

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn



L'INCERTITUDE, L'INATTENDU
DIFFICULTÉS OU RICHESSES DANS LA RELATION DE SOIN ?
Avignon - octobre 2023

JEU ET ENJEUX DE LA RENCONTRE AVEC LE PATIENT EN 2024
Crêt-Bérard (Suisse) - octobre 2024

N° 21 – Octobre 2025

A I P B

Association Internationale
du Psychodrame Balint

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

Association régie par la loi 1901

N° SIRET : 403 155 948 00033

N° formation : 117522840275

Siège : c/o Dr François Berton

62 rue Charlot

75003 Paris

Le Psychodrame-Balint

Méthode Anne Caïn

Fondatrice : Anne Caïn †

Membres d'honneur

Lucien ISRAEL †

Michel SAPIR †

Arthur TRENKEL †

Michèle LACHOWSKY

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

Présidente

Michèle BONAL

Vice-Présidente

Marie-Noëlle LAVEISSIERE

Secrétaire et adjoint

Luc STEIMER Sébastien Lévy

Trésorier

Nicolas NUSSLI

Formation

Annie BOUILLON

Jean-Pierre BACHMANN

International

Belgique Philippe HEUREUX

Canada Suzanne DÉJOIE

Italie Piero TRUCCHI

Suisse et IBF Jean-Pierre BACHMANN

Royaume Uni Esti RIMMER

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...

Les Cahiers de l'AIPB

Responsable de la publication

Luc Steimer

Rédaction

Luc Steimer

337 route Neuve

30120 Le Vigan France

Annie Bouillon

333 chemin de Plate Rousset

38330 Biviers

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

Illustration de couverture :
Peinture de Laurence Bachmann

S o m m a i r e

EDITORIAL

7

RENCONTRES D'AVIGNON

octobre 2023

XXIX èmes rencontres de l'AIPB : L'incertitude, l'inattendu, difficultés ou richesses dans la relation de soin ?

Argument de la journée	11
MICHELE BONAL	
<i>Introduction</i>	13
MATHIEU DEBELHOIR	
<i>On va accepter de ne pas tout dire</i>	15
ELENA GEORGIADI	
<i>Que fait-on de nos sentiments d'étrangeté, de nos bêtises ?</i>	19
CHRISTIAN BOURDY	
<i>Inattendu, incertitude : quelle position prendre ?</i>	25
MILLY WONG	
<i>Laissez-vous surprendre</i>	31

RENCONTRES DE CRÈT-BÉRARD (Suisse)

octobre 2024

XXX èmes rencontres de l'AIPB : Jeu et enjeux de la rencontre avec le patient en 2024

Argument de la journée	39
MICHELE BONAL	
<i>Introduction</i>	41
OURY CHOCRON	
<i>Jeu et enjeux de la rencontre en 2024 avec le patient souffrant d'un trouble somatoforme</i>	43
LAURA GAUTIER	
<i>Sortir de l'impasse. Apport d'un groupe de psychodrame Balint</i>	49
YSE COULONDRE	
<i>Tryptique de relation, ou... où se loge la relation</i>	53

HORS RENCONTRES DE L'AIPB

GUY EVEN

<i>Y-a-t'il une méthode Balint d'animation des groupes</i>	63
--	----

ANNIE BOUILLON

<i>L'esprit Balint</i>	69
------------------------	----

INFORMATIONS ...

74 à 79

Éditorial

Ce 21ème exemplaire de nos cahiers, regroupe les textes des interventions entendues lors de nos XXIXèmes et XXXèmes rencontres en Avignon (octobre 2023) et à Crêt-Bérard, Suisse (octobre 2024).

Nous vous proposons aussi deux textes d'interventions en mars 2025 à Paris lors d'une journée de travail de l'Association de Formation Balint à la création de laquelle notre association a participé et dans laquelle elle est toujours fortement impliquée.

Lors de nos journées d'Avignon ce sont dès le matin, un médecin généraliste de Pau et une pédopsychiatre genevoise qui ont pris la parole, dans les salons feutrés et confortables d'un grand hôtel, tout près de la gare.

Mathieu Debelhoir nous introduit de suite dans le thème de la journée autour de l'incertitude et l'inattendu en liant le travail clinique d'un médecin à l'écoute autant de ses patients que du groupe de psychodrame Balint auquel il participe. Elena Georgiadi, apportera ensuite, elle aussi, des vignettes cliniques très émouvantes pour notre auditoire, qu'elle pourra relier au travail de gestion de ces émotions dans les groupes Balint où elles ont été apportées.

Dans l'après-midi notre ami québécois Christian Bourdy a commencé son exposé par un petit exercice de mouvements de mains qu'il a fait effectuer à toute la salle, pour faire sentir physiquement comment chacun peut être interpellé et surpris par son propre corps parfois. Vous trouverez la suite en page 25, vous ne le regretterez pas. Enfin Milly Wong terminera les exposés de cette journée en relatant son engagement au quotidien en soutien à deux de ses patient(e)s et aux trésors qu'elle en a tiré en retour.

Notre association a vécu aussi, lors de ces rencontres 2023, des moments bien enrichissants dans le groupe où les futurs animateurs se forment pour assurer la relève. Nous ne doutons pas que les prochaines années vous en montreront les fruits. Nous avons décidé de poursuivre maintenant régulièrement cette formation, alliant un travail par vidéo et des rencontres physiques des membres du groupe.

En Suisse, nos collègues avaient obtenu une excellente réponse à leurs invitations. Nous étions plus de 50 pour échanger autour du thème de notre journée, et ce dans le cadre exceptionnel de Crêt-Bérard, au nord du Lac Léman.

