

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



Journées de Rennes 2011 et Bruxelles 2012

N° 16 - Décembre 2013

A I P B

Association Internationale
du Psychodrame Balint

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

Association régie par la loi 1901

N° formation : 93 130417713

Siège : c/o Dr Marie-Noëlle Laveissière

9 avenue Daniel Lesueur

75007 Paris

Fondatrice : Anne Caïn

Membres d'honneur

Lucien ISRAEL †

Michel SAPIR †

Arthur TRENKEL

Président

Luc STEIMER

Vice-Présidente

Annie BOUILLON

Secrétaire

Philippe HEUREUX

Trésorière

Monique de HADJETLACHE

Formation

Marie-Noëlle LAVEISSIERE

Jean-Pierre BACHMANN

International

Belgique Philippe HEUREUX

Canada Suzanne DÉJOIE

Italie Piero TRUCCHI

Suisse et IBF Jean-Pierre BACHMANN

Les Cahiers de l'AIPB

Responsable de la publication
Luc Steimer

Rédaction

Luc Steimer

337 route Neuve
30120 Le Vigan France

Jean-Pierre Bachmann

15 rue des Sources
CH -1205 Genève Suisse

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...

Accueil

Avec une ligne de publication remaniée cette livraison de nos Cahiers succède, après plus de deux ans, au numéro de septembre 2011.

Il regroupe donc des travaux des années 2011 et 2012, textes de nos journées de rencontres annuelles, mais aussi une communication faite lors d'un congrès de la Fédération Balint Internationale (IBF) par une collègue américaine. Ce texte a retenu toute notre attention et nous souhaitons le faire découvrir à nos lecteurs tant nous nous sentons concernés par ses réflexions aussi bien dans nos attitudes de soignants que dans nos démarches de Balintiens.

Un grand merci à tous pour leur travail qui nous permet cette parution. Cette création collective de notre association reste la preuve de notre vitalité et de notre intérêt à la poursuite des recherches sur la relation soignant-soigné initiées par Balint, poursuivies par Anne Caïn, et que nous souhaitons voir reprises par les jeunes générations.

Bonne lecture à tous.

Illustration de couverture :
Encre de Chine et acrylique sur papier de Suzanne Déjoie
Reproduction photographique de Dominique Sanche

S o m m a i r e

HORS DOSSIER

Communication présentée au XVIIème Congrès de la Fédération internationale Balint à Philadelphie (USA) en septembre 2011

KATHERINE KNOWLTON

Un vieux cru dans une bouteille neuve. L'effet du travail Balint sur les mécanismes de défense _____ 9

DOSSIER RENNES

octobre 2011

XVIIIèmes rencontres de l'AIPB : entre «bonnes pratiques» et ...imprévu

Argument de la journée _____ 19

LUC STEIMER

Introduction _____ 21

ANDRE ESNULT

1977-2011 - Les groupes de formation Balint à la Faculté _____ 24

MONIQUE DE HADJETLACHE

Vers un élargissement de notre regard et de notre écoute de soignant _____ 27

CHRISTIAN BOURDY

L'expérience québécoise de la formation par le groupe Balint durant les études médicales _____ 31

DOMINIQUE HALBOUT

L'imprévu dans le psychodrame Balint _____ 37

CLAUDIE HELSENS

La naissance d'un soignant _____ 41

DOSSIER BRUXELLES

octobre 2012

XIXèmes rencontres de l'AIPB : la solitude du soignant

Argument de la journée _____ 47

LUC STEIMER

Introduction _____ 49

JEAN-PIERRE BACHMANN

Etre seul, se sentir seul _____ 51

CHRISTIAN LINCLAU

Ecouter : un exercice de solitude _____ 54

GIULIANA CANONICA

Une expérience singulière : le psychodrame Balint en Afrique de l'Ouest _____ 58

BERNARD LE FLOHIC

Du psychodrame Balint...vers une solitude assumée _____ 63

Informations

HORS DOSSIER

Un vieux cru dans une bouteille
neuve.

L'effet du travail Balint sur les mécanismes de défense. ¹

Katherine Knowlton *

Bien qu'il soit important d'étudier les effets du travail Balint sur la pratique professionnelle cette démarche peut être difficile pour de nombreuses raisons. L'une est due au fait que des changements significatifs sont souvent plus qualitatifs que quantitatifs, plus implicites qu'explicites ; ainsi, il est plus difficile de les définir, de les expliquer de manière claire ou de les mesurer. Votre expérience dans un groupe Balint peut ne pas modifier la prescription de vos ordonnances ou le nombre des consultations d'un patient, mais il peut améliorer votre relation avec un patient difficile. Nous reconnaissons que ces effets des groupes Balint sur la pratique sont liés à des changements qui ont lieu chez le médecin, mais pour le démontrer nous devons rechercher ce qui change chez les participants d'un groupe. Nous avons besoin d'une évidence objective quant au développement de la subjectivité (1).

Puisque j'estime que ce qui se développe dans notre subjectivité par le travail Balint est lié à la manière dont nous utilisons nos défenses, c'est de cet aspect que je vais parler ici. Dans un premier temps, je discuterai des différentes répercussions qu'ont les défenses et en quoi les groupes Balint baissent les défenses les moins utiles. J'attirerai particulièrement l'attention sur ce qui nous permet de constater avec une évidence objective en quoi les groupes Balint influencent les défenses

aussi bien à court terme qu'à long terme. Je terminerai par évoquer certaines des implications que cette manière de penser a sur notre travail.

Le travail Balint a des effets aussi bien à court terme qu'à long terme sur l'utilisation et le développement des défenses (2,3). J'utilise ici le terme de défenses dans son acception ancienne, celle de mécanismes automatiques et inconscients qui limitent certaines prises de conscience afin d'éviter des vécus de surstimulation et des vécus traumatiques. Les défenses servent à nous protéger de nous-mêmes, de nos affects. Les médecins doivent avoir des défenses puissantes car ils doivent faire face, de manière répétée, à des situations susceptibles de les déborder. Un de mes exemples préférés est celui d'une médecin de famille hautement qualifiée qui assistait à une intervention chirurgicale que subissait une amie, et ceci à la demande de cette dernière. Aussi longtemps que l'attention était focalisée sur la procédure technique, tout se passait bien, mais à un moment l'anesthésiste a retiré le champ qui cachait le visage de la patiente. Le médecin qui assistait à cette intervention devint très mal à l'aise et demanda à ce que le champ soit remis en place. Elle ne pouvait, au sens littéral, faire face au fait que c'était son amie dont le corps était ouvert devant ses yeux. Sa capacité de fonctionnement était menacée par un débordement d'émotions.

Tout comme cette situation était insupportable pour le médecin de mon exemple, tous les médecins doivent faire face à des moments où ils ne peuvent tout à la fois gérer leurs réactions ou leurs aptitudes professionnelles et la signification personnelle (intime) qu'ils représentent. C'est en trop pour eux. Dans de tels moments, le médecin doit avoir de bonnes et solides défenses. Le médecin doit être capable de réfléchir, de rester attentif, même lorsqu'il vit des expériences multiples et intenses.

¹ Traduction de la communication présentée dans le cadre du XVIIème Congrès de la Fédération Internationale Balint (Philadelphie, USA, septembre 2011) : « Old wine in a new bottle : documenting Balint groupe effects on defenses. » Katherine Knowlton est psychothérapeute. Traduction : Jean-Pierre Bachmann.

Mais les défenses opèrent de manière constante et pas uniquement lorsque nous avons conscience d'émotions fortes, et elles ont des influences plus subtiles sur la prise de conscience de moment à moment. Parfois, c'est en réalisant que nous avons oublié quelque chose que nous avons le premier indice d'un recours à des défenses. Notre défense a fonctionné dans le but de nous simplifier les choses, en tenant quelque chose à l'écart de notre conscience même si le matériel gardé inconscient n'est pas particulièrement lourd ou difficile émotionnellement. Nous observons ceci dans les groupes Balint lorsque les présentateurs, au début de leur récit, oublient certains détails. Un des effets à court terme du travail Balint peut ainsi se manifester par le fait que le présentateur se souvienne ou devienne conscient du matériel oublié, et ceci après qu'il ait écouté ses collègues travailler² le cas. Par exemple, le fait d'entendre ses collègues s'entretenir sur les soutiens sociaux qu'ils imaginent être ceux du patient présenté peut amener le médecin présentateur du cas à se souvenir de l'allusion faite par son patient à des conflits avec sa famille. Cette remémoration est assez fréquente et peut survenir avec une discrète sensation de détente ou de soulagement. Remarquez que la défense à laquelle le présentateur a eu recours l'a empêché de penser à quelque chose qui aurait pu lui être utile. Cette défense pourrait avoir suffi dans le contexte du traitement mais elle devait être levée pour lui permettre d'accéder à une plus profonde réflexion et à une meilleure compréhension.

La capacité de cette présentatrice à se souvenir, apparue au cours d'une seule et même séance, était un effet à court terme du travail Balint. Ainsi, une mesure d'un résultat à court terme pourrait être d'examiner si, après la discussion du cas, des

éléments nouveaux sont remémorés. Ceci semble simple à observer : est-ce que du matériel nouveau a été évoqué ou présenté comme résultat de la discussion au sujet du cas présenté ? Quand les choses se passent bien ceci est facile à examiner. Mais il est possible que quelqu'un présente, délibérément, des informations partielles, peut-être comme un test, afin de donner l'impression qu'il a finalement „la bonne réponse « alors que ses collègues peinent à comprendre un élément trompeur du tableau clinique. Si une telle situation se présente, l'indicateur externe qu'est la remémoration ne s'accompagne pas de l'effet interne résultant de la baisse des défenses. Nous devons faire deux observations dans cette situation : le matériel nouveau a-t-il été vraiment remémoré ou seulement présenté ? Ce qui s'est ainsi passé, était-ce en réponse à une détente dans la pensée réflexive ? Nous sommes à nouveau aux prises avec ce problème ancien: dans quelle mesure une évidence objective correspond-elle au changement interne que nous souhaitons décrire. Nous avons besoin d'observateurs capables d'appréhender des preuves d'une certaine subtilité et les animateurs de groupe expérimentés peuvent être capables de juger de telles nuances bien mieux que les participants plongés dans le groupe.

Un deuxième effet habituel à court terme est que le présentateur se détend et peut ressentir davantage de compassion envers lui-même. Le manque de compassion envers soi-même que manifeste le présentateur d'un cas pourrait simplement correspondre à l'image qu'il se fait de ce que cela signifie être médecin. D'une certaine manière les défenses nous simplifient la vie en nous épargnant une forme de travail émotionnel. Si vous vous demandez comment vous devriez réagir c'est habituellement le signe que vous êtes en train de vous défendre contre l'expérience réelle que vous êtes en train de vivre.

Dans notre groupe de médecins en formation la présentatrice commença par dire, de manière très critique envers elle-même : “Ce cas est un cas vraiment simple. Je ne sais pas si cela vaut la peine que je le présente”. Après qu'elle ait entendu ses

² En anglais : « play with the case ». L'auteur fait référence au moment de discussion qui a lieu dans le groupe, entre les participants, après que l'animateur ait demandé au présentateur de rester en retrait de ces échanges. Cette phase de discussion, souvent longue, est assez spécifique du mode d'animation dans le cadre de la Fédération Internationale Balint.

collègues parler avec attention de sa patiente et s'identifier à elle et aux frustrations qu'elle vivait dans la communication avec sa patiente, elle dit : "Hou la la ! Je disais que c'était un cas sans difficulté, mais j'avais tort. Comme ce n'était pas difficile médicalement parlant je me disais que cela devait être simple. Ce n'est pas étonnant que j'aie été en difficulté !" Une fois qu'elle put relâcher ses défenses et apprécier la situation dans sa globalité, son soulagement devint manifeste.

Ceci nous permet à nouveau de mesurer un effet subtil mais significatif de changement dans le cadre même de la séance. Dans mon exemple le médecin pourrait continuer à insister sur le fait qu'elle ne procédera pas de manière différente avec son patient puisque rien n'avait changé sur le plan médical ! Toutefois, les animateurs du groupe vont être à même de percevoir l'impact du travail du groupe sur le présentateur. L'accès à une acceptation moins critique et à un sentiment de liberté quant à l'expérience sont des signes d'un réel travail Balint car l'acceptation survient souvent conjointement à un relâchement des défenses.

Il se peut aussi que le présentateur se sente plus à l'aise après une séance car, ayant recours à la rationalisation, il a pu maintenir en place ses défenses. Ce pourrait être une étape dans le processus d'apprentissage bien que ce ne soit pas mon avis. Je reviens donc sur la nécessité d'avoir des observateurs attentifs pour apprécier la diminution des défenses.

Quand le travail du groupe n'a pas produit de changement interne ou une compréhension nouvelle chez le présentateur, ce dernier peut cependant avoir conscience que des développements ultérieurs peuvent advenir, un regain de curiosité, comme s'il se disait : "J'ai maintenant un espace subjectif pour être observateur. Auparavant je ne pouvais que me sentir frustré, confus ou prêt au pire". Le travail du groupe a permis un retour à une position attentive, réceptive et non contrôlante à l'égard des cas difficiles. Ainsi se présente une autre mesure de

l'effet à court terme : est-ce que les participants développent une attitude plus réceptive et moins contrôlante au cours de la discussion ?

Il est évident que l'impact fondamental du groupe Balint est le développement d'une compassion à l'égard du patient. Ceci implique toujours de pouvoir tolérer la complexité. Ce peut être soulageant de ressentir de la compassion pour un patient que vous ressentez exaspérant ou grossier, mais ce n'est pas si facile ou si simple que cela. Et cela implique toujours un assouplissement de ce mécanisme interne qui simplifie les choses même si elles restent pénibles : votre défense.

En fait, une façon de comprendre l'effet à court terme d'un travail Balint efficace est de le concevoir essentiellement en terme de défenses qui, au commencement, avaient un rôle protecteur mais qui maintenant deviennent gênantes. Le présentateur perçoit un signal interne lui indiquant qu'il a plus à connaître ou à comprendre du cas. Ce signal peut être une sensation d'angoisse, une impossibilité à arrêter de penser à son patient ou un malaise concernant une interaction avec lui. Pour mieux saisir ce qui se passe, il s'agit de parvenir à un assouplissement de ses défenses et c'est ici notre secret : dans les bonnes circonstances on arrive à assouplir les défenses de manière intentionnelle même si elles surviennent automatiquement et inconsciemment.

Pour le moment les effets à court terme du travail Balint pour le soignant consistent en une augmentation de la prise de conscience ou à une capacité de remémoration, à une acceptation plus grande de son expérience, ce qui implique une tolérance à l'égard de ses affects et une tolérance de la complexité, une diminution de son besoin de se juger et de juger autrui ainsi qu'une diminution de son besoin de contrôle. Ceci s'accompagne aussi d'un moins grand besoin de produire une bonne réponse.

Je pense que nous sommes tous familiers avec ces effets qui peuvent survenir même si les défenses du soignant n'étaient au départ pas si serrées. Nous pouvons tous le percevoir lorsqu'un

groupe Balint apporte une aide dans un cas où la difficulté est telle que notre mode de défense est patent de l'extérieur. La rigidité de la pensée s'assouplit. La dureté, qui donne l'impression que le présentateur refusait de se laisser toucher, s'atténue. Et le besoin de faire en sorte que quelque chose doive survenir diminue, je pense que des problèmes plus légers et des changements plus subtils peuvent être considérés comme des effets à court terme et peuvent être observés.

Donc, que se passe-t-il dans le long terme si vous faites l'expérience répétée d'un tel effet à court terme ? Un abaissement intentionnel et répété des défenses améliore leur flexibilité. Les défenses proprement dites ne changent pas. Vous pouvez toujours vous sentir débordé et vous renfermer de manière automatique. Mais si la façon dont vous utilisez vos défenses se développe, la récupération est plus rapide. Vous avez ainsi acquis une plus grande agilité psychique.

Cette forme de développement, cette maturation dans l'utilisation des défenses, tel est pour moi l'impact à long terme du travail Balint. Et les médecins ont tout autant besoin d'avoir des défenses solides que des défenses flexibles. Lorsqu'on se défend de manière rigide contre la vulnérabilité que l'espoir crée, on devient cynique. Lorsqu'on se défend de manière rigide contre le fait que tout comme les patients on a des besoins, on en devient martyr. Chaque défense rigide a un coût élevé : on ressent moins les choses et on pense moins librement. Lorsque la formation médicale participe au développement de défenses rigides, elle produit des médecins avec des failles (4). La participation à un groupe Balint peut permettre de désapprendre cette rigidité (5) et de développer de la flexibilité.

De fait, le groupe Balint encourage l'intégration complexe des aspects émotionnels et cognitifs et ceci ne peut advenir qu'avec un assouplissement des défenses (6) la sphère personnelle est explorée, mais à l'intérieur de certaines limites. Dans un groupe Balint, et sans être soumis à une situation d'enseignement, nous apprenons

comment nous devons faire pour rester frais et dispos dans notre travail. Le centre d'attention de ce travail est le rôle professionnel, mais l'éventail de son contenu est aussi large et profond que l'imaginaire des membres du groupe.

Comme promis je vais porter maintenant une attention toute particulière aux moyens qui nous permettent de prouver les effets des groupes Balint. Comment pouvons-nous percevoir cet effet qualitatif à long terme de la maturation dans l'utilisation des défenses ? Salinsky et Sackin dans leur ouvrage « What are you feeling doctor ? »³ se sont employés à l'étude directe des défenses et du changement qualitatif. Ils ont décrit l'importance de l'insight et le pouvoir d'un groupe Balint caractérisé par un climat de confiance et de profonde ouverture. Leurs constatations, décrites de manière détaillée et avec élégance, sont en complet accord avec mon approche. Pour ma part je tente de mettre au point un outil de mesure plus simple pour étudier l'utilisation des défenses et ceci afin de rendre la recherche et le processus d'évaluation plus aisés. Le concept de « mindfulness » (pleine conscience)⁴ peut nous fournir un outil très utile. Des chercheurs ont identifié des éléments liés à cet état de pleine conscience et ont procédé à la validation d'échelles qui mesurent ces éléments (8,9).

Deux de ces éléments, le non-jugement et la non-réactivité ressemblent à une définition opérationnelle d'un état de maturité non défensive. Par exemple, un élément sur l'échelle du non-jugement est énoncé ainsi : "Il est rare que

³ Ce livre a été traduit en français par des collègues de la Société Médicale Balint (Françoise Auger, Michel Nicolle,) sous le titre : *Ça va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive* ». Editions Sipayat, 2011.

⁴ La « Mindfulness » traduite par « pleine conscience » ou par « méditation en pleine conscience » est un ensemble de techniques issues de pratiques méditatives bouddhistes, mais habituellement sans connotation spirituelle ou religieuse. Ces techniques ont été développées aux USA, notamment à l'université du Massachusetts, dans la clinique de réduction du stress, sur la base des travaux de Jon Kabatt Zinn. De nombreux articles universitaires décrivent les effets bénéfiques de ces méthodes.

je me dise que je ne devrais pas ressentir les choses de la manière dont je les ressens ". Un item sur l'échelle de la non-réactivité "Quand j'ai des pensées ou des images pénibles je suis capable d'y prêter attention sans réagir à elles."

Nous pourrions résumer ces échelles en disant : "Je tolère une certaine complexité interne et je garde mon calme", ce qui est une excellente description des fruits de défenses qui ont évolué. Cet effet à long terme sur les défenses survient à cause de la technique de l'esprit yoga d'un groupe Balint : relâchez-vous et étirez-vous pour adopter le point de vue du patient ; et maintenant, prenez la position du médecin. Sentez la tension. Ce processus survient quel que soit le contenu du cas et il peut se passer pour chacun des participants, même pour ceux qui ne sont pas arrivés à un insight personnel.

Comme le yoga ce peut être agréable de le pratiquer, mais cela nécessite du travail et les récompenses peuvent s'emmagasiner avec le temps. Comme pour le yoga si vous vous étirez trop vous pouvez vous blesser et ne plus souhaiter essayer à nouveau. Mais si vous êtes conduit de manière habile à vous étirer plus que de coutume, mais pas suffisamment pour que cela soit douloureux, vous pouvez vous sentir bien même si vous faites cet exercice même à petite dose. Les membres des groupes qui en viennent à utiliser le mot Balint comme un verbe et qui disent qu'ils « balintent » des cas tout le temps ont peut-être découvert quelque chose : ces échanges rapides, en peu de phrases, en parlant de manière émotionnelle plus que médicale, peuvent être une manière de s'exercer à diminuer leurs défenses au cours de leur journée de travail et ceci afin de maintenir une certaine flexibilité de leurs systèmes défensifs.

