

À sa sortie de l'hôpital il est proposé à Robert de suivre un programme intensif de prise en charge ambulatoire destiné aux jeunes patients souffrant de troubles semblables aux siens. Cette prise en charge dans la ville où il pense reprendre des études est incompatible avec la poursuite de nos séances, ce que nous regrettons tous deux mais Robert est aussi rassuré par ses premiers contacts avec les soignants qui vont l'accompagner.

Il reviendra me voir à mon cabinet pour prendre congé de moi, me remercier de ces mois de thérapies et me fera part, dans la confiance et le caractère intime de cette dernière séance, d'un vécu important qu'il n'avait jusqu'alors jamais pu partager jusqu'alors.

Si j'ai mentionné les éléments qui, malgré les contraintes d'un travail à distance par visioconférence, ont favorisé le développement d'un travail psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique à distance avec ce jeune patient (la restauration d'un contact face à face permettant un meilleur partage d'affects, un meilleur aménagement face aux angoisses désorganisatrices) cela a aussi été possible en maintenant une grande attention à ses vécus corporels, dans l'ici et maintenant des séances mais aussi en dehors de nos rencontres. Un travail à distance de cette nature implique aussi que soient régulièrement interrogés les éléments du cadre, le rapport que le patient a avec ces aspects technologiques. Il demande aussi de la part du thérapeute et du patient de dépasser certains écueils : les difficultés d'attention et de concentration souvent présents, la difficulté pour le thérapeute de maintenir une attention flottante.⁵

⁵ En ce qui concerne les problèmes liés aux psychanalyses par vidéo (*teleanalysis*) voir parmi d'autres l'article de Lucio Gutierrez paru en 2017. Pour cet auteur les cures analytiques à distance par vidéoconférence produisent à différents degrés des clivages entre la reconnaissance ou le déni de l'absence de l'autre et l'attente d'une coprésence physique. La question se pose alors de la capacité de la dyade à surmonter un tel clivage. *Lucio Gutierrez : Silicon in « Pure*

Le choix du récit de ces rencontres avec Robert a aussi été influencé par les nombreux moments de partage que nous avons eus, entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes assez rapidement après le début de la pandémie, et au cours desquels nous avons pu poursuivre notre activité régulière d'intervisions. Nous avons pu régulièrement échanger sur les contraintes qui se sont imposées à nous dans notre travail psychothérapeutique ou psychanalytique avec nos patients et discuter quels éléments très concrets de ces nouveaux cadres de travail permettaient ou entravaient le développement du processus thérapeutique.

Au cours de la pandémie la plupart des animateurs Balint ont eu recours à la vidéoconférence pour poursuivre leurs activités, parfois après maintes réticences. Ce nouveau cadre de travail, avec des participants de groupes déjà constitués, a parfois permis de constater que ces modalités de travail s'accompagnaient, chez certains, d'une diminution de leurs défenses, d'une meilleure reconnaissance et expression de leurs affects lorsqu'ils présentaient des situations cliniques. La question reste ouverte toutefois quant aux différentes raisons qui ont permis des ouvertures.

*** Psychiatre. Psychanalyste**
(Société Suisse de Psychanalyse)
15 Rue des Sources
1205 Genève
jpbachmann@sunrise.ch

Est-il possible de soigner sans toucher ? Sans être touché ?

Pierre Casedevant *

Il n'a fallu que quelques jours en Mars 2020 pour installer un logiciel de télémedecine et réaliser aussitôt des téléconsultations de médecine générale, les logiciels rivalisant de slogans accrocheurs : « gagnez du temps au quotidien », « libérez-vous du temps de travail », « la téléconsultation, un service utile pour suivre vos patients en vacances ».

La presse, les reportages à la radio ou la télévision annonçaient comme progrès les cabines de consultation dans les pharmacies, les mutuelles qui proposaient deux ou trois téléconsultations par année remboursées... La numérisation de la santé étant nécessaire car techniquement réalisable.

Je n'avais jamais imaginé passer une journée entière à consulter devant mon écran !

Pour le patient, c'est tellement pratique : une connexion internet, un smartphone et le médecin apparaît alors confortablement installé sur son canapé, dans la cuisine pendant qu'on prépare à manger, ou parfois même dans son lit...

Pour le médecin, les consultations sont sans préalable si ce n'est un clic sur le nom, la sonnerie puis l'image du patient sur l'écran.

Les quelques années de pratique de psychodrame Balint ont souligné pour moi l'importance de la posture, de l'attitude d'un patient que ce soit dans la salle d'attente ou assis en face de moi. Est-il impatient de me voir ? Est-elle stressée ? Comment est-il habillé ? Il a l'air abattu aujourd'hui, la tête penchée ou au contraire les 2 coudes sur mon bureau... Difficile de décrypter les signes d'un corps avec un cadragé « selfie ».

Au-delà de l'importance de l'examen clinique à visée diagnostique, est-il possible de soigner sans toucher les patients ? La palpation prudente et bienveillante d'un ventre douloureux, la prise de la tension artérielle, sont des moments privilégiés entre le médecin et le patient. Combien de fois les patients me disent des choses intimes au moment où je leur prends la tension !

Je me remémore le cas de Christiane. Patiente septuagénaire avec une vie sociale, intellectuelle, familiale très dense. Elle vient me voir pour des palpitations. Notre discussion s'oriente vite vers l'angoisse qu'elle éprouve au sujet de son mari, ancien sportif de haut niveau, qui présente une aphasie débutante. Bien qu'il soit en très bonne santé physique, il n'arrive pas à sortir certains mots évidents. Son épouse, qui a travaillé dans le médical n'a pas besoin d'explication sur l'évolution de ce type de handicap. Difficile pour elle de confier ses angoisses à son mari ou à ses enfants. Existe-t-il seulement des mots pour exprimer ses (ces) sentiments ? Lors de la prise de tension artérielle, le seul moment où j'ai les oreilles bouchées par mon stéthoscope, elle me dit avec beaucoup d'émotion qu'ils ont eu dans leur entourage proche deux décès en quelques semaines d'intervalle. Je soliloque : cette proximité avec la mort ne pouvait certainement pas être dite lors de notre discussion car trop chargée émotionnellement ? Ou alors l'examen clinique cardio-vasculaire lui rappelle-t-elle que son cœur pourrait lui faire défaut à elle aussi ? Ou à son mari ? Je pense alors à mon groupe de psychodrame Balint et aux doublages des participants en voix off derrière elle : « qu'est-ce qu'il va me trouver ? », « il faut que mon cœur tienne pour que je m'occupe de mon mari... »

Il m'arrive souvent dans les moments chargés émotionnellement de m'imaginer la situation dans mon groupe de psychodrame.

Au plus fort de la pandémie, les journées de confinement se sont enchaînées devant mon écran d'ordinateur, heureux malgré tout de garder un contact avec mes patients pendant cette période si particulière, les sentant soulagés de pouvoir échanger avec moi. Je pouvais les voir dans leur environnement, un peu à l'instar d'une visite à domicile, restreint cependant par la focale de leur téléphone portable ou ordinateur. Pour les personnes âgées ou non connectées, les consultations se faisaient par téléphone.

Il était souvent question d'un suivi de traitement, très rarement d'établir un diagnostic. Certains patients venaient quand même au cabinet pour un examen clinique comme la palpation d'un ventre, la prise de saturation. D'autres ne nécessitaient pas d'examen clinique, et pourtant demandaient à venir me voir « en vrai », la vision de leur médecin à travers l'écran leur posant un problème. Rachid, patient épileptique d'une quarantaine d'années, préférerait venir au cabinet pour me consulter, bien que l'examen clinique ne soit pas indispensable. Ma présence physique le rassurerait-elle ?

Le confinement levé, les consultations physiques ont repris mais le logiciel étant bien installé sur l'ordinateur, il m'était toujours possible de consulter en distanciel. Je proposais cette alternative à mes jeunes patients partis de Pau pour leurs études, également à ceux pour qui la salle d'attente représente une menace avec potentiellement des patients atteints de COVID. Actuellement, je continue à suivre Simon, patient de quarante ans, greffé rénal. Il ne sort plus de chez lui depuis le COVID du fait de son traitement immunosuppresseur.

Peut-on soigner sans être touché ?

Lorsque Cédric m'annonce qu'il va partir pour le travail à plus de 500 km, à l'autre bout de la France, je l'informe que j'ai la possibilité de réaliser des téléconsultations s'il ne trouve pas de médecin. C'est ainsi qu'il me contactera quelques semaines plus tard la veille de ma réunion trimestrielle de psychodrame Balint.

Une défaillance technique du logiciel ne permettant pas de réaliser la téléconsultation à distance, j'échange avec lui par téléphone dans la voiture en me rendant au cabinet. La situation est inconfortable : Cédric est très angoissé, présente des idées noires. Il a eu une altercation avec sa supérieure hiérarchique, cela l'a beaucoup perturbé. Il a eu à son égard une réaction impulsive et craint de ne pas se maîtriser. De mon côté je m'inquiète de ses propos suicidaires lorsqu'il dit : « j'en ai plus rien à foutre de toute façon, j'ai tout perdu ».

Je pense à cette situation dans ma voiture en me rendant au lieu de notre groupe car je suis inquiet pour mon patient.

La cinquantaine, Cédric est grand, athlétique, très sportif. Il en impose. Il peut parler fort lors de nos

entretiens à tel point que les patients dans la salle d'attente doivent certainement l'entendre.

En colère contre son ex-femme, ses parents, il ressasse le passé tout en ayant une vision pessimiste de l'avenir. Père de deux filles, il n'a plus de contact avec son aînée qui refuse de communiquer avec lui. Ses relations professionnelles sont compliquées, il se sent différent, mis à l'écart, et cela depuis la petite enfance. Je le vois régulièrement pour son renouvellement de traitement anti-dépresseur. Il m'exprime ses sentiments sans retenue et me remercie souvent à la fin de la consultation. Ces moments sont pour moi difficiles, avec un profond sentiment d'impuissance et une inquiétude pour ce grand gaillard pourtant si fragile....

La mise en place du psychodrame est un peu chaotique. Pour jouer le personnage de Cédric, je propose au Docteur G. Après avoir joué la première scène, il exprime sa difficulté à se mettre à la place de Cédric. Se disant calme, réfléchi, il se sent à l'opposé du caractère de ce patient impulsif, pouvant être violent. De plus, il a le sentiment d'avoir rencontré cette situation dans une de ses consultations. Par la suite je propose à un autre participant de jouer la scène de la consultation téléphonique dans la voiture. Dans cette situation, le cadre de la consultation prend une grande place. Je suis stressé par l'après midi de consultation qui m'attend. C'est entre mon domicile et mon lieu de travail que ma secrétaire m'appelle en me disant que Cédric est au bout du fil, il ne peut pas se connecter pour la téléconsultation, il a besoin de ses médicaments. Pourquoi ai-je répondu à sa demande « urgente », suis-je inquiet pour lui ? La conversation se termine sur le parking de mon cabinet. Je prends conscience de la détresse du patient, je reconnais sa voix des mauvais jours... Je ressens le même sentiment d'impuissance que d'habitude, mais de façon plus prononcée.

Pour jouer la scène au téléphone, nous sommes assis, dos à dos et le jeu commence. Comme souvent, j'ai du mal à me rappeler de la conversation. Nous échangeons souvent de place pour que je joue le rôle du patient comme la technique de psychodrame l'impose, à tel point que je ne sais plus trop si je joue le rôle de Cédric ou bien mon rôle de médecin. Ajouté à cela le doublage des participants, une confusion s'installe, les chaises se rapprochant tout au long de la situation jouée....

Au-delà de la confusion, je ressens une grande émotion à jouer cette situation, sentiment que je n'ai pas perçu la veille tant j'étais absorbé par la discussion.

Certains doublages me questionnent : derrière le malade : « j'ai besoin d'aide, je vais très mal », derrière le médecin : « comment puis-je accepter une situation pareille ? ». Je ne me suis jamais posé cette question. Il est vrai que j'aurais pu renouveler le traitement pour plusieurs mois le temps pour lui de trouver un médecin sur place, mais je ne l'ai pas fait et je dois supporter une situation complexe à gérer à distance. La réponse est peut-être dans la réflexion d'un autre participant : le lien créé est nécessaire pour le patient de par la relation de confiance avec le médecin.

Cette notion de relation thérapeutique pourrait donc exister sans la rencontre des corps ? La consultation téléphonique aurait-elle eu le même impact sur le soignant et sur le patient sans rencontre physique au préalable ? Certainement que la compagnie d'investissement mutuel décrit par M. Balint aura permis cette relation thérapeutique même à distance. En effet pour M. Balint : « l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient, et réciproquement, le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien ».

Le jeu de cette situation aura permis de me rendre compte de cette émotion non ressentie la veille.

Je m'interroge sur ce sentiment : pourquoi ne l'ai-je pas ressentie lors de notre conversation ? Le patient l'a-t-il perçue ?

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, cité par Claire Marin et Frederic Worms dans « À quel soin se fier » évoque la notion d'identifications croisées « pouvoir pénétrer en imagination, avec exactitude, dans les pensées, les sentiments, les espoirs et les peurs de quelqu'un d'autre ; mais aussi ... permettre à cet autre de procéder pareillement avec nous ».