C'est Oury Chocron qui débute la journée en détaillant comment notre thème pouvait être appliqué autant aux patients souffrant d'un trouble somatoforme qu'à tous les autres. Il replaça aussi sa clinique dans le vécu des récentes années de Covid qui ont apporté tant de difficultés et de nécessités d'adaptations spécifiques. Laura Gautier nous a ensuite parlé de l'appui qu'elle trouve dans son groupe de psychodrame Balint pour nous dire comment, à son avis, c'est là qu'a été modifié pour elle la relation avec ses patients. L'après-midi Ysé Coulondre nous apporta le vécu de relations variées dans des cadres professionnels différents et avec des patients tellement divers, complexes et attachants à la fois, et si exceptionnels.

Sébastien Martin a clos les interventions mais, pour raisons personnelles, vous ne trouverez son texte que dans nos prochains cahiers.

Comme chaque fois vous pourrez trouver à la fin de ce cahier des informations sur la vie de notre association. N'hésitez pas à consulter et faire connaître aussi notre site www.psychodrame-balint.com

Luc Steimer

RENCONTRES D' AVIGNON

XXIX èmes rencontres de l'AIPB

Novotel Avignon Centre ; 20 boulevard Saint Roch 84000 Avignon - France

L'INCERTITUDE, L'INATTENDU,

DIFFICULTÉS OU RICHESSES DANS LA RELATION DE SOIN ?

Argument de la journée

« On établit des hypothèses ..., on a besoin de beaucoup de patience, de disponibilité pour tous les possibles, on renonce à des convictions premières, pour ne pas négliger, sous leur contrainte, des facteurs nouveaux, inattendus... »

Sigmund Freud

Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse 1933

L'incertitude fait partie intégrante de la pratique des soignants. Elle survient de bien des manières, par exemple dans la difficulté à interpréter des faits et des symptômes, à décider de traitements, ou quand on fait face à des situations inattendues. Elle vient rappeler un principe de réalité qui bouscule les conduites à tenir et les protocoles de soin. L'incertitude peut surgir quand les échanges entre soignant et soigné sont difficiles, tout comme au décours d'une relation bien établie. Bien qu'elle puisse avoir des effets négatifs, générant stress, anxiété, épuisement professionnel, et même conduire à des erreurs, elle peut également présenter des opportunités de croissance et de ressources dans la relation.

Reconnaitre et accepter l'incertitude favorise une confiance réciproque et ouvre un espace de créativité pour le soignant. En venant éprouver la connaissance et le savoir, socles de l'expérience clinique, l'incertitude est aussi le lieu de l'inattendu, de ce qui vient ébranler par surprise les préjugés et les préconçus.

Le travail en groupe de psychodrame Balint, en proposant aux soignants de retrouver des scènes de leur vie professionnelle, au plus près de ce qu'ils ont vécu, est une méthode qui peut les aider à explorer les dimensions de l'incertitude. Dans un environnement sûr et favorable, et dans leurs échanges avec leurs pairs ils peuvent mieux accéder à leurs émotions et réactions, conscientes et inconscientes. La situation de jeu psychodramatique introduit à la découverte de faits et de facteurs nouveaux de la situation relationnelle. L'émergence de l'inattendu, de l'inaperçu, voire de l'insolite, nourrit la confiance et le plaisir de la rencontre soignant soigné.

INTRODUCTION À LA JOURNÉE D'AVIGNON

Michèle Bonal*

"Il est des rencontres fertiles qui valent bien des aurores"
René Char

Bienvenue à tous pour ces XXIX èmes rencontres de l'AIPB à Avignon.

L'AIPB, c'est l'Association Internationale de Psychodrame Balint. L'association a été fondée en 1990 à l'initiative d'Anne Caïn, psychanalyste et psychodramatiste, créatrice de la méthode.

Cette méthode de formation s'adresse à l'ensemble du personnel soignant et est centrée sur l'analyse de la relation de soin ; elle vise à développer une meilleure compréhension des obstacles relationnels.

La journée annuelle est importante pour la vie de notre association car elle permet de retrouver de façon présente nos amis et collègues du Québec, d'Italie, d'Allemagne, de Belgique, de Suisse, Royaume Uni, ainsi que nos collègues venant des différentes régions de la France.

Ayons une pensée pour les absents : Yvette et André, Esti, Suzanne, Louis, Myriam

Nous avons souhaité nous déplacer dans une nouvelle région et rencontrer de nouveaux professionnels du soin. Nicolas Nussli et Caroline Dauchez nous ont servi de relais et ont favorisé une organisation agréable et propice à ces rencontres. Qu'ils en soient vivement remerciés.

Nous accueillons ainsi des nouvelles personnes qui vont peut-être faire leur première expérience de travail en groupe de psychodrame Balint.

Les Journées précédentes se sont déroulées à Toulouse en 2021 et à Clermont Ferrand en 2022. Vous pourrez retrouver les programmes et les textes de ces journées dans la nouvelle revue Les Quatre Temps, préparée et éditée à temps grâce au travail de Luc Steimer.

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

Nous sommes donc partis du thème de l'incertitude, thème, qui flottait dans notre environnement, et dont témoignent de nombreuses manifestations : congrès, journées médicales, de psychiatrie, colloques de philosophie et sociologie.

La crise Covid, la guerre en Ukraine, les catastrophes climatiques, la complexité de la politique mondiale... Comment nous sentons-nous dans ce monde en changement où apparaissent des dangers objectifs qui viennent faire écho à nos peurs subjectives. Comment s'orienter ? Quels repères ?

Le thème rejoignait notre sentiment de vulnérabilité, et c'est par cette association que grâce à Annie nous avons retrouvé un texte de Paul Tivoli qui nous a recentrés sur la question de l'incertitude dans la relation de soin.

Paul Tivoli a écrit qu'il y a une... « fragilité inhérente à toute relation et à tout soin, en opposition à la toute-puissance. La conscience de

sa propre fragilité nous permet la rencontre de celle de l'autre ».