Une telle compréhension de l'effet à long terme de la participation à un groupe Balint suggère que nous pouvons nous attendre à ce que cet effet soit dépendant de la dose et nous ne devrions le rechercher qu'après une exposition suffisante au traitement de groupe Balint. Cela veut aussi dire

que la fréquence et l'intentionnalité sont importantes comme elles le sont dans les méthodes spécifiques de formation à la pleine conscience (10). Si les séances de groupes Balint sont trop rares ou trop impersonnelles ce travail peut ne pas se faire même si les participants ont pris coutume d'échanger entre eux, sur le moment et spontanément dans leurs cadres de travail comme ils le font dans un groupe Balint. Quand les groupes Balint fonctionnent vraiment la méthode groupale peut être une manière puissante pour favoriser certains aspects de prise de conscience et le développement d'une souplesse interne. C'est une des raisons pour lesquelles je pense qu'il est important que les animateurs de groupe observent et décrivent l'influence que le travail de leur groupe a sur les défenses, et ceci d'une séance à l'autre.

Voici comment nous utilisons à Seattle cette compréhension des effets des groupes Balint : ma coanimatrice, Robbie Sherman, est chef de la section de médecine interne d'une grande clinique multidisciplinaire. Elle a été à même de faire en sorte que les médecins qui commencent leur activité professionnelle aient la possibilité de participer à un groupe Balint qui se réunit toutes les deux semaines. Cette activité est reconnue comme faisant partie de leur formation continue. Notre premier groupe a commencé en automne 2010 et s'est terminé à la fin du printemps 2011. Il accueillait neuf participants de six spécialités différentes et les participants ont jugé que cette formation leur était utile. Nous pensons qu'il en ira de même pour notre deuxième groupe. Cette fois-ci nous allons leur demander, avant que le groupe démarre, de se décrire en tant que médecins en utilisant le questionnaire de „mindfulness“. Puis après chaque séance Robbie et moi allons observer la présence ou l'absence de signes qui parlent en faveur d'un assouplissement des défenses. Après notre dernière séance, nous allons leur présenter à nouveau l'échelle de mindfulness. Nous allons avoir dix séances de groupe et certains des participants auront manqué quelques séances. Lors de notre précédent groupe, la „dose “

moyenne de Balint était de six séances. Il est possible que nous cherchions l'effet de notre travail de manière prématurée mais j'essayerai de vous en reparler ultérieurement. Comme il n'y pas de groupe témoin, même des résultats positifs ne peuvent apporter des preuves importantes, mais ce projet peut nous donner une „démonstration de faisabilité“ qui justifie que nous poursuivions notre investigation.

Si la maturation des défenses est un élément que nous pouvons décrire, un certain nombre de questions demeurent. Est-ce que l'effet sur les défenses nécessite une dose d'entretien de travail Balint ? Quelle est la dose suffisante ? Est-ce que cet effet est suffisamment utile dans la pratique pour motiver à participer à des groupes Balint ? Les questions peuvent être innombrables mais je pense que nous commençons à y apporter des réponses.

*** Ph.D., University of Washington, Department of Family Medicine, Seattle, USA, tryekk@aol.com**

Références :

1. Main T. Some medical defenses against involvement with patients. *Journal of the Balint Society* 1978; 7:3-11.
2. Salinsky J, Sackin P. What Are You Feeling, Doctor? Identifying and Avoiding Defensive Patterns in the Consultation. Abingdon: Radcliffe Medical Press, Ltd.; 2000. Traduction française: Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press; 1972.
3. Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press; 1972.
4. Addison RB. Covering over and over reflecting during residency training: using personal and professional development groups to integrate dysfunctional modes of being. In: Little M, Midtling J, eds. *Becoming a family physician*. New York, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1989:87-109.
5. Ogden TH. On teaching psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87:1069-1085.
6. Lichtenstein A, Lustig M. Integrating intuition and reasoning: how Balint groups can help medical decision making. *Australian Family Physician* 2006; 35(12): 987-989.
7. Bion WE. *Learning from experience*. Northvale, New Jersey and London: Jason Aronson, Inc.; 1998.
8. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Kreitmeyer J, and Toney L. (2006) Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment* 2006; 13: 27-45.
9. Ludwig D, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2008; 300 (11): 1350-1352.
10. Rubin, JB. *Psychotherapy and Buddhism: Toward an Integration*. New York: Plenum Press; 1996.

DOSSIER RENNES

RENNES Samedi 8 octobre 2011

Entre « bonnes pratiques » et ... imprévu

Le moment pour le soignant de se laisser questionner

Argument de la journée

La formation des médecins repose sur un savoir rigoureux. Les avancées scientifiques de la médecine impliquent que ce savoir soit de plus en plus exigeant dans le cadre des « bonnes pratiques ». Mais la formation doit aussi considérer que l'objet du soin est une personne dans sa dimension subjective : son histoire, son insertion familiale, socio-professionnelle...

Prendre en compte cette dimension est également une exigence scientifique. Il est donc primordial de développer très tôt dans le cursus la capacité d'observation, d'écoute et d'implication personnelle dans la relation avec le patient.

Le psychodrame-Balint permet de faire surgir l'imprévu, de l'accepter, de solliciter la créativité du soignant. De même la consultation, avec l'attention portée à la relation, et à ce qu'elle recèle d'inattendu, peut devenir elle aussi un espace de création. Le soignant, l'étudiant, s'il se laisse toucher et questionner dans la surprise partagée de la clinique, peut naître à une autre dimension de son identité professionnelle.

Les exposés et le travail en petits groupes de psychodrame tenteront d'éclairer ces processus de formation.

Introduction à la journée de Rennes

Luc Steimer *

Permettez-moi tout d'abord de vous dire mon émotion et mon plaisir de vous accueillir ici aujourd'hui.

Je veux remercier monsieur le doyen de la faculté de médecine qui met à notre disposition ces locaux permettant de renouer avec leur passé pour certains, pour tous d'échanger dans des conditions particulièrement agréables.

Nos déplacements de toute la France, mais aussi de Belgique, Suisse, Italie et l'effort particulier de Suzanne venue du Canada pour nous rejoindre en cette ville de Rennes sont l'aboutissement d'un projet qui se veut la reconnaissance d'un travail de longue haleine effectué par nos amis Rennais auprès des étudiants en médecine. Notre collègue, le docteur André Esnault nous fera part de cette expérience, mais je souhaite dès maintenant, en votre nom à tous, le remercier lui et Yvette son épouse, ainsi que les docteurs Marie et Bernard Heyman et le docteur Jacques Lescanne, de toute l'énergie qu'ils ont déployée pour nous assurer une journée de travail optimum.

Nous avons le regret malheureusement de ne pouvoir accueillir comme prévu le Professeur Christian Bourdy, de Montréal, qui a dû renoncer pour des raisons de santé toutes récentes. Il sera avec nous par la pensée et a confié à Suzanne Déjoie, qui nous la transmettra, l'intervention qu'il avait préparée sur son travail avec les étudiants de son université. En notre nom à tous je tiens à lui souhaiter un très prompt rétablissement.

Je voudrais replacer nos travaux de ce jour dans le cadre de la crise générale de notre monde de 2011 qui pèse maintenant de plus en plus lourdement dans tous les secteurs, publiques ou privés, de la santé.

Cette situation interroge bien sûr le travail de l'ensemble des soignants (au delà des seuls médecins) dans nos pays développés qui à tous les niveaux voient remettre en question leurs habitudes de formation et d'exercice. En France il n'est pas un mois, une semaine même, sans que nous soient proposés de nouveaux protocoles de soins, de nouvelles recommandations, de nouvelles directives pour uniformiser, mutualiser, rentabiliser les pratiques professionnelles.

Nos patients, eux, sont également soumis à une pression quotidienne des medias qui leur vantent les circuits de soins à respecter, les comparatifs d'établissements et de professionnels pouvant guider leur choix, qui les invitent à participer à des sondages, à partager leurs expériences et à se montrer circonspects, voire exigeants, envers leurs soignants.

Ainsi il existe une pression normative qui s'ajoute à l'évolution scientifique, parfois trop étroitement technico-scientifique, de la formation initiale dans nos universités.

Comment dans ce cadre, facilement anxiogène, se déroule une consultation médicale ? Qu'en est-il de ce colloque singulier qui ne peut se soustraire à la pression de la vie sociale environnante ? Comment faire pour qu'une relation de soins de qualité puisse être sauvegardée, une relation où puisse peser et être utilisée la subjectivité et qui soit donc bien la rencontre de deux personnes, de deux sujets, chacun riche de son vécu particulier passé et présent ? Comment maintenir aussi pour chacun des soignants la liberté intellectuelle qui permet seule de rester créateur et de trouver, dans le plaisir de cette création, les forces au quotidien pour exercer ces métiers passionnants ?

Avec Balint est réintroduite toute cette reconnaissance de l'inconscient, de l'importance de l'émotion du soignant, de l'élargissement des diagnostics (il parlait de diagnostic approfondi).

Mais il insistait aussi sur les possibilités psychothérapeutiques particulières du médecin du fait qu'il s'occupe du corps. Or il s'agit bien pour nous, dans notre pratique du psychodrame Balint, de la mise en travail de cette relation au corps, corps du soignant autant que du patient, corps des membres des groupes autant que des animateurs.

A l'énoncé du thème de nos journées j'ai cherché, dans mon exercice de médecin généraliste dans le sud de la France, ce qui pourrait se rattacher à de bonnes pratiques mais, curieusement, ne me sont venues que des souvenirs de consultations saugrenues. Quand la mémoire insiste, répète, je pense que cela a un sens et je vous propose que nous nous interroguions ensemble.

Chaque fois que Madame B. vient me voir, elle qui a eu un cancer du sein opéré il y a 5 ans, je mets mon brassard de contrôle de tension artérielle du côté où il ne faut pas, celui où elle a eu un curage ganglionnaire. Les quatre premières fois elle m'a gentiment rappelé à l'ordre : il était compréhensible que j'oublie puisqu'elle était une nouvelle patiente. Peut-être même souhaitait-elle oublier, elle aussi. Les cinquième et sixième fois elle s'est un peu fâchée, et, lors de la dernière consultation, il y a un mois, nous avons eu tous les deux un fou rire tellement après deux ans d'une rencontre environ trimestrielle cette répétition exprimait manifestement autre chose. Il nous apparaît bien à l'un comme à l'autre que son médecin a un problème. Je me demande si elle va vouloir me soigner...

Madame F. elle, a une dégradation très sévère de l'acuité visuelle du fait d'une maladie rare de la rétine, évolutive malgré son âge (45 ans). Elle conduit cependant sa voiture pour venir à ma consultation depuis son village distant de 4 km, avec une grande prudence sur ces petites routes. Assise en face de moi elle parle longuement, longuement :

- de la douleur qu'elle ressent parfois sous la deuxième phalange de son troisième orteil gauche

- du tiraillement intermittent de son cuir chevelu dans la région pariétale, gauche également
- de la gêne (" non, pas vraiment une douleur") qu'elle ressent dans l'estomac une ou deux fois par mois si elle boit de l'eau un peu tiède
- de ses réveils nocturnes (qu'elle appelle insomnies) qui sont bien survenus trois ou quatre fois dans le dernier semestre, durant 5 à 6 minutes et toujours à 2h17 du matin...

Elle lit point par point, avec ses grosses lunettes, la longue liste qu'elle a apportée. Elle a une moue d'irritation quand je l'interromps pour lui proposer de l'examiner. Elle se lève cependant, passe dans le local voisin et avant que j'ai pu la rejoindre elle s'écroule dans un grand fracas. Elle s'est assise à côté de la table d'examen qu'elle entraîne dans sa chute. Comme je me précipite pour la relever, confus et désolé, elle me lance : "vous voyez bien que, moi, je ne vois rien"

Voilà bien des situations que nous n'apprenons pas à gérer dans nos formations universitaires. Je repensais à ces cas, et à d'autres, quand, un matin, j'ai fait un de ces rêves, étrange et délicieux, comme nous en faisons tous (je vous le souhaite en tout cas).

Une infirmière en rhumatologie vient me demander ce qu'elle doit faire avec des patients de son service qui n'ont pas de problèmes rhumatologiques mais des problèmes psychiques, très vagues d'ailleurs. Nous nous retrouvons en groupe elle, moi et d'autres soignants pour tenter de répondre à ses interrogations. Voyez comme le psychodrame Balint peut habiter mes nuits. Mon sentiment alors dominant, envahissant, est que je ne sais RIEN de cette soignante, de son patient, du service dans lequel nous sommes, de ce qu'on souhaite de moi et des autres. Nous avons tous un grand temps d'attente et j'ai alors l'impérieuse certitude qu'elle devra choisir de nous jouer, de tout son corps comme ferait un musicien de son instrument, la relation d'une rencontre avec un de

ses patients et que dans ce jeu apparaîtront à la fois les problèmes qui la préoccupent et des solutions pour elle et le soigné.

Je ressens très fortement son anxiété de ne pas savoir comment "être-pour-savoir-faire" et en même temps l'importance de lui montrer avant tout que je ne SAIS PAS comment lui répondre, que je N'AI PAS de réponse de connaisseur à lui fournir mais que nous pouvons, ensemble, mettre en jeu mon non-savoir, le sien, celui de tout le groupe, suivant en cela les idées de Balint sur le droit à ne pas savoir, sur le droit à la bêtise même, et que de ce travail commun viendra pour chacun de nous une avancée, à chacun la sienne selon sa situation et son chemin psychiques du moment.

Je me permets ici de citer André Missenard : dans le livre "L'expérience Balint : histoire et actualité" publié en 1981 il écrit : " au lieu d'instituer un savoir préalable sur la psychologie et les relations qui donnerait réponse aux interrogations et au "non-savoir" des participants, Michaël Balint institue le non-savoir et le questionnement comme base commune de fonctionnement pour le groupe..."

André Missenard a été un des pionniers des thérapies de groupe en France, du psychodrame et de la thérapie familiale.

Il est décédé le 14 Août dernier à l'âge de 92 ans alors qu'il avait prévu quelques jours auparavant de venir travailler avec nous pour ces journées.

Il me semble que le meilleur hommage que nous pourrons lui rendre sera de poursuivre son œuvre de Balintien convaincu en assurant le succès de ces XVIIIèmes rencontres.

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

1977-2011 Les groupes de formation Balint à la Faculté

André Esnault *

Nous commençons les 18^e rencontres de l'Association Internationale du Psychodrame Balint (AIPB). En 2010 nous étions à Lausanne. Rennes a été choisie cette fois pour la grande journée annuelle.

L'équipe locale a pensé que le lieu ne pouvait être autre que la Faculté de Médecine du fait de notre implication depuis 34 ans dans la formation psychologique des étudiants. C'est en effet une période étonnante, de 1977 à 2011, où des médecins généralistes, une pédiatre et deux gynécologues médicales ont constitué des groupes de parole avec les étudiants, progressivement dans les trois cycles, encouragés et soutenus par les professeurs Badiche et Honnorat . Il a quand même fallu beaucoup se battre pour prendre, développer et conserver cette place.

En fait, l'implication de médecins libéraux a commencé par la création en 1973 du stage auprès du praticien. Des médecins de ville et de campagne se sont sentis concernés par la formation de leurs jeunes confrères. L'Université, débordée par les promotions massives post-soixante-huitardes, étaient trop heureuse de trouver là une amorce de solution à la nécessité d'avoir des terrains de stage formateurs pour tous.

Le programme de formation psychologique dans les facultés de médecine de France était alors extrêmement variable, allant de 6 h de cours magistraux en certains endroits, à 40 h de cours à Rennes, depuis qu'un généraliste de la campagne mayennaise, le docteur Pierre Guicheney, avait pris la suite, comme professeur associé, de deux universitaires malchanceux. Il venait d'obtenir un Doctorat d'Etat en psychologie.

Sa renommée vite croissante m'avait fait le

rencontrer. J'avais assisté à quelques uns de ses cours, et je lui avais proposé de créer des travaux de groupe à côté de l'enseignement en amphitheâtre où il excellait. Je pensais à des groupes de type semi-directif, hétéro-centrés. Ils ont été mis en place en 1977 en 2^e année de médecine.

J'avais en effet suivi plusieurs sessions de formation à Divonne avec l'équipe internationale de Michel Sapir. André Missenard faisait partie de cette équipe de recherche sur les groupes ; son décès récent nous prive de lui aujourd'hui.

J'avais compris, et Michel Sapir insistait beaucoup sur ce point, qu'il faut distinguer l'enseignement et la formation. L'enseignement se fait par les cours magistraux. La formation à la relation, choisie par nous, se fait en petits groupes : nous retrouvons là la pensée de Balint avec son livre « Le médecin, son malade et la maladie » paru en 1957 à Londres et en 1960 à Paris, chez Payot. Peu de soignants prennent le temps de le lire, encore moins de l'approfondir.

Balint écrit qu'il s'agit d'un travail de recherche clinique fine, où l'analyste (leader, animateur) du groupe, doit permettre à chacun des participants d'exposer de façon authentique les difficultés rencontrées avec un patient.

Mais le problème auquel notre équipe s'est trouvée confrontée était que nos jeunes étudiants de 2^e année n'avaient pas encore de patients, sans être toutefois vierges de toute relation et expérience dans le domaine de la santé. Il fallait donc inventer. A l'issue de la 1^e année de médecine, ils font un stage infirmier d'un mois. Nous les envoyons passer deux demi-journées chez un médecin généraliste : ils y observent les demandes, les attentes, les réactions des protagonistes : médecins et patients. Des thèmes et des articles sont proposés à leur réflexion : le stress des soignants, les troubles de somatisation, l'IVG, la maladie mentale, etc.

Ce que je veux souligner, c'est qu'à la différence d'un cours où le savoir est dispensé par l'enseignant, dans le groupe, l'approche des réalités cliniques doit être progressivement découverte par les participants, par leur intuition, leurs échanges, leur confrontation, leurs oppositions. Dans la médecine hospitalière il y a une vérité scientifique du moment à assimiler, à appliquer. Dans la médecine de famille (ville ou campagne) cet aspect technique est supposé déjà bien appris et appliqué, mais il s'agit aussi d'entendre le sujet : sa plainte déborde considérablement la technique, sa plainte est aussi à prendre en considération. Sa perception nécessite des processus d'apprentissage spécifiques, où la vérité du sujet ne peut être évacuée.

Huit séances d'une heure et demie sont donc proposées aux étudiants de 2^e année avec le même animateur. L'assistance aux séances est obligatoire pour la validation.

Dès 1978, soit un an plus tard, nous avons fait en sorte que ce travail soit prolongé en 2^e cycle.

A cette période où les étudiants sont devenus externes, ils ont un contact relativement bref avec des patients du service où ils sont affectés, contacts variant de quelques jours à quelques semaines. Ils ont souvent une impression d'inutilité au début, puis des sentiments de culpabilité, de tristesse, car ils se sont sentis maladroits, inefficaces, incompris.

Sept séances d'1h 30 sont proposées chaque année à 50 volontaires du 2^e cycle : il s'agit là d'un véritable travail de formation selon la méthode Balint, à ceci près qu'il manque la durée caractérisant la prise en charge des patients d'une clientèle.

Depuis plus d'une dizaine d'années, sont proposées, à côté des groupes Balint classiques, deux groupes de psychodrame Balint : les étudiants sont répartis de façon aléatoire entre les deux techniques ; leur curiosité pour l'autre méthode possible les fait échanger sur les

différences fantasmées, en attendant d'avoir la possibilité de les vivre.

Il faut citer ici Anne Caïn, la créatrice du psychodrame Balint, avec laquelle plusieurs rennais se sont formés. Son livre « Le Psychodrame Balint » a été publié en 1994 aux éditions « La pensée sauvage. »

En troisième cycle, du fait de la dispersion des internes de médecine générale sur les hôpitaux de plusieurs départements bretons, il a été plus difficile d'installer de façon régulière des groupes de formation.

Après ce survol des différentes propositions de formation à la Fac, je voudrais vous parler des processus communs qui les relient et qui ne sont pas fondamentalement différents de ceux utilisés pour la formation des thérapeutes. Mes références théoriques renvoient à Balint bien sûr, mais aussi à Bion, et à Patrick Casement. Celui-ci, dans son livre « A l'écoute du patient », publié en 1985 à Londres, en 1988 à Paris, développe la notion de superviseur interne : le futur thérapeute est invité à s'observer lui-même en train de travailler.

De même en médecine générale, le maître de stage, du fait qu'il a un témoin qui l'observe et à qui il va falloir expliquer ce qui se passe, développe petit à petit cette capacité d'auto-observation.

De même également chez les participants des groupes Balint, et pour ce qui nous concerne aujourd'hui, dans les groupes de Psychodrame Balint, ce qui nous est renvoyé par l'animateur ou par les participants nous décentre, nous bouscule, et enrichit notre réflexion : nous découvrons que notre observation est tissée de nos projections et que d'autres hypothèses nous avaient complètement échappé.

Nous percevons chez les autres des émotions, des réactions surprenantes, dont il va falloir tenir compte. Le changement peut être parfois douloureux, mais nous sentons que notre créativité va s'y développer. Pour reprendre le

terme employé par Patrick Casement, le mécanisme de supervision interne va prolonger, compléter le travail effectué en groupes. Il ne va pas cesser de nous accompagner dans notre pratique, à condition toutefois de réactiver de façon suivie le processus de formation, soit dans un groupe local régulier, soit dans des sessions discontinues.