La notion d'empathie est bien connue des soignants et son intérêt dans le soin n'est plus à démontrer. Celle d'identifications croisées beaucoup moins, autrement dit, le médecin laissant son imaginaire accessible au patient. Pour Winnicott, cette capacité du médecin de « se mettre à la place de l'autre, et permettre à l'autre d'en faire autant » devrait être un critère de sélection des étudiants en médecine s'il était possible de la tester... Il me semble que nous en sommes loin...

J'ai envie de croire que, même si je ne l'ai pas ressentie au moment de notre échange, le patient, lui, a peut-être perçue mon émotion, même à distance, et, je l'espère, cela l'a aidé.

La présentation de ce cas indique, s'il en était besoin, l'importance du corps dans la relation de soin. Selon Michel Sapir « la rencontre médecin malade est une rencontre globale, incluant deux corps, non seulement des organes souffrants, mais deux corps mobiles, se convenant ou non ». Le discours d'un patient a un tout autre impact sur le médecin sans sa présence physique. La présentation de Cédric, avec ce grand corps athlétique, cette voix forte qui impressionne accompagne ses paroles et son histoire de vie ; ou peut-être est-ce l'inverse....

La forte inquiétude que j'ai ressentie était-elle exacerbée par l'absence du corps du patient ?

J'ai réalisé une autre téléconsultation par la suite avec le patient. Je me suis mis dans la meilleure condition d'écoute possible, avec du temps devant moi. Lors de cette téléconsultation, je me sentais plus apaisé, le patient semblant aller mieux. J'ai pu exprimer le souhait de le voir en présentiel au cabinet quand il reviendra dans le secteur.

Les nouvelles technologies numériques ouvrent le champ des possibles mais ne sont pas sans conséquences sur la relation médecin malade. Du côté du patient, une médecine low cost centrée sur le symptôme, et du côté du médecin, des soins sans corps, virtuels...

Être touché dans le soin serait donc bénéfique pour le patient mais à quel prix pour le soignant ? Combien faut-il d'émotions refoulées pour être en surmenage émotionnel ?

Le burn-out des soignants est un sujet pris très au sérieux par les instances médicales avec des réponses plus ou moins adaptées à mon sens.

La méthode du psychodrame Balint nous éclaire sur nos émotions de soignants, sur ce qui nous touche. Elle nous permet de continuer à toucher et être touché, pour le bien-être du patient, en préservant celui du soignant.

*** Médecin généraliste
64000 Pau**

Intranquille traversée

Henry Naccache*

Novembre 2021

Voici mon témoignage de médecin généraliste après ce moment que nous venons de vivre, et qui peut-être préfigure des temps futurs.

Comment remettre le corps au cœur de la relation thérapeutique, (le touché et l'être touché) quand l'être en présence a été mis en parenthèse et que le lien a été partiellement médiatisé par un nouvel intervenant « numérique » ?

Certes le maintien d'un lien à distance a permis une sécurité minimale dans l'illusion de la non-discontinuité, mais je pense aussi qu'il a mis en péril le climat thérapeutique, laissant l'angoisse circuler chez les uns et les autres, sans véritable cadre et sans support... « le corps » (sans être pensé, sans lexique, ni langage commun).

Qu'ai-je à dire sur le thème de notre journée qui ne soit pas éculé ?

Je crois que personne ne conteste « l'être en présence » et l'importance des corps/paroles, mais il me semble que ce trésor est menacé par la technique, le manque de temps, la pénurie, la pandémie... Peut-être même que s'ouvre un temps où il faudra le penser le réinvestir et le défendre...

La traversée de ce moment me rappelle combien fut difficile cette position d'équilibriste, sans vrai palan, cherchant à conserver par tous les moyens un lien thérapeutique avec mes patients.

Aucun souffle poétique ne m'a animé, j'ai relu des textes sur la relation au corps, de la poésie, mais je suis resté collé au trop de réalité et toujours ramené à l'histoire de F. (et je ne suis pas sûr qu'elle ne nous parle que de cet étrange moment, de cette « Intranquille traversée »)

Convoquer le touché et l'être touché pour défendre, voir réenchanter le soin dans sa totale humanité, le questionner à l'aune de notre temps me semble salutaire.

Mais suffit-il de l'interroger ?

Comment conserver notre altérité, notre capacité à rencontrer, à être cette vibrante interface quand le lien est partiellement ou totalement médiatisé, quand la peur, l'angoisse met à distance les soignants et leurs patient-e-s ? Il y a un vrai bricolage à trouver dans ce mixte présent/ virtuel qui sera un champ d'expérimentation de nos jeunes collègues.

Pour nous, le toucher, l'être touché *médiatisé par les corps* : ce sont tous les signaux reçus, perçus et envoyés, parlés et leurs effets et traces dans ce duo S/S ; véritable terreau de notre travail

Le cadre du travail thérapeutique est l'ensemble des actes, des gestes, des mots, actuels et à venir qui prennent vie dans la rencontre et sont émis par les corps/paroles, en traversant, et transformant l'espace relationnel du soin, ils sont des éléments primordiaux de ce cadre (le soin).

Ce corps est souvent lieu des symptômes, objet d'intérêt partagé et de négociation entre les soignants et le soignés, il implique les uns et les autres dans la relation thérapeutique.

Il est le porte-voix des souffrances, des symptômes : il s'exprime : alerte, crie, se camoufle, se découvre, cette incarnation a besoin d'une main qui palpe, d'un regard attentif qui soutient l'inquiétude, et cette capacité à pouvoir penser, rêver, reconnaître et enfin, en apaisant, contenir...

Cette aptitude-là est un vrai acte de découverte clinique et émotionnelle. Soigner, contenir.

Cet acte de « présence attentive » à l'autre et à ce qu'il suscite chez le soignant incarne l'humanité de cette rencontre en ouvrant les voies possibles du soin (le cadre).

Cette aptitude est un vrai acte de découverte clinique et émotionnel du soin.

Bien entendu : Je ne fais nullement l'impasse : sur la nécessité d'avoir des connaissances scientifiques, ni sur les outils techniques d'investigation et l'indispensable travail en réseau avec les autres professionnels de santé.

Mais voilà que s'éclipse pendant une période l'accès à l'autre «au corps du patient et au corps du soignant»...

Il est important de rappeler que l'apparition des pratiques de consultation de traitement à distance s'inscrivent dans un mouvement global bien au-delà de la pandémie tentant de gérer les flux de façon économique en cherchant à réguler la demande de soins de façon dégradée voir palliative.

Est-ce l'émergence d'une autre norme du soin qui vient réduire le champ de l'examen « sensible » du patient ?

Comment penser le soin et la relation dans ces temps de disette et les patients où en sont-ils ?

L'idée principale pour moi est qu'en particulier dans la médecine (pratique infirmier kiné etc...) se priver du corps est un dispositif qui vient mettre à mal, attaque profondément la position soignante, le cadre et enfin la relation thérapeutique.

Cette situation de manque laisse les patients et les soignants sans « voies tranquilles » vers l'autre sans incarnation véritable de la relation thérapeutique.

Ce langage (le soin au corps) le corps/parole, inscrit dans les soins depuis la naissance permet de se parler, de sentir, percevoir, ressentir, de rencontrer et quelques fois de (se) comprendre. (Du latin comprehendere « saisir ensemble » d'où saisir par l'intelligence, embrasser par la pensée).

J'ai bien senti lors de cette période la difficulté à maintenir ce rôle important d'accueil et de contenance puis de transformation.

Cette capacité du penser ensemble ou en parallèle, cette intime conversation au-delà des mots s'est partiellement éclipsée, avec l'idée qu'il était possible de maintenir l'activité thérapeutique avec l'aide des connexions à distance.

J'ai donc interrogé une histoire qui reste histoire très particulière bien entendu.

Effondrement...Intranquillité ... solitude

G. a maintenant 56 ans.

Ma première rencontre avec elle se situe en 1990 en centre de planification où elle était venue consulter, pour un début de sa première grossesse.

Je l'avais reçue avec une conseillère et d'emblée nous étions frappés par son allure, sa maigreur et aussi par son côté un peu perdu.

Grande femme mince , presque maigre, blonde, branchée, riieuse, un peu tragique.

Avec cette grossesse débutait aussi une hyperthyroïdie importante avec une exophtalmie puis très rapidement pendant sa grossesse G. a perdu tous ses cheveux ... (Pelade décalvante totale).

Impressionnante angoisse dans ce moment de découverte et de sa maternité.

Je l'ai vu très régulièrement pendant cette grossesse entre pleurs et rires

La pelade a guéri spontanément quelques mois après la naissance de sa fille B.

Une deuxième grossesse 2 ans plus tard émaillée d'autres complications médicales et naissance d'A.

Ablation d'un calcul dans le canal cholédoque en urgence puis découverte ensuite d'une affection d'origine auto-immune .

Elle a eu un troisième enfant un garçon (je n'ai jamais suivi ses enfants tout en ayant l'impression de les connaître elle venait souvent avec l'un deux quand ils étaient tout petits).

Elle s'est séparée bien plus tard puis a divorcé de son mari.

Elle vit seule, sa vie professionnelle est très précaire, elle bénéficie d'une invalidité catégorie 1 mais travaille dès qu'elle peut dans l'informatique en tant que formatrice. (Elle a des capacités créatrices importantes).

Je la vois irrégulièrement , elle est souvent en retard, remet à plus tard les contrôles et examens, elle me semble encore plus maigre, épuisée, les séquelles de son exophtalmie rendent son regard très ciselé et une des premières choses qu'elle fait quand elle vient au cabinet c'est de monter sur la balance et me dire en me regardant dans les yeux : « vous voyez je n'ai pas maigri » ou « j'ai encore perdu un kg ».

Et toujours avec un rire tonitruant, une exaltation ou un désespoir aussi tonitruant que son rire.

J'ai l'impression qu'à chaque rendez-vous elle me demande de la sauver...

Les tentatives de suivi psychothérapeutique ont été un échec.

Son père décédé vivait dans un état de clochardisation s'adonnant à l'alcool, relation distante avec sa mère décédée, les parents étaient séparés.

Elle a eu une période très inquiétante où elle a beaucoup bu pendant quelques mois après sa séparation il y a une dizaine d'années.

Une sœur, chez qui elle peut trouver refuge quand elle en trop grande souffrance.

Elle aime danser, des ami-e-s, des hommes quelques fois avec qui elle fait un bout de chemin. Voilà, une vie entre fragilité, rire, angoisse et tragédie.

Les enfants sont par-ci et par-là, peu présents et souvent dans des parcours chaotiques.

Nous sommes en avril 2020, au cœur du confinement, G. appelle au secours (ce sont ses termes, en demandant à ma secrétaire que je la rappelle).

Je ne l'avais pas vue depuis décembre 2019.

Je la rappelle très vite entre deux consultations : elle est en pleur, apeurée, d'une voix d'outre-tombe me dit qu'elle ressent des sensations de malaise, l'impression qu'elle va mourir, mais ne perd pas connaissance, ni ne tombe.

Elle décrit une sensation d'être dans un brouillard, de perdre le contact... des fourmillements mal systématisés, une anorexie, et une peur terrible de sortir de chez elle.

Cela fait plus de trois semaines qu'elle est dans cet état.

Elle habite loin du cabinet, à plus de 25 km, me dit être incapable de conduire, de venir, ne veut pas demander d'aide à son fils, ni à ses voisins, elle pleure...

Je comprends qu'elle ne s'alimente plus de façon régulière, angoissée ayant peur de sortir de chez elle.

Je suis très inquiet... J'aurais bien voulu la voir au plus vite, l'examiner et lui parler là et prendre la mesure de ce qui se passe.

J'envoie un courrier pour les urgences et une ordonnance de prise de sang à faire que je faxe à la pharmacie en dessous de chez elle, je lui propose d'appeler pour elle le 15 (elle refuse d'aller aux urgences, me promet de consulter un cabinet de garde à un km de chez elle).

Elle se rend dans un centre de consultation d'urgence où elle rencontre un médecin qui l'envoie aux urgences et revient trois heures plus tard chez elle. Dans les jours qui suivent je l'ai eu plusieurs fois au téléphone lui propose de la recevoir.

Mon angoisse est perceptible, mon inquiétude grandit car rien ne vient l'apaiser, j'ai l'impression de battre des ailes.

Passage à nouveau aux urgences, sans suite puis sans pouvoir la voir, je l'hospitalise avec difficulté en médecine interne, un service avec qui je travaille bien, pendant une dizaine de jours bilan heureusement négatif au niveau somatique bien sûr. Nous sommes en pleine pandémie

De retour chez elle, j'appelle avec son accord son fils et lui demande de la conduire au cabinet, ce qu'il fait avec plaisir.

Je la reçois trois fois, amenée par A (très heureux de me voir ; les souvenirs que j'ai de lui bébé sont ceux d'un enfant tout blond dans sa poussette très en alerte, la tête relevée me fixant).

Je vois G. seule lors d'une longue consultation...

Je retrouve une sorte de continuité connue, de langage commun, cette incroyable impression d'être là pour elle.

Je reprends avec elle ce qui vient de se passer, je l'examine attentivement, je lis le compte-rendu d'hospitalisation avec elle ; longue liste d'exams et rien sur son état psychologique.