Puis il évoque «l' insolite » qui peut surgir à tous les niveaux du psychodrame Balint, insolite cité et décrit par Anne Caïn dans le chapitre qui conclut son livre (le psychodrame Balint méthode théorie et applications. Je vous invite à le lire ou le relire "L'insolite du psychodrame Balint c'est Eux, c'est Nous, c'est notre démarche toujours en cours"

Alors voici l' argument :

(Lecture faite à ce moment de l'argument
présenté page 11)

Je vous souhaite une belle journée, avec quelques surprises fertiles...en chemin, gardez-vous de rencontrer la Tarasque qui guette les passants au bord du Rhône...

* **Médecin gynécologue. Sexologue.**

31850 Montrabé - France

Présidente de l'AIPB

"ON VA ACCEPTER DE NE PAS TOUT DIRE"

ou quand l'inattendu des

consultations rencontre

l'inattendu d'une séance

de Psychodrame-Balint

Mathieu DEBELOIR *

« L'incertitude, l'inattendu, difficultés ou richesses dans la relation de soin ? ». Lorsque j'ai eu connaissance de ce thème, j'ai tout de suite pensé à la situation d'une patiente que j'avais eu l'occasion de présenter récemment en groupe Psychodrame-Balint. Je me propose donc d'essayer à nouveau de vous en parler, sous la forme d'un témoignage, en relatant d'abord une relation de soin dans mon cabinet de médecine générale, et en exposant ensuite ce que le travail en groupe Psychodrame-Balint a pu en faire émerger.

C'est un vendredi d'hiver, noté d'une croix sur le calendrier, et comme tous les trimestres depuis bientôt 10 ans, notre groupe de formation Psychodrame-Balint se réunit à Pau. Ce vendredi donc, guidé par nos deux animateurs, je me suis proposé de rapporter le cas de N., jeune femme de 30 ans, dont je suis le médecin traitant depuis une douzaine d'années. Le groupe se souvenait d'ailleurs de cette jeune femme, dont j'avais déjà exposé le cas cinq ans auparavant.

N. souffre d'une pathologie de type hypersomnie, suivie en centre spécialisé, pour laquelle elle prend depuis l'adolescence plusieurs traitements psychostimulants forts dont les effets indésirables multiples la conduisent à pousser régulièrement la porte de mon cabinet.

Lors des premières consultations, je me souviens d'une jeune femme méfiante et vindicative, en recherche de reconnaissance de sa maladie, classée dans les hypersomnies idiopathiques.

Je me souviens de consultations longues, pendant lesquelles je parlais peu, mais m'attachais à essayer d'entendre sa souffrance. À sa demande, j'avais accepté de demander à la caisse de Sécurité

Sociale une reconnaissance d'« affection longue durée hors liste », ainsi qu'une reconnaissance du handicap, démarches qui renforceront la confiance que N. m'accordera par la suite.

Les consultations se succéderont, avec à chaque fois l'impression réitérée de ne jamais savoir à quoi m'attendre lorsque N. entre dans mon cabinet : quel sera le nouveau symptôme du jour ?

À chaque fois en effet N. met en avant, comme pour motiver sa demande de consultation, toute une succession de symptômes : palpitations, maux de ventre, troubles du transit, céphalées, crampes, essoufflement, modification de poids, douleurs multiples, vertiges, troubles visuels, troubles sensitifs.... et jusqu'à même, paradoxalement, des difficultés à s'endormir !

Chaque nouveau symptôme s'accompagnant de son lot de demandes de consultations spécialisées et d'examens complémentaires, et venant se substituer au symptôme précédent, au point de le faire quasiment disparaître du discours.

Face à l'expression protéiforme de cette succession de symptômes, je répondais généralement par la prescription d'examens complémentaires et de consultations spécialisées, accédant ainsi à la demande de ma patiente, avec toutefois l'impression grandissante au fil des consultations que mes décisions ne faisaient que conforter et ancrer ses plaintes somatiques sans que les questions psychiques ne puissent être abordées.

Je me sentais donc démunis et impuissant face aux plaintes et aux souffrances de cette patiente, au point même de ressentir une certaine exaspération lorsque je découvais son nom sur mon planning : « Quel sera le nouveau symptôme du jour ? »...

Sentiment d'être dans une impasse.
Et pourtant, les années passant, j'observerai quelques changements :

Progressivement N. acceptera l'idée que ces manifestations physiques puissent être les effets secondaires des traitements prescrits pour sa maladie, mais elle réfutera longtemps l'idée d'une composante anxiodepressive de ses symptômes.

Une grossesse en 2017 marquera un tournant dans sa maladie, l'obligeant en raison des risques tératogènes, à vivre sans médicaments psychostimulants. Durant cette grossesse, les consultations à mon cabinet se firent moins nombreuses, et nous avons pu aborder ensemble le versant psychique de ses symptômes ; c'est d'ailleurs à cette période qu'elle a accepté un suivi psychiatrique régulier dont elle bénéficie encore aujourd'hui.

Après la naissance de son fils, N. reprendra l'ensemble de ses traitements psychostimulants, « par crainte de ne pas être à la hauteur », amenant à nouveau tout le cortège d'effets secondaires et de consultations pour lesquelles elle met en avant des motifs toujours différents.

Au-delà des symptômes physiques, nous aborderons dès les premières consultations ses grandes difficultés scolaires et professionnelles, et plus généralement ses difficultés à entrer en relation avec les autres. N. évoquera à ce propos ses origines chez les gens du voyage, un père absent qui ne l'a pas reconnue, et une année de privations et maltraitances lors de son placement chez un oncle (en raison de l'incarcération de sa mère et de sa grand-mère). Une enfance en manque de repères à l'exception d'une grand-mère aimée, décédée en 2017, et dont elle porte encore aujourd'hui le deuil.