Certains étudiants décrivent très bien ce processus d'auto-observation, d'auto-supervision à l'œuvre dans les contacts qui suivent la série de séances de groupe. Nous assistons à chaud dans les groupes à la naissance de soignants responsables, intéressés, captivés par la richesse et la complexité des relations soignant-soigné.

Qui suis-je ?

Qui es tu ? sont les questions ultimes auxquelles nous arrivons, approfondissant nos motivations initiales à être médecin.

Je dois remercier tous mes collègues de l'équipe rennaise de formateurs pour leur cohésion, leur soutien, leur professionnalisme, leur souci de la formation personnelle. Le plaisir et l'intérêt que nous y avons trouvé explique le peu d'abandons dans ce travail.

Puissent à leur tour les étudiants ne pas avoir vécu dans nos groupes trop d'angoisse et y avoir trouvé suffisamment de plaisir pour conserver après quelques années de pratique leur curiosité initiale et échapper ainsi au burn-out.

La formation, cela s'étale sur des années.

Je ne vous ai pas encore parlé de « l'imprévu » annoncé dans le programme.

Nous allons le laisser surgir.

*** médecin généraliste enseignant à la Faculté de Médecine de Rennes – France**

Vers un élargissement de notre regard, et de notre écoute de soignant

Monique de Hadjetlaché *

Les études médicales et paramédicales préparent avec beaucoup de sérieux, mais rien ne remplace l'expérience, et le savoir nouveau qu'elle permet : un savoir qui est devenu un savoir vécu.

Il y a quelques années, nous avons fait, à Nîmes, des séances de sensibilisation au psychodrame Balint avec des étudiants de deuxième année, à l'issue de leur stage infirmier. Je garde un souvenir très précis de Jacques, qui présenta une séquence. C'était la visite quotidienne du patron du service, la grand'messe comme on dit parfois. Il était le dernier à sortir d'une chambre lorsque le patient le rappela : « Dites-moi, je vais mourir, n'est-ce pas ? » Affolé, il regarda autour de lui. Plus personne ! Il était seul. Alors, il fit ce que tout soignant devrait faire. Il s'est assis, et lui a dit « Je ne sais pas, mais si vous voulez, on peut en parler. » Il a tenu pleinement sa place de soignant et d'humain, mais cette confrontation brutale à la question de la mort l'avait profondément touché. Ses questions, ce que cela avait produit en lui, il n'avait pu en parler à personne, jusqu'à ce travail Balint qui lui donnait enfin la possibilité de l'élaborer. Pourquoi cette question ? Pourquoi à moi ? Quelle est l'attente sous-jacente du patient ? Et qu'est-ce que ça me fait à moi, soignant ? Autant d'aspects qui ont pu être évoqués.

La parole a toujours une adresse. Les soignants ne sont pas interchangeables. Chaque lien humain est par essence unique. Le psychodrame-Balint ne veut pas donner des réponses, mais ouvrir des pistes qui permettront au soignant une plus grande disponibilité, une attention à la personne entière, et une souplesse plus paisible dans la relation. Le travail Balint s'attache à approfondir la relation soignant-soigné, avec ses richesses et ses impasses.

Pour aborder mon propos, je vais me servir de courtes séquences cliniques issues de mon expérience.

La médecine aujourd'hui prend une orientation technicienne et objectivante. Ce savoir est nécessaire, et ne doit jamais être négligé. J'ai été marquée par les propos d'un médecin de médecine interne qui m'avait sollicité pour voir une jeune fille : « une magnifique hystérie ». Lorsque je suis arrivée, il m'a appris que je ne pourrais la voir : elle était en neurochirurgie. Par acquis de conscience, il lui avait fait un examen supplémentaire, persuadé qu'il reviendrait négatif. « C'est une leçon, m'a-t-il dit, on peut être hystérique et avoir une tumeur au cerveau ! » Oui, il faut se servir des outils médicaux qui sont à notre disposition, et bien connaître la pathologie. Mais il ne faut pas oublier l'autre aspect, tout aussi fondamental. L'être humain est un être de désir, et toute maladie vient s'inscrire dans son histoire subjective, avec ses niveaux conscient, et inconscient. Freud disait que la pulsion, qui met l'homme en mouvement, est un concept limite entre le corps et la psyché. Si quelque chose ne peut s'élaborer dans la psyché, cela va trouver une issue dans un symptôme somatique. Et dans l'autre sens, même la maladie la plus organique trouve une inscription particulière dans l'économie psychique de la personne. Chacun réagit d'une façon qui lui est propre, en fonction de sa structuration personnelle et de son histoire.

Mr P était dans son lit dans un service de médecine interne, lorsque je fus appelée auprès de lui comme consultant. L'accueil fut plutôt froid. Il ne comprenait pas que l'on ait demandé l'avis d'un psychiatre : « Je ne suis pas fou ! » (Réflexion si souvent entendue !) D'origine magrébine, la cinquantaine, il se plaignait de maux de ventre très douloureux, qui duraient depuis plusieurs

années. Et hospitalisé une fois de plus, on lui disait qu'il n'avait rien. Il était furieux et désespéré. Je lui dis que je voyais à quel point il avait mal, mais que parfois ce qui fait mal est ailleurs que là où on le croit. J'entrepris d'explorer cette douleur, en lui demandant s'il se souvenait dans quelles circonstances il l'avait éprouvée pour la première fois. Mr P. se mit alors à pleurer à gros sanglots: « Si je m'en souviens, oh oui, alors ! C'est quand ma fille a été enceinte ! Elle avait 16 ans ! » Cet homme m'expliqua alors le drame que cela avait été pour lui, le sentiment qu'il avait d'avoir perdu tout honneur, toute dignité d'homme et de père. Il ressentait qu'il ne pouvait plus dorénavant être que méprisé. Même si, dans la réalité, les choses n'avaient pas eu une tournure dramatique (sa fille s'était mariée avec le père de l'enfant, qu'elle aimait, le petit allait bien et il l'aimait beaucoup), sa blessure était visiblement restée ouverte. Je l'ai écouté, et je l'ai encouragé à prendre en compte cette blessure profonde et à se faire aider, car le dialogue entamé n'était pas suffisant pour élaborer réellement sa peine.

Notre corps est souvent le réceptacle de nos tensions, de nos peines, mais aussi des non-dits, des événements non élaborés de nos vies. Le travail Balint rend le soignant plus sensible à la dimension de l'histoire du patient et au sujet désirant qui habite ce corps, ainsi qu'à la dimension de l'inconscient.

Le recours au jeu psychodramatique dans le travail sur les cas met davantage encore en relief certains aspects de la relation, car les corps sont directement mis en mouvement, et peuvent produire parfois comme des métaphores vivantes.

Mme D, femme d'expérience, d'un certain âge, amena la difficulté qu'elle avait pour entrer en relation avec une patiente atteinte d'une psychose chronique, qui était à présent dans le service de personnes âgées. La présentatrice prenait son rôle très à cœur, et avec beaucoup de constance et de désir de bien faire s'ingéniait à trouver un mode d'approche : gentillesse, objets intermédiaires : revues, tricot... rien ne semblait permettre le contact. Pire même, à présent, la patiente entrebâillait à peine sa porte. Je proposai que l'on retrouve cet instant, sur le pas de la porte. Le jeu fut

stupéfiant tant il était parlant. Lorsque la présentatrice prit le rôle de la patiente, elle montra à celle qui devait le jouer comment cette vieille dame tentait d'interposer la porte entre elles. Lorsqu'elle reprit son rôle, dans le jeu, après avoir dit bonjour avec beaucoup de gentillesse, elle s'approcha si près qu'elle était presque visage contre visage. Celle qui jouait le rôle de la patiente, instinctivement reculait pas à pas, pour maintenir un peu de distance. Sans se rendre compte de rien, sous les regards sidérés du groupe, qui ne doubla même pas, la présentatrice poursuivit son avancée jusqu'au moment où la scène fut arrêtée. Lorsque la parole fut donnée à la soignante qui avait joué la vieille dame, elle exprima à quel point elle s'était sentie mal dans le jeu : « c'était trop, trop près. Je n'avais plus mon espace de sécurité. Il me tardait que ça s'arrête tant c'était insupportable, même le temps du jeu ». Ce fut un renvoi difficile, mais très éclairant pour la présentatrice.

Il ne suffit pas d'avoir de bonnes intentions, de bonnes pratiques. La distance relationnelle se module à tout instant, elle n'est pas préétablie. Elle est ajustée au gré des différents moments d'une manière propre à chaque relation.

Le positionnement a besoin d'être mis au travail pour être ajusté. Le jeu est un outil très intéressant pour le faire. On peut le théoriser en termes de transfert et de contre transfert, et c'est très intéressant : on peut repérer les répétitions en jeu pour le patient, - peut-être ici l'attitude de l'entourage de la vieille dame qui ne lui laissait pas l'espace pour exister ? On peut parler tout simplement de circulation d'affects entre soignant et soigné. Balint affirmait qu'il fallait travailler ce qu'il nommait la « fonction apostolique » du soignant, cette propension à croire que l'on sait ce qui est bon pour l'autre, au lieu de le découvrir avec lui. Mais l'élaboration théorique n'est réellement intéressante que lorsqu'elle a des effets, lorsqu'elle prend corps pour le soignant. Si elle s'ancre dans du vécu, elle va amener une ouverture, un décalage par rapport à la posture antérieure.

Le psychodrame-Balint, avec son insistance à resituer les lieux, les mouvements des corps, le «

décor », y compris la salle d'attente, met au travail des éléments auxquels on n'avait jamais prêté attention. J'en ai personnellement fait une expérience qui a eu un très grand impact sur ma pratique.

Ce jour là, j'amenai en psychodrame-Balint le cas d'une jeune femme qui venait d'interrompre la démarche récemment engagée, et je ne comprenais pas pourquoi, ou plutôt, avec le recul, j'ai pris conscience que j'avais mon idée bien précise. Je pensais qu'elle avait fui la démarche pour ne pas mobiliser la relation très fusionnelle qu'elle avait avec ses deux parents, et pour ne pas aborder un épisode de séduction avec un ami de son père qu'elle avait effleuré lors de notre première rencontre. Et je n'étais, dans cette compréhension, pas concernée !.. Je m'apprêtais à déployer le cas par le menu dans le cadre du travail Balint. Il n'en fut rien. Anne Caïn, qui animait la séance, me proposa de jouer l'entrée depuis la salle d'attente. On vit la jeune femme, assise entre ses deux parents. Je l'accompagnai jusque dans mon bureau, et, lui indiquant les sièges à la ronde, je lui dis : « Asseyez-vous où vous voulez. ». C'est alors que Anne Caïn arrêta net le jeu : « Asseyez-vous où vous voulez. Nous allons nous arrêter là ».

Je ne me souviens de rien de ce qui a pu se dire par la suite, mais seulement de l'impact de ces paroles, - qui étaient les miennes en fait. Elles sont restées omniprésentes dans mon esprit 15 jours durant. « Asseyez-vous où vous voulez ». Cela m'a fait analyser des éléments de ma pratique dont je n'avais pas pris conscience et que je n'avais pas mis au travail dans les différentes supervisions que j'avais faites. Ont également pris davantage sens certains aspects théoriques. Lacan dit que la parole nous revient de l'Autre sous sa forme inversée. Dans le moment que je viens d'évoquer, j'ai vraiment perçu comment ma parole, reprise par l'animateur, m'était revenue en pleine figure non pas pour me détruire, mais pour me faire avancer. Il a fallu ce détour par l'Autre pour que je l'entende. On voit souvent ce processus en action lors des changements de rôles. J'ai aussi compris l'impact d'une coupure, d'une scansion posée au bon moment, à bon escient. Cet arrêt sur

image m'a amenée à réinterroger ma pratique, et à réaliser que ma proposition, sous son apparente ouverture, était en fait massivement inquiétante puisqu'il n'y avait plus de repère, ni de garde-fou : chacun pouvait prendre n'importe quelle place... C'était d'autant plus inquiétant pour cette jeune femme qu'elle avait été confrontée dans son histoire à des adultes mal positionnés. Par la suite, si j'ai gardé la disposition de mon bureau, je me suis affecté une place précise, repérée. Le cadre, la place sont des éléments très bien mis au travail par le psychodrame Balint, et à travers les places physiques, ce sont les places imaginaires et symboliques qui sont abordées et mobilisées.

Les « bonnes pratiques » désignent un ensemble de comportements jugés indispensables par un large consensus de professionnels. Leur mise en œuvre voudrait tendre vers une pratique sans faille. C'est impossible lorsqu'on est dans le domaine de l'humain. Les ratés, le manque sont inhérents à notre humanité, et même, en sont des éléments moteurs, si on ne cherche pas à les obturer, à les masquer. Les « bonnes pratiques » sont du côté du faire. Elles sont utiles. Mais Balint n'affirmait-il pas que le meilleur médicament du médecin, c'est le médecin lui-même ? Ici, on n'est pas du côté d'un savoir faire, mais d'un savoir être.

Moi aussi, sans savoir que d'autres le feraient, j'ai eu envie de citer André Missenard en terminant. Dans son introduction au livre collectif sur l'Expérience Balint (1982) (1), il écrivait : « La fonction du généraliste est complétée désormais par des connaissances nouvelles, le diagnostic approfondi, la fonction apostolique, le flash⁵, etc...

Mais sa fonction s'éclaire aussi par la découverte selon laquelle les réactions personnelles du médecin, considérées comme

⁵ Note personnelle : les flash sont ces moments inattendus de fulgurante vérité, tels qu'ils peuvent survenir dans une consultation.

des parasites (que chacun « métabolise » comme il le peut) sont des facteurs essentiels de l'action thérapeutique et que les médecins le désirant peuvent en faire, en groupe, la découverte et en acquérir l'expérience ».

*** Psychiatre. Psychanalyste 30420 Calvisson - France**

Références :

- (1) L'expérience Balint , histoire et actualité.
Ouvrage collectif Dunod 1982, p 7

L'expérience québécoise de la formation par le groupe Balint durant les études médicales

Christian Bourdy *

Depuis les années 1970, la formation à la relation soignant-soigné au moyen des groupes Balint a été utilisée au Québec dans diverses situations et pour divers types de soignant, qu'ils soient apprenants ou professionnels en pratique. Dans ce texte, je vous dresserai comment ce type de formation s'est inscrit dans le cursus d'études médicales de certains de nos étudiants et j'illustrerai mon propos de citations extraites de séquences vidéo, enregistrées par trois de ces anciens étudiants, maintenant médecins, et utilisées lors de la XVIII^e Rencontre annuelle de l'Association Internationale du Psychodrame Balint (AIPB) qui s'est tenue le 8 octobre 2011 à Rennes.

En 2002, nous avons reçu, dans notre Service de médecine psychosomatique, un externe, Philippe, qui en était à sa 3^e année de formation. Je fus son superviseur principal et lors de nos discussions cliniques, j'ai senti chez lui un intérêt manifeste pour l'humain souffrant, pour l'aspect relationnel au-delà de son apprentissage de la sémiologie psychiatrique et psychosomatique. Ceci me donna l'idée de lui parler des groupes Balint.

Étant médecin de famille depuis plus de 30 ans, attiré vers le groupe Balint par mon intérêt propre et ce, dès le début de ma carrière et y ayant trouvé un lieu de réflexion à propos des rencontres avec mes patients, j'ai abordé cette voie de formation avec lui.

Pour ma part, j'ai toujours considéré que ma formation médicale, exclusivement intrahospitalière, où l'humain rencontré est le plus souvent mis de côté au profit de la maladie qu'il vit, ne m'a pas prédisposé à écouter, ni à prendre conscience de mes mouvements émotifs, affectifs lors de mes rencontres avec les patients, ni surtout de les prendre en compte dans le travail clinique.

Souvent surpris par ces mouvements *imprévus* lors des rencontres singulières avec les personnes qui me consultaient à ma clinique privée, en début de pratique, je ressentis rapidement le besoin de trouver un lieu pour déposer ces mouvements contre-transférentiels, un espace pour les digérer, les métaboliser. Ce lieu n'exista pas dans ma formation médicale et n'existe toujours pas actuellement de façon formelle.

Bien sûr, la plupart des étudiants en formation parlent de leur cas, mais ceci ne se fait pas de façon encadrée où il y a une finalité d'ouvrir un espace de compréhension, de prise de conscience des enjeux relationnels en action. Tout se passe en dehors du champ de la conscience. Les surprises « affectives », issues des rencontres avec les patients, au mieux laissent une empreinte que l'étudiant saura utiliser, à son insu, pour le mieux-être de la relation, mais le plus souvent passeront inaperçues et ne pourront enrichir la rencontre, la communication intime du vécu relationnel entre le soignant et le soigné. C'est cet espace de réflexion, ce lieu où déposer les vécus affectifs que les groupes Balint créent. Un espace privilégié, protégé, sécurisé pour des apprenants encore à la recherche de leur identité professionnelle qu'ils sont en voie de créer, surtout sur les bases de la science médicale qu'ils assimilent à grande vitesse et à grosses gorgées, le tout sans trop prendre de respiration. Il y a de quoi s'étouffer...

Donc, je propose à Philippe de lire le livre princeps de Michael Balint « *Le médecin, son malade et la maladie, 1957* ». Il le dévore, nous en discutons et je lui propose de créer un groupe Balint avec des collègues de sa classe de 3^e année. Philippe se montre très intéressé et décide de rechercher des collègues. Quelques mois plus tard, nous débutons le groupe, nous sommes en février 2003.

Le groupe s'est formé autour d'une douzaine d'externes, certains en 3^e année, d'autres en 4^e année. Après cinq mois de rencontres, à raison d'une par mois, le groupe s'est contracté et il est resté 6 étudiants désireux de continuer et de reprendre les rencontres dès le début de l'année académique suivante. Parmi eux, nous retrouvons nos trois collègues maintenant devenus médecins, un médecin de famille, Philippe et deux psychiatres, Didier et Claude.

Pour Claude, le groupe Balint lui a offert un « *espace privilégié unique* » qui n'est pas présent dans la formation médicale. Celle-ci exige beaucoup de la part des apprenants, la science médicale a progressé de façon exponentielle au cours du dernier siècle et possiblement encore plus rapidement depuis la création des groupes Balint durant les années 50.

L'humain souffrant, malheureusement, fut progressivement laissé pour compte. On a parlé souvent de la déshumanisation des soins au cours des dernières décennies, on a aussi déploré le manque de communication entre le médecin et son patient. Il est vrai que la science médicale « pure et dure » a tellement produit de « petits miracles » au point de vue diagnostique et thérapeutique, que la personne, le soigné autant que le soignant, a, en partie, été oubliée. La souffrance, étant évidemment moins objectivable, est souvent perçue comme gênante dans le processus diagnostique et aussi au cours du suivi.

Au cours des 20 dernières années, la médecine a créé une multitude de Guides de pratique. Les « bonnes pratiques », « *evidence-based medicine* », a pris énormément de place dans les programmes d'études médicales. Ces Guides ont grandement aidé à systématiser les thérapeutiques, mais ils sont parfois si réducteurs et si rigides que l'humain, le souffrant, n'arrive pas à s'accorder avec eux. Une dimension a été perdue dans la foulée de la science médicale, la relation interpersonnelle.

On présente de plus en plus la médecine, comme un spectacle, la médecine-spectacle, où un miracle

est toujours attendu et trop souvent réalisé... (il n'y a qu'à visionner certaines émissions télévisuelles). Mais les praticiens que nous sommes ont réalisé depuis longtemps que nous ne pouvons mettre de côté impunément les dimensions humaines, émotionnelles et affectives lors des rencontres avec nos patients car le risque de dissonance affective pourrait porter préjudice tant au soigné... qu'au soignant.

Nous entendons parler de plus en plus de la souffrance grandissante des soignants de notre côté de l'Atlantique, je me doute bien qu'il pourrait en être de même chez vous. L'élan vers un *autre* souffrant exige une disponibilité affective du soignant, nous sommes tous conscients de ce tribut à payer.

La formation médicale ne nous prépare pas du tout, ou si peu, à définir une zone de confort où la relation soignant-soigné peut se développer, s'élaborer, s'épanouir dans un climat où le soigné pourra se livrer et partager sa souffrance, sans « contaminer », sans « infecter » le soignant de sa souffrance. Pour rester efficace et confortable en tant que clinicien, le soignant se doit à la fois de se protéger, de conserver une certaine distance relationnelle et ceci, tout en restant le plus perméable possible à la souffrance transmise afin d'aider le soigné qui le consulte. Le clinicien doit créer, et aussi maintenir, la distance relationnelle optimale, celle qui lui permettra de manœuvrer efficacement dans les dédales des souffrances et pathologies auxquelles il sera exposé.

La formation médicale n'aide pas de façon intrinsèque à créer la bonne distance relationnelle, cet espace de travail. L'apprenant se réfugiera souvent derrière sa science pour survivre. Ainsi, il demeure un clinicien efficace, mais souvent une dimension est escamotée et le soigné ne se sent pas pris en compte dans sa globalité. Il y a risque de mésentente, d'inadéquation, d'un dialogue de sourds. Mais le clinicien, exposé quotidiennement aux *radiations affectives* de ses patients, a un besoin professionnel vital de créer cet espace de travail où il sera à la fois satisfait de ses rencontres

cliniques et un humain compatissant avec *l'autre* qu'il aura accueilli.