Je lui fais part de mon inquiétude, elle en vient à me parler du décès d'un ancien compagnon qu'elle n'a pas pu voir pendant le confinement, pleure...

Je l'ai revue deux autres fois et discuté de l'option d'un traitement pour la soulager et d'un suivi plus régulier ici.

Elle esquivait et décide de se réfugier chez sa sœur, va un peu mieux dans une sorte d'équilibre brinquebalant comme toujours...

J'ai vécu tout ce moment dans un inconfort et une agitation difficile, une culpabilité d'être là sans y être, d'une certaine surenchère de l'angoisse et de la peur.

Il est probable que le contexte de la pandémie a aussi agi en exacerbant les inconforts, les émotions, dont l'angoisse du médecin et de sa patiente.

*** Médecin généraliste
Lyon**

Effleurer

François Berton *

Toucher et être touché. Voici les thèmes — ou plutôt LE thème — proposés pour notre rencontre. Il concerne d'emblée deux domaines : le Toucher, comme organe des sens, un parmi les cinq classiques, et le Toucher, comme métaphore, traduisant un sentiment, une émotion, une modification de l'état mental. Modification qui, associée à d'autres éléments, laisse des traces.

Ou à une métonymie, comme Le doigt de Dieu...

D'emblée une corrélation s'établit entre toucher et vie psychique.

Le sujet est, pour paraphraser Balint, limité, bien que considérable...

Sur lui, je n'ai construit aucun raisonnement académique... me contentant d'un bavardage au fil des idées. J'avais pensé à tripoter comme titre... pour simplement intituler : Effleurer.

Le toucher se différencie des autres perceptions en ce qu'il suppose un contact direct, et non par ondes de fréquences variables comme audition et vision, ou par migrations de molécules comme goût ou odorat.

Quand les circonstances le favorisent, ces informations décodées, interprétées, transformées en images, associées à d'autres, en un perpétuel ballet créatif de représentations mises en mémoire, deviennent plus ou moins consciemment rappelées et surtout recréées.

Le toucher, lui, a un abord plus direct, plus intime.

Ce fut une désagréable surprise le jour où j'ai réalisé que, si une odeur corporelle de quelqu'un m'atteint, c'est qu'un objet réel, une molécule identifiable parvient des replis et cavités intimes de l'autre au plus profond de mes voies respiratoires et de mes cavités nasales, très proche des réalités cérébrales. Un choc, une confrontation brutale au réel, qui pourrait relever du toucher.

Mais revenons au toucher, particulier et différent.

Il implique un contact direct sans molécule flottante ni émission, dont le caractère ondulatoire ou corpusculaire a fait l'objet de nombreuses discussions.

Et ce contact direct modifie l'entendement de notre univers : ainsi quatre étapes sont franchies dans la connaissance, entre savoir l'existence d'un livre, le voir, déjà le toucher en le feuilletant, et enfin le lire.

Toucher : un moyen de communiquer. Nous savons que pour vivre ou plutôt pour survivre, nos cerveaux doivent absolument communiquer entre eux. Le caractère profond et particulier du toucher augmente le facteur émotionnel et vivant de cette communication.

La modification physique du toucher fait voyager, de l'état de savoir que l'autre existe, à l'état de connaissance. Quelque chose a changé qui a passé par le corps.

Il existe une corrélation ontologique entre peau et structures neurologiques supérieures. Lors des toutes premières phases du développement embryologique, l'ectoderme de la première structure embryonnaire, son enveloppe superficielle, qui logiquement deviendra sa peau, se creuse en s'invaginant en un sillon, plus marqué et développé à une extrémité. Il deviendra le tube neural, bientôt l'encéphale et son prolongement médullaire. Cette origine embryologique commune peut nous éclairer dans les corrélations entre toucher et système nerveux supérieur.

Tandis que je réfléchissais à la question qui nous occupe, est tombée la nouvelle de l'attribution des prix Nobel. Nous vivons une période épidémique vaccinatrice et la toute nouvelle méthode originale de l'ARN messager permet avec élégance de brûler les étapes. Chacun pensait que les concepteurs de cette méthode obtiendraient le prix Nobel de médecine. Point du tout. Dans sa sagesse, le jury a préféré honorer le fruit d'une recherche commencée depuis longtemps et maintenant aboutie.

Le temps n'avait pas encore fait son œuvre pour transformer le savoir vaccinatoire déjà efficace de l'ARN messager en une solide connaissance riche de conséquences.

De quoi s'agissait-il pour le lauréat ? Du maillon manquant qui traduit une pression cutanée en impression génératrice d'influx nerveux apportant aux centres supérieurs une connaissance très précise du toucher, apportant de multiples informations et interprétant sa nature. (pression, distensions, effleurement, variations de température, etc.)

Je pensais que la nature de la transmission à notre personne neuronale c'est-à-dire à l'être lui-même, en référence au titre célèbre de Jean-Pierre Changeux : L'homme neuronal, que cette transmission, élucidée se trouvait profondément décrite. Or, il n'en était rien. Comprendre comment la température, les forces mécaniques, et toutes ces sortes de choses peuvent générer les impulsions neurologiques qui nous permettent de mieux percevoir le monde, pour mieux s'y adapter. Voilà l'enjeu. Qu'y aurait-il de plus important pour l'homme neuronal et relationnel que nous sommes ? Ces informations vont s'y inscrire pour s'associer entre elles et à tout ce qui est déjà inscrit, pour pouvoir émerger de nouveau à l'occasion d'une autre stimulation ou d'un nouveau rappel associatif.

Plus précisément, ce que l'Académie suédoise a célébré c'est la découverte d'un gène et d'une protéine qu'il code. Cette protéine sensible à la pression physique se nomme protéine piezo (pression) et gouverne un nouveau type de canal ionique. Canaux ioniques adaptés à la chaleur. Comment l'information sensorielle est transduite au sein de la cellule pour générer un signal électrique, cela n'avait jamais été montré. Toute une mécanique moléculaire complexe se déroule pour ouvrir ou fermer des systèmes. Démonstration fascinante que je me garderai bien de vous commenter. On nomme ces ensembles de TRPV 1 à TRPM 8. Ils peuvent déclencher le signal neuronal permettant ainsi de discerner une claque glacée d'une tiède caresse. Je ne vous détaillerai pas le mécanisme moléculaire complexe, mais séduisant, en cause. Si ce n'est le travail de Aziz Moquiriche, sur des neurones impliqués dans la perception des caresses, qui relarguent un neuropeptide nommé TAFA4.

Vous ignoriez sûrement que lorsque vous vous permettez une caresse, vous relarguez le neuropeptide TAFA4 et que, sans lui, le récepteur, ou

la réceptrice, de ladite caresse ne sauraient pas qu'il s'agit d'une caresse.

Dans certaines circonstances je préfère ne pas penser à tout cela...

Savoir pour nous, médecins, que l'étude du neuropeptide TAFA4 ouvre aussi une piste sur la perception et le traitement de l'inflammation et donc de la douleur qui lui est attaché se révèle bien réconfortant. Et bien utile.

Cependant, nous savions déjà que les caresses apaisaient...

En outre, et c'est important, dans le domaine fonctionnel, ces éléments maintenant identifiés nous permettent, non seulement de percevoir et d'interpréter les messages extérieurs du vécu du toucher, mais encore de connaître l'état de notre corps, sa position dans l'espace, son aisance ou son manque d'aisance, les organes pleins ou tordus sur eux-mêmes, le mouvement des fluides, comme le sang qui circule, l'air qui gonfle les alvéoles, l'estomac ou la vessie qui se remplissent. En un mot, la proprioception.

Cette connaissance intime du corps, de son équilibre ou de ses perturbations, de ses forces internes, reste liée à cette même fonction du toucher. Les voies de communication avec l'extérieur et avec notre propre intérieur sont très proches.

Vous mesurez l'importance de cela.

Nous avons tous vécu, du moins en ce qui concerne ceux d'un certain âge, la désagréable sensation de déséquilibre en haut d'un escabeau incertain. Il suffit parfois alors de poser un doigt sur une zone solide pour que tout le corps retrouve son équilibre. Imaginez les aller-retours des circuits induits par ces capteurs maintenant identifiés...

Cette perception de notre corps par lui-même élargit considérablement la dualité de toucher/être touché et relève d'une autoémission et d'une autoréception qui dépasse l'idée de peau touchée. L'acquis de cela entraîne un aller-retour corticoviscéral générateur de la vie même.

Si notre travail de thérapeute nous amène à constater, voire à négocier les conséquences somatiques de nos orages neuronaux, nous étudions là, sans quitter la notion de toucher, la voie en retour du corps vers ces centres neurosensoriels et je sais que je dis là une bêtise tautologique, car ces centres supérieurs neurologiques font autant partie du corps que le reste du soma.

Cette découverte traduit l'extraordinaire variété, la finesse de la modulation dans la relation, qu'apporte le toucher. La chaleur, le froid ou la force mécanique peuvent entraîner des impulsions nerveuses... elles nous permettent de percevoir le monde et nous y adapter.

Pensons aux musiciens pour qui, paradoxalement, le toucher devient presque aussi important que l'audition. Il contribue à traduire la conception du son, son timbre, ses harmoniques, toute sa sensibilité émergeant des zones limbiques de l'artiste jusqu'à la matérialité de l'instrument. Et là, quelle sensualité. Je n'ai aucune expérience des cuivres et des cordes, mais j'imagine bien le contact variable et sensible du doigt sur une corde, contact vivant et modulé où la vibration de ce doigt épouse et féconde celle de la corde. De même, les lèvres sur une embouchure. Là aussi, toucher et être touché. Ma petite pratique du clavier m'a fait apprécier le jeu des doigts sur les touches, qui répondent par leur élasticité aux pressions infiniment variées et traduisent un échange sensuel entre le pianiste et son piano. Un musicien rencontrant un instrument qu'il ne connaît pas, jauge autant la qualité du contact physique avec le clavier que son timbre. Je garde le souvenir du vieux piano de mon enfance aux touches usées d'ivoire jauni ou d'ébène chaud qui accueillait le contact de mes doigts. Les rangées immaculées ou profondément noires des pianos modernes donnent d'autres sensations. Les doigts s'enfoncent dans le clavier avec les mêmes délicatesses et les mêmes variations qu'ils peuvent le faire sur la surface vulnérable d'un corps. Mêmes inflexions et mêmes réponses... C'est si bon, de jouer du piano, tout le long de ton dos...

Nous percevons aussi la vie de la musique par la proprioception que nous en avons. La puissance du son que recherchent les habitués des boîtes réside plus dans les vibrations ressenties corporellement (et nous retrouvons les découvreurs du Nobel) que par les oreilles qui, elles, en sortent blessées.

L'écoute au casque ne donnera pas l'ébranlement somatique que le toucher de l'audition d'orgues somptueuses procure ; et, partant, prive d'un plaisir qui parcourt tout le corps. Bonjour TAFA4...

Nous n'arrêtons pas d'élargir la notion de toucher.

Puis-je rappeler, pour ne pas quitter si vite la musique, qu'une des formes de composition se nomme Toccata.

Mais laissons le délasserment pour revenir au métier. Il y a déjà longtemps, je menais des groupes d'étudiants pour réfléchir avec eux sur leur expérience toute neuve de l'hôpital et du rude contact avec leurs malades.

À vingt ans, on veut faire médecine, animé de sentiments altruistes et du désir de porter secours aux autres ; d'être socialement utiles. Du moins dans le meilleur des cas. Mais déjà le mode de sélection des étudiants se révèle très éloigné des qualités qu'on serait en droit d'attendre des médecins. L'acquisition approfondie de sciences dures et la valorisation de leur stricte application viennent vite à bout de ses désirs latents et font vite passer le goût du contact de l'humain pour faiblesses stériles.

Avec ces élèves que nous évoquons, déjà en troisième ou quatrième année, nous essayions de faire renaître ces fantômes évanouis.

Cet étudiant faisait part des sentiments que lui provoquait l'examen des malades. La vue d'un corps délabré, d'une lésion peu appétissante, l'odeur d'un corps confiné en fin de nuit, le contact tiède et moite d'une peau douteuse, ne posait pas de problèmes. La nécessité de pénétrer toutes sortes d'orifices peu séduisants, tout cela, il l'acceptait. Professionnellement. C'est le métier !

Mais, disait-il, ce que je ne supporte pas c'est que le malade me regarde et, qu'en plus, il me parle... Cela lui devenait intolérable et lui faisait perdre ses moyens.

Toucher, pour lui, n'avait pas d'importance. Mais Qui touchait-il ? Que touchait-il exactement ? C'est ce que nous évoquons avec l'idée de la science dure : un épiderme et non une peau ; une muqueuse et non une intimité ; une nodosité et non une boule angoissante ; la consistance et l'odeur d'une sécrétion et non un écoulement gênant ; et quand le malade le forçait à le prendre comme un sujet et non comme un objet il se fermait, bloqué et angoissé.

Cherchant des informations, il fuyait une connaissance.

Il voulait bien toucher, mais non l'être.