Au fil des années, je deviendrai progressivement le médecin de la famille, soignant aujourd'hui son fils, sa mère et son beau-père ainsi que son frère.

Quelques jours avant la tenue de notre groupe, N. avait sollicité un rendez-vous urgent pour mal de gorge, et je lui avais proposé d'être vue par mon interne, présente ce jour-là, dans le cabinet de l'un de mes associés. Après un malaise très démonstratif sur le parvis de mon cabinet (avec pseudo perte de connaissance et mise en alerte de l'ensemble des médecins et patients présents ce jour), j'ai finalement reçu N. dans mon cabinet, ouvrant la porte par la même occasion au cortège habituel de symptômes qu'elle me présente...

Mon sentiment d'impuissance à stopper ce flux de symptômes d'une jeune femme en souffrance, et l'incident récent, ont motivé mon désir de présenter la situation de N. à notre groupe de travail. Or, lors de ma présentation, plus j'essayais d'apporter au groupe des éléments cliniques, plus les souvenirs de consultations me revenaient en mémoire. Et, tirant le fil de ces souvenirs, c'est à mon tour que j'égrenais un à un les éléments anamnestiques et la liste de symptômes.

Nous avons pu rejouer des scènes de consultations avec N., ainsi que son malaise récent. Avec l'aide du groupe, j'ai pu ressentir à nouveau et verbaliser mon sentiment de désarroi face à ces plaintes somatiques multiples et insaisissables, mon empathie face à cette patiente en souffrance, mais aussi mon agacement, mon exaspération, et même mon désir de la secouer pour la faire réagir. Le groupe m'a aussi renvoyé mon positionnement paternaliste face à cette patiente, et la nécessité de maintenir un cadre sécurisant.

Des questions du groupe restaient en suspens :

Qu'est ce qui fait que cette femme ne peut pas rester en éveil sans médicaments ?

Comment l'aider à « être », à sortir de cette position infantile de dépendance au milieu médical ?

Alors que nous arrivions à la fin de la séance, que de nouveaux éléments qui me semblaient pertinents me revenaient en mémoire, et que je souhaitais les faire partager au groupe, notre animateur m'a interrompu en disant :
« on va accepter de ne pas tout dire... ».



L'orateur interrompt alors son exposé pour faire entendre un extrait de « Tu parles trop » du groupe Les Chaussettes Noires.
<https://youtu.be/uFqK2ODZgWI>

Je me souviens d'avoir eu la sensation d'être stoppé net dans mon élan, et de ne pas avoir pu aller au bout de mon propos. D'où un sentiment de frustration et l'impression de ne pas avoir pu tout dire de cette situation. Mais, passée la frustration initiale, cette suspension inattendue de séance, au lieu de stopper mon travail de réflexion sur cette situation de soin, m'a au contraire incité à y revenir plusieurs fois en moi-même les jours suivants... Comme l'analysant qui continue son travail d'analyse après sa séance, revenant aux idées mises en suspens par les mots de clôture de l'analyste.

Laissant dériver mes réflexions, j'ai été amené à considérer deux notions :

- a. Premièrement, que l'on ne dira jamais qu'une partie de la vérité, et qu'il manquera toujours des mots et du temps pour tout dire. Alors comment approcher au mieux la réalité d'une situation clinique quand les mots font ainsi défaut ? Comment le travail en groupe « Psychodrame Balint » nous permet-il de repousser les limites du cadre de la vérité énoncée pour essayer de mieux comprendre ce qui se joue dans la relation médecin-patient ?

L'orateur s'interrompt de nouveau pour faire entendre un extrait d'un séminaire du psychanalyste Jacques Lacan en 1964 ...

<https://youtu.be/z5dlKvA4Hvc>

« Je dis toujours la vérité. Pas toute. Parce que toute la dire, on n'y arrive pas. La dire toute c'est impossible matériellement. Ce sont les mots qui manquent. C'est même par cet impossible que la vérité touche au réel »

Tout comme l'analyste qui conseille à l'analysant d'appliquer le procédé freudien d'association libre en « disant tout ce qui lui passe par l'esprit », le présentateur du cas doit avoir une parole libre et spontanée, avec un droit à la bêtise et aux lapsus, car ce qui parfois lui semblera insignifiant prendra au contraire sens dans les résonances du groupe. Car c'est le groupe qui fait avancer le discours, met des mots sur des aspects de la relation thérapeutique qui n'avaient pas été verbalisés jusque-là et permet de progresser dans la découverte du « moi professionnel ».

De plus, comme nous l'explique Anne CAÏN, le jeu du Psychodrame Balint « introduit le corps dans le discours du soignant : le simple fait de jouer les scènes fait apparaître l'écart entre l'histoire racontée et ce qui est revécu. En fait c'est tout le rapport entre la mémoire d'une histoire et l'histoire d'une mémoire inscrite aussi bien dans le champ psychique que dans le corps qui est mis en jeu. » Le groupe venant faire office de miroir ou de prisme, à la fois réfléchissant et réfractant, il permet de transposer, de reformuler, de décoder, d'interpréter, il met en lumière des éléments inconscients qui s'expriment dans la parole du présentant et dans les corps lors des phases de jeu.

- b. Deuxièmement, j'ai pu réfléchir au procédé de « scansion » utilisé par notre animateur en fin de séance : ce savoir-faire lacanien de ponctuation d'une séance d'analyse, qui vise à limiter les rationalisations qui font résistance ; ce « lien de coupure » dont Lacan disait d'ailleurs qu'il « ne brise le discours que pour accoucher de la parole ». Ainsi, alors que nous étions dans la dernière séquence de notre séance de psychodrame-Balint, celle qu'Anne CAÏN nomme « le quatrième discours », celle là-même qui « permet d'assumer la révélation de l'inattendu », et tandis que je ne parvenais pas à élaborer autre chose qu'une énumération de faits, c'est de notre animateur, et donc du groupe qu'est venu l'inattendu, m'obligeant à me mettre au travail, et par là-même à réfléchir au positionnement que je devais prendre afin d'aider ma patiente.