Le groupe Balint offre l'occasion de créer cet espace vital pour le soignant en permettant un lieu de parole *protégé* et *singulier* très différent des autres opportunités d'apprentissage qui parsèment les études médicales. Ainsi peut se construire chez le clinicien apprenant, au cours de ses années d'apprentissage clinique, une habitude de prendre un temps d'arrêt, un lieu de réflexion sur les aspects relationnels de ses rencontres. Ainsi le clinicien débutant fera naître en lui *son propre regard oblique* où il pourra acquérir l'aisance clinique qui lui permettra d'œuvrer sans trop de risque de se brûler rapidement ou de devenir cynique dans un mouvement de protection essentiel.

Inscrire cette activité Balint dès le début de la formation médicale pourrait permettre de créer chez l'apprenant un *tiers interne* à la fois protecteur et source d'une meilleure pratique clinique. Ce pourrait être un investissement très rentable pour tous, tant pour le soigné, pour le soignant et même pour toute la société.

Didier, jeune psychiatre, nous témoigne que « *le groupe Balint, ça change le clinicien* ». Il mentionne comment cette expérience Balint « *a laissé des traces chez lui tant chez le clinicien, que le superviseur clinique ou même que le collaborateur au sein de son équipe de soins* ».

Ça nous paraît évident pour nous, cliniciens d'expérience, mais on constate que ces jeunes médecins ont pu l'expérimenter et ils peuvent en témoigner de façon éloquente. Un mouvement incessant est créé par ces discussions centrées sur la relation, par ces expositions de cas cliniques où se révèlent des zones d'ombre ou même parfois de grande noirceur, des taches aveugles, pour le clinicien apprenant qui présente son cas.

Un mouvement itératif se déploie chez le clinicien : toujours revenir sur ce qui se passe *dans* et *au cours* de la relation et ne pas être seulement le diagnosticien ou le thérapeute. Balint nous

parlait, dans son livre *Le médecin, son malade et la maladie* du « double diagnostic », soit à la fois le diagnostic médico-psychiatrique et aussi le diagnostic relationnel. Ce dernier peut facilement ne pas être saisi si on ne s'y arrête pas, il peut nous échapper ou, pire, rester en suspens quoique très prégnant et parfois même perturbateur de la démarche clinique. Ces taches aveugles s'articulent avec nos zones conflictuelles non résolues, il nous en reste toujours, n'est-ce pas ?

Il nous faut donc toujours être à l'affût de ces taches aveugles afin de les débusquer et, je dirais même plus, afin de les mettre à profit. Être conscient de celles-ci et l'apprendre en tout début de carrière me semble un *a priori* souhaitable et même un cadeau inestimable à faire à nos apprenants.

Combien d'entre nous l'ont appris *à la dure* en se frottant aux aspérités de rencontres cliniques houleuses, douloureuses avant de comprendre ce qui se passait et avant d'être capable de démêler les nœuds déjà créés ? Je suis de ceux-là.

Mes premières années de pratique furent pesantes : tant d'habiletés cliniques à maîtriser, tant de diagnostics à savoir reconnaître, tant de thérapeutiques à apprendre à manipuler avec soin avant de réaliser l'importance de l'écoute de l'autre.

Écoute de *l'autre*. « *On en apprend bien plus en écoutant qu'en posant des questions* », m'a souligné mon superviseur en début de pratique. Mais aussi, et ce n'est pas la moindre des choses, écoute de ses propres mouvements affectifs. Le groupe Balint m'a permis comme participant de découvrir des aspects de mon « moi thérapeutique », comme le nomme Balint.

Je crois que nos trois jeunes collègues sont en train de réaliser cette découverte. Il s'agit, vous le savez tous, d'une entreprise sans fin, un mythe de Sisyphe, toujours à recommencer, mais une activité intellectuelle et affective créatrice au service d'un mieux-être qui pourra nous protéger d'un épuisement professionnel, le *burn-out*, et

aussi du cynisme médical ambiant. Car il faut conserver du plaisir dans la rencontre clinique. Eh oui, on peut avoir du plaisir comme soignant ! C'est peut-être un « imprévu », qui est en dehors des « bonnes pratiques » édictées par nos nombreux Guides de pratique (*evidence-based medicine*) qui, eux, ne parlent jamais de plaisir dans la pratique médicale.

Être surpris dans la rencontre clinique. Être ouvert à la survenue d'un état affectif en nous, sans en être déstabilisé, ni menotté. Savoir utiliser cet *imprévu* au profit du soigné tout en retirant une satisfaction pour nous, comme soignant. Voilà des propos possiblement subversifs pour certains, mais *l'imprévu* pourrait aussi être ce plaisir relationnel dans le cadre professionnel.

La souffrance, elle, s'insinue aisément dans la relation soignant-soigné; elle est immédiatement accessible pour qui est disponible. Comme je le mentionnais précédemment, il est important et primordial de nous en laisser pénétrer tout en conservant une certaine porosité sélective, afin de ne pas être noyé par cet afflux affectif.

Le plaisir relationnel, lui, est plus délicat. Il est souvent perçu comme inopportun, indésirable, voire menaçant, mais il pourrait être un agent de changement puissant si le clinicien sait manœuvrer avec doigté et assurance dans un climat relationnel sécuritaire tant pour lui que pour le soigné. Il permet de conserver un investissement salutaire pour la relation et donc pour son patient. Que faire quand il n'y a plus, ou s'il n'y a pas eu, de plaisir, pourrions-nous nous demander ?

Je crois que le *regard tiers* du clinicien, idéalement intériorisé durant sa formation, sur son travail clinique pourrait permettre de fournir un levier pour obvier à cette situation d'un potentiel non investissement ou d'un désinvestissement secondaire. Difficile d'aider un patient quand l'investissement nous fait défaut, on en conviendra tous aisément.

Qu'en est-il du plaisir dans l'apprentissage au moyen des groupes Balint ? Philippe, celui par qui

tout ceci a pu débiter, nous dit ressentir « *un aspect ludique* » lors de cette activité de formation. Il parle du « *plaisir de se retrouver tous ensemble, rencontre après rencontre, malgré les exigences du Balint* » Claude nous témoigne d'un « *plaisir renouvelé lors de la rencontre subséquente d'un patient présenté au groupe* ». Didier, pour sa part, nous a dit avec entrain : « *longue vie au Balint* ».

On y sent un réel enthousiasme issu de ces années de réflexion, de travail sur eux-mêmes en tant que soignant en formation. Un des collègues s'est investi dans une démarche psychanalytique. Deux d'entre eux sont devenus psychiatres, l'un travaillant avec des patients souffrant de maladies affectives, l'autre avec des toxicomanes. Le troisième est médecin de famille dans une unité de formation pour les résidents en médecine familiale. Les trois sont enseignants auprès de résidents et d'externes. Gageons qu'ils sauront perpétuer le réflexe du « double diagnostic » avec leurs apprenants, transmettant, à leur tour, leur expérience centrée sur la relation soignant-soigné et intéressant les futurs soignants à cet aspect, parfois malheureusement trop oublié de la formation.

Ces rencontres Balint qu'ils ont eues, en cours de formation, bien qu'exigeantes à certains égards, ont su susciter un plaisir, un aspect *ludique*, comme le mentionne Philippe. Apprendre en ayant du plaisir, ceci est sûrement une assurance de pérennité de l'apprentissage. C'est évidemment ce que nous désirons, la pérennité des apprentissages, en tant qu'enseignant ou que responsable de formation médicale.

Nos collègues ont mentionné les effets cliniques positifs immédiats suite aux présentations de cas lors de groupe Balint. C'est, en effet, une retombée escomptée de ces groupes d'apprentissage, comme vous le savez. Ils ont parlé du plaisir renouvelé de revoir le patient présenté ou du patient de leur clientèle évoqué par la présentation d'un autre participant.

Il y a aussi un effet de groupe, une *communauté de pratique* qui se dessine parmi les participants au fil des années. Le partage des difficultés, des écueils et des questionnements crée une communauté où chacun découvre non seulement des aspects de lui-même comme soignant, mais aussi que ses collègues vivent des situations semblables, tout en y réagissant d'une façon différente, enrichissant ainsi son propre regard sur la situation clinique présentée.

Les groupes Balint font partie des apprentissages dits *expérientiels* qui sont de beaucoup supérieurs à un apprentissage « par cœur » ou livresque, tous les pédagogues le savent depuis longtemps. C'est une des richesses des groupes Balint que de favoriser une certaine « *métamorphose du soignant* » pour paraphraser Michael Balint, en le rendant plus conscient des nombreux enjeux relationnels imbriqués dans chaque rencontre clinique. La découverte plus intime de *l'autre* passe par une découverte de soi et le groupe Balint le permet en partie.

Je vous ai parlé de notre expérience québécoise de groupes Balint en cours de formation médicale. Vous aurez compris qu'il s'agissait de groupes Balint, dit classiques. En effet, lorsque j'ai proposé à Philippe de créer un groupe Balint, je débutais l'animation de Psychodrame Balint avec Suzanne Déjoie. Je ne me sentais pas encore assez formé pour proposer un Psychodrame Balint et *a posteriori*, la question pourrait se poser : est-ce préférable de proposer un groupe Balint classique à des apprenants plutôt qu'un Psychodrame Balint ?

J'aimerais fournir ici quelques pistes de réflexion devant cette question. L'expérience Balint, on le sait, est une activité exigeante car elle mobilise les affects du soignant. On projette des rayons de lumière sur certaines zones d'ombre qui chercheraient justement à y rester. Les étudiants, encore en acquisition des nombreuses connaissances et habiletés cliniques, ne sont pas ancrés solidement dans leur rôle professionnel. Ils sont encore fragiles, vulnérables,

professionnellement; ils doutent encore beaucoup d'eux et c'est compréhensible. La mise au jour de certains aspects de leur « moi thérapeutique » pourrait les fragiliser encore plus. L'expérience Balint doit donc être prudente avec ces étudiants. L'animateur doit parfois agir comme un superviseur et fournir des connaissances, plutôt que de laisser la perlaboration s'effectuer entre les rencontres Balint.

Le Psychodrame Balint, quant à lui, mobilise encore plus les mouvements contre-transférentiels en les exposant manifestement par le jeu qui les éclaire et ce, parfois à l'insu du présentateur. Ceci pourrait freiner, voire empêcher, l'exploration des mouvements relationnels entre le soignant et le soigné. Nos collègues m'ont exprimé comment le Psychodrame Balint, selon leur expérience, est plus explicite, donc plus dévoilant, plus exigeant. Ceci ne devrait pas être une contre-indication absolue, mais pourrait nous souligner l'importance d'être prudent si nous planifions d'offrir un Psychodrame Balint à des étudiants en formation. Les animateurs devront être très attentifs afin de doser les mouvements affectifs soulevés par le jeu et par le groupe.

Pour le moment, je laisse cette question en suspens en vue de futures discussions que nous pourrions avoir au fil des prochaines années.

En tant qu'animateur de groupes Balint avec ces jeunes étudiants, je dois dire que j'ai été très agréablement surpris par leur ouverture et par leur disponibilité affective pour explorer les zones contre-transférentielles qui les confrontaient. Étant animateur de groupes Balint depuis plus de 20 ans, j'ai rencontré de nombreux collègues praticiens d'expérience qui, souvent, avaient de la difficulté à exposer leur « vulnérabilité ». Avec ces jeunes externes devenus par la suite résidents en formation, j'ai senti, dès le début, comment ils étaient capables de s'exposer et d'explorer les aspects troubles de certaines de leurs rencontres cliniques. Un climat de confiance semble s'être rapidement installé entre eux et ils ont aussi su adopter une écoute d'eux-mêmes et des autres

participants qui nous permettait de mettre au jour les aspects conflictuels de leur relation avec leur patient.

Les thématiques abordées étaient souvent les mêmes que celles exposées dans les groupes Balint de praticiens d'expérience :

- la perte de la perspective nécessaire, de la distance optimale avec un patient et la sidération qui en découle parfois;
- les patients très investis et la réaction du soignant devant leur détérioration physique ou psychique malgré leur investissement du patient;
- la perte de l'illusion de toute-puissance thérapeutique.

Ce qui était différent pour ces jeunes apprenants provenait de leur manque d'expérience clinique et du sentiment de ne pas être adéquat car il leur manquait des connaissances cliniques. Il y a eu aussi la trop grande proximité relationnelle avec les tout premiers patients, souvent des figures identificatoires, à leur insu. À quelques rares moments, comme mentionné auparavant, j'ai senti le besoin de verser un peu du côté de la supervision pour leur fournir des repères théoriques diagnostiques ou pour leur proposer des pistes de résolution de problèmes. Ceci étant, selon moi, un compromis à effectuer pour maintenir un niveau d'angoisse minimal tout en étant efficient chez ces jeunes apprenants.

Je terminerai en vous mentionnant que je pilote actuellement une transformation majeure du programme d'études médicales de premier cycle dans notre faculté où la relation patient-médecin sera au cœur du renouveau. L'humanisme, le partenariat avec le patient et ses proches, la collaboration interprofessionnelle seront les pierres angulaires de ce nouveau programme. Nous planifions instaurer un système de mentorat où chaque étudiant deviendra un apprenant réflexif et où les divers moments-charnières cliniques auront un espace et un temps de parole.

Ce ne sera pas des groupes Balint car nous n'avons pas accès à autant d'animateurs Balint, nous aurons besoin d'environ 300 mentors, mais nous créerons des lieux de parole qui seront les assises de futurs praticiens réflexifs au sujet de leur pratique et... qui sait ? possiblement de futurs Balintiens.

* **Professeur agrégé de clinique**, département de médecine familiale, vice-doyen aux études médicales de 1er cycle à la Faculté de Médecine de **Montréal – Québec**

L'imprévu dans le psychodrame Balint

Dominique Halbout *

...ou plus précisément :
mon expérience du psychodrame du point de vue
de « l'imprévu »

Exposé destiné à ceux qui n'ont jamais expérimenté cette forme de psychodrame, parce que ça ne s'est pas présenté à eux ou parce qu'ils n'ont jamais osé.

Ma première expérience : 1988 ? « Le verre de cognac. »

J'ai eu la chance d'expérimenter le Psychodrame Balint la première fois à la Briantais, voilà plus de vingt ans avec Anne Caïn. J'avais déjà participé à un groupe Balint classique pendant 3 ans. L'occasion donc se présentait de tester le psychodrame.

Le terme de « psycho-drame » : « psycho et drame » ... m'inquiétait un peu, où cette séance allait-elle me mener ? mais le cadre de travail se limitant à la relation médecin-malade, l'ambiance enveloppante du groupe me mettaient en confiance, et une phrase d'Anne Caïn entendue pendant le repas disant : « je suis une aventurière », avait éveillé ma curiosité.

Je me lance donc et voilà que je suis choisie pour jouer la patiente : une vieille dame, en fin de vie, hospitalisée et délaissée par sa famille, ou seule au monde ? Le médecin expose la situation et explique qu'elle ne peut s'empêcher d'aller rendre visite très souvent à cette dame, qui ne lui demande rien, qui n'a pas envie de lui parler... Je retrouve encore, plus de 20 ans après, un sentiment de colère contre ce médecin qui me regardait avec pitié et surtout, la sensation physique d'être glacée. La première chose que j'ai faite après la séance a été de boire un cognac. Cette sensation de froid, le froid de la mort ? C'était un véritable imprévu !

Pourquoi ce débordement ?

Pendant la séance de travail, j'avais pourtant cheminé intellectuellement dans la compréhension du cas, comme dans le travail habituel en groupe Balint, j'avais bien compris que la pitié ressentie par le médecin empêchait toute parole chez la patiente ...alors pourquoi ce niveau de compréhension ne m'apaisait pas, pourquoi cette sensation physique surgissait-elle ?

Je n'ai pas cherché la réponse, mais j'avais expérimenté physiquement que le psychodrame mobilisait autre chose que l'intellect et c'est de cette découverte qu'est né mon intérêt pour cette technique de travail de la relation médecin-malade.

Vous avez travaillé en psychodrame ce matin et c'était une première pour certains. Je vais reprendre le déroulement habituel d'une séance à partir de la pratique que j'en ai et en tentant un parallèle avec la consultation. C'est donc un travail en groupe sur la relation médecin-malade, guidée par un animateur doublé d'un observateur. Son déroulement, très codifié, est en réalité plein d'inattendus.

« Qui veut exposer un cas ? » c'est la phrase rituelle, prononcée par l'animateur et bien connue des familiers des groupes Balint. Qui va tenter l'aventure ? Premier type de surprise : le silence ...le silence qui s'installe, et qui dure, qui dure, avec les regards qui traînent au sol, s'attardent sur le plafond ou se perdent au loin à travers la fenêtre... puis parfois, le soupir bruyant de quelqu'un qui finit par se décider parce qu'on est quand même là pour travailler...ou l'hésitation timide de celui qui n'est pas certain que son cas soit vraiment intéressant, mais qui a besoin qu'on lui dise « mais si » ... ou, au contraire, ça peut être très rapidement le « moi ! » énergique de celui qui craint que quelqu'un d'autre prenne la place avant lui, alors que ça fait des nuits qu'il

pense à son patient et qu'il attend impatiemment cette séance. Le parallèle avec le démarrage de la consultation est tentant « qu'est-ce qui vous amène ? » et, dans les deux cas, l'aventure commence.

Un médecin expose brièvement un cas qui lui pose problème, puis l'animateur l'interrompt et lui demande de commencer à jouer et de choisir les acteurs. Le moment que choisit l'animateur pour interrompre l'exposé du cas peut aussi surprendre : il arrive que l'animateur arrête très tôt la narration et j'ai alors la sensation de rester sur ma faim... mais la pratique apprend que cette frustration peut être opérante pour les participants, elle ouvre le champ de leurs fantasmes.

L'animateur organise la mise en place du cadre d'exercice du médecin en le matérialisant sommairement par des chaises, il questionne l'exposant et pointe des détails qui peuvent aussi étonner... Il est fréquent que je ressente de l'agacement pendant cette phase du travail, la sensation de s'égarer, de perdre du temps ...nouveau parallèle avec le temps de l'interrogatoire dans la consultation et ces patients qui nous disent :« mais qu'allez-vous chercher, ce n'est pas de ça dont je veux vous parler ».

Pendant ce temps, lent, de mise en place, la pensée de chacun se met en action ... les voix off sont en gestation. Puis l'animateur choisit un moment de l'histoire pour jouer une première scène. Pourquoi ce moment? parce qu'il faut bien commencer ou l'animateur a-t-il une intention ? Peu m'importe, c'est son travail! Le jeu proprement dit peut enfin démarrer et la première réplique de l'acteur qui joue le patient est évidemment décalée puis qu'il n'a pas vécu la situation. C'est là que l'inversion des rôles intervient avec le médecin qui rejoue la réponse « adéquate » et ainsi donne le ton; puis chacun reprend son rôle et la progression se fait, selon le même processus d'inversion des rôles, pas à pas, lentement.

Cette lenteur, parfois pénible quand je ne joue pas, va déclencher le besoin subit de me

lever et d'intervenir. Cette impulsion me surprend souvent, c'est comme si mon corps allait plus vite que ma pensée, ou comme parler sans réfléchir. Les autres spectateurs font de même en venant doubler les acteurs en voix off... Pendant nos consultations nous entendons aussi nos voix off intérieures .Les processus d'identification marchent à fond, l'exposant en reçoit plein les oreilles, lui aussi est surpris, ça se voit. Parfois les interventions fusent tous azimuts, inattendues. Certaines me semblent très obscures, voir étranges. Mais curieusement ces doublages que je ne comprends pas me sont quand même utiles, ils en soulignent d'autres qui m'apparaissent d'autant plus lumineux. Enfin, la magie du psychodrame commence à opérer: par les touches successives apportées tant par le jeu des acteurs que par les voix off, le tableau, d'abstrait devient impressionniste... Pendant certaines séances, mais pas toutes, il m'arrive d'être ramenée à un moment particulier de mon histoire... jusqu'alors enfouieet dans ce cas, l'émotion me gagne et aussi le trouble qui l'accompagne... Je ne sais pas immédiatement quoi en faire ...je cesse de doubler, je me recentre sur moi: suis-je toujours dans le niveau de travail de la relation médecin-malade ou s'agit-il d'une problématique plus personnelle? De même certaines consultations nous renvoient à notre propre histoire...qu'en faire sinon se taire...encore faut-il le pouvoir.

Je peux décider de me protéger en ne partageant pas ce trouble. Le travail se prolongera pour moi plus tard, ailleurs. Je peux aussi prendre le risque de continuer à jouer en laissant émerger ce trouble et en me reposant sur l'animateur. C'est lui qui jugera si c'est un apport utile pour le travail du groupe et dans ce cas, il autorise l'introduction de cette contribution... ou alors il recadre le sujet de la séance. C'est le travail de l'animateur, c'est un garde-fou de cette technique de travail, et je le ressens comme une tranquillité pour moi.