Ce que Michel Sapir évoquait par « Savez-vous, quand vous touchez un ventre, que vous touchez un ventre... ? »

Cet épisode illustre bien un des paradoxes du toucher dans notre métier. Alors que le toucher, dans la vie sociale, reste assez codifié et que les transgressions entraînent des suites qui peuvent dépasser les relations personnelles. En médecine, ne pas toucher, ne pas pénétrer peut avoir les mêmes conséquences, encore plus dramatiques que l'inverse dans la vie sociale courante. La transgression réside dans l'absence de toucher, dans l'absence de transgression sociale.

Je n'exerce plus depuis un bon moment mais les échos me disent que les médecins touchent beaucoup

moins leurs patients. Non qu'ils ne pratiquent pas d'examens, mais avec beaucoup moins de contact.

Ils délèguent leurs explorations à l'imagerie qui a atteint des sommets de précision et de complexité que nos malheureux doigts et nos pauvres yeux ne pouvaient percevoir. Il n'y a pas faute professionnelle, mais un manque relationnel.

Voilà l'aboutissement d'une longue progression qui a débuté le jour où Laennec a introduit un tube entre son oreille et le thorax de ses patients. Inventant le stéthoscope au XIX^e siècle.

Cependant, évoquant nos yeux et nos doigts, il me revient la remarque d'une patiente après un examen clinique : « Docteur... Vous avez des yeux au bout de vos doigts... »

Et, une autre fois, annonçant à une dame ma prochaine retraite, je la vois se troubler...

Vous savez... je venais vous voir de temps en temps. Je savais que vous alliez m'examiner. Si j'avais pris deux kilos, je les perdais. Vous me félicitez sur le bon état de mon corps. Mon mari... il y a belle lurette qu'il ne me regarde même plus... Quel homme va regarder et toucher mon corps... ?

Toucher apporte plus que des informations, il induit des convictions. Une vieille histoire légendaire rapportée dans les textes évangéliques m'a toujours frappé. Il en reste des traces dans le langage courant quand on dit : Comme Saint-Thomas, je ne crois que ce que je vois. Ceci fait référence à l'épisode raconté où Thomas, un des apôtres, ne veut pas croire que Jésus soit ressuscité ; et il dit non pas « je veux voir pour y croire » mais « si je ne mets pas mon doigt dans la marque des clous et si je ne mets pas la main dans la plaie de son côté je ne croirais pas ». Toucher plutôt que voir. Il se méfie à juste titre des hallucinations visuelles et auditives pour se reposer sur les petites découvertes que nous avons rappelées et qui ont obtenu le prix Nobel. C'est-à-dire à son toucher intime. Au corps à corps.

Nous devons tout à la perception ; et permettez-moi d'évoquer un autre Thomas, 1300 ans plus tard. Thomas d'Aquin est théologien et philosophe, ce qui au moyen-âge n'est pas un oxymore. Le thomisme, vous en avez déjà entendu parler.

Il énonce cette phrase célèbre, inspirée des scolastiques : Nihil est in intellectu qui non prius fuerit in sensu. C'est facile et difficile à traduire : Il n'y a rien dans le mental, dans l'esprit, voire dans

l'intelligence, qui n'y soit parvenu par l'entremise des sens. (il complétait : nisi intellectu ce qui ajoute : si ce n'est l'intelligence elle-même. Ce qui remet en cause l'inné et l'acquis mais là nous nous éloignons). Et le toucher devient un mode de connaissance plus encore que d'information (savoir et connaître ce n'est pas pareil) mettant en jeu la totalité de notre corps où les récepteurs proprioceptifs cachés partout renseignent nos centres supérieurs sur la vie des organes, écho de nos émotions en un aller-retour déjà évoqué.

Ne quittons pas le latin si vite. En latin « je touche » se dit tango et, bien sûr, vous pensez immédiatement à une danse où on se touche assez. Il semblerait que ce ne soit pas la bonne étymologie, qui, plutôt, se rattache à des noms de danses exotiques ou folkloriques. Quoi qu'il en soit, à l'occasion de ce rapprochement phonétique amusant, rappelons qu'un moraliste, peut-être un moine ou un archevêque, a déclaré au début du siècle précédent qu'une jeune fille qui avait dansé le tango n'était plus tout à fait vierge. Elle aurait pu crier noli me tangere : ne me touchez pas. Ou faire appel à me-too.

Mais restons sérieux. Toucher peut se révéler sérieux. Entre le toucher de deux paumes de main, dont l'origine est la vérification que l'un et l'autre ne tiennent pas d'armes, et le toucher, justement, du projectile d'un revolver ou de la pointe d'une dague, le mot est le même. Mais pas la chose. Et puisque nous l'évoquons, le toucher qui implique un contact signifiera plus vite une chose ou un être, bien avant que la représentation se soit transformée en mots. Empruntant une voie rapide et brutale de pénétration.

Une perception ou l'évocation d'une représentation peut s'associer à un état somatique donné. C'est d'une observation banale quotidienne.

Une structure neurologique supérieure, localisée à la face interne du lobe temporal, l'amygdale, joue ce rôle. Un rôle de plaque tournante mettant en relation la perception et son inscription, avec le déclenchement des réponses somatiques, neurovégétatives ou endocriniennes qui retentissent dans le corps. Notre corps les reçoit et garde en mémoire. Nous savons que nos émotions sont portées à notre connaissance d'abord et surtout par des modifications corporelles. Notre gorge nouée nous fait connaître notre angoisse. Et nous avons vu tout à l'heure que les états du corps parviennent à l'amygdale par les mécanismes des neuropeptides et des canaux ioniques. L'amygdale se chargeant en outre de connexions avec les lobes

cérébraux qui travaillent tout ce matériel avec nos inscriptions, nos mémoires pour en faire une histoire en permanente évolution.

Toute la régulation qui caractérise la vie.

Toucher, être touché, le sens premier, le sens métaphorique (les émotions) tout cela se mêle et s'interpénètre. Et il n'est pas utile de rappeler qu'une énorme partie de ces matériaux nous reste directement inaccessible...

L'inconscient aurait-il son siège dans l'amygdale ?¹

Dans le psychodrame, on touche rarement, mais on l'évoque, on l'ébauche, souvent. Les mains restent flottantes au-dessus des corps, ce qui n'empêche pas les participants de ressentir la subjectivité du toucher déjà vécu ou imaginé. Qui modifie singulièrement le récit initial. L'exposé du cas nous aura décrit une situation, un état d'esprit que la mise en jeu va mettre à mal.

Et cela commence quand le corps est évoqué et qu'on le déplace et qu'on le touche. Une représentation de mots devient une représentation de chose.

Vérité du jeu : même si le toucher est concerné, il n'est pas nécessaire qu'il soit réalisé pour que sa présence imaginaire amène une toute autre vérité. Voilà un petit peu, en vrac comme prévu, des réflexions sur le thème de ce jour.

J'avais appelé ce travail « Effleurer... » pour ne pas risquer de trop se piquer. En évocation des hérissons de Schopenhauer qui ayant bien froid, se rapprochent pour se réchauffer. Et se piquant en cette occasion, s'éloignent les uns des autres et ont donc de nouveau froid... et ainsi de suite.

Mais nous sommes bien ensemble et, à la bonne distance, nous nous tenons bien chaud sans trop nous piquer.

*** Médecin généraliste
Paris**

¹ Ce n'est pas l'amygdale de la gorge ou des angines. Mais un élément de l'encéphale. Tous deux ont la forme d'une amande.

RENCONTRES DE CLERMONT-FERRAND

XXVIII èmes rencontres de l'AIPB

Hôtel Royal Saint Mart 6 avenue de la Gare 63400 Chamalières

AUJOURD'HUI, COMMENT GARDER LE SENS DE LA RELATION ?

Argument de la journée

La période que nous venons de traverser, malmenés par les mesures de confinement, a transformé et ébranlé nos pratiques de soignants. Comment faire face à la cadence des consultations et des demandes urgentes ?

Nous nous sommes rencontrés soignants et patients, le visage à moitié couvert par les masques ; nous avons eu recours aux consultations à distance, au télétravail, aux sollicitations plus directes des patients.

Privés de l'examen physique et du toucher corporel, comment associer la technicité médicale nécessaire avec la clinique singulière qui s'appuie sur l'écoute du patient et l'observation du corps ?

Nous vous proposons de partager par le travail de groupe ces changements vécus parfois comme des limites contraignantes ou qui nous ont amenés à transformer nos façons d'être et de rencontrer les patients.

Le travail en groupe de psychodrame Balint peut nous aider à recouvrer le sens et le plaisir de la relation soignant-soigné.

Introduction à la journée de Clermont-Ferrand

Michèle Bonal*

Nous sommes heureux de vous accueillir pour les XXVIII èmes rencontres de l'AIPB à Clermont Ferrand. Cette journée est un rendez-vous régulier, annuel, de notre association, qui permet de nous retrouver de façon conviviale et de remettre au travail ensemble la méthode du psychodrame Balint qui a été fondée par Anne Caïn, psychanalyste et psychodramatiste, en 1970. Un premier congrès de l'association, déjà carrefour de rencontres, date de 1992 à Marseille. La publication de son livre « LE PSYCHODRAME-BALINT Méthode théorie et applications » date de 1994. Les premiers cahiers de l'AIPB « Les Quatre Temps » ont été publiés en 1998.

L'an dernier nous étions à Toulouse avec comme thème : « Toucher, être touché : Quelle place pour le corps et quelle place pour la parole dans le soin ? »

Nous avons souhaité cette année nous déplacer dans une nouvelle région pour aller à la rencontre de nouveaux professionnels du soin et faire connaître cette méthode de formation à la relation soignante. Amandine et Sébastien Lévy nous ont servi de relai et ont mis à notre disposition une organisation agréable et propice à ces rencontres. Qu'ils soient vivement remerciés.

Merci aussi, à nos amis et collègues du Québec, d'Italie, d'Allemagne et de Belgique, d'être présents et parmi nous aujourd'hui.

Merci aux personnes de la commission d'organisation qui ont collaboré, par nos réunions en distanciel, au choix du thème et à l'écriture de l'argument.

Merci à Luc Steimer pour sa présence toujours efficace et vigilante dans l'organisation de cet évènement.

Nous accueillons des personnes nouvelles dans cette assemblée, et peut être faut-il rappeler que ces journées sont pour nous l'occasion de retrouver ce que nous appelons l'Esprit Balint, c'est-à-dire un climat de recherche et de partage. Dans les groupes nous sommes tous au travail à partir d'une situation réelle vécue avec un patient, que va nous apporter un participant. Nous laissons de côté les aspects techniques et réglementés de nos métiers de soignants pour nous centrer sur la relation soignant -soigné : c'est-à-dire ce que chacun, soignant et patient, investit émotionnellement dans cette rencontre singulière.

Alors la question posée aujourd'hui à laquelle vont tenter de répondre nos orateurs, mais que nous posons à chacun d'entre vous est :

« Aujourd'hui,
comment garder le sens de la relation ? »

(Lecture faite alors de l'argument présenté page précédente)

En conclusion, au-delà de la méthode, pour reprendre les mots de François Berton, qui n'a pas pu être avec nous aujourd'hui : « comment laisser la place à une réflexion et une interrogation sur le sens, les contradictions, les surprises et les plaisirs de notre travail de soignant ? »

*** Médecin gynécologue. Sexologue.**

31850 Montrabé - France

Présidente de l'AIPB

S'adapter...et continuer à s'investir dans la rencontre singulière

*Intérêt du psychodrame
Balint dans les études
médicales pour expérimenter
l'importance de la relation et
redonner au patient et au
soignant une place de sujet.*

Marie Heyman*

Avec le COVID, la révélation criante du manque de soignants a bousculé nos pratiques médicales.

Pendant la pandémie, chacun s'est mis rapidement au maniement des consultations téléphoniques ou en visio .

Mais pourra-t-on se passer de la rencontre réelle dans l'exercice médical ?

Comment les jeunes médecins vont-ils s'emparer de ces techniques sans devenir des robots sans émotions et garder une relation de soin singulière avec leur patient en tant que sujet ?

Certes, les consultations à distance visent à pallier la pénurie de médecins . Elles donnent un confort certain au soignant surbooké qui gère mieux son temps ; l'«e» médecine sécurise les diagnostics et les prises en charge, rend parfois l'examen physique à peine utile, le malade devient un objet. L'expertise médicale est précieuse pour les soignants qui peuvent joindre facilement les spécialistes grâce aux messageries sécurisées. La communication entre professionnels de santé avec les dossiers numérisés est facilitée. Les appareils d'auto-contrôle de santé se multiplient.

Depuis quelques années, la pénurie des médecins avait entraîné une délégation des tâches jadis réservées aux médecins : la surveillance de la grossesse, celle de la toute petite enfance sont de plus en plus assurées par les sage-femmes, les puéricultrices à domiciles, qui fuient l'hôpital pour retrouver le temps de la rencontre avec le patient.

L'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques est délégué aux infirmières « azalées », aux « patients experts », aux technologies informatiques (prise de tension, enregistrements divers à domicile par le patient ...). Et pour aider les patients à résoudre leurs difficultés dans leur parcours de soin, leur faciliter les relations avec les structures médico-sociales et institutions, des « médiateurs » de santé travaillent dans les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé).