Me remémorant le jeu de notre séance, je garde l'impression que N. me disait : « regarde comme tu n'arrives pas à me soigner ! », me mettant ainsi au pied du mur : comment atténuer l'intensité et la fréquence de ces symptômes qui m'étaient adressés ?

Aussi, tout comme notre animateur est venu faire scansion dans mon énumération de souvenirs, je comprends qu'il me faudra, moi aussi, trouver le moyen de faire scansion au flux de symptômes que N. me présente. Réussir, tout en maintenant un cadre rassurant et soutenant, à faire advenir du nouveau dans la relation de soins, pour essayer de décaler la patiente de ses symptômes et essayer de faire émerger une demande.

Dans cette présentation de cas, où l'inattendu est initialement du côté de la patiente, puis lors de la séance de Psychodrame-Balint, c'est donc peut-être à mon tour de faire advenir, dans la relation de soin, de l'inattendu.

* Médecin généraliste
Pau

« QUE FAIT ON DE NOS SENTIMENTS D'ÉTRANGÉTÉ, DE NOS BETISES ? »

Le travail Balint et la transformation de l'incertitude dans la relation soignant-soigné.

Elena Georgiadi *

Bonjour à toutes et à tous,

Le sujet des XXIXèmes rencontres de l'A.I.P.B. sur l'inattendu et l'incertitude dans la relation de soins m'a tout de suite intrigué, m'a semblé très intéressant.

Je suis psychiatre d'enfants et d'adolescents, d'orientation psychanalytique.

J'ai pensé qu'il était important de vous signifier de quelle position je vous parle, tout en pensant ceci : le sujet de l'incertitude et de l'inattendu s'adresse à nous tous, cliniciens, s'occupant du corps et de la psyché, nous qui sommes tout le temps confrontés dans la rencontre avec nos patients, avec la surprise, avec l'inconnu, avec l'altérité.

Puis, le jour où la proposition de cet exposé m'a été faite, l'image du dernier groupe de psychodrame Balint auquel je participe régulièrement m'est venue à l'esprit: l'image d'une scène, celle d'une collègue psychologue, qui avait présenté la situation d'un petit garçon qu'elle suivait en psychothérapie, situation qui la mettait en difficulté. L'image d'elle, debout, au milieu de la pièce, immobile et immobilisée, par le participant qui jouait le petit garçon allongé sur le tapis, sous une chaise et qui avait mis ses mains autour des pieds de la collègue, des mains comme collées, comme accrochées.

La collègue revivait ce geste, ce mouvement inattendu, restant à sa place sans bouger comme suspendue dans la surprise face à l'incertitude de la suite à donner : que fallait-il

faire ? Permettre ou pas le contact physique, rester là ou bouger, parler ou pas, et si oui, que dire ?

Ensuite, après le jeu, elle se questionne : est-ce que j'ai bien géré, est-ce que j'ai mal fait, le contact physique, le cadre, transgression ou pas, est-ce que c'était une bêtise, et si c'était le cas, a-t-on le droit à la bêtise.

Il est vrai qu'on peut imaginer dans l'après-coup différentes manières de faire ou des interprétations très pointues, mais là, la surprise nous rattrape, on ne s'y attendait pas. La théorie et la connaissance scientifique ne peuvent pas venir à notre secours. Ma collègue est confrontée à 'l'étranger' qu'elle a devant elle, tout comme à 'l'étranger' qu'elle a en elle. On le sait que nous avons droit à la bêtise, Michael Balint nous l'avait très sagement dit, mais là, dans l'incertitude et l'angoisse de 'l'étrangeté', nous perdons nos certitudes, nous doutons, nous nous jugeons. Et puis, comment traite-t-on la bêtise ? que fait-on avec ?

Toutes ces interrogations, toutes ces angoisses, ce qui se passe dans le transfert et le contretransfert de la psychologue avec son jeune patient sont accueillies, pensées, élaborées, révélées et métabolisées par le groupe, avec l'aide des animateurs, afin que le contenu étrange et secret sorte de l'ombre, puis qu'il devienne plus familier, et qu'il fasse du sens, ce qui va amener à

une compréhension nouvelle de la relation thérapeutique.

Et comme on parle de psychodrame, les corps de ceux qui jouent sont sollicités, deux corps en contact, immobilisés, présents et peut-être tendus, en tous cas des corps 'parlants'. Et les corps des participants du groupe sont sollicités également: quelques participants font des petits mouvements sur leurs chaises, un autre soupire. Et une participante s'agit, bouge, fait des va et vient aux toilettes. Elle donne son avis sur la façon dont la thérapeute a géré la situation, notamment sur la question du contact physique. Elle dit ne pas être d'accord et semble tendue. On peut imaginer que cette situation clinique a probablement confronté la participante à sa propre pratique et à sa propre identité de thérapeute ou à des choses personnelles. Mais on peut aussi penser que, à travers cette participante et son implication corporelle et psychique, s'exprime une partie des angoisses, des doutes, de l'agressivité et du sentiment de culpabilité de la psychologue quant à la gestion de la situation. Grâce au travail du groupe l'incertitude et, cela me semble très important, la bêtise, ont pu être accueillies, explorées, métabolisées et se sont transformées en richesses susceptibles de faire évoluer la relation thérapeutique, comme si les deux sujets de la relation pourraient se rencontrer sous un nouveau jour, de manière plus authentique, le patient se sentant mieux compris et mieux écouté par son thérapeute dans son expérience de détresse, expérience troublante et aliénante qu'est la maladie.