Et l'observateur serait-il le garde-fou de l'animateur? je n'ai pas encore creusé cette question. Et en consultation quel garde-fou avons-

nous: avoir déjà travaillé sur ses émotions dans un cadre protégé ?

Je reviens sur l'image du tableau impressionniste : comme au musée, chaque participant le regardera avec sa sensibilité et la vivacité du souvenir qu'il en gardera sera à la mesure de l'émotion qu'il aura ressentie et/ou de son engagement dans le travail ...

Amélie 2008 : une histoire ordinaire.

C'est un cas que j'ai joué en psychodrame il y a 3 ans, je revois toujours la dame avec un intérêt retrouvé, et ça c'est aussi la surprise souvent vérifiée après le travail Balint. Amélie

a 75 ans, je la connais depuis plus de 20 ans et je continue à la voir tous les 2 ans environ.

C'est une dame tranquille plutôt réservée. A la première consultation elle a tenu à me dire que c'est sur les conseils de sa fille, une infirmière qui m'a connue à l'hôpital, quelle vient. Je suis alors nouvellement installée et je comprends que c'est elle qui me rend service ...

De fait, elle n'a pas vraiment besoin de moi, elle est en bonne santé, et vient seulement pour son suivi gynécologique.

Nous allons sortir toutes les deux de cette routine un peu ennuyeuse mais courtoise, voilà une dizaine d'année. Sa forte poitrine, alors qu'elle est menue par ailleurs la gêne de plus en plus, lui provoquant des douleurs dorsales. Je l'encourage activement à envisager une plastie de réduction, pour son confort. Elle suit mon conseil, en est satisfaite et m'en remerciera à plusieurs reprises...puis la routine s'installe de nouveau, pas fatigante...mais un peu ennuyeuse... sa vie suit son cours, sans histoire, en couple, sans pathologie, sans drames...et sans surprise...

Ce jour-là c'est un lundi matin, j'ai du retard, et en plus je fais passer devant Amélie une dame qui s'est trompée de jour ...Et j'avais déjà déplacé le rendez-vous initial d'Amélie

pour indisponibilité de ma part ... Quand je vais la chercher en salle d'attente, je lui demande de m'excuser pour mon retard et je m'attends à une consultation habituelle.

Ça démarre comme d'habitude, mais une fois déshabillée, alors qu'elle allait s'installer sur la table d'examen: surprise du jour ! elle me dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas, et elle montre avec désolation le relâchement de la peau de ses bras... j'avais déjà mis mes gants, j'allais l'examiner... je continue mes gestes habituels tout en riant et en lui suggérant tout simplement de mettre des haltères à ses poignets quand elle fait son ménage, que c'était un bon moyen de se muscler les bras ... or, elle ne me parlait pas de ses muscles mais de sa peau, et je ne l'entendais pas ... je n'étais pas décidée à prendre un peu de temps pour sa peau relâchée de 75ans... Je suis un peu gênée quand je lui dis « au revoir », mais la salle d'attente était pleine et la consultation suivante allait rapidement me faire oublier Amélie et ma gêne.

Ce matin là j'avais dit non à la surprise et à la rencontre...et je n'ai plus pensé du tout à Amélie.

Deux semaines plus tard, je participe aux journées nationales de l'AIPB, je n'avais pas prévu d'exposer... et là, surprise ! : Amélie me surgit à l'esprit dès l'ouverture de la séance et je demande à rejouer ma consultation... et je la rejoue à l'identique... sans révélation... à peine soulagée de m'être délivrée d'elle en jouant... La magie n'était pas au rendez-vous... Mais, en toute fin de séance, avant de nous séparer, Simone, que j'avais choisie pour jouer Amélie, me surprend en me disant , avec une vivacité certaine : « j'espère que pour se sentir autorisée à reprendre un rendez-vous, Amélie ne va pas se fabriquer un cancer du sein... » Je reprends le train... et cette phrase me reviens en boucle...

Un mois plus tard, je la croise en ville alors que je me promenais avec ma petite fille. J'étais très heureuse de la rencontrer par hasard et dans un autre cadre que le cabinet, et nous avons bavardé agréablement un bon moment.

Elle n'est revenue en consultation que deux ans après, pour son suivi gynécologique ordinaire. A la fin de cette consultation, que j'ai ressentie déliée et détendue pour nous deux, je lui dis que pour le relâchement de la peau des bras, la chirurgie plastique pouvait être envisagée...

Elle a souri en haussant un peu les épaules et m'a confié : « vous savez, j'ai trouvé mes petites solutions... » et d'un air entendu, me chuchote : « je rajoute de la dentelle aux manches de mes tee-shirts... regardez... »

Je viens de la revoir récemment, elle va toujours bien, mais son mari est malade et son beau-frère vient de décéder... après la peau qui vieillit, la mort des proches et toujours la condition humaine... La communication était au rendez-vous.

La complicité enfin trouvée avec Amélie m'a aidée à aller à la rencontre de ces patientes en bonne santé mais qui vieillissent (et moi avec...), à commencer d'imaginer comment prendre soin d'elles, les accompagner et aussi oser leur parler de notre condition humaine.

*** Gynécologue médicale 35000 Rennes - France**

La naissance d'un soignant

Claudie Helsens *

Tout d'abord une petite biographie express :

- 20 ans de médecine générale libérale sans blouse blanche
- Depuis 8 ans, spécialiste en médecine générale à l'hôpital en blouse blanche

Et cet exposé pour comprendre en quoi le psychodrame Balint peut aider à vaincre le blues du médecin.

Dès mes premiers contacts avec mes patients en tant que médecin généraliste, « somaticien » de premier recours, j'ai très vite souffert de ma difficulté à accueillir des personnes venant consulter pour « rien ». Et qui plus est, allaient mieux à la fin de la consultation. Formée à la traque des organes malades, je devenais généraliste à l'écoute des bobos, « bobologue » comme l'hôpital surnommait avec condescendance les médecins de ville.

Je rencontrais des hommes, des femmes, des enfants, des humains en somme, qui me parlaient d'eux et je n'avais dans ma pharmacopée, pas de quoi soigner « l'ontalgie » cette maladie de l'existence chère à Raymond Queneau⁶.

Quand je dis pharmacopée, je n'imaginai pas pouvoir répondre à la demande du patient quelle qu'elle soit par autre chose qu'un traitement médicamenteux, de la kinésithérapie, des examens complémentaires, ces « examens physiques inappropriés » comme dit Balint.⁷

Je constatais avec étonnement que les patients allaient mieux du fait du temps de la consultation quelle qu'en soit la durée d'ailleurs. Certains me disaient : « Docteur, c'est étrange depuis que je vous parle, je n'ai plus mal !! ». Ou : « vous savez votre traitement, je ne l'ai pas pris, c'est de venir

vous voir qui m'a guéri ».

Je découvrais petit à petit que « le médicament de beaucoup le plus utilisé en médecine générale était le médecin lui-même »⁸. C'est-à-dire moi-même.

Je renonçais rapidement à me former à l'acupuncture et à l'homéopathie, subodorant que ce qui était thérapeutique était dans un ailleurs, un ailleurs où l'espace et le temps avaient leur importance non pas en sus mais primordial et inaugural dans la rencontre avec le patient, « La thérapeutique étant le temps de la rencontre ».

Et je commençais à être en colère contre la Faculté qui ne m'avait pas appris à rencontrer des patients.

Pour élaborer mon diagnostic, face aux questionnements et aux souffrances de mes patients, je parlais, parlais beaucoup, parlais encore. Je posais des tas de « questions à réponses ouvertes et courtes » (QROC), parfois des « questions à choix multiples » (QCM). Pendant les 8 ans de mes études de médecine, j'avais eu l'autorisation de passer en classe supérieure en répondant parfaitement à ces QROC et QCM. A mon tour de mettre mon patient « en examen », mais « en amour ». Comme nous le demande la médecine grecque, j'associais l'amour du métier (philotechnie) et l'amour des hommes (philanthropia).

Je me pensais « bon soignant ». Et si un patient me quittait pour un autre confrère, je me sentais oppressée par étrange faute, indiscernable, inconsolable. Et cela nourrissait ma colère contre la Faculté qui ne m'avait pas appris à écouter les patients. J'étais un médecin généraliste, incapable d'annoncer une mauvaise nouvelle, incapable de parler de la mort avec ses patients, incapable de

⁶Raymond Queneau, *Loin de Rueil*, Paris, Folio, 1985, p.14.

⁷Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980, p.72.

⁸Ibid.,

les accompagner en fin de vie. Tous mes patients allaient mourir chez les autres.

Je me suis bien reconnue lors d'une conférence de Jean Marie Gomas. Des généralistes avaient été interrogés afin de savoir si leurs patients leur parlaient de la mort. Et le résultat en fut que non, les patients ne parlent pratiquement jamais de leur mort. En fait, à chaque fois que Madame Michu dit : « Docteur, je me fais vieille, je suis bien fatiguée ». Le médecin coupe court à toute confiance en s'écriant : « mais non Madame Michu, qu'est ce que vous dites là, vous avez une mine superbe !!! ».

Georges Canguilhem nous dit : « La mort est dans la vie, la maladie en est le signe ».⁹ Et La Faculté ne m'a appris ni la mort, ni la douleur, ni la souffrance.

« La mort est¹⁰ devenue le symbole de l'échec de la médecine ».

Je me trouvais face à des patients qui étaient passés entre les mains des spécialistes que Canguilhem décrit comme des « ingénieurs d'un organisme décomposé comme une machinerie »¹¹. Une fois la maladie diagnostiquée, investiguée et traitée par le spécialiste d'organe, arrivait au cabinet tout ce qui n'était pas la maladie : « le résidu, le reliquat, qui n'est autre que le sujet lui-même » comme le dit si bien Jean Pierre Lebrun dans son livre : *De la maladie médicale*¹².

Je me trouvais alors face à des patients aux comportements que je ne comprenais pas, et que je prenais de plein fouet. Je ne connaissais pas ce que l'on nomme les mécanismes de défense, ni ceux du patient, ni ceux du soignant les miens donc.

⁹Georges Canguilhem, *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2010, p.47.

¹⁰Noël- Jean Mazon, « Lien social, sens et dignité », *Viellir dans la dignité, un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p.56.

¹¹Georges Canguilhem, *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2010, p.41.

¹²Jean Pierre Lebrun, *De la maladie médicale*, Bruxelles, de Boeck Université, 1995, p.25.

Je n'avais pas la faculté de me protéger. Et la colère grandissait. Contre La Faculté. Contre moi-même. De ne pas avoir la faculté de me protéger de toutes ces consultations qui m'ébranlaient.

Je n'étais pas à la hauteur de ce que je pensais devoir être. Jean Michel Longneaux philosophe, appelle cela le désir de toute puissance : « être un bon professionnel, compétant, pouvant de fait soulager la souffrance des patients, pouvant faire le bien autour de lui...réussie, sa vie, ...rendre les autres heureux... »¹³. Je rajouterai être médecin temps plein et maman temps plein.

Comment faire pour sortir de ce guêpier ?
Comment faire pour penser ma pratique ?

Je me suis tournée vers l'obtention de DIU qui me forçaient à sortir de mon cabinet et qui imposaient la participation à un groupe Balint. Je me disais : « enfin je vais rencontrer des gens qui pensent !!! ».

DIU de sexologie à Bobigny, groupe Balint obligatoire une fois par mois, trois heures pendant trois ans.

DIU de médecine psychosomatique Paris VII, trois séances de groupe Balint obligatoires.

Puis inscription à un groupe Balint sur Lille. Nous racontions nos cas. Et je m'y ennuyais.

J'en restais à une participation, une compréhension intellectuelle. J'écoutais les confrères raconter leurs cas et cela me faisait penser que tout ça je l'avais vécu et je me disais : « les pauvres ils en sont encore là ». Je ressentais du découragement à les entendre. J'aurais voulu leur faire comprendre qu'ils se trompaient. Je ne me rendais pas compte que j'étais dans ma fonction apostolique, même en groupe Balint. Un comble tout de même.

Je m'ennuyais terriblement et j'ai abandonné. Et puis, merci Michelle Bonal, j'ai découvert le psychodrame Balint. Au sein du groupe, plus possible de dire : « le pauvre, il ou elle en est

¹³Jean Michel Longneaux, La souffrance des soignants et des médecins n'existe pas, *Ethica Clinica*, 2004, 35, p.26.

encore là ». Oui, ce qui se joue, ce qui se raconte, je l'ai déjà vécu.

Lorsque j'interviens, en voix off, je dis ce que je ressens, mais ce n'est pas à l'autre que je le dis, c'est à moi que je parle et double, je me découvre.

La mise en scène, le mouvement créent de l'émotion. L'émotion ça ne s'apprend pas, ça se vit. L'imprévu fait irruption. Et la compréhension s'impose et apaise.

Juste un exemple. Nous étions en groupe limité. Deux animateurs, deux participants. Je ne me rappelle plus précisément le cas. Je dois jouer le rôle d'une femme atteinte d'un cancer du sein en phase terminale.

Que dire à une femme en phase terminale d'un cancer du sein et qui interroge sans interroger ? Je suis allongée sur deux chaises. Le médecin est à mes côtés, il ne sait pas comment dire les choses à sa patiente. Il se sent mauvais médecin car il ne sait quoi dire à cette question posée en silence : « j'en ai pour combien de temps ? »

Moi jouant le rôle de cette femme, je dois répéter ce qu'en a dit mon confrère. Et je ne sais plus trop ce que je dois répéter.

Moi, femme, allongée avec mon cancer du sein métastasé et le goût de rester en vie jusqu'à la naissance de ma petite fille ou la communion d'une autre petite fille, je ne sais plus, je regarde mon médecin et je dis : « peut être en janvier, je ne serai plus là ? »

Oui, je regarde mon médecin intensément. Mon cœur est étreint d'une angoisse incroyable.

Grand silence...

Et mon camarade en Balint de répondre, mon médecin si apaisant, si aidant, qui ne m'a pas abandonnée bien qu'il n'y ait plus rien à faire, me répond tout simplement, en soutenant mon regard : « C'est juste ».

Moi femme mourante de mon cancer du sein et moi médecin en difficulté avec la mort de mes patients, j'ai pleuré.

Et ce jour là, des paquets d'angoisse qui

m'étreignaient depuis si longtemps, se sont envolés, comme un lâcher de ballon, non métastatique, mais libérateur.

Oui je suis sortie de cet échange épuisée, vidée, lavée, comme un baptême. Ou une épiphanie : j'acceptais que la mort de mes patients soit dans ma vie de soignant.

En conclusion

Oui, comme le dit la plaquette de présentation de cette journée, « la formation médicale doit aussi considérer que l'objet du soin est une personne dans sa dimension subjective ».

La formation médicale doit aussi considérer la subjectivité du soignant, grande oubliée de nos études médicales scientifiques.

Le psychodrame Balint est le lieu de l'expression de cette subjectivité. Oui, je me surprends d'attendre avec impatience ces moments de rencontre et de jeu. Oui, participer à ces mises en scène, c'est un cadeau que je me fais.

La mise en scène n'est pas artifice, mais mise en pleine lumière de ce qui se passe dans les coulisses de mon inconscient. Oui, à chaque fois je suis bousculée. Oui, à chaque fois au-delà des mots, il se passe « un petit quelque chose de considérable »¹⁴.

Merci à Caroline Dauchez et à Philippe Heureux, animateurs, et à mes camarades du groupe psychodrame Balint de Lille de m'accompagner sur les routes ardues et étonnantes du « prendre soin ».

PS : Pour répondre à cette question posée par le Dr Luc Steimer : « quel intérêt pour le patient que son médecin s'intéresse à sa propre subjectivité ? »

Une première réponse me vient : « être capable d'accompagner mon patient jusqu'au bout de sa vie, même si il n'y a plus rien à faire ; ne pas l'abandonner ».

*** Praticien hospitalier, spécialiste en médecine générale, centre hospitalier de Seclin 59113 - France**

¹⁴ Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980, p.317.

DOSSIER BRUXELLES

BRUXELLES

Samedi 20 octobre 2012

La Solitude du soignant

Argument de la journée

Le soignant est le plus souvent seul avec son patient dans une relation qui est l'objet d'un investissement important de part et d'autre. La solitude, quoique source d'une création singulière, peut se révéler parfois lourde à porter.

Par ailleurs, les nouvelles modalités d'exercice des soignants (interdisciplinarité, travail en réseau), les changements socioculturels et les contraintes économiques modifient profondément le paysage des soins contemporains.

Le soignant est en effet confronté d'une part à une nécessaire systématisation de son exercice issue des « Recommandations de Bonne Pratique » et des protocoles de soins, et d'autre part à ce qui échappe souvent à toute systématisation dans sa relation singulière avec son patient et sa maladie.

Dans ce nouveau contexte, comment peut-il envisager sa fonction aujourd'hui ? Comment protéger et maintenir une relation de soins individualisée ? Où et comment trouver de nouvelles modalités qui préserveraient le plaisir de soigner face à ces contraintes multiples ?

Exposés et discussions développeront ces questions.

Le travail en groupes de psychodrame Balint, découverte pour certains, retrouvaille ou longue pratique pour d'autres, sera aussi un temps pour un écho à ces réflexions chez des praticiens de diverses disciplines s'interrogeant sur la relation soignant-soigné.

Introduction à la journée de Bruxelles

La solitude du soignant

Luc Steimer *

En vous souhaitant à tous la bienvenue aujourd'hui pour ces 19èmes rencontres de notre association je veux tout d'abord remercier nos confrères de cette université qui nous accueillent dans ce cadre si agréable.

Monsieur le Professeur Francis Zech, doyen de la Faculté de Louvain et le Docteur Didier Thillaye du Boullay, responsable du centre académique de médecine générale.

C'est auprès d'eux, grâce à leur coordination et leur appui que notre ami Philippe Heureux et sa complice Caroline Dauchez ont pu, avec la patience et la pugnacité que nous leur connaissons, régler ces mille détails qui vont nous permettre, j'en suis certain, de travailler ensemble dans d'excellentes conditions tout cette journée.

Caroline, qui est gynécologue à Aubervilliers près de Paris, et Philippe généraliste à Bruxelles, animent régulièrement depuis bientôt trois ans un groupe de psychodrame Balint à Lille et c'est tout naturellement que nous leur avons confié la tâche, ô combien prenante, d'organiser ces rencontres. Nous sommes plus de 70 aujourd'hui grâce à eux.

L'organisation a débuté avec échanges, questionnements, remises en cause, débats, dans un travail d'aller-retours nombreux entre eux et nombre d'autres membres de l'association. Eux étaient en première ligne et ces derniers mois leur ont laissé peu de loisirs. Aussi je veux leur signifier tout particulièrement notre gratitude pour cette préparation qui, toute animée et collective qu'elle fut, a reposé jour après jour sur leurs épaules. Leur aura-t-elle laissé un sentiment de solitude ? A eux de nous le dire.

Et cette question m'amène au thème de notre journée, thème que nous aborderons, selon notre habitude, sur deux axes:

Nos collègues qui interviendront à cette tribune nous feront part des échos que «La Solitude du Soignant» a fait surgir en eux, de leur(s) ressenti(s), de leur pratique aussi tant face à leurs patients que dans leurs relations, pour certains, avec les membres des groupes de psychodrame Balint dans lesquels ils ont travaillé.

Nous nous retrouverons, en parallèle, ce matin et cet après-midi pour faire découvrir à beaucoup, retrouver pour d'autres, ce creuset d'alchimiste si particulier des groupes de psychodrame Balint dans lesquels nos paroles et nos corps, au travail tour à tour ou/et simultanément, nous font rechercher et interroger nos souvenirs de soignants.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à nos amis de la Société Balint Belge, avec qui nous entretenons depuis des années des relations très riches, d'être si nombreux à nos côtés. Nous savons que vous avez éloigné au premier décembre prochain, votre journée annuelle à Bruxelles, sur le thème «Vieillir c'est vivre» afin d'être avec nous aujourd'hui et nous vous en remercions très sincèrement.

A vos côtés c'est une très large francophonie qui se rassemble aujourd'hui : Français, Suisses, Italiens et aussi Québécois puisque nous avons ici avec nous Monsieur le professeur Jean François Montreuil, vice doyen de l'université de Laval, qui a franchi l'Atlantique pour nous rejoindre et il n'est pas seul du Québec, merci aussi à Louis Lepage.

Aussi, constatant cette chaleureuse assemblée de praticiens d'horizons si divers et ne nous sentant pas du tout seuls je veux m'interroger devant vous.

Cette solitude du soignant dont nous allons débattre est-elle une réalité, que nous tentons d'exorciser en nous rassemblant pour en parler ? Est-elle un paradoxe qu'il faut recadrer à l'aune de nos pratiques contemporaines qui se veulent si techniques et peuvent du même coup dresser une frontière entre patient et soignant ? Ne peut-on parler d'angoisse du soignant tout simplement et comprendre qu'elle peut, parfois, rejoindre celle du patient ?

En 1970, étudiant en fin de sixième année, licence de remplacement en poche, j'ai été appelé en visite chez brave artisan menuisier de 50 ans environ qui souffrait d'une oreille depuis 3 jours, me disait-il au téléphone.