Et pourtant malgré les progrès fascinants du numérique et de l'intelligence artificielle, il y a de plus en plus de jeunes médecins en burn out à cause de la gestion comptable du soin, qui réduit le temps de la relation directe avec le patient. Les patients ne s'y retrouvent pas non plus. En effet, pendant que la médecine classique réduit ce temps de la relation au profit de la technique, toutes les médecines alternatives fleurissent, lieux où l'on touche, où l'on écoute.

Faut-il accepter l'évolution inéluctable de la médecine ? Que j'admets que ce qui avait donné du sens à ma pratique pédiatrique, ce langage émotionnel de la rencontre des corps, l'écoute d'une parole singulière, n'était plus adapté ou non transmissible aux futurs médecins.

Alors pourquoi continuer à s'investir à la fac de Rennes et essayer de transmettre aux externes et aux internes l'intérêt de se former à la relation dans le soin,

en participant aux groupes Balint et de psychodrame. Est-ce une formation d'un autre temps ? Cette formation leur est proposée pendant l'externat puis pendant l'internat. Mais la petite place qu'occupe cette formation à la relation, se réduit petit à petit au gré des réformes universitaires, des nouvelles offres d'enseignements optionnels. Les techniques de communications, l'hypnose, aux résultats rapides, enseignent un «savoir-faire» immédiat qui séduit de plus en plus les étudiants.

Le psychodrame m'avait accompagné, pendant plus de 30 ans, enrichissant ma pratique pédiatrique.

Le psychodrame Balint et le Balint, je les avais découverts alors que j'étais interne en pédiatrie ; des médecins balintiens m'avaient pris la main pour participer à ces groupes.

Avec le psychodrame, le soignant raconte une rencontre singulière avec un patient et la met en scène en choisissant ses acteurs parmi les participants ; grâce au jeu, je suis devenue plus sensible au langage non verbal, celui du corps de chacun (enfants, parents, accompagnants) mais aussi du mien, dans toute consultation pédiatrique. Être choisie pour jouer cet enfant turbulent, ce bébé au regard apeuré, ce père désemparé, cette mère au bord des larmes, cette petite fille psychotique agitée, autant de vécus mis en scène, qui me permettaient de m'identifier puis me des-identifier, de voir, d'entendre ce qui se passait dans la rencontre avec l'autre, de repérer les émotions de chacun et aussi les miennes. Devenir plus sensible au langage corporel de chacun, me laisser surprendre par ces petits détails, ces inattendus remarqués en quelques secondes, dès la salle d'attente, pendant l'examen clinique, pendant les temps non médicaux (déshabillage, jeux, places, récits sur la vie familiale) cela m'a donné un espace de pensée, de liberté dans la consultation quotidienne, dans les accompagnements difficiles, de supporter le trop de travail et les contraintes informatiques en trouvant des aménagements.

Quelques exemples me reviennent :

Le silence boudeur de cet adolescent qui revenait régulièrement pour un asthme mal équilibré, mes doutes sur sa compliance au traitement jusqu'au jour où remarquant son hésitation à sortir, la main sur la porte, je lui repose pour la énième fois, cette question : «vois-tu quelque chose d'autre à me demander ?» et

qu'il me demande alors de regarder son sexe qui lui semblait anormal... nouveau déshabillage, encore un peu plus de retard pris... mais découverte du malentendu entre la demande d'un ado en pleine puberté et l'angoisse médicale du médecin. Accepter ce détour a permis qu'une vraie relation thérapeutique s'installe ensuite.

Me revient aussi le visage de cette maman épuisée, au bord des larmes : sa petite Ana, petite prématurée, buvait toutes les 2 heures, ne lui laissant aucun répit jour et nuit... et mon étonnement devant la place immuable de ce jeune père qui l'accompagnait à chaque fois : il restait assis silencieux, tassé sur sa chaise en face du bureau mais que je sentais si présent, inquiet... je me suis risquée à mettre un mot ému sur la chance qu'elle avait d'avoir ce papa là qui se rendait disponible pour venir... il a pu alors nous dire avec émotion qu'il n'osait pas prendre son bébé dans les bras, peur de lui faire mal tant il était si fragile, expliquer que son père à lui était violent et qu'il avait très peur de lui ressembler. Petit risque avec cette simple remarque bienveillante sur cette place qui m'interrogeait, mais quel plaisir de revoir ce père revenir ensuite parfois seul aux consultations, s'empêtrer dans l'habillage de sa petite fille, mettant la robe à l'envers, s'en excusant en souriant.

Petits détours infimes quotidiens, avec une attention aiguisée aux détails, si utiles pour bien soigner un enfant, ne pas passer à côté d'une maladie grave, de décoder sa relation avec ses parents, garder le plaisir de la rencontre où chacun pouvait exister.

Pendant la pandémie, la consultation pédiatrique n'a pas pu se faire en visio tant cette connaissance subjective de l'enfant, de son environnement était essentielle.

Il y quelques années déjà, pour m'adapter à la pénurie de pédiatres, j'avais accepté de répondre au téléphone pour trier les urgences à voir le jour même. Je pouvais résoudre les petits problèmes banaux de pathologies hivernales par un interrogatoire bien codifié pour les familles que je connaissais bien. Ces conseils téléphoniques rassuraient les parents et elles me redonnaient ce temps si précieux pour mes consultations plus longues.

Puis l'ordinateur a pris la place de mes dossiers papiers dans lesquels je notais des remarques subjectives, quelques mots sur un ressenti, un oubli,

un détail... appauvrissement de mes dossiers... je me suis rendue compte que je regardais mes patients avec un temps de décalage, que je ne les avais pas vu entrer, s'installer dans mon bureau ; le temps que j'ouvre le dossier informatique, ces clics initiaux me prenaient toute mon attention... il a fallu que je me réajuste pour ne pas me laisser envahir par cet écran, que j'accueille d'abord, que je regarde, que j'écoute, retrouvant ces ressentis, ces imprévisibles si utiles qui enrichissaient mon examen médical et que je me résolve à perdre du temps, seule, à la fin de la consultation, pour pianoter et noter...

La jeune génération d'internes, d'externes, est très à l'aise dans les relations par écran interposé. Comment ces étudiants habitués à ces nouvelles techniques, sécurisantes, pourront être sensibles à cette relation de soin non codifiée, à l'importance de la clinique de la rencontre en direct et garder (retrouver aussi) du sens dans leur pratique médicale ?

Avec cette méthode, les étudiants expérimentent la richesse du langage corporel : présenter, se lever, jouer, doubler, soliloquer, échanger sur leurs émotions, oser parfois «la bêtise»; ils se remettent à penser ; ils sortent de la passivité, de l'impuissance, de la sécurité des protocoles. Dans un climat de non-jugement, ils trouvent certes un espace pour partager leurs émotions, se sentent moins isolés mais surtout, ils peuvent valoriser le pas de côté qu'ils ont osé faire pour rencontrer leur patient.

Ils se rendent compte que la rencontre en direct entre le soignant et le patient, le détail qui surprend, émeut, les identifications, influencent l'alliance thérapeutique, la facilite ou l'entrave, ce malgré tout le savoir acquis.

Mathilde, externe de cinquième année, est culpabilisée d'avoir mis une étiquette sur monsieur D 55 ans. Elle doit lui faire une ponction d'ascite. Cela fait déjà plusieurs semaines qu'elle est en stage d'hépatologie ; elle se sent à l'aise avec les alcooliques ; elle a appris à ne pas juger, à être empathique.

La ponction d'ascite est devenue un geste routinier. Mais lorsqu'elle rentre dans la chambre de monsieur D elle se trouve devant un grand gaillard, aux multiples tatouages, debout, très en colère, très énervé : lors de la dernière ponction d'ascite, le médecin a changé son traitement, il a été malade et c'est un copain qui lui a donné un remède naturel qui l'a guéri... Mathilde

panique, lui demande s'il a bu. Monsieur D nie avec véhémence... Mathilde ne le croit pas et sort rapidement chercher un alcootest ; comble ! c'est le patient qui est obligé de lui montrer comment on utilise un alcootest... qui revient négatif... confusion, honte de Mathilde. Comment pourra-t-elle faire sereinement la ponction d'ascite, s'inquiète-t-elle ? Elle lui demande alors quel était la plante miracle... s'en suit un petit jeu de devinette avec le patient qui amuse Mathilde. Il lui dira enfin que c'est du radis noir... une relation plus sereine, plus respectueuse s'installe et la ponction d'ascite se passe bien ; elle aura du plaisir à le revoir...

Guillaume, externe de quatrième année en service de neurologie, doit aller faire le dossier de monsieur Jean, 65 ans. Il vient de faire un AVC, est hémiparétique, mais il paraît jeune, fringant, souriant malgré ce qui lui arrive. Premier abord rassurant et agréable pour Guillaume qui commence consciencieusement son interrogatoire sur les antécédents familiaux. Jean est marié, il a eu 3 enfants dont l'un est décédé. Curieux, Guillaume lui demande de quoi il est mort: «d'un AVC à 40 ans», dira Jean qui se met à pleurer. Surpris, Guillaume reste interdit, culpabilisé, ne sachant que dire... a-t-il été indiscret, intrusif ? À quoi cela peut-il servir de l'avoir fait pleurer sans pouvoir rien faire ? Les étudiants diront combien il est leur est difficile de voir quelqu'un qui pleure, qu'ils préfèrent ne pas trop poser des questions sur la vie des patients, qu'ils redoutent certaines questions, ne sachant pas que faire de ces souffrances qui peuvent être révélées. Le jeu va retrouver Guillaume qui alors, s'assoit au bout du lit, se tait, laissant Jean se reprendre et retrouver son assurance. Guillaume s'excuse de l'avoir fait évoquer des souvenirs douloureux puis reprend son examen clinique, rassuré par un patient qui a retrouvé son sourire... le groupe se rend compte qu'avec cette place silencieuse, simple présence émue, respectueuse de ce temps de souvenir, une relation de soin s'est installée. Monsieur Jean est devenu un sujet et non un dossier à bien remplir. En effet, les jours suivants, monsieur Jean confie à son externe ses angoisses pour son retour à la maison qui risque d'être difficile. Il a senti que son externe à l'écoute, contenant, malgré son inexpérience, était capable d'entendre ce qu'il y avait derrière cette façade souriante.

Autant de cas où les étudiants découvrent dans la scène remise en mémoire qu'on peut s'intéresser à la vie du patient, en quittant parfois l'interrogatoire codifié, un examen difficile et faire un pas de côté qui peut être introduira le doute mais aussi la prise de

conscience de leur responsabilité personnelle, de leur utilité ; ils se remettent à exister.

Pendant le covid, il a fallu que les enseignants balintiens, eux aussi s'adaptent, osent proposer des groupes balint en visio. Ce n'était bien sûr plus du psychodrame, ni du balint classique mais à notre grande surprise, les groupes ont travaillé. On s'est adapté à cette galerie de portraits coincés dans des petits cadres, à la prise de parole différée diminuant la spontanéité.

C'était un confort certain pour certains internes qui venaient de loin, confort d'être bien installé chez soi, mais tous ont pu nous dire que le vrai groupe présentiel leur avait beaucoup manqué pour mieux se connaître et oser plus dire leurs ressentis. Il leur manquait ces échanges informels avant et après la séance.

Pour moi animatrice, il a fallu travailler sans m'appuyer sur les regards échangés avec l'autre animatrice, sans être sensible aux interactions entre les participants, à leur façon d'être assis plus ou moins décontractée, aux expressions des visages, aux hésitations à parler. Après la séance, chacun se retrouvait seul.

Les silences en visio étaient plus angoissants, ils n'étaient plus habités. Ce regard baissé que veut-il dire ? Que regarde-t-il ? Celui qui se tait, où est-il ? Est-il attentif, remué ou simplement distrait ?... Silence que nous les animateurs avons plus de mal à ne pas combler par quelques mots bienveillants.

Il nous a fallu insister sur la description du décor, des places, des expressions de chacun pour que dans le dernier quart d'heure, les identifications puissent être créatives, que les fantasmes circulent, que le récit initial, souvent trop long, prenne corps, comme si le cadre de l'écran, ces petites fenêtres étroites sans hors-champ, nous rendaient plus passifs, moins créatifs en mettant à distance l'émotion.

Le psychodrame Balint et le Balint, proposé aux étudiants peuvent leur donner la possibilité de retrouver une meilleure interaction avec le patient, compétence qui légitime leurs ressources personnelles. La dimension corporelle retrouvée, l'accueil de l'imprévisible, aident à se dégager des protocoles après les avoir bien appris et intégrés. Au lieu de se construire

une carapace, à distance de l'émotion, c'est la juste proximité qu'il leur faut trouver. En osant remettre de l'humanité, ils se remettent à exister.

Parions sur cette nouvelle génération de médecins qui, après l'expérience du Covid, m'ont dit «préférer le plus souvent possible consulter en présence du patient pour affiner leur prise en charge et tricoter avec le patient une interaction pleine de vie et satisfaisante».

*** Pédiatre**

35000 Rennes

SE GARDER DE LA PANNE DES SENS

Nicolas Nussli*

Le thème de notre journée a été l'objet de quelques discussions collectives, d'échanges soutenus, où chacun des protagonistes a apporté un peu d'eau à notre petit moulin. C'est en relisant et relisant l'argumentaire, avec un esprit quasiment clinique pour tâcher de saisir le fil d'une pensée naissante, que j'ai retrouvé des moments de nos élucubrations, distancielles mais riches.