J'aimerais développer davantage, et au niveau théorique, la notion de l'inattendu dans la rencontre avec nos patients. Si on pense à la clinique, selon Thomas Lepoutre, psychanalyste, «la clinique est par définition le règne de l'inattendu.» Dans son article «Analyse attendue, analyse inattendue», il évoque Charcot qui lui-même disait: «N'oubliez pas que le clinicien, dans son rôle d'observateur, s'il veut voir les choses véritables ou telles qu'elles sont, doit faire table rase [...] au moins dans la première opération [...] il doit se dégager de toute préoccupation, de tout préjugé, avoir en un mot, toute sa liberté d'esprit.» Freud, qui était très attaché à la théorie, a été très influencé par Charcot quant au fait de rester ouvert et disponible à l'inattendu de la clinique (et à ne pas être «aveuglé» par les choses prévisibles de la théorie), en affirmant sa croyance à l'efficacité thérapeutique de cette attitude.

Il est vrai que l'incertitude et la surprise sont présentes dans toute relation, dans tout engagement avec un autre être, humain ou animal. Nous sommes des sujets différents et différenciés, avec nos propres pensées, rêveries, angoisses. Alors, l'inattendu découle de cette altérité.

Dans la rencontre avec nos patients, on est face à l'autre qui est un étranger, un autre avec son discours et ses pensées conscientes puis sa propre vie psychique, imaginaire et fantasmatique, avec son inconscient. Toutefois, il ne s'agit pas de la seule rencontre avec l'étrangeté. Freud a élaboré autour du terme 'Das Unheimliche', donc en français 'l'inquiétante étrangeté', qui est une sensation d'angoisse face à quelque chose qui nous est familier, par exemple le fait de croiser notre reflet dans le miroir: «'heimlich' désigne à la fois le familier et le secret, soit deux éléments quasiment opposés. Donc, 'unheimlich' est ce qui sort de l'ombre et donc ce qui cesse d'être secret, mais sans pour autant devenir familier: donc est étrange», comme dit Paul-Laurent Assoun. A cette étrangeté, la psychanalyse essaie de donner du sens. Dans une rencontre avec un patient, nous sommes devant deux étrangers: un qui est l'autre et un qui est l'étranger en nous. L'inattendu peut venir du dehors mais aussi du dedans. Quand Freud parlait de 'unheimliche', il évoquait des angoisses intimes, notamment l'angoisse de castration, mais on peut aussi penser que nos réactions, nos pensées, nos émotions face à un patient restent étranges, non familières, parfois pas reconnaissables, angoissantes, quand les mouvements transféro- et contre-transfériels ne sont pas dévoilés. Le travail balint nous aide à mieux accueillir ces étrangetés et à les rendre plus familières en les sortant de l'ombre et en leur donnant du sens. Donner du sens pour nous, pour que ça ait du sens pour notre patient, c'est ce qui nous permet de mieux l'accueillir et l'accompagner.

J'aimerais maintenant vous donner un autre exemple clinique, de la psychothérapie d'une de mes patientes.

J'avais présenté cette patiente à l'époque au groupe de psychodrame balint auquel je participe régulièrement. Maud (prénom fictif) est une jeune femme âgée de 18 ans et demi qui m'a été adressée par sa pédiatre pour des symptômes anxiodépressifs. Lors de nos rencontres, Maud exprime un sentiment de vide intérieur et des affects dépressifs importants, accompagnés par

des passages à l'acte auto-agressifs et des idées suicidaires fluctuantes. Maud souffre également d'une arthrite rhumatoïde juvénile, parfois fort invalidante. Les moments de séparation sont extrêmement angoissants pour elle. Maud investit la thérapie et se montre ponctuelle quant à nos séances. Elle manque par contre toujours le dernier rendez-vous avant mes vacances. Au retour de vacances, Maud raconte toujours des moments d'un chaos intérieur extrême qui finissent parfois par des passages à l'acte auto-agressifs. Elle refuse catégoriquement le lien entre ces moments 'catastrophiques' et les angoisses que notre séparation réveille en elle.

La séance dont je vais vous parler se déroule 14 mois après le début de la thérapie et c'est la dernière séance avant les vacances de Noël. Maud s'était montrée très angoissée aux derniers entretiens en lien avec notre séparation. Elle se présente à notre dernier rendez-vous, en retard, complètement trempée par la pluie et dès qu'elle entre dans mon bureau, elle me dit, angoissée, qu'elle a ses règles et qu'elle est en train de perdre du sang parce qu'elle n'a pas de serviettes hygiéniques. Elle m'en demande une. Je me sens très surprise par cette demande urgente, et après quelques secondes d'étonnement, je m'approche de mon sac et je lui en donne une. Maud est ravie, va à la salle de bain, elle revient et me dit souriante et soulagée, 'vous m'avez sauvée'. Maud change de sujet et me parle de son angoisse pour ses prochains examens à l'Université. Elle me dit qu'elle ne va pas pouvoir venir aux deux rendez-vous la semaine du retour de mes vacances parce qu'elle doit réviser. J'interprète cet 'agir' quant au cadre comme l'expression de sa colère envers moi en lien avec mon départ en vacances et comme une tentative de reprendre le contrôle et ne pas juste 'subir' mes départs en vacances. Maud nie ce lien, disant qu'elle doit juste réviser pour ses examens. A ce moment-là, je pense à Maud, qui vient à son dernier rendez-vous, mouillée jusqu'aux os et avec une 'hémorragie' active, hémorragie en lien avec mon départ en vacances et avec notre séparation. Je pense alors à l'envie de Maud que je sois une mère bienveillante, complètement disponible, et dans le contretransfert je ressens de l'angoisse et de l'impuissance à répondre à ses besoins ainsi que de la culpabilité à lui 'infliger' cet état de détresse.