C'était pour moi mon premier acte médical hors de la sécurité institutionnelle de l'hôpital, je me sentais démuni, nu, seul au monde, avec un manque de confiance en moi abyssal, et mes boyaux noués, gargouillants, m'ont obligé à quelques détours avant de finalement pouvoir me rendre chez lui.

Là mon examen, anxieux et prolongé, m'a amené à conclure à une otite externe tout à fait banale. Mais je garde encore le souvenir, 42 ans après, de mon incertitude et de mon inquiétude quant au traitement à appliquer sur le moment, de mon anxiété face à cet homme qui souriait malgré sa douleur pour tenter de me rassurer. C'est en me rejoignant par ce sourire, qu'il a fait disparaître en moi tout sentiment de solitude.

J'ai le privilège d'arriver à une nouvelle étape de ma vie professionnelle, ayant eu cet été le bonheur de pouvoir confier à un généraliste de 17 mon cadet le soin de prendre désormais en charge les patients qui m'avaient choisi comme médecin, depuis plus de 39 ans pour certains.

Mais le souvenir de ce menuisier m'est revenu à l'esprit, et dans le corps, à l'occasion de cet événement.

Ne voilà-t-il pas, la boucle est bouclée, qu'après une journée chargée mais sereine, au soir de ma

toute dernière consultation, fermant pour la dernière fois la porte après la sortie de mon dernier patient, j'ai ressenti une désagréable douleur dans l'oreille droite.

Le lendemain je n'avais plus personne à soigner, j'étais vraiment seul, ma consœur consultée m'a confirmé que j'avais une otite externe.

Je vous rassure, je suis guéri maintenant et je serai toute ouïe pendant toute cette journée de mes deux oreilles.

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

Être seul, se sentir seul

Jean-Pierre Bachmann *

Au moment de notre rencontre de Bruxelles consacrée à la solitude du soignant la revue Books publiait dans son numéro d'octobre 2012, un certain nombre d'articles consacré aux « nouvelles solitudes ». Certaines des contributions à ce dossier traitent des aspects sociologiques de la solitude et en particulier de l'accroissement du pourcentage des personnes vivant seules dans de nombreux pays (Europe, Etats-Unis entre autres) mais aussi de la progression sensible du sentiment de solitude. C'est le cas par exemple en France où au cours de ces dernières années de plus en plus de personnes « éprouveraient désormais de réelles difficultés à développer des relations sociales au sien des grands réseaux de sociabilité que sont les réseaux familiaux, professionnels, amicaux, affinitaires et territoriaux »¹⁵. Il y a lieu bien sûr de distinguer, alors même que sont évoqués les termes d'épidémie, la vie seul(e) et le sentiment de solitude, ces deux phénomènes ne se recouvrant pas autant qu'on pourrait le croire.

Les interventions faites lors de notre rencontre de Bruxelles traitent d'ailleurs plus de ce sentiment de solitude que de la solitude réelle que peuvent vivre les soignants.

Je souhaite reprendre ici quelques autres aspects développés dans cette revue dans la mesure où ils éclairent un aspect de notre réflexion de soignants.

La solitude nuit gravement à la santé

Greg Miller consacre l'essentiel de son article, paru d'abord dans *Science* en 2011, aux travaux de John Cacioppo, professeur de psychologie sociale à l'université de Chicago, qui étudie les effets biologiques de la solitude. Pour certains de ses collègues chercheurs J. Cacioppo a fondé une

nouvelle manière de penser la biologie des relations sociales. Les personnes vivant dans une solitude chronique présentent des changements potentiellement néfastes dans leurs systèmes cardiovasculaires, immunitaires et nerveux, changements qui pourraient expliquer les résultats des études épidémiologiques concernant la plus courte espérance de vie de ces populations mais aussi leur plus grand risque de maladies (infections, maladies cardiaques, dépression). Mais les études de J. Cacioppo apportent une idée vraiment nouvelle: c'est le sentiment subjectif de solitude qui est vraiment délétère, pas le nombre objectif de contacts sociaux. Les études épidémiologiques qui tendent à montrer que l'isolement social augmente le risque de décès, à peu près autant que le tabac et plus que l'inactivité physique ou l'obésité, laissent sans réponse de nombreuses questions sur les mécanismes impliqués et sur les aspects de l'isolement social en jeu. Cacioppo a montré que c'est la manière dont est ressentie la solitude qui joue le rôle décisif plutôt que le degré objectif de connectivité sociale.

La solitude ressentie a un impact direct sur le système immunitaire. Associant ses recherches à celles d'un généticien, Steve Cole, ils ont étudié l'activité génétique des globules blancs de sujets solitaires, comparée à celles de sujets ne présentant pas de score élevé sur une échelle évaluant la solitude (objective et subjective). Les personnes solitaires ont montré une activité accrue de plusieurs gènes codant pour les molécules de signal qui favorisent l'inflammation, et une activité moindres des gènes qui aident à se défendre contre les affections virales. Mais pour Steve Cole se sentir seul ne suffit pas à dérégler le système immunitaire, « il faut vraiment qu'une personne ait développé et consolidé une vision solitaire du monde pour observer ces changements dans l'expression des gènes ». Le maintien d'état d'alerte caractéristique des personnes qui se

¹⁵ Selon un étude quantitative et qualitative effectuée par la Fondation de France, Les solitudes en France, juin 2012.

sentent seules les empêche de profiter du repos et de la relaxation. Elles se sentent plus fatiguées et ne bénéficient pas de leur sommeil.

Le sentiment de solitude

A la suite des travaux de Cacioppo de nombreux autres chercheurs en psychologie cognitive ou neuro-physiologie mettent en évidence qu'un certain nombre de biais cognitifs spécifiques aux sujets qui se sentent seuls (par exemple la dépréciation de leurs relations sociales, l'impression négative des sujets qu'ils rencontrent) peuvent être encodés dans leurs cerveaux.

Le sentiment de solitude ou la solitude peuvent affecter différentes parties du cerveau (amygdales, cortex préfrontal) qui ont des répercussions sur le niveau d'anxiété et le contrôle des conduites.

Mais le sentiment de solitude est-il héritable ? Basée sur des études de jumeaux et de leurs familles on en est venu à montrer que le caractère transmissible du sentiment de solitude est comparable à celui de la dépression mais inférieur à celui des traits comme la tension artérielle ou le niveau de cholestérol. Cacioppo a émis l'hypothèse que le sentiment de solitude répond à un « thermostat génétique » qui détermine le degré de désarroi né de l'isolement social. Pour lui on n'hérite pas de la solitude mais du degré de douleur que l'on ressent à son épreuve.

L'importance donnée aux facteurs génétiques est toutefois à mettre aussi en relation avec la situation environnementale. L'évolution de la société rend à accroître le sentiment de solitude et le pourcentage des personnes disant n'avoir personne à qui se confier s'ils avaient à discuter d'un important sujet de préoccupation personnelle a doublé en 20 ans selon une étude faite aux USA en 2004, passant de 10 à 25%. Le sentiment de solitude peut aussi être contagieux selon certains sociologues.

Face à ce phénomène préoccupant qu'il convient d'ailleurs de distinguer de la dépression et des effets du stress, que faire ? Le sentiment de

solitude peut-il être surmonté ? C'est ce que pense Cacioppo en publiant les résultats d'une méta-analyse d'études portant sur les interventions destinées à combattre la solitude. Pour permettre aux patients de modifier la perception qu'ils ont de leur situation sociale les méthodes de la thérapie cognitivo-comportementale prouvent leur efficacité. Cacioppo a lui-même proposé un certain nombre d'étapes simples (programme EASE, 2008) pour échapper à l'emprise de la solitude.¹⁶

Si ces différentes perspectives et approches thérapeutiques s'attachent aux aspects cognitifs, et aux seuls aspects conscients du sentiment de solitude, négligeant en quoi ces vécus ont aussi des bases inconscientes, liées à des angoisses de séparation ou à des expériences encore plus primitives, il y a lieu de rappeler que la solitude et le sentiment de solitude n'ont pas que des aspects négatifs, l'autre versant est une « solitude apprivoisée¹⁷ », expérience qui pour certains est une des plus précieuses. L'aspect positif de la solitude, de la capacité à être seul, a été étudié par Winnicott et pour lui cette capacité est presque synonyme de maturité affective.¹⁸ Pour Winnicott lorsque le petit enfant est au stade du « je suis seul » il faut qu'il puisse se rendre compte de l'existence ininterrompue de la mère. Winnicott décrit le paradoxe « que la capacité d'être seul basée sur l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un et que si cette expérience est insuffisante, la capacité d'être seul ne parvient pas à se développer. »

Cette intériorisation de l'image d'une mère suffisamment bonne de la petite enfance, source du sentiment de sécurité, n'est pas la seule à

¹⁶ Publié en ligne sur le site de Psychology Today <http://www.psychologytoday.com/blog/connections/200812/easing-your-way-out-loneliness>

¹⁷ « La solitude apprivoisée » est le titre d'un ouvrage de Jean-Michel Quinodoz, (Paris, PUF, Collection « Le fait psychanalytique » 1991) qui analyse l'angoisse de séparation dans les théories et dans la pratique psychanalytique.

¹⁸ La capacité d'être seul. In « De la pédiatrie à la psychanalyse ». Payot, Paris, 1969. Disponible aussi : http://tabledesable.fr/pdf/WINNICOTT_capacite_etre_seul.pdf

permettre au soignant de faire face à sa solitude, les participants aux groupes de travail Balint témoignent bien souvent de cette présence et de cette intériorisation du groupe, en tant qu'objet, dans leur exercice de soignant lorsqu'ils sont confrontés à des vécus douloureux, d'impuissance ou de solitude.

Psychiatre, psychanalyste, 1205 Genève - Suisse

Écouter : un exercice de solitude

Christian Linclau *

Pour commencer : deux exemples de ma pratique, deux moments où je fus renvoyé assez brutalement à ma solitude.

Le premier exemple est l'histoire d'un homme à tendance paranoïde, cela je ne l'ai su qu'après en avoir parlé dans mon groupe Balint. C'est un ancien militaire retraité mais jeune, donc à peine plus vieux que moi, qui vit relativement reclus dans la maison avec sa femme hémiplégique de longue date. Il fume, il boit, il n'est jamais malade. C'est sa femme que je soigne mais il prend de la place, il écoute, il épie, il intervient, il s'énerve. Il n'y a pas d'intimité, chaque mot est repris, corrigé ; j'étouffe. Et cet état de chose se répète de visite en visite. Je me dis dans les temps libres hors de cette maison oppressante que ce monsieur est en souffrance, qu'il faut que j'entende quelque chose de lui. Un jour, il se plaint. Je m'assois. Il me dit qu'il n'en peut plus, il pleure un peu, il a bu. Il est seul, les enfants ne l'aident pas. Il ne sort plus, il ne peut inviter personne, il a tout sur le dos. Sa femme est exigeante, elle n'en peut rien, ce n'est pas de sa faute mais quand même. Il ne peut rien commencer sans être interrompu. Il n'a plus de vie. C'est là que j'ai le malheur de lui dire que je comprends. Et pour cause, la compagne avec qui je vivais en ce temps-là venait d'avoir un accident de voiture. Elle était paraplégique suite à cela. Il s'est mis dans une rage, il s'est levé, a tourné autour de la table en hurlant que personne ne pouvait le comprendre, il a claqué la porte me laissant seul. Il est revenu, il ne décolerait pas. Il s'est mis à ricaner, à s'en prendre à la médecine, il prenait en exemple la maladie de sa femme pour laquelle la médecine ne pouvait rien à rien.

Je ne me souviens plus comment cette visite s'est terminée. Mais au sortir de cet échange impossible, je me suis d'abord senti terriblement seul, tout à fait perdu dans cet environnement

pourtant connu. Puis, sans transition, secoué physiquement par des tremblements et la rage, comme ébranlé sur mes bases, emporté dans un autre monde sans objet, aspiré vers une solitude intérieure et le vide.

Mais il fallait bien que j'assume, ce moment arrive toujours où il n'y a plus personne à qui s'agripper, intervalle de silence et d'angoisse comme avant ou après les tempêtes. Comme dans une syncope musicale, c'est à la seconde qu'il faut agir : prendre sur soi, assumer une certaine désillusion et endurer sa propre solitude. Dans ma voiture, dans un coin abandonné des regards, j'ai récupéré doucement. Quand j'ai pu identifier mes sentiments, dominaient la frustration et la colère.

Le deuxième exemple : une patiente d'une cinquantaine d'année, un peu ronde, grisonnante. Elle marche comme une petite vieille, à faire pitié, des pantoufles et un bandage à la cheville. Elle me dit : j'ai mal, docteur, pourquoi j'ai mal ? Et je lui réponds, bien trop vite, les examens sont rassurants c'est sans doute de l'arthrose. Elle revient après quelques temps et me tend un dossier énorme qu'il faut que j'ingère tout de suite. Elle a vu rhumatologue, neurologue, orthopédiste, a subi radio, scanner, scintigraphie. « On m'a dit que j'ai de la fibromyalgie, ce n'est pas de l'arthrose. » Je m'arrête. Elle prend son temps, un peu trop. Elle m'explique longuement. Enfin on a trouvé, me dit-elle. Elle rajoute qu'elle n'en peut plus. Les assurances n'admettent pas son accident de travail. Son mari abuse d'elle sexuellement, il ne tient pas compte d'elle, de ses douleurs. Les exigences du monde lui deviennent insupportables ... Au bout d'un temps suffisant à mes oreilles, j'ai le malheur de lui dire : je comprends que votre vie ne vous convient pas. Aussitôt, elle reprend : mais j'ai vraiment mal, docteur, ce ne sont pas des blagues, c'est la douleur qui m'handicape. J'avais parlé trop vite. Incapable d'assumer l'énervement que son

discours me procurait, je voulais la rejoindre par cette interprétation pour échapper à ma solitude face à mes émotions négatives. Sur le coup, je me suis senti perplexe comme si la misère humaine de cette personne venait butter sur mon rivage sans autre possible.

Peut-on nommer les choses ? N'y a-t-il pas un certain danger à entendre, à comprendre ou interpréter ? Aller trop vite, n'est ce pas prendre le risque de parler de soi ? Dans les deux cas, la réaction qui me semblait sur l'instant légitime n'était pas bienvenue.

Parfois la souffrance se partage par débordement au bord de la conscience, elle ne veut pas nécessairement être comprise. Son récit est adressé au professionnel censé savoir l'entendre mais certainement pas à la personne privée. Ce professionnel est présumé neutre, donc libre de toute fascination et de toute agressivité. Cette liberté est en même temps sa solitude. Il est supposé être le dernier rempart derrière lequel et peut-être même dans lequel viennent se réfugier les gens malades, avec leurs résistances et leurs pensées magiques. C'est comme s'ils ne voulaient pas vraiment savoir et préfèrent une « larme de mensonge ». Ce retrait du thérapeute est lourd à porter, et tout ce qu'il pourrait en dire à son tour est probablement difficilement partageable. Le soignant est à jamais isolé, témoin de la misère humaine avec sa mémoire peuplée d'innombrables confidences, de bassesses et de mort. Il y a parfois des moments de joie et de vie mais ils sont rares et bien moins communiqués. On ne dit guère au médecin que tout va bien, il est attendu d'être guéri après l'avoir vu. Heureusement qu'il y a la vie 'privée' par ailleurs et parfois d'autres solitudes solidaires pour atténuer le choc. Je pense entre autre au groupe Balint où cet enfermement du soignant peut s'entrouvrir et s'élaborer.

Je suis tombé par hasard sur un mot, un de ceux qui horripilent et fascinent à la fois : la réification. Voilà un mot qui m'a éclairé du danger de nommer. Réification vient du latin « res » qui veut

dire chose et « facere » qui veut dire faire. C'est donc transformer en chose ce qui est mouvant et dynamique. Voilà le danger du mot s'il est pris comme chose.

Prenons l'éponge qui vit au fond de la mer. L'éponge ? Est-elle uniquement un assemblage de cellules ou est-elle également la mer qu'elle contient ? L'éponge ne peut exister sans la mer. La mer ne serait pas transparente sans l'éponge et l'éponge qui se nourrit de la mer ne peut être sans elle. Si nous sortons l'éponge de la mer et que l'on dit : tiens, voilà une éponge, on la tue. On comprend pourtant mais en comprenant, on réifie, on transforme en chose ce qui est mouvant et dynamique. Dire trop vite qu'on comprend une souffrance, c'est risquer de la transformer en chose et de ne pas entendre le contexte vivant d'un processus. Freud s'est heurté à ce problème lorsqu'il parle de pulsion de vie et de mort. Et pour lui, la notion de dynamique et de mouvance est, je cite, « une qualification de l'inconscient en tant que s'y exerce une tension permanente entre deux forces antagonistes ». Freud veut se distinguer en ces temps là de la psychologie par cette conception dynamique des processus psychiques inconscients alors que la psychologie traditionnelle, par ses classifications, restait foncièrement adynamique. Cette souplesse psychique va avoir pour conséquence que certaines représentations, je cite de nouveau, « ne peuvent devenir conscientes, parce qu'une certaine force s'oppose à ce qu'elles puissent devenir conscientes ». D'où la notion de « résistances » chez Freud. Balint parle de « défaut fondamental » autant du côté du malade que du soignant. Mais comment, dans ces conditions ne pas réifier ce qui se produit dans la rencontre, comment rester dans un processus dynamique ? Dans les relations de soins, il y a toujours une part méconnue qui a tendance à se rejouer, quelque chose du soin vécu (ou mal vécu) dans la zone du défaut fondamental ? C'est l'hypothèse Balint. Pour dire combien le soignant, dans cette distance à prendre ou dans ce petit décentrage à opérer, est isolé et combien il lui faut de délicatesse pour

qu'une parole préserve la vie, c'est-à-dire qu'elle ménage ce qui anime le corps de l'autre et non plus uniquement le sien. Le scientifique pur a comme mission d'étudier des objets ! Mais l'humain est plus qu'un objet complexe, il est un sujet inattendu qui rêve, qui se ment et continue d'avoir besoin de croire en quelque chose.

Dans le transfert, il y a comme une part d'amour, cette croyance folle qui présume que quelqu'un va entendre quelque chose qui vient de nous, d'être rejoint de façon absolue dans notre bonne intention. C'est parce que ça n'advient pas vraiment que nous souffrons. Il s'agit de cette solitude fondamentale qui nous sépare définitivement de l'autre (qui nous rend aussi unique bien sûr). Être rencontré de façon complète est donc irréalisable et utopique. Pourtant, si nous sommes devenus soignants, c'est que nous n'avons pas complètement perdu la foi dans le fait que nous pourrions être un jour touché par le langage de l'autre.

Mais être soignant, n'est-ce pas fondamentalement une résistance pour ne pas voir la violence cachée en l'autre et en nous même. Être soignant, n'est-ce pas éviter de parler de l'inhumanité innée de la nature elle-même, de ces cycles infernaux, de la mort, de la douleur ?

Le malade reste désespéré de trouver à dire au plus juste sa condition d'humain. Il ne trouve pas son chemin mais, dans sa solitude, continue de frapper à la porte avec cette foi du charbonnier. Il se heurte au corps médical ! Souvent, heureusement, la réponse est appropriée, c.-à-d. que ce que la médecine nomme est pertinent et restitue le malade, lui redonne de la vie et le resitue. Mais quand le corps malade s'embourbe dans un corps médical qui se fige dans ses certitudes, au point de ne plus entendre le sens d'un sujet, de ne plus faire prendre du sens à ce sujet... Le malade s'enfonce alors dans sa solitude, d'ailleurs de la même façon que quand la maladie annonce la mort. Cela en dit long sur la non-écoute. Peut-être sommes-nous là à proprement parler dans une limite de la médecine. Il ne s'agit

plus de guérir mais d'apporter du soin à l'humain qui est en face de nous.

D'une manière générale, dire au plus juste nos idées, nos sentiments, notre vision du monde, n'est-ce pas exercer notre humanité. Devenir homme, autant du côté du soigné que du soignant, n'est-ce pas être au mieux responsable de notre corps, de notre solitude et de notre inconscient. Responsable, non pas dans le sens que nous sommes à l'origine de tout cela, même pas du tout, mais dans le sens qu'étant des parts indissociables de notre condition, nous sommes responsable du rapport que l'on a avec ce destin. La seule chose valable à faire en réponse à la solitude, c'est de prendre soin de soi. C'est le seul point de départ à la rencontre de l'autre. C'est un piège aussi parce que le retour vers l'autre ne s'opère pas sans un effort de créativité, de patience et d'humour. Parce que prendre soin de soi, ce n'est pas si lumineux que ça, pas si patent. Nous préférierions souvent rester seuls, qu'on nous laisse tranquille loin de tous les conflits, de toutes les critiques, en dehors de tout cela. Parfois aussi, nous aimerions ne pas être vus avec nos failles et nos violences. C'est bien pour remédier au repli sur soi que nous nous succombons aux rêves, aux rires ou aux réifications. Nous avons un tel besoin de légèreté que nous aspirons au mensonge. Francis Cabrel chante « je reviens du ciel et les étoiles entres elles ne parlent que de toi ». N'est-ce pas bon d'être flatté comme cela ? Ce mensonge n'est-il pas beau ? Nous nous délectons de cette réparation hypnotique avec un soulagement manifeste. Le paradoxe, c'est que prendre soin de soi est une consolation à l'origine de nos carrières de scientifiques ou de soignants.