L'un d'entre nous a parlé du regard, du regard dans le soin. Le regard comme outil diagnostique, mais aussi thérapeutique. Le regard comme seul témoin de l'humanité de la rencontre quand le masque, qui est dit « chirurgical » nous impose d'emblée sa présence, et où les peaux se font plus distantes.

Le regard se pose, fuit, perce, caresse, se brouille, baisse, monte, cherche et parfois se cache. Les regards du soignant, du soigné, du conjoint, de l'enfant, de l'aidant, de l'étudiant, qui se croisent toujours ou presque, mais parfois sans se voir ni se parler.

Depuis 2 ans et demi maintenant où la pandémie s'est invitée dans nos vies de soignants, et a bouleversé nos pratiques, nos rites, le lieu de nos rencontres, violemment, sans concession, que sont devenus tous ces regards ?

La téléconsultation comme une fenêtre qui s'ouvre, nous a donné à voir d'autres espaces, le patient dans sa maison, son jardin, sa voiture, son bureau.

Le masque, encore lui, qui ampute mais aussi dissimule, suggère, et probablement attise les projections et les fantasmes (ne dit-on pas qu'il vaut parfois mieux suggérer que montrer ?). Je me souviens de cet enfant de 5 ans qui me disait que « le masque c'est trop bien car on peut tirer la langue à la maîtresse ».

Le masque, intrus jusque dans nos groupes de psychodrame balint, mais seul sésame pour l'indispensable retour en présentiel...

Qu'est devenu notre regard au fil du temps ? Qu'est-ce qui change ? Pourquoi ? Comment continuer à se regarder les uns les autres, dans le soin ? On en arrive au thème de notre journée.

De regarder à garder... quel est le chemin ?

Mes réflexions se nourrissent de ma toute jeune pratique d'observateur et d'animateur de psychodrame balint, de ma plus longue expérience de maître de stage universitaire, ayant reçu de très nombreux internes et externes en stage dans mon cabinet. Mais aussi de ma pratique soignante, notamment lors de ces quelques 31 mois de chamboulement, de pics épidémiques successifs, mais jamais identiques, de protocoles éphémères, polémiques, politiques, où je me suis souvent senti, comme nombre d'entre nous, à tenir la barre d'une barque fragile dans une mer incertaine et en plein brouillard.

Un jour Luc m'a dit « on sera comme ceux qui ont connu la guerre ». C'est exactement ça. On a vécu tout ça, on a été dedans, et on n'a pas bien tout compris. On voulait des schémas, du recul, des explications. On a eu Zithromax, Zoom et distanciation.

Il est parfois des réponses qui nous aident à comprendre la question. En lisant la définition du Petit Robert, je découvre la richesse du mot « Garder ». J'en retiens quelques notions qui m'éclairent sur le thème de notre journée.

GARDER est un verbe transitif qui possède 4 sens principaux et de nombreuses nuances, qui vont jusqu'à l'ambiguïté dans l'emploi du mot. Garder c'est conserver, protéger, mais aussi défendre, détenir, enfermer. On garde un prisonnier, un troupeau, un secret et parfois du beurre au frais. En se gardant des excès, on garde la ligne. Si on garde les yeux baissés et parfois le silence c'est aussi pour garder son sérieux.

C'est la première ligne de cette définition qui a ma préférence : prendre soin de quelqu'un ou de quelque chose.

Les anglo-saxons font cette différence entre care 'prendre soin' et cure 'soigner'. Aujourd'hui, en face de médecine, on enseigne aux étudiants en médecine générale à bien saisir cette nuance et à retrouver le

chemin du « prendre soin » et de l'approche centrée patient. Mais au-delà du discours qui confère à la profession de foi, il est nécessaire que l'enseignement permette cette évolution.

Le constat est édifiant : une étude menée au Jefferson Medical College de Philadelphie publiée en 2009, a montré qu'à partir de la 3^e année des études médicales, l'empathie des étudiants en médecine diminuait significativement et ne remontait pas.

Je vais reprendre les mots de Marie Heyman : au début de leurs cursus, les étudiants en médecine ont principalement pour motivation de soulager la souffrance, d'aider le patient avec bienveillance, avec cet idéal de toute puissance apportée par la science. En fin de cursus, leur reste surtout le désir de bien soigner une maladie selon les recommandations de l'Evidence Based Medicine. 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. 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.

On enseigne régulièrement aux internes comment être de bons communicants. C'est-à-dire maîtriser les notions d'écoute active, de reformulation, de poser des questions ouvertes... Mais bon nombre d'entre eux utilisent ces stratégies à sens unique et finalement souffrent de situations où ils n'ont pas su « quoi dire ».

En se privant de l'écoute et de la compréhension des émotions du patient comme de celles qu'ils ressentent, les étudiants vont se constituer un blindage affectif. Leurs propres émotions sont vécues comme embarrassantes. « Je dois m'endurcir » disent-ils. Les lieux où ils peuvent échanger et réfléchir à ces émotions se réduisent souvent à des discussions à la cafétéria entre pairs.

Michael Balint initialement était peu convaincu de l'intérêt de faire des groupes avec des étudiants. Pourtant, à partir de 1957, il a initié des formations à destination des étudiants, et en 1963, des séminaires de 6 mois, en parallèle de leurs activités cliniques, où « Il était demandé aux étudiants de tracer un tableau de la vie tout entière du malade, de ses sentiments, de ses attitudes et de ses relations personnelles, en plus des observations cliniques traditionnelles. Ce matériel était discuté et à partir de là, le séminaire essayait de préciser dans quel domaine l'étudiant pourrait acquérir une meilleure compréhension du malade, pour avoir un effet thérapeutique ».

En découvrant cette pratique pédagogique qui était innovante, et le serait peut-être encore de nos jours, plusieurs pensées me reviennent.

Je repense au Professeur Philippe Canton, qui dirigeait le service d'infectiologie du CHU de Nancy en 1993, quand j'étais un étudiant naïf qui découvrait tout d'un bloc : la médecine, les maladies, l'hôpital, et bien sûr les patients. J'avais cette intuition qu'un patient n'était pas que le simple récipient de la maladie, et qu'être médecin n'était pas qu'un travail scientifique sur et dans le corps du malade, plus ou moins véral, et plus ou moins brutal. Je n'avais pas encore entendu parler de Balint. Mais j'avais choisi mon camp. Le Professeur Canton était un chef de service à poigne. À l'ancienne comme on dirait. Il affichait un mépris évident à l'égard de ses subalternes, mais aussi une liberté totale vis-à-vis des codes de conduite facultaire. Il était arrivé à la fin d'une carrière visiblement bien remplie, au cours de laquelle il avait vécu comme un explorateur les maladies exotiques, et nous racontait le ver de Guinée, la Loa-Loa, ou les cycles de reproduction du *plasmodium falciparum* avec une jubilation évidente. Son service occupait 3 étages entiers au sommet d'une tour du CHU. On pouvait dire qu'il était comme un seigneur. À cette époque, 2 des 3 étages étaient occupés par des patientes et des patients atteints du SIDA. On utilisait les premières combinaisons d'antirétroviraux, mais la maladie faisait encore de grands ravages, et les patients décédaient fréquemment, à l'issue d'une hospitalisation plus ou moins longue.

J'avais été stupéfait du changement d'attitude de Philippe Canton quand il était au contact de ces patients. Le seigneur cynique se transformait, y compris physiquement. À l'approche du lit, c'est comme si je le voyais se déshabiller et avancer, seul, vers son patient. Il était fréquent qu'il entame alors une discussion, assis sur le lit, en ignorant totalement la horde de praticiens hospitaliers, chefs de cliniques, internes et externes, qui l'accompagnaient deux fois par semaine dans cette procession rituelle et folklorique qu'on nommait la Grande Visite. Au cours de cette visite, il examinait les dossiers médicaux, et poussait de fréquents coups de gueules quand la partie administrative n'était pas correctement remplie. Il voulait y voir tout consigné de l'état civil du patient, mais également de la profession, du statut matrimonial, de l'habitat... Cette obsession faisait râler tout le monde, car on ne comprenait pas pourquoi cela était si important, vu qu'on était surtout là pour soigner des maladies infectieuses.

Il m'a fallu du temps pour comprendre que c'était une manière pour lui de nous contraindre à avoir une vision globale du patient, qui complétait nécessairement l'approche microbiologique de sa spécialité. Il considérait les malades soignés dans son service comme des personnes, leur manifestait une attention authentique, et exigeait de ses étudiants qu'ils les interrogent et les connaissent de manière plus large que la simple histoire de leur maladie. Il les faisait exister.

Cela fait un écho immédiat à une autre situation professionnelle. Vingt ans plus tard, je suis médecin généraliste depuis quelques années, et j'accueille régulièrement des internes en stages pour des périodes de 6 mois, durant lesquelles, leur immersion est totale dans mon quotidien professionnel, et qui bien souvent, découvrent la médecine générale avec la même ignorance que moi quand je découvrais la médecine 20 ans plus tôt.

Magali est arrivée dans le stage chez moi, avec la certitude de pratiquer plus tard la médecine d'urgence, à l'hôpital. Alors ce stage en médecine générale, elle le fait par obligation, en se disant que ce sera toujours une expérience à prendre... Mais de fil en aiguille et de journées en journées, je la vois bien s'ouvrir et prendre un plaisir évident à la découverte de cette autre manière de soigner. Elle s'implique totalement dans les rencontres avec les patients.

Nous sommes dans ma voiture, en tournée pour des visites à domicile, entre midi et deux. Il fait beau en cette fin de printemps et la rue principale de St Martin de Crau est animée. La boulangerie, les terrasses des café-restaurants, il y a beaucoup de monde. Et Magali reconnaît quelques personnes que nous avons reçu au cabinet. Elle voit passer près de nous une femme sur un vélo, pour laquelle elle a mené une de ses premières consultations en autonomie la veille. Et elle dit cette phrase toute simple presque poétique, en la suivant du regard : "c'est vrai qu'ils ont une vie aussi...".

Je garde cette scène et ces mots très précieusement car elle illustre pour moi parfaitement l'importance du regard, et ce moment de découverte enthousiaste de l'approche holistique du patient, pierre angulaire du soin.

Cette situation aujourd'hui m'éclaire aussi d'une autre manière : de l'importance de l'apprentissage de la visite à domicile dans la formation des internes en médecine générale. Avant la seconde guerre mondiale, les visites à domicile représentaient plus de la moitié des actes de soins primaires. Leur nombre a décliné de manière rapide dans les années 50, passant de 40 à 10% des actes. Chiffre qui est globalement stable depuis.

Mais dans certains pays, les médecins ne font quasiment plus de visites à domicile. Aujourd'hui encore, lorsque l'on cherche à recruter une ou un remplaçant ou associé et surtout en milieu rural, la question des visites à domicile est posée en ces termes : « y a pas trop de visites quand même ? » En refusant de rembourser les déplacements non médicalement justifiés, les pouvoirs publics ont entériné l'idée que bon nombre de visites à domicile seraient illégitimes. Et ont probablement renforcé les médecins dans cette attitude de méfiance à l'égard des demandes de visite.

Alors, oui, il y a le temps, il y a le déplacement, il y a l'essence, il y a le prix. Tout ceci justifie certainement que la venue à domicile du médecin soit un acte réfléchi, et qu'on en use avec tact et mesure. Mais pourtant, entrer dans le chez-soi de notre patient, quelle richesse ! Visite programmée où le décor a été soigneusement préparé avec sur la table, la prise de sang, la dernière ordonnance, la carte vitale, le café « docteur pas de sucre, comme d'habitude ? », ou visite urgente « faites pas attention au bazar docteur ». Une visite longue suite à l'annonce d'une maladie grave, qui illustre le traumatisme et le repli sur soi. L'initiative d'une visite courte pour juste dire bonjour et voir comment ça va depuis la dernière fois.

En entrant chez toi, je rentre un peu dans ta vie. Je découvre ta famille, tes photos, ton esthétique, ton quotidien, ton rapport au monde. Je vois ton lit, ton armoire, ta salle de bains, les boîtes de tes médicaments, ou le pilulier. Je vois ta cuisine, ton frigo vide, ta poubelle, ton chat. Je devine ce que tu ne m'as jamais dit. Je comprends que je te connais peu, malgré toutes ces années où tu venais me voir à mon cabinet. Comment cela se fait-il ?

Aujourd'hui, ce recul des visites à domicile m'apparaît comme une mise en confinement des médecins. On refuse le domicile comme un lieu dangereux, où le médecin perdrait ses repères et serait moins bon soignant. Pourtant, n'est-ce pas au contraire un nécessaire retour à l'humanité de la rencontre ?

À l'heure de la médecine technicisée, et des instruments connectés, ce confinement du généraliste dans le cocon sécurisant de son cabinet ne risque-t-il pas de l'éloigner encore plus de son patient ?

A fortiori si lui-même est aussi en situation de confinement à son domicile ? Comment et où la rencontre peut-elle se faire ?

En psychodrame Balint, les situations de visite apparaissent régulièrement dans les jeux. Et le groupe de s'immerger avec tous ses sens dans le récit du présentateur. On évoque l'ascenseur, les odeurs, la

lumière, un tapis, le chien qui aboie, d'autres protagonistes qui ouvrent ou se cachent, le médecin qui cherche une chaise ou attend son patient, en prenant le temps de regarder les photos aux murs qui disent ce qu'aucun dossier médical ne raconte.