Par la suite, quand je lui pose la question si elle pense à nos séances durant notre séparation, Maud va pouvoir dire qu'elle n'arrive pas à garder

des souvenirs de moi durant les vacances et que, quand on se sépare, il n'y a rien qui reste, c'est comme si on rentrait à zéro quant à notre relation, et puis quand on se retrouve elle doit reconstruire tout depuis le début. Nous voyons bien ici que Maud n'arrive pas à me garder 'vivante' durant notre séparation, ce qui fait qu'elle vit la séparation comme le 'néant', ce qui lui est insupportable. Elle exprime aussi qu'elle a peur que je l'oublie complètement, en ne m'occupant que de ma famille. Dans le transfert, je ressens que je deviens une mère frustrante, qui l'abandonne dans le néant, qui l'oublie complètement, ce que je lui interprète.

Nous nous disons au revoir et avant qu'elle sorte du bureau elle me demande avec une extrême angoisse si je peux la prendre dans mes bras «*même si je sais que je ne suis pas un enfant*». Je suis très surprise par cette demande et après un moment d'hésitation, je la prends dans mes bras, puis la séance est terminée. Il s'agit de la première fois que j'accepte un contact physique avec un patient adulte. À la suite de cette séance, je me suis sentie très culpabilisée du fait que j'ai accepté de lui donner une serviette et que j'ai eu un contact physique avec elle, pensant que j'ai fait des (deux) bêtises. L'analyse des mouvements du transfert et du contretransfert a mis en lumière que mon sentiment de culpabilité était probablement en lien avec mon départ en vacances et avec la grande souffrance que notre séparation provoquait en elle mais aussi à son sentiment de culpabilité à elle, de m'en vouloir autant de l'abandonner. J'avais aussi l'impression que je n'arrivais pas à la porter par mes mots et par ma pensée et qu'il fallait un portage réel, physique, qui ne pouvait passer que par le corps et le toucher, comme c'est le cas pour les bébés et les petits enfants.

Lors de nos retrouvailles après les vacances, Maud dit qu'elle a pensé à moi pour la première fois durant notre séparation et qu'il n'y a pas eu, selon ses mots, de '*grandes catastrophes*'. Nous avons pu reprendre ce qui s'est passé à la séance avant les vacances, mettant l'accent sur l'importance de pouvoir 'penser' l'absence, sans que Maud 'disparaisse' psychiquement et réellement, et de pouvoir penser mon portage d'une manière symbolique.

J'aurais voulu avoir pu présenter cette scène au groupe de psychodrame balint auquel je participe, pensant que le psychodrame balint pourrait amener une compréhension plus riche des enjeux de la relation, notamment en mettant le

corps en jeu et en bénéficiant du travail du groupe dans cette situation où les affects de la patiente s'expriment davantage par des éprouvés corporels. Le groupe, par ses voix diverses, aurait probablement permis de retrouver des aspects et mouvements contradictoires qui coexistent chez Maud. Le groupe aurait pu 'réconcilier les voix', comme le dit Pierre Delion.

En arrivant vers la fin de mon exposé, j'aimerais raconter une autre expérience d'un groupe balint classique cette-fois, dans un groupe auquel je participe comme observatrice.

Un collègue médecin commence à raconter la thérapie d'un de ses patients, un jeune homme. Tout d'un coup, le médecin nous annonce que son patient est décédé il y a 2 mois. Le médecin semble très affecté. Le groupe est choqué, cette annonce est complètement inattendue. Comme observatrice je ressens l'angoisse, la lourdeur et la tension dans le groupe, en lien avec cette fin prématurée ainsi que des doutes, une interrogation: est-ce que nous allons continuer avec ce cas clinique étant donné qu'une de règles des groupes balint est de présenter des situations de patients que nous sommes susceptibles de revoir ? Les animateurs sont surpris aussi. Incertitude. Le médecin semble angoissé, il répète à plusieurs reprises qu'il comprendrait si on refusait ce cas. Les animateurs invitent chaque participant à s'exprimer sur la question de poursuivre ou d'arrêter le récit de cette relation. La discussion est vive. Tous les participants pensent que le médecin devrait pouvoir poursuivre la présentation avec son patient. Plusieurs disent qu'une telle situation, la mort d'un patient, pourrait arriver à chacun et que ce serait utile pour tous d'en parler. D'autres trouvent qu'il serait important pour le médecin de pouvoir avoir un espace de réflexion sur ce qui s'est passé dans cette relation médecin patient. Les animateurs estiment, le lien avec son patient étant toujours présent, que leur histoire doit encore pouvoir être racontée, écoutée, accueillie, comprise, soignée. Le médecin a alors poursuivi son récit. A travers le groupe et le travail balint, ce moment d'incertitude et d'angoisse, pour le médecin, pour le groupe et les animateurs, a pu être transformé en un moment d'accueil et de soin de la relation du médecin avec son patient, un moment, qui a, je pense, contribué à la mise en place d'un travail de deuil. A la fin de la présentation, le médecin semblait soulagé et s'est

montré très reconnaissant envers le groupe et les animateurs.

Pour conclure, j'ai essayé, dans mon exposé, à travers ces trois cas cliniques et à partir de mes places différentes, de montrer comment le travail en groupe balint, et notamment en psychodrame balint, peut être un outil précieux pour accueillir, supporter, penser, élaborer et donner du sens à l'incertitude et à l'inattendu et les transformer en créativité, ouvrant ainsi des nouveaux chemins dans la compréhension de la relation soignant soigné ou mettant en lumière ce qui existait dans l'ombre. Dans ce cas, comme Pierre Delion le dit, le travail balint peut être un véritable opérateur de prévention de la souffrance psychique et de l'épuisement, aussi bien pour le patient que pour celui qui le soigne.

*** Psychiatre et psychothérapeute d'enfants, adolescents et des jeunes adultes, d'approche psychanalytique.**

Genève.

Bibliographie

- Lepoutre, Thomas. «Analyse attendue, analyse inattendue», Cliniques méditerranéennes, vol. 93, no. 1, 2016, pp. 175-188.
- Delion, Pierre. Fonction phorique, holding et institution. Érès, 2018.
- Delion, Pierre. «La fonction Balint. Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapeutique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés», VST - Vie sociale et traitements, vol. 95, no. 3, 2007, pp. 48-52.
- Freud, Sigmund, 1933, Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, ocf.p, t. XIX, dir. J. Laplanche, Paris, Puf, 2004, 259.
- Freud, Sigmund, 1919, «L'inquiétante étrangeté», Essais de psychanalyse appliquée, Paris, Gallimard, coll. «Idées», 1976.
- Charcot, J.-M., 1888, Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887-1888, t. 1, Paris, Lecrosnier et Babé & Progrès médical, 318.
- Georgiadi, Eleni, Travail écrit, CAS Psychothérapie psychanalytique et interprétation, Université de Genève, 2019-2020.
- Assoun, Paul-Laurent, Psychanalyse, PUF, 2018.
- Cain, Anne, Le psychodrame-Balint - Méthode, théorie et applications, La pensée sauvage, 1994.

INATTENDU, INCERTITUDE : QUELLE POSITION PRENDRE ?

Christian Bourdy *

Je vous invite à un court exercice pour débuter. C'est toujours mieux après le repas. Ça vous tiendra éveillé(e), du moins pour le début. Je vous demande de vous lever. Étendez un bras comme je le fais, le pouce vers le bas, puis joignez vos mains. Ensuite, retourner-les. Que se passe-t-il ? Eh oui ! Ce qui paraît simple et évident est parfois déroutant (rires et sourires dans la salle, personne n'arrive à faire le même geste que l'orateur).

Comment nourrir nos relations de soin avec une observation fine et attentive ? Comment se laisser surprendre par l'inattendu ? C'est tout un défi dans une dynamique de soin. Il faut être « aux aguets », on ne peut pas être pris au dépourvu; on doit prévoir l'inattendu. C'est, bien sûr, antithétique, comment prévoir ce qui n'est pas attendu ?

Pourtant, il y a là une richesse potentielle. Je pense au « squiggle », le gribouillis de Winnicott; ça commence avec une ligne, puis l'enfant continue le dessin à venir. N'est-ce pas un peu ainsi que débute une relation de soin avec une personne ?

On l'accueille d'abord; cet accueil, c'est le premier trait du dessin que nous complèterons ensemble. Cette première impression que chacun créera sur l'autre déterminera une portion du chemin qui sera parcouru ensemble. Mais on ne sait pas réellement ce que sera le chemin et encore moins la finalité de cette relation thérapeutique. Il y aura des moments de surprise; certains déroutants, voire inquiétants, d'autres pourraient ouvrir des chemins encore inexplorés.

Pour le médecin, la crainte de rater un diagnostic plane toujours. Bien sûr, il y a les Guides de pratique, la fameuse « evidence-based medicine » qui rôde dans nos soins. Ça nous aide, mais est-ce vraiment toujours efficace ? Ces Guides ne seraient-ils pas parfois des empêcheurs de penser, des freins à une ouverture à l'autre ? Les algorithmes de l'intelligence artificielle seront de plus en plus performants, la logique de la suite des symptômes sera basée sur ces « données probantes ». Mais que fera-t-on de l'intuition clinique ? du ressenti par le soignant devant un patient ? du décodage des signaux non verbaux qui parfois transcendent la logique des algorithmes ?

Voilà tout un défi pour toutes et tous. Allier **la rigueur clinique**, qui porte attention à tous les symptômes et à tous les signes observables, **avec le ressenti subjectif du soignant** devant la personne qui requiert notre soin. En effet, il est rentable d'avoir une certaine « attention flottante », comme utilisent nos collègues les psychanalystes, celle-ci peut nous garder disponible pour entendre ce qui n'est pas explicitement dit, pour ressentir qu'il y a là, une nouvelle piste afin de bien saisir ce que vit la personne, ce qu'elle tente de nous exprimer sans nous le dire directement.

Cas clinique N°1

Je pense à madame F, alors âgée de 50 ans lorsqu'elle me consulte pour un trouble délirant de type somatique. Avant notre première rencontre, elle a eu cinq chirurgies abdominales en moins de 10 ans pour libérer des adhérences qui se sont produites à la suite d'une chirurgie gynécologique, 15 ans auparavant.

À la lecture du dossier antérieur et des protocoles opératoires, elle avait à chaque fois un tableau clinique de subocclusion, mais sans souffrance ischémique prouvée peropératoire. Les symptômes et signes cliniques auraient mené les chirurgiens à décider de l'opérer à chaque fois, mais était-ce la vraie souffrance ? Elle fut finalement référée au Service de médecine psychosomatique car elle souffrait de douleur abdominale récurrente et insistait avec force pour revoir le chirurgien. Celui-ci ne voyait pas d'indication pour une nouvelle chirurgie. De plus, elle présentait une structure de personnalité limite et l'alliance était difficile entre elle et les urgentistes à qui elle s'était adressée plus d'une vingtaine de fois au cours de l'année avant la référence à notre Service.

Le début du suivi avec moi fut houleux ; je la rencontrais hebdomadairement selon un protocole établi avec elle et en accord avec le suivi médical reconnu efficace pour ce type de problème clinique que sont les « symptômes médicalement inexpliqués ». L'alliance thérapeutique fut difficile à établir. Elle réclamait toujours et toujours de revoir le chirurgien. J'effectuais une anamnèse rigoureuse de ses symptômes et un examen physique ritualisé de son abdomen. Je découvris qu'elle a grandi dans une famille dysfonctionnelle, ce qui explique en partie ses symptômes. Avec ce type de patient, il est recommandé de limiter