Dans le premier cas exposé je me demande vraiment pourquoi le patient s'est mis à parler ? Lui qui, à y réfléchir, ne croit plus vraiment à la possibilité de communiquer quoi que ce soit. Il a perdu la foi en l'autre, il est définitivement méfiant. Cette « faiblesse », entre guillemets, qu'il s'est accordé, il s'en mord les doigts. Il est fâché mais sur lui-même. Sa solitude, il l'assumera lui-même, il n'a besoin de personne. Pourtant..... Il

s'est mis à parler, à partager ! Peut-être aurait-il mieux valu n'entendre que la détresse de l'enfant en lui et surtout ne rien en dire. Mentir avec l'adulte. Encourager ce qui existe aussi. Comme par exemple, lui dire : en attendant, votre chien est bien beau et votre jardin aussi, parce que c'est vrai, comment fait-il ? Pour qui je me prends de croire que je pourrais faire quoi que ce soit à cette détresse-là ? Mais cette fois-là, de toute façon, j'étais bien trop encombré de moi-même. J'avais besoin de parler de mes malheurs et ce n'était pas le lieu.

L'autre exemple est plus simple d'une certaine façon. On peut dire que ma propre envie de sauver a empêché quelque chose de se déployer. La patiente elle-même s'agrippe à son diagnostic pour ne pas aborder sa solitude. Mais qui suis-je à nouveau pour aborder cette épreuve -là ? Pourquoi ce mensonge-là vaut moins que celui de Cabrel ? J'aurais pu lui répondre, mais c'est plus facile en différé, que j'entendais bien ce diagnostic de fibromyalgie et qu'en attendant, elle avait mal. Et puis peut-être même, ne fallait-il rien dire du tout, accueillir la fragilité de l'éponge ! Cela semble aller de soi dans une démarche psychanalytique. Dans la pratique de la médecine pourtant, on s'attend en permanence à de la réactivité. Simplement entendre ce qui est présent à l'instant est vite assimilé à de la passivité.

Dans les deux cas, aborder ma solitude, partager ce qui est concevable de partager en public dans un lieu où il est autorisé de dire sa souffrance d'être soignant (ici, j'entends les groupes Balint), m'a permis de rendre ces deux personnes malades à nouveau des sujets sensibles.

Écouter, entendre quelque chose du feu de l'autre est un exercice. Écouter, c'est laisser venir de l'autre et cela ne va pas de soi. Cet exercice ne peut se faire qu'à condition de ne pas tomber dans l'écueil de soi-même. Dès lors, que faire d'autre qu'assumer notre propre solitude.

Écouter, entendre quelque chose de l'autre et rester professionnel est un exercice de solitude qui peut nous rendre plus humain. Une solitude traversée dans l'humilité va nous donner accès à plus de distance, plus d'humour et plus de rêve.

*** médecin généraliste 5660 Couvin - Belgique**

Une expérience singulière : le psychodrame Balint en Afrique de l'Ouest

Giuliana Canonica*

Ne vous attendez pas à un exposé théorique savant. C'est votre heure de récréation et je vous offre quelques minutes d'évasion en parfait accord avec une pause postprandiale. Un saut en Afrique de l'Ouest en passant par Cuba.

Tout d'abord je me présente brièvement. Je suis née à Lugano, dans la Suisse italienne, mais depuis 1965 je vis à Genève, où je suis venue pour mes études de médecine. Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste, j'ai travaillé dans le domaine du psychodrame thérapeutique dans un cadre institutionnel. Depuis une quinzaine d'année je co-anime avec mon ami le Dr Jean-Pierre Bachmann des groupes de psychodrames Balint, tout aussi bien avec des médecins somaticiens qu'avec des psychothérapeutes.

J'ai pris ma retraite en juillet 2009, à l'âge de 64 ans. Pour l'avenir je n'avais pas un projet précis, sinon celui de voyager davantage, pour de plus longues périodes et différemment. Je m'imaginai partir quelque part pendant plusieurs mois, m'installer provisoirement dans une région d'une culture différente et me permettre ainsi de sortir un tant soit peu de la condition du touriste-type qui survole un nouveau pays « pour le plaisir des yeux ». Je savais par contre d'emblée que mon projet de rester ces quelques mois dans une région très étrangère à ma culture et à mes habitudes de vie, proche des populations locales, ne ferait jamais de moi une « résidente » de ce lieu ; mais je souhaitais que cela me permette de davantage comprendre toute une série d'aspects qui restaient énigmatiques malgré mes lectures, mes recherches et la fréquentation d'étrangers vivant chez nous. Et j'espérais que, comme cela a été le cas, ces expériences susciteraient beaucoup de questions et stimuleraient ma curiosité. Des questions très variées ; à certaines je pourrai trouver des

réponses du moins partielles, à d'autres – comme celles liées aux croyances religieuses traditionnelles – je pourrai juste m'en approcher.

Bien sûr, je pensais déjà à l'Afrique, continent qui m'a toujours attirée et dont je connaissais, en tant que touriste, une dizaine de pays. Il se trouve aussi que ma fille et mon fils se sont mariés ces dernières années avec des partenaires africains et que je me retrouve actuellement à être la grand-mère de bientôt 4 petits-enfants métis ; ceci compte certainement aussi. Assez rapidement j'ai réalisé que la meilleure manière d'être en contact avec des populations étrangères était celle de partager avec eux quelque chose de mon expérience professionnelle et attendre ce qui m'en reviendrait en retour.

CUBA

Lorsque la retraite a débuté, il y a trois ans, je suis pourtant partie presque précipitamment bien loin de l'Afrique, dans une île chère à mon cœur, Cuba, que j'avais connue en 1967 au cours d'un séjour de trois mois. J'étais alors étudiante en médecine et j'avais adoré cette expérience. Au cours d'un deuxième séjour bien tardif en 2004 j'avais fait la connaissance d'une petite équipe de psychologues qui pratiquaient la psychothérapie et souhaitaient s'orienter davantage en direction de la psychanalyse - l'approche la plus utilisée étant la psychothérapie cognitivo-comportementale et ses variantes. La psychanalyse s'était éteinte à Cuba peu après la révolution, lorsque les psychanalystes locaux avaient peu à peu quitté l'île et surtout lorsque les soviétiques – qui l'abhorraient – avaient assujéti le castrisme.

Loin de l'Afrique jusqu'à un certain point. A Cuba la mode actuelle - noirs, métis et blancs confondus – consiste à revendiquer les origines africaines. De même la Santería, religion afro-cubaine dérivée du Vaudou et amenée il y a quelques siècles par les esclaves, est adoptée par

la population cubaine dans son ensemble et cohabite, y compris chez les cubains d'origine hispanique, en bonne compagnie avec la catholique - pour ceux qui sont croyants. Mais la comparaison s'arrête là. Le peuple cubain est imprégné d'une culture européenne séculaire, importée de l'Espagne et de l'Europe. Et, vision politique mise à part, il partage nos mêmes valeurs dans les domaines de la littérature, de l'art plastique, de la musique, de l'opéra, du ballet et du théâtre. La vie culturelle cubaine est un foisonnement de conférences, débats, réunions, spectacles ; toute la population y a accès.

Mais d'autres aspects, liés cette fois au côté négatif du régime politique, ont rendu mon expérience professionnelle peu gratifiante. A l'époque de mon arrivée, très spontanée et sans préparation de part et d'autre, les cubains pouvaient se définir comme une masse de fonctionnaires sous-payés. S'il n'y avait en quelque sorte pas de chômage sur l'île, c'était parce que chaque poste était occupé par 5-6 travailleurs qui n'avaient donc rien à faire. Personne ne croyait plus au changement, mille fois promis et jamais atteint. Les jeunes cubains souffraient du manque de liberté de mouvement et du manque de perspectives professionnelles en dépit de leur haute qualification. Une culture d'absentéisme, de manque de motivation, de tricherie et parfois de corruption s'était développée tout au long de cette longue expérience d'un état-providence autoritaire en échec manifeste du point de vue économique. Le marché noir, florissant et issu du détournement crapuleux des biens de l'état, permettait d'améliorer l'ordinaire de ceux qui avaient les moyens de l'utiliser. Seule la culture et l'excellence de la médecine tiraient leur épingle du jeu. Mais la valeur de l'enseignement lui-même, autrefois fleuron de la Révolution cubaine, était en perte de vitesse depuis 10-15 ans.

Bref, j'ai retrouvé ma petite équipe de psychologues qui m'avaient semblé si désireuse d'apprendre, et je me suis d'emblée heurtée à la passivité du système. Difficulté à établir un programme, à diffuser l'information, à respecter

les rendez-vous des réunions de groupe (séminaires de lecture, psychodrame, supervisions) et des supervisions individuelles. Les retards de 30 ou 60 minutes étaient à l'ordre du jour, les absences non excusées aussi. Difficile pour la Suisse au métronome intérieurisé que j'étais ; mais difficile pour eux aussi, qui me regardaient comme un OVNI lorsque j'en venais à me plaindre. Nous avons tout de même travaillé tant bien que mal, avec de bonnes surprises car j'ai souvent eu devant moi de bons/bonnes cliniciens qui ne travaillaient pas différemment que nous en dehors du respect du cadre, inexistant. Je suis repartie d'autant plus déçue que les rapports humains avec les cubains étaient d'une qualité exceptionnelle et que même avec les participants à mes cours j'avais eu l'impression que si nous avions pu effacer leur difficulté à respecter un cadre de travail, nous aurions pu aboutir à un bien meilleur résultat. J'ai pratiqué avec eux le psychodrame Balint, qu'ils ne connaissaient pas ; il a intéressé ceux qui n'étaient pas formés dans ce domaine, et laissé perplexes ceux qui, depuis des années, avaient été formés par un psychanalyste suisse vivant au Costa Rica qui avait réussi à en faire un sujet de Master en psychologie. Le psychodrame cubain d'inspiration analytique est très performant, imaginatif et créatif, proche d'une véritable pièce de théâtre – donc le Balint leur paraissait trop formel et figé.

MALI

Comme Cuba, le Mali est un pays cher à mon cœur. Je l'ai connu au cours de 2 magnifiques voyages touristiques il y a 20 et 10 ans ; j'ai retrouvé chez les Maliens ce même rapport humain riche, facile, joyeux et très amical qui caractérise les Cubains. Avec la culture européenne en moins, mais leur culture traditionnelle en plus. C'est donc avec enthousiasme que j'ai accepté la proposition d'une ONG médicale helvético-franco-malienne de m'y rendre en janvier 2011 et y passer deux mois et demi dans le but assez vague de former les médecins à la relation soignant-soigné.

Je me suis retrouvée dans une situation de travail analogue à celle de Cuba ; rien n'était anticipé et tout a dû se mettre en place au cours de la première semaine de mon séjour. Tout le monde était en retard. Je m'y attendais, je n'avais d'ailleurs pas les mêmes attentes puisque mon public n'allait pas être le même : la psychothérapie – ne parlons pas de la psychanalyse – est quasi inexistante au Mali. Elle est pratiquée à Bamako, la capitale, par quelques rares expatriés en faveur d'autres expatriés. Ou par des psychologues dans les hôpitaux, mais sous forme de psychothérapie de soutien ou pédagogique. Aucune formation n'implique la psychothérapie d'inspiration analytique.

J'ai travaillé à Bamako, au sein d'une assez petite structure comportant deux cliniques privées appartenant à un député-médecin de gauche. Cette structure s'occupait aussi d'un certain nombre de dispensaires situés pour la plupart au Sud du pays et dans des zones pas ou mal desservies par la médecine étatique. Une ancienne ambulance, transformée en cabinet médical, sillonnait les quartiers les plus pauvres de la capitale et dispensait des soins gratuits aux plus démunis. Ceci dit, on m'a rapidement attribué une vingtaine de jeunes médecins généralistes dans le but de leur donner une base simple de nos notions de l'appareil psychique, d'organiser un travail en groupe de psychodrame Balint et de les accompagner par des supervisions individuelles axées, à leur lieu de travail, sur la relation médecin-patient. C'est bien ce dernier volet qui m'a à la fois déconcertée et a demandé le plus d'attention. Le Mali est un pays où les salutations d'usage comportent un rituel très important ; un Malien qui en rencontre un autre, même s'il s'agit d'une vague connaissance, passe de longues minutes à saluer, demander des nouvelles de tout l'entourage, du travail, de la santé ; son interlocuteur en fait de même. Quel a été mon étonnement en remarquant que lorsqu'un patient entre dans un cabinet médical, il se faufile, baisse les yeux, ne salue pas et ne reçoit aucun signe d'accueil par le médecin, sinon un éventuel geste

du menton pour lui indiquer où il doit s'asseoir ou s'étendre. Il s'agissait donc pour moi à la fois d'exprimer mon grand étonnement, mettre en évidence nos différences, puis essayer de comprendre les raisons d'un tel comportement. J'ai appris par la suite, au fil d'autres expériences, d'échanges divers et à travers mes lectures, qu'il nous est très difficile de percer le poids des traditions et surtout d'obtenir une réponse simple et directe, de type occidental, à ce genre de questions. Si je peux maintenant attribuer une raison à cet état de choses – mais ce n'est certainement pas la seule, loin de là – je dirai qu'en dépit de la bonhomie ambiante la société de l'Afrique de l'Ouest est très fortement hiérarchisée et que la notion de pouvoir d'un sujet sur l'autre peut avoir une grande importance. Au Mali elle est patente entre les riches et les pauvres, les puissants et les démunis, les hommes et les femmes... et les médecins et leurs patients. Avec ce type de contradictions pour nous incompréhensibles comme le rituel des salutations et l'absence d'accueil, ou la maltraitance des maris envers leur femme et la dévotion sans faille à leur propre mère.

Il était très difficile pour l'occidentale que je suis d'obtenir des réponses satisfaisantes ; cela allait de la négation du phénomène (« mais oui, je l'ai salué ») à la projection sur l'autre (« c'est celui qui entre qui doit saluer »). Mais là, les deux groupes hebdomadaires de psychodrame Balint ont apporté, me semble-t-il, la meilleure des explications ne serait-ce que par la conscience du ressenti lorsqu'ils se retrouvaient dans la peau du patient. Le psychodrame a été étonnamment accepté d'emblée ; après de très brèves explications, les médecins maliens ont présenté, joué, doublé – comme s'ils avaient fait cela toute leur vie. Par contre, nous nous sommes heurtés immédiatement à l'absence d'anamnèse tout aussi bien médicale que psychologique. Les patients étaient traités essentiellement en fonction du symptôme présenté dans le hic et nunc. Toute recherche concernant le passé, l'ascendance ou la présence d'un mal-être d'ordre psychique était

vécue comme une intrusion quasi indécente dans l'intimité du patient. Le résultat était que les présentations de cas se résumaient à quelque chose comme : « Il s'agit d'un patient de 28 ans qui souffre d'épigastalgies, c'est la 4^{ème} fois que je le vois et il a toujours le même symptôme ». Pas d'histoire, pas d'antécédents, pas de notions familiales. Désarroi secret de l'animatrice. Mais à chaque fois, reprenant la consultation dans le jeu, un petit miracle se produisait et quelques éléments de la vie personnelle apparemment oubliés remontaient à la surface ; le jeu du doublage permettait aux participants d'accéder à leur ressenti dans le rôle du médecin et du patient, et la discussion finale devenait prometteuse. J'ai vu au fil du temps que la relation des médecins du groupe avec les patients se modifiait, du moins en ma présence. Je souhaite sincèrement qu'ils aient découvert une meilleure manière d'exercer leur travail, plus agréable, plus chaleureuse, moins routinière et stérile. Pour ma part, j'ai saisi au fil des jours toute la complexité de l'approche d'une culture différente et la difficulté de l'appréhender : le rôle des mariages multiples et de la cohabitation entre deux ou plusieurs coépouses, le désarroi des jeunes couples pris en étau entre la tradition et l'influence des médias occidentaux, sans parler de leurs difficultés sexuelles liées à l'excision (85 % des femmes maliennes), le pouvoir sans partage des mères sur leurs fils, le rôle de la religion musulmane dans ses différents courants. Oui, en tant que formatrice j'ai éprouvé des moments de solitude devant l'ampleur de mon ignorance de leur mode de vie et de leurs appartenances. Mais, malgré nos incompréhensions réciproques, le contact était excellent, y compris lors de discussions véhémentes sur des points de conflit. Dans ce domaine relationnel, je n'ai pas ressenti de rancune à mon égard, et nous finissions toujours par rire et nous étonner de nos différences.

BENIN

L'expérience béninoise du début de cette année s'est révélée bien différente sur le plan relationnel. J'ai travaillé au sein d'une polyclinique appartenant

à l'Eglise protestante méthodiste, à Porto Novo, capitale historique endormie à 30 km de la bouillonnante Cotonou. Mon travail principal était sensiblement le même, sinon qu'il englobait le corps soignant dans son ensemble : médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants. Un deuxième volet visait les familles atteintes du Sida et le souhait de leur offrir des groupes de parole avec une attention particulière portée aux enfants. Il s'y est ajouté un enseignement aux étudiants en théologie de l'Université protestante d'Afrique de l'Ouest, volet qui n'était pas prévu mais qui a été très plaisant. Il est bien évident qu'il ne suffit pas d'être un pays d'Afrique de l'Ouest pour que les différents peuples se ressemblent ; et pourtant j'ai été stupidement surprise par les différences entre les Béninois et les Maliens, une manière autre d'entrer en relation, d'affronter les conflits et même de vivre en famille et en société. L'importance omniprésente de la religion a certainement été un facteur déstabilisant pour l'ex-chrétienne devenue athée que je suis – alors même que le milieu musulman du Mali m'avait juste rendue curieuse. D'autre part il a été très difficile de conduire des psychodrames ; ni le lieu peu adapté, ni la passivité des participants n'ont permis de m'y adonner avec satisfaction. Et si l'enseignement et le suivi des consultations médicales ont été des points positifs auprès des médecins et des cadres soignants, un problème majeur s'est manifesté auprès des aides-soignants. Ces derniers étaient en effet chargés de l'accueil des patients, tout aussi bien en cas d'hospitalisation que pour les consultations ambulatoires. Et leur comportement était effarant : fermés, rejetants, méprisants, sans aucune empathie, juste désireux d'exercer leur pouvoir sur plus faible que soi – alors même que toutes ces personnes étaient parfaitement sympathiques individuellement et en dehors de leur fonction. J'ai tout essayé : la compréhension, le reproche empathique, les jeux de rôle, mon désir de comprendre, la mise en évidence de la contradiction criante entre les préceptes de leur église et leur comportement dans la réalité.

Cette situation m'a beaucoup interrogée, m'amenant à chercher des éléments de réponse qui restent partiels et qui sont peut-être erronés. J'ai eu l'impression qu'il y avait chez les Béninois une plus grande volonté d'intérioriser coûte que coûte l'identification à l'ancien colonisateur et aux religions – tout aussi bien chrétiennes qu'islamiques – qui venaient d'ailleurs. En même temps, de manière parfois honteuse, ils pratiquaient le Vaudou. L'identification était donc à la fois partielle, mal digérée et génératrice d'une sorte de clivage entre la tradition et la modernité occidentale – et ceci au prix d'une sorte de perte d'identité et d'authenticité qui rendaient les relations humaines compliquées, pas nettes, avec une impossibilité à exprimer ou supporter ce qui leur paraissait comme un mouvement agressif. Lorsque j'intervenais avec mon franc-parler pour exprimer ce qui leur paraissait une critique, leur attitude à mon égard restait aimable mais je découvrais au fil du temps une sorte de mise à distance quasi imperceptible qui ressemblait à de la rancune mais qui n'était jamais exprimable en mots. Selon nos paramètres une agressivité passive se traduisant par ce que nous nommerions de l'hypocrisie.

Malgré la difficulté à réunir les familles atteintes par le sida, j'ai réussi à en regrouper un certain nombre bien que le projet tel que je l'imaginai (groupe stable) n'ait pas pu se faire. Les familles atteintes se cachent, les enfants ne connaissent pas leur maladie ou sont sommés de la taire, les personnes consultent loin de leur domicile par crainte d'être stigmatisées.

Mais ces groupes ont été la preuve de leur utilité à travers le besoin poignant de la prise de parole des participants, parole rendue libre par la confrontation avec des semblables et l'échange de leurs expériences. J'ai été souvent émue puis, une fois seule, plutôt désespérée de ne pas pouvoir leur assurer un suivi sur le long terme, ni d'avoir les moyens de changer quoique ce soit dans la réalité de leur vie.

CONCLUSION

C'est donc plutôt dans ces moments d'impuissance (à comprendre une réalité si différente, à changer des situations douloureuses, à éprouver l'aspect aléatoire de ma présence) que j'ai ressenti le sentiment de solitude.

Je ne sais pas si ma présence leur a servi d'une manière ou d'une autre, mais je sais que pour ma part je suis à chaque fois sortie de ces expériences, malgré mes doutes ou mes déceptions, très enrichie, comblée par la rencontre avec l'autre-différent, et stimulée dans mes réflexions et mon désir de comprendre.

Ma prochaine mission au Burkina Faso, en janvier 2013, sera probablement prometteuse, enrichie par les pratiques précédentes et tout ce qu'elles m'ont permis d'assimiler tant bien que mal.

*** Psychiatre, psychanalyste 1223 Cologny - Suisse**

Du psychodrame Balint...vers une solitude assumée

Bernard LE FLOHIC*

Michael Balint écrivait en 1957, il y a 55 ans, dans l'introduction de la première partie de son livre «Le médecin, son malade et la maladie» ces quelques premières lignes:

«Il n'est pas rare que la relation entre le malade et son médecin soit tendue, malheureuse ou même désagréable. C'est en de tels cas que le remède «médecin» n'agit pas comme on l'attend. Ces situations sont assez souvent tragiques; le malade a réellement besoin d'aide, le médecin fait honnêtement tout ce qu'il peut et pourtant, malgré des efforts sincères de part et d'autre, les choses s'obstinent à aller mal.»

Si l'on s'aventure dans la lecture du livre jusqu'à son terme, on peut y lire les toutes dernières lignes suivantes : «Tous les omnipraticiens ayant participé à notre recherche (il s'agit du travail BALINT) ont fait ce constat pénible après que nous eûmes faits quelques remarques. Ce qu'ils éprouvaient avec le plus d'intensité, c'est que leur nouvelle expérience et leurs aptitudes acquises n'avaient pas allégé leur travail et leurs responsabilités. C'est compréhensible ; pendant la période de souffrance ou de convalescence d'un patient on doit lui rendre la vie plus facile; à mesure que son état s'améliore, le fardeau s'accroît inévitablement. C'est ce qui s'est produit avec mes compagnons à mesure qu'ils apprenaient à voir plus de choses de façon plus précise et plus profonde, leur travail devenait plus compliqué, leurs responsabilités plus lourdes. Tous sans exception s'en plaignaient, mais tous également trouvaient leur travail incomparablement plus intéressant et plus riche en récompenses. Pendant toutes ces années, je n'ai pas entendu un seul praticien dire qu'il préférerait revenir en arrière, encore moins qu'il était revenu aux anciennes méthodes et techniques qu'il utilisait avant de se joindre à notre équipe de recherche. »

J'ai rapproché d'emblée et volontairement le début et la fin de ce livre qui marquent les origines de notre travail Balint, pour bien le situer dans sa juste perspective : c'est à dire un travail personnel, sans illusion, mais aussi un travail de marathonien. Quatre cents pages séparent le début et la fin de ce livre où le travail relationnel médical est exploré sous de multiples facettes à travers les « cas » c'est-à-dire le plus petit dénominateur commun du travail de la médecine : le particulier du vécu du soignant.

Dans l'argument de ces journées, il est dit que le soignant est confronté à une nécessaire systématisation de son exercice issu des recommandations de bonne pratique, les recommandations basées sur les preuves et les protocoles de soins. Il ne s'agit pas aujourd'hui d'opposer cette approche de la profession avec ce qui ressortirait du caractère relationnel de notre travail.

Si dans son livre très intéressant « Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel » Michel Delbrouck énumère les raisons de l'épuisement professionnel du soignant, il les expose d'un point de vue sociologique: la spécificité du métier de soignant, l'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle, la question du choix de la profession de soignant et l'isolement physique et psychoaffectif du soignant.

Mais je pourrais aussi rajouter : Les nouvelles modalités d'exercice des soignants, le savoir médical en perpétuel changement et soumis à évaluation permanente mettant le médecin en situation d'apprentissage et renouvellement continu de ses connaissances, le morcellement des soins, les visions parcellaires et ponctuelles des réponses médicales, tout ceci concourt à une difficile prise de distance des soignants par rapport à leur activité.

Il y a 25 ans j'éprouvais déjà un sentiment d'éparpillement alors que je commençais à peine mon métier de médecin. J'avais écrit un petit texte, accepté dans une revue médicale scientifique, la revue « Prescrire », qui s'intitulait « les deux piliers de la formation, le juste équilibre ». Je voulais exprimer ce qui me paraissait une nécessaire cohabitation à la fois de ma formation scientifique et aussi de la formation à la relation par le travail Balint. Je pensais que l'une et l'autre se complétaient.

C'est encore vrai aujourd'hui : il est nécessaire de poser et soutenir jour après jour les fondements de notre travail dans des domaines différents mais indispensables pour les patients.

Le travail Balint a ceci d'original :

- Il est un travail sur le particulier du vécu du soignant ; il se focalise sur une personne soignante.
- Ses bases théoriques de formation ne sont pas explicitées avant et pendant le travail Balint ; c'est dans la prise de risque de la

présentation de cas et sa mise à l'épreuve que l'on pourra tout doucement mettre à découvert les fondements de ce qui fait avancer.

- Il ne cherche pas des réponses à des questions en général mais il aborde les difficultés par l'angle du particulier. Et cette approche au plus près du vécu est rare.

Evoquer le vécu du soignant, c'est nécessairement évoquer sa solitude. Cette solitude est toujours présente et c'est souvent discrètement elle qui pousse à la présentation des cas.

Anne Caïn dans son ouvrage sur la méthode du psychodrame Balint écrivait : « Pour moi en effet le groupe de psychodrame balint est plus constitué d'une association d'unités qu'une somme représentant une entité particulière. Même si lors de l'assemblée des individus, des éléments deviennent communs, des sentiments sont partagés par tous, voire même des détails font écho fidèle, dans tous les cas, le sujet est touché en tant qu'individu avec un passé qui lui est propre qui lui est totalement personnel. »

Il y a à mon avis trois dimensions à notre travail de psychodrame Balint et qui viennent modifier notre sentiment de solitude.

- La méthode de cas tout d'abord ; elle me paraît être la fondation de notre travail.
- L'intériorité ; c'est ce qui est touché à travers ce travail et au milieu de ses fondations.
- Le temps ; sans lui rien ne se fait ; c'est ce qui fait progresser.

Balint parle de « recherche et d'apprentissage ». Dans l'introduction de son livre il avance le malaise du soignant. A la fin de son livre il évoque le travail accompli.

Alors j'aimerais juste que l'on rapproche le début d'un jeu de psychodrame balint et sa fin. C'est-à-dire ce moment suspendu où l'histoire médicale n'est pas encore dévoilée et où le présentateur s'est risqué à dire « j'ai un cas » sans pouvoir prédire ce qui va lui advenir et ce moment terminal où, rendu à lui-même, il tente de rassembler les éléments de son aventure au sein du groupe.

Telle une histoire qui aurait trouvé de nouvelles écritures, de nouveaux mots, un nouveau souffle.

Il est possible au fond que ce soient les fondements même de la solitude qui aient changé au fil du jeu. Que d'un sentiment d'enfermement émotionnel et de pensées répétitives surgissent un

petit déplacement des investissements, une issue de sens nouveau.

La méthode des cas

C'est une histoire médicale à travers ses liens qui va être revisitée. Le présentateur va se mettre au centre au début à travers un récit. Et cette place qui lui est faite sera donnée tour à tour à chaque participant permettant à chacun d'exposer mais de s'exposer aussi lui-même. Il ne s'agira pas de parler d'une situation dans sa généralité mais de ce qui a impliqué le soignant lui-même. Cette incitation personnelle vaut pour le reste des collègues participants. Ce centrage du travail sur la relation a pour corollaire de ne compter que sur les ressources du présentateur, celles de ses collègues et du savoir-faire de l'animateur pour dégager le potentiel thérapeutique où les conditions du changement pour faire avancer la relation.

En dehors de la présence du patient la parole peut être libérée. Une fois le récit fait de l'histoire du patient le jeu va venir prendre toute sa place et donner une nouvelle dimension.

Le premier récit qui est fait de la situation est faite au groupe en général, soit au milieu des autres. Un échange peut s'installer pour obtenir des précisions. Mais tout bascule lorsqu'il faut se lever et à cette injonction : « vous y êtes », il faut recréer le cadre de la situation, faire comme si on y était.

On joue à y être ; on ne raconte plus. Et c'est difficile. Une force sans cesse vient reprendre les commandes et empêcher d'y être vraiment. Ça résiste ; on ne veut que raconter et pas jouer.

Toujours cette prise de distance entre ce que l'on raconte et ce que l'on montre à voir au groupe.

Jouer c'est moins raisonner et se laisser surprendre par une émotion, un geste, ne plus être en retrait de soi-même, ne plus contrôler ce qui est donné à voir, ne plus rationaliser. C'est un moment de vérité.

C'est un jeu très particulier où l'on doit être au plus près de ce que l'on a vécu ; les collègues participants doivent aussi répondre par la sincérité. Ils doivent s'appliquer à jouer les personnages de la consultation au plus près de ce qui est annoncé par le présentateur. Il n'y a pas de place pour un autre jeu. Il s'agit d'une reconstitution où un trait de caractère, un trait physique, une allure, une partie du cadre ou du décor peuvent faire surgir un sens nouveau à la consultation. Il suffit d'y être et pleinement ou de se décaler et de prendre la place d'un autre et de regarder la scène de ce nouveau point de vue. Se mettre à la place du patient, se

remettre à sa propre place, se mettre en dehors et regarder la scène de plus loin.

Il s'agit d'une sorte de révision émotionnelle des actes de la profession, de regards alternatifs sur soi et sur l'autre, le patient. Ce changement de place, tour à tour, fait prendre du recul sur sa propre place et fonction. Au lieu de vivre aveuglément sa profession tout doucement on vient à la considérer et la repenser. Il s'agit d'une mise en intrigue de soi, de la recherche d'un fil conducteur. Mettre en forme ce qui est arrivé.

Les commentaires et les émotions des autres participants sont à accepter comme autant d'échos participant au fond au dégageant des difficultés.

Cette collégialité n'existe que parce que tour à tour chacun se trouve en position d'alterner cette place de présentateur de cas et celle de participant. Sans cette identification professionnelle souvent éprouvée chacun resterait étranger à l'autre.

Avec le temps les présentations des cas changent. Elles deviennent plus spontanées. Certains traits se répètent. On ose introduire des commentaires sur les changements de comportements.

D'ailleurs c'est une des particularités du psychodrame. C'est de se jouer du temps à tout moment.

Et l'animateur en use pour ne pas laisser le présentateur se laisser prendre lui-même à une reconstitution trop simple de l'histoire de sa relation avec le patient. Le temps de la rencontre n'est pas nécessairement le temps chronologique.

Cette remontée dans le temps est une mise en lumière des changements qui ont pu arriver dans la relation.

Pour écrire ces lignes à plusieurs moments je me suis mis debout comme si j'allais jouer ; « j'y suis » comme dans un jeu de psychodrame balint.

Je ne voulais pas que seule ma tête décidât et il me venait que j'aurais pu décrire le décor de mon groupe de psychodrame balint à sa naissance, le plancher de bois de cette pièce au troisième étage de cette haute bâtisse, l'Isère coulant au fond au milieu de la ville, les collègues qui m'impressionnaient pour cette première rencontre, les animateurs comme deux figures ancestrales et mystérieuses dont j'attendais tant.

On se souvient... Si bien que le dialogue du jeu paraît resurgir du passé comme un texte gravé dans la mémoire. On ne se souvient plus et pourtant c'était un moment important de la rencontre. Un

blanc est venu s'installer. On a perdu le fil. Il y manque les émotions, la surprise ; tout est lisse.

« Vous avez retrouvé votre patient ? » demande-t-on. Non. Tout paraît plat, sans consistance, sans relief. Je n'y suis vraiment pas. Comme si un écran s'interposait entre le souvenir et le jeu ; comme si une force nous attirait ailleurs !

Le temps efface ce qui dérange et ce qui peut susciter du plaisir. Un petit coin de nous-même se referme à l'émergence de ce qui a pu marquer cette relation à ce moment. Mais les voix off des autres participants viennent à notre secours comme autant de tentatives pour entrebâiller cette porte.

Il faut le vivre pour le croire. Mais le travail Balint n'est pas de l'ordre de la croyance. Il ne s'agit pas d'être convaincu. C'est seulement l'expérience qui fonde la preuve qu'il se passe bien quelque chose dans le temps du jeu mais aussi dans le temps du travail du groupe au fil des années. Alors cette solitude professionnelle peu à peu se nourrit d'une recherche permanente et d'une observation régulière au sein du groupe de collègues en quête de la définition de son identité professionnelle ; sa marque propre.

Qui disait « le droit à la bêtise » ? Je dirais le droit au brouillon. On essaie au milieu des autres cet apprentissage balbutiant.

Les animateurs doivent être là pour relancer le jeu lorsqu'il s'essouffle.

Je me souviens et garde cet étonnement du silence prolongé avant la présentation d'un cas mais aussi de la variété des interventions des collègues. Chacun s'activant, se sentant tour à tour plus proche du soignant ou plus proche du patient voire pas concerné du tout, s'ennuyant presque.

Mais finalement cela devient l'affaire de tous et on se reconnaît dans l'activité professionnelle des autres.

A force de dramatiser les cas et de se jouer des difficultés, on finit par assumer sa solitude.

Cette solitude soignante qui ne nous a jamais quitté. Cette solitude soignante qui nous pousse à présenter un cas. Et cette même solitude que l'on retrouve à la fin d'un jeu qui nous habite. Seul au milieu des autres.

Cette solitude c'est le moteur du travail Balint. On finit par être le jouet d'une relation médicale et être enfermé dans nos propres représentations de la situation. On ne trouve plus d'issue.

« Et maintenant ? » demande-t-on à la fin d'un jeu alors que les jeux ont cessé, que les échanges se sont arrêtés.

Et maintenant?

On attendait des réponses. On en a eu quelques-unes mais pas à toutes les questions que l'on se posait, et parfois des réponses à des questions que l'on ne se posait pas non plus. On voulait donner à voir les traumatismes, les déceptions des situations médicales, la solitude aux yeux de tous mais on interroge notre propre investissement. On voulait partager la fascination d'une relation mais s'il y a bien reconnaissance des liens on pointe la frontière entre le professionnel et le privé. On venait chercher une approbation d'un travail accompli mais on questionne ce plaisir professionnel.

« Et maintenant ? Vous avez retrouvé votre patient? » Tout est sens dessus dessous. Le décor du jeu a disparu. On y était encore ; les collègues et les animateurs se sont prêtés au jeu. Ils ont jalonné la recherche, soutenu les retrouvailles avec ce patient intérieur, favorisé sa confrontation.

Solitude créatrice et bien personnelle.

Solitude aux cent visages. Faire face et continuer.

*** Médecin généraliste 45410 ARTENAY - France**

Bibliographie

BALINT Michael : Le médecin, son malade et la maladie. Payot, Paris, 1996. (Première partie. Diagnostic, le problème général, page 19 et chapitre 21, résumé et perspectives d'avenir page 312-313).

CAIN Anne : Le psychodrame-Balint, méthode, théorie et applications. La pensée sauvage, 1994 (chapitre 8, page 89)

DELBROUCK Michel : Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck , 2003 (chapitre 3, page 44 à 49)

Liste des animateurs en 2014

International

JEAN-PIERRE BACHMANN	15, rue des Sources, 1205 Genève jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53 00 41 22 321 53 30
RENATE BAIER MULLER	17, Herzog Wilhelmstrasse, 80331 München dr.r.baier-muller@onligne.de	00 49 89 26 02 43 42
MADELEINE BLASER-JOSS	3, rue Mercerie, 1003 Lausanne madeleine_joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
CHRISTIAN BOURDY	Hl du Sacré Cœur 5400 bd Gouin-Ouest H4J1C5 Montréal Qc christian.bourdy@sympatico.ca	00 15 14 26 26 079 Canada
SYLVIE BURNAND	16, rue Voltaire, 1201 Genève sylvieburnand@bluewin.ch	00 41 22 345 91 03
YSÉ COULONDRE	10, rue du Conseil-Général, 1205 Genève ysecko@bluewin.ch	00 41 22 800 34 30
SUZANNE DÉJOIE	8871, Outremont, H2V3G8, Montréal Qc, Canada sdejoie@xplornet.ca	00 15 14 38 14 241
PHILIPPE HEUREUX	rue du Quatre Août 54, 1300 Wavre Belgique ph.heureux@skynet.be	00 32 10 22 24 65
NOËL MONTGRAIN	Univ. Laval Fac de Médecine Québec G1K 7 P4	00 14 18 65 381 76
PATRIZIA PAVACCI	Via Malta 3/18, 16121 Genova patrizia.pavacci@yahoo.it	00 39 34 75 74 04 93
PIERO TRUCCHI	CP 1234 16121 Genova piero.trucchi@virgilio.it	00 39 033 540 22 48

France

FRANÇOIS BERTON	62, rue Chariot, 75003 Paris f.berton@orange.fr	01 42 78 38 86 06 11 82 07 77
MICHELE BONAL	26bis, rue du Lac Bleu, 31240 L'Union drmichelebonal@wanadoo.fr	05 61 35 85 38 06 86 41 63 85
ANNIE BOUILLON	1, rue Servan, 38000 Grenoble annie.bouillon@wanadoo.fr	04 76 00 08 96 06 61 13 94 91
CLAUDE-GUY BRUÈRE-DAWSON	411 rue du Bosc de la Plaine 34980 Saint Gély du Fesc claudd.bruere-dawson@wanadoo.fr	04 67 84 03 23
CAROLINE DAUCHEZ	3, rue Edgard Quinet, 93300 Aubervilliers caroline.dauchez@cegetel.net	01 43 52 78 10
MONIQUE DE HADJETLACHÉ	330, rue de Calvisson Bizac, 30420 Calvisson monique.de-hadjelache@orange.fr	04 66 01 45 72
ANDRE ESNAULT	12, rue Gustave Flaubert, 35000 Rennes y.a.esnault@laposte.net	02 99 50 64 25
MICHELE LACHOWSKY	17, rue Carducci, 75019 Paris lachowsky@aol.com	01 42 06 74 28
MARIE NOELLE LAVEISSIÈRE	9, ay. Daniel Lesueur, 75007 Paris paulmarielaveissiere@free.fr	01 45 67 98 12
HENRY NACCACHE	23, montée de la Lieuse, 38070 St Quentin Fallavier henrynaccache@wanadoo.fr	04 74 94 26 72
ODILE RANDEGGER	6, rue Julien Jules, 13015 Marseille	04 91 58 07 37
MICHEL ROBINOT	4, rue de l'Orme, 35120 St Broladre mrobinot@rss.fr	02 99 80 24 54
SYLVIANE ROSET-JAULT	239, route de Vienne, 69200 Venissieux syjauset@gmail.com	04 78 00 02 20
LUC STEIMER	337 route Neuve, 30120 Le Vigan steimerlc@free.fr	04 67 81 05 30
PAUL TIVOLI	4, rue Alexandre Coupin, 13013 Marseille yvette.tivoli@orange.fr	04 91 70 27 79

Groupes réguliers

PARIS

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

LE MANS

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

LILLE — ROUBAIX

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

GRENOBLE

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

LYON

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

NÎMES

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

TOULOUSE

- Un groupe trimestriel, 9h - 16h (Dr Michele Bonal : 05 61 74 37 41 - drmichelebonal@wanadoo.fr
et Dr L. Steimer : 04 6781 05 30)

COMPIÈGNE

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

RENNES

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

SUISSE

LAUSANNE

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

GENÈVE

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

CANADA

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

*Et chaque année lors des journées de l'AIPB (suivant les régions).
S'adresser à : Dr Philippe Heureux : 00 32 (0)4 75 60 77 47 — ph.heureux@skynet.be*

Quelques dates

XXIèmes Rencontres de l'AIPB

Date : vendredi 26 septembre 2014

Lieu : Pavillon Ferdinand-Vandry Université Laval Québec (Qc) CANADA

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

Inscriptions en ligne : www.fmed.ulaval.ca/fmc

Contact :

Dr Philippe Heureux ph.heureux@skynet.be

Suzanne Déjoie sdejoie@xplornet.ca

Dr Luc Steimer steimerlc@free.fr



Journées Balint d'Annecy

Dates : du 28 au 31 mai 2014

Lieu : Annecy

Thème : La relation soignant-soigné

Séminaire Balint de formation pour médecins et soignants

Contact :

Dr Michel Robinot Tel 06 80 01 44 00 michel.robinot@free.fr

4 rue de l'Orme 35120 St Broladre



42è Congrès de la Société Médicale Balint - SMB

Dates : 14 et 15 novembre 2014

Lieu : Bordeaux

Thème : Le soignant et le(s) couple(s)

Contact :

secretariat.balint@laposte.net

<http://www.balint-smb-france.org/>



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

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

Contact :

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



Congrès de la Fédération Internationale Balint

Dates : 2015

Lieu : Metz

Consulter le site de l'AIPB

www.psychodrame-balint.com