Moment inconfortable, moment sensuel, moment fondateur, moment répété ou unique, ce qui se passe au chevet du patient et se rejoue dans le groupe éclaire sur la qualité de la relation qui s'est nouée.

Retrouver ces moments avec des internes de médecine générale dans des séances inspirées du psychodrame Balint leur permet de se replonger dans l'univers du patient, en réalisant la richesse de la rencontre. La visite peut être vécue comme contraignante au départ, mais la rejouer est l'occasion de la percevoir autrement. Comme une sortie de confinement nécessaire et féconde. On renoue avec la pensée de Balint qui allie connaissance, compréhension du malade et effet thérapeutique.

Je crois que pratiquer des visites à domicile, enseigner la pratique de la visite, partager avec des internes des moments forts au domicile des patients et leur permettre de rejouer en psychodrame des situations de visite à domicile, tout cela aide ces jeunes médecins à envisager positivement ce déconfinement de leurs lieux de soins, à retrouver et garder le sens de leur engagement dans la relation à leurs patients.

*** Médecin généraliste**

13310 Saint Martin de Crau

NE ME VOIS PAS ... REGARDE-MOI

Sébastien Lévy*

J'avais été interpellé dans la lecture du livre d'Anne Caïn, « Le psychodrame-Balint » par une erreur (volontaire?) d'impression. C'est à propos de la mise en place du groupe de psychodrame lorsque l'animateur établi la prise de contact. Les soignants évoquent « leur angoisse d'avoir à s'exposer ». Mais comme ils étaient bien préparés par leurs enseignants cela lui a facilité la tâche quand elle leur a demandé de bien vouloir ôter leur blouse, afin qu'une fois « dévêtus » le travail puisse commencer. Je me suis alors demandé pourquoi il était inscrit la « tache » et non la « tâche¹ ». J'ai alors pensé que cette tache-là était peut-être une volonté de laisser la marque de la séance de psychodrame afin que chaque participant en soit imprégné et que cette mise à nu modifie la suite de leur pratique.

De cette mise à nu je vais évoquer quelques aspects de ma pratique à travers le regard et de ce que laissent à voir les patients. La pratique en temps de confinement a changé nos habitudes de travail. Les rencontres physiques, dans ma pratique d'infirmier en éducation thérapeutique du patient, que j'exerçais durant cette période en Guyane, dans un contexte hospitalier, n'était plus possible (l'accès à l'hôpital étant réservé aux situations urgentes et nos consultations en ville momentanément suspendues). Une des priorités pour nos patients diabétiques était de ne pas perdre le lien thérapeutique installé. Nous avons donc commencé par des appels téléphoniques pour répondre à leurs interrogations, parler de leurs inquiétudes, leur signifier que nous sommes là, à s'adapter à cette situation. Mais cela montrait rapidement ses limites. Si cette solution pouvait être

envisagée avec les patients que je connaissais, cela perdait a priori du sens pour des nouveaux patients. Il se trouve que l'hôpital recevant des personnes atteintes par le covid, une bonne partie d'entre eux étaient diabétiques ou ont décompensé un diabète suite à l'infection.

Aussi nous avons envisagé d'autres modalités d'exercice et nous avons proposé de rencontrer les patients hospitalisés dans les différents services Covid.

Je faisais alors le tour des services pour recenser les patients qui pourraient avoir envie ou besoin de nous rencontrer. Et les demandes ne tardaient pas. « Il faudrait aller voir le patient de telle chambre » ou encore « la patiente a demandé à voir le psychologue » « mais celui-là, vous ne l'avez pas encore vu ? ». A cette nouvelle façon de travailler, s'ajoutaient quelques visites à domicile, puis des téléconsultations, parfois avec les moyens du bord car la structure hôpital n'avait pas été pensée pour envisager cette pratique, avec téléphone, et ordinateurs interposés.

Nous allions voir beaucoup de patients inquiets, anxieux de ce covid dont nous entendions parler en continu avec tous les fantasmes que cela pouvait engendrer, d'autant plus chez certains patients ayant une connaissance limitée de leur pathologie. Pour l'anecdote, un patient m'avait affirmé qu'il avait attrapé le diabète en passant le rotofil dans son jardin.

Alors déjà pour « voir » tous ces patients il nous fallait prendre un peu de recul et ne pas être aveuglé par ce flot d'informations incessant et leur proposer

¹ CAÏN A. LE PSYCHODRAME-BALINT Méthode, Théorie et applications, La pensée sauvage 1994, p.85

un espace-temps décalé qui leur permette d'intégrer ce qui venait de se passer et d'envisager la suite. Nous visitons ces patients diabétiques de novo en binôme avec mon collègue psychologue. A deux, nous avons non seulement le temps de voir les patients, mais également de les écouter. De regarder ce que leur corps osait exprimer quand leurs paroles essayaient de taire l'anxiété que nous entendions. Une grimace, une crispation du visage, le désarroi face à un double diagnostic qu'ils reçoivent en pleine figure : « je suis hospitalisé parce que j'ai des symptômes, des difficultés à respirer. J'avais pensé au Covid. C'était bien cela et là on m'annonce qu'en plus j'ai du diabète !!... ». A une période où l'on commençait à nous parler des distanciations sociales (bien avant de parler de distanciation physique) et de gestes barrières, ces patients isolés avec leur diagnostic qu'un soignant débordé avait pu lui donner au pied du lit, isolé car sans contact possible avec famille ou amis, ne pouvaient pas, simplement être vus. Alors, en tenues de protection afin de limiter toute transmission de ce virus que nous tentions d'apprivoiser, le visage masqué, il restait principalement nos yeux. Des regards à échanger. Des regards pour garder le lien, pour soutenir. Car regarder est bien plus que voir ce que l'autre nous montre. C'est également s'y attacher à double titre. Garder nous dit le dictionnaire, c'est s'occuper de quelque chose, de quelqu'un (garder le lien thérapeutique, garder le malade). Et là, REGARDER, se propose comme avoir une attention supplémentaire face au patient se sentant souvent bien seul. Garder à deux reprises et être deux fois plus attentif. A l'inverse du magicien qui s'amuse à nous faire détourner le regard pour que l'on ne voit pas son astuce, avec les patients nous devons focaliser notre regard pour capter l'étendue de ce qu'ils ont à nous montrer.

Et c'est ce regard, cet outil indispensable lors des téléconsultations, où le patient nous laisse voir ce qu'il choisit, qui va nous permettre d'être présent dans l'instant, d'être présent pour l'autre.

Puis est venu le temps des téléconsultations. Il me fallait alors appréhender une nouvelle pratique. Non liée à l'utilisation de cet outil pour lequel j'étais déjà habitué dans d'autres situations, mais plutôt liée au cadre nouveau qui se mettait en place. C'est alors avec quelques réticences et beaucoup de questions, que je me lançais dans cette aventure. La relation de soin sera-t-elle altérée ? Qu'en est-il de la distance ? La distance physique, géographique va-t-elle mettre une distance relationnelle ? Comment le ou la patient-e va percevoir nos échanges ?

D'habitude les patients viennent en consultation dans des lieux que je connais, un bureau de consultation à l'hôpital ou en ville suivant les jours. C'est mon cadre de travail, mon lieu et les patients s'en accommodent (ou pas d'ailleurs). Mais c'est instauré comme ça. J'aime bien voir les patients dans leur ensemble. Les voir arriver, s'installer. Ce moment privilège l'entrée en relation pour la consultation du jour.

Durant nos temps de séances d'accompagnement thérapeutique, ils me parlent de leur diabète, de leur traitement, des petits ou gros écarts alimentaires qu'ils ont pu faire (« Oh vous savez, hier je me suis fait plaisir. Je suis passé à la pâtisserie et n'ai pas résisté. Je sais que ce n'est pas bon pour mon diabète mais il faut bien se faire plaisir. » avec un petit sourire entendu, et ce léger haussement d'épaules, à peine perceptible mais bien visible.) Il leur arrive aussi de me parler de tout autre chose, essayant de ne pas affronter une situation qui peut leur être pénible. Mais je suis là, je peux regarder leurs gestes, leurs regards, leurs attitudes. Une proximité qui me permet de les toucher si besoin, de leur prendre la main.

Derrière un écran, je vais être privé d'une partie de ces sens, de ces informations. Je me rassurais en me disant que je pouvais envisager cette nouvelle pratique comme une visite à domicile, visites que nous avons également mises en place pour certains patients.

Je me rappelle par exemple Richard, patient s'approchant des 70 ans, propriétaire d'hôtel et autre commerce, bon vivant, habitué à des déjeuners d'affaires quotidiens. L'infirmière qui passe tous les jours chez lui me demande si je peux passer le voir car « il n'en fait qu'à sa tête » et depuis le confinement son équilibre glycémique est de pire en pire. En me rendant chez lui, un appartement qui jouxte l'hôtel, l'infirmière est encore présente, lui est assis à la table du séjour et me convie à m'asseoir également. J'échange avec lui sur la situation du Covid et l'amène à faire lien avec son diabète. Il m'affirme faire attention et confirme que son cuisinier applique correctement les recommandations convenues avec la diététicienne. Je vois qu'il veut me convaincre qu'il fait bien et qu'il n'y est pour rien dans ces hyperglycémies. C'est un homme qui a l'habitude qu'on l'écoute, que l'on fasse comme il décide quand il le décide. Mais en le regardant, son comportement est tout autre. Le regard fuyant, me montre au passage le buffet trônant le long d'un mur, sur lequel sont disposés de jolis contenants finement travaillés renfermant une diversité d'alcool pour ses apéritifs quotidiens. Le bon vivant m'avait laissé regarder une

part de son intimité mais refusait de voir les causes de ses hyperglycémies. Dans cette rencontre j'ai pu regarder où bon me semblait, dans la limite de la pièce où se déroulait l'entretien, mais cela avait suffi à m'apporter des éléments que je pourrais réinvestir lors des prochains entretiens.

Pour d'autres patients le recours à la téléconsultation était nécessaire. Rendez-vous était pris avec une patiente d'une soixantaine d'année avec qui je fais un appel en visio-conférence et qui me reçoit, installée dans son hamac, dans la cour de sa maison, me donnant à voir la moitié de son corps mais surtout à entendre les jeux des enfants tournant autour d'elle, les animaux de basse-cour. L'échange était toutefois agréable mais déroutant sur le moment. Qu'allait-elle me dire vraiment ? Comment aborder des questions personnelles ? Elle, étant sollicitée par les enfants.

Mon regard était porté sur elle mais la vision était altérée par les mouvements de son téléphone me laissant voir tantôt son visage, tantôt la cour alentour. Elle me montrait ainsi une partie de son quotidien, de son intimité, et c'est elle qui menait la cadence de l'entretien entrecoupé par des sollicitations diverses. Cette modalité était une alternative, certes plus plaisante que le simple appel téléphonique, mais pas entièrement satisfaisante. La barrière n'était plus matérialisée par le masque mais par les écrans et le regard restreint par un point de vue limité à l'angle de vision de la caméra. De cet échange, il n'est pas sorti grand-chose sur le moment. Elle m'avait offert un instant de son quotidien, de son environnement qui allait me permettre de mieux appréhender les prochains échanges. J'avais eu l'impression de ne rien avoir apporté à cette patiente. Et pourtant, un lien s'était établi et par la suite elle m'a sollicité à plusieurs reprises pour des interrogations quant à la compréhension de sa maladie, de ses traitements, pour des conseils. Ces consultations à distance démontraient un intérêt évident pour les patients et j'arrivais ainsi à m'en accommoder.

Quand j'ai pu enfin rencontrer de nouveau les patients en présence, le visage masqué, il me revient le souvenir de Monsieur Gourmandise. Un grand bonhomme charpenté, en situation d'obésité, la quarantaine. C'était notre première rencontre et il était peu prolix. Lorsque j'essayai de faire l'anamnèse il me répondait par de laconiques "oui", "non", "je ne sais pas". Je profitais d'un moment de silence pour regarder ce grand gaillard, que j'avais vu entré d'un bon pas, qui baissait son regard au fur et à mesure que

les minutes passaient et qui s'était replié sur lui-même quand il m'apprenait qu'il avait fait un séjour à l'hôpital de semaine et qu'il en était parti au bout de 2 jours. Emportant de surcroît la pompe à insuline que mes collègues lui avaient installée. J'imaginai alors les voix de doublage en psychodrame Balint : "il a l'air bien triste" "mais pourquoi est-il parti alors qu'on était là pour lui ? !" "il ne veut pas se soigner malgré ses hyperglycémies à 4g ?" "il se met en danger !", etc., etc. En regardant son mal-être s'installer de plus en plus, j'insiste sur ce qui l'a motivé à interrompre son séjour. Et au bout d'un moment il ose tout penaud m'avouer à demi-mot qu'il était parti le mercredi car c'était jour de marché et qu'il propose ses services pour porter les sacs de produits frais à qui avait besoin de son aide, en échange de quelques pièces. C'était là son seul revenu pour nourrir sa famille. Alors lui parler des dangers de sa glycémie constamment élevée n'était rien pour lui à côté de la nécessité de subvenir aux besoins de sa famille. Quel courage avait cet homme !

Il avait été vu comme quelqu'un irresponsable et irrespectueux (les collègues ne voulaient plus entendre parler de lui, il était parti avec la pompe à insuline !), alors qu'il méritait d'être regardé comme un homme intègre et généreux. Depuis, il a pu bénéficier d'un nouveau séjour en tenant compte de ses impératifs, il venait régulièrement à nos rendez-vous et me communiquait ses résultats pour avis sur l'adaptation de son traitement.

Prendre le temps de regarder les patients et non plus seulement de les voir, peut nous révéler beaucoup d'éléments de compréhension nécessaires à la relation thérapeutique.

Antoine de Saint-Exupéry écrivait dans le Petit Prince :

"-Adieu, dit le renard. Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.

-L'essentiel est invisible pour les yeux, répéta le petit prince, afin de se souvenir.

-C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante.

-C'est le temps que j'ai perdu pour ma rose...fit le petit prince, afin de se souvenir."

Soulignons que ce temps passé n'est pas vraiment perdu.

Dans le psychodrame Balint quand nous retrouvons un patient, une scène, c'est le regard, ou plutôt les

regards des membres du groupe qui permettent de voir l'invisible, passé inaperçu lors d'une consultation, qui donne tout son sens au jeu et qui permet l'éclairage nécessaire à la compréhension de ce qui avait interpellé le soignant et l'avait amené à présenter la situation. Dans ces trois situations, le contexte particulier, les mesures de confinement ont mis à jour de nouvelles perspectives dans la relation soignant-soigné. Le thème de la journée pose la question de comment garder le sens de la relation. Il y a du sens à partir du moment où la demande d'un patient, sa mise à nu, rencontre le regard attentif et bienveillant du soignant. Il y a du sens quand la relation va s'établir non pas à sens unique mais à double sens.

*** Infirmier**

Centre Hospitalier 43100 Brioude
sebprive@hotmail.com

EN SOUVENIR

Claude-Guy Bruère-Dawson

Pour ce qui concerne le psychodrame balint proprement dit, on peut avancer que ce que Anne Caïn nomme le premier discours consiste déjà dans ce qui se joue lors de l'acte médical dans la rencontre avec le patient. Le risque étant que ce discours soit très vite dans une impasse du fait des mécanismes de défense de chacun des protagonistes. J'avance donc que dans le psychodrame balint, il y a très rapidement reprise de ce premier discours qui avait débuté dans le cabinet du médecin...

...

.....dans le Psychodrame Balint le groupe a pour pré/texte le discours du patient ; de ce pré/texte les jeux successifs permettront la construction de textes propres à chacun autour des identifications signifiantes. Cela permet, dans cette déprise des identifications imaginaires une ponctuation des mécanismes de défense ainsi qu'une relance de leur possible dépassement. Autrement dit, le Psychodrame Balint permet à chacun de resituer la relation dans une clinique sous transfert, transfert qui sera non plus utilisé uniquement sous le mode de la suggestion mais qui sera analysé par le biais des déconstructions et reconstructions des identifications¹.

.....Ce qui est intéressant. Dans cette technique de la mise en scène, j'insiste, c'est qu'elle amène les choses du côté de l'identification, notamment par le biais des changements de rôles. C'est cela qui peut permettre aux soignants de passer d'une position de prestance à l'identification, à la faille de son patient et à la sienne propre.

On ne raconte pas. On joue. On met en acte, comme l'indique le mot psychodrame².

Notre ami s'est éteint mi-décembre 2020 à son domicile après une maladie invalidante de plusieurs années.

Il avait été en 1970 le compagnon de travail d'Anne Caïn et c'est ensemble qu'ils avaient élaboré la méthode du psychodrame Balint. Médecin, psychanalyste, élève de Lacan, il était un adhérent toujours ardent pour notre association et un superviseur rigoureux et bienveillant. Il a permis que se poursuive le travail de fondation qu'il avait entrepris avant le décès d' Anne Caïn.

¹ Les Quatre Temps N° 5 juin 2001 page 25

² Les Quatre Temps N° 8 mai 2004 page14

Paul Tivoli

L'accès à une parole qui ne soit ni bavardage ni objectivation peut nécessiter une médiation qui devient langage (dans la mesure où celui-ci peut "prendre corps"). Le jeu psychodramatique en donnant une place au mouvement corporel remplit cette fonction.

J'ai beaucoup réfléchi sur le *vous y êtes.*, rappelle à l'ordre que nous avons si souvent entendu dans la bouche de Anne Caïn au cours des jeux qu'elle animait. *Vous y êtes.* Il est si facile de ne pas y être, de s'évader de la mise en acte de nos paroles, de reprendre le récit, de se positionner à nouveau comme narrateur, ce faisant de prendre une distance avec notre "je" profond.

.....

.... Et puis il y a le mouvement — les gestes retrouvés dans un vis-à-vis corporel avec une spontanéité qui surprend.

La parole alors ainsi mise en scène en vient à produire du sens, déborde parfois de sens. Entre réalité et imaginaire l'action se déroule parfois contre toute attente. L'indicible ou l'inattendu, ce qui aurait été absent du discours, peuvent se manifester....

....En racontant on organisait les choses. On préparait de plus ou moins son histoire. Ici, on est surpris, désorganisé, et c'est là que peuvent surgir les images qui feront choc.

De tout cela reviendra une parole — qui ne sera pas celle du début — qui sera porteuse d'autres significations apparues lors des jeux.

Si l'objet de la cure analytique est l'accès ou du moins l'approche de l'analysant de son "je", le jeu du psychodrame balint n'est-il pas l'accès au "je" professionnel avec ses implications, ses possibilités et ses limites ?

Vous êtes dans le jeu, vous êtes dans le "je"¹

Le 30 décembre 2020 notre très cher Paul est décédé à Marseille. Il fut le coanimateur d'Anne Caïn dans le premier groupe qu'elle animait au Castelet¹. Premier médecin généraliste à animer des groupes de psychodrame Balint , il était un compagnon de tous les instants pour notre association. Un transmetteur pour beaucoup d'entre nous !

Il écrivait au terme de sa vie : « peut-être que la vieillesse est à la fois une pauvreté, physique en tous cas, et une richesse... que nous avons à transmettre. »

¹ Les Quatre Temps N° 3 novembre 1998 page 17

Simone Ledru

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...

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.

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...¹

Pédiatre dans la Sarthe Simone avait été accréditée très récemment comme animatrice par notre association. Elle a été emportée début 2022 par une maladie très rapidement évolutive.

Nous garderons le souvenir de sa chaleur, sa bienveillance pour tous, son sourire si communicatif et sa générosité, qualités qu'elle avait mis si vite à l'œuvre pour les groupes qu'elle a accompagnés.

¹ Les Quatre Temps N° 19 janvier 2020 page 47

Parlant de l'esprit Balint

.....en rencontrant Balint j'étais porté par le désir naïf de profiter le mieux possible en tant qu'élève de se maître exceptionnel. Exceptionnelle était également ma surprise devant ce maître qui ne voulait pas satisfaire mes attentes d'écopier ; sa réponse ne fut qu'une invitation au dialogue pour éclaircir mon désir. "Chacun doit trouver son propre chemin" m'a été finalement répondu là où j'aurais aimé entendre des instructions ou — comme on dit aujourd'hui — des "guidelines" pour savoir comment faire. L'écopier zélé a été frustré, il n'a pas reçu l'enseignement souhaité dans le sens habituel, il a été renvoyé à "soi-même. Il est clair que je ne pouvais pas suivre cette incitation sans hésiter, mais je crois l'avoir comprise de mieux en mieux ainsi que sa signification profonde¹

*À propos des résistances
accompagnant l'esprit Balint*

La première.....se rapporte à la subversivité cachée dans le travail balint et qui coïncide presque avec son esprit. L'esprit du temps soufflant autour de nous ne veut point de changement de perspective, ne veut pas des médecins capables de "jouer avec leurs propres cartes" selon un mot de Balint ne veut pas de soignants mettant en doute la valeur du rapport éternel maître/élève, surtout il ne sait accepter qu'il y ait des domaines qui se dérobent au savoir-faire technique. La dimension du vécu subjectif du particulier est pour l'esprit de notre temps subversif par principe ; d'ailleurs notre langue dévoile depuis fort longtemps que le subjectif n'a qu'à être su-jet, sou-mis. La perspective relationnelle est donc subversive. Dans la mesure où elle prend au sérieux la réalité intérieure individuelle. Ainsi que la perception de sujets à sujets sans se référer à des critères donnés. Notre perspective est subversive du moment qu'elle situe virgule dans un domaine spécifiquement humain, virgule le vivant primordial avant toute doctrine sur la vie. Ce qui est soumis doit rester soumis ; s'ils se mettent en évidence par révolte, il déclenche l'angoisse et des réactions répressives.²

Et plus loin :

Veillez à ce que votre renouveau reste nouveau pour longtemps et ne se fige pas dans le méthodique. Dans mon regard d'aujourd'hui, tout ce qui est généralisable, tout ce qui est technique dépersonnalisée n'est que décor par rapport à l'esprit Balint dont le durable, l'immuable, ne se maintient que là où il renaît toujours à nouveau, recréé et revitalisé par nous-mêmes. Le "toujours à nouveau" est finalement ce qui dure, ce qui reste, et je considère ce paradoxe comme bien soutenable. L'esprit Balint nous permet d'être présents dans nos fonctions, chacun et chacune dans sa mesure personnelle. C'est ainsi qu'il rejoint l'esprit tout court qui souffle — comme on sait — là où il veut.³

Arthur, décédé en avril 2022, était un médecin et psychanalyste suisse réputé qui avait contribué avec Michaël et Enid Balint au rayonnement de leur méthode dès la première heure .

Pour nous, pour notre association, il a été un maître et un superviseur très actif, ne ménageant ni son temps ni son énergie pour que notre approche, qu'il appréciait, puisse se développer après la disparition d'Anne Caïn.

Nous regretterons sa pugnacité et sa clairvoyance pour ramener toujours à la relation.

¹ Les Quatre Temps N° 4 mai 2000 page 13
² idem page 14

³ idem page 15

INFORMATIONS

Liste des animateurs en 2023

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 2023

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 Montrabé docteur.bonal31@orange.fr	06 86 41 63 85
ANNIE BOUILLON	1 rue Servan, 38000 Grenoble annie.bouillon@wanadoo.fr	06 61 13 94 91
CAROLINE DAUCHEZ	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	Villa Beausoleil 12 rue Jules Verne 92300 Levallois lachowsky@aol.com	06 09 88 20 00
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

GROUPES RÉGULIERS EN 2023 EN FRANCE

BORDEAUX

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

GRENOBLE

- 1 samedi tous les 2 mois (5 séances par an)
Animé par Mme Annie Bouillon : 06 61 13 94 91 et Dr Jean-Pierre Bachmann 00 41 22 321 53 53

LYON

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

PARIS

- Groupe animé par la Dr Marie-Noëlle Laveissière 06 63 99 98 12 mnolaveissiere@gmail.com et le Dr Philippe Heureux
Deux séances le samedi après-midi tous les 2 mois (5 samedis par an).

PAU

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

SAINT-ANDRÉ-DE-SANGONIS (près de Montpellier)

- 1 vendredi après-midi (2 séances) chaque trimestre.
Animé par Mme Christiane d'Olier 04 67 05 03 75 et le Dr Luc Steimer 06 81 26 16 81

TOULOUSE

- Un jeudi chaque trimestre 9h15 - 16h15 Animé par la Dr Michèle Bonal 06 86 41 63 85 et le Dr Luc Steimer 06 81 26 16 81

GROUPES RÉGULIERS EN 2023 HORS DE FRANCE

ALLEMAGNE BRETTEN

- Les journées découverte du psychodrame-balint de 2023 seront renouvelées en mars et juin 2024
Contacter Dr Almut Nagel-Brotzler (coordonnées page 64 ci-dessus)

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 Dr 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 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 Ysé Coulondre (détails ci-dessus) et le Dr Nicolas Golay
Clinique de Belle-Idée, Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1226 Thônes

LAUSANNE

- Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint
Dr Almut Nagel-Brotzler et Dr Michel Dafflon
- Groupe en 2023 dans le cadre de la formation Certificate of Advanced Studies – Université de Lausanne. Trois demi-journées animées par le Dr Jean-Pierre Bachmann et le Dr Daniel Durigon

QUÉBEC

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

Des moments à noter sur vos agendas

Les XXXèmes Rencontres de l'AIPB

samedi 12 octobre 2024

Centre Crêt-Bérard 1070 Puidoux (Suisse)



Journées Balint d'Annecy

Dates : du 8 au 11 mai 2024

Lieu : Novotel Atria 1 rue Berthollet 74000 Annecy

Thème : La relation soignant-soigné

Séminaire Balint de formation pour médecins et soignants

Contact :

Dr Sylviane ROSET-JAULT

156, Cours Albert Thomas - 69008 LYON

06 22 07 08 46 - syjauset2@gmail.com



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)

Différents thèmes pour développer les compétences relationnelles du médecin par la formation Balint

Contact :

Secrétariat de l'AFB : Nadine Puybertier 06 40 13 11 55 nadine.afb@gmail.com



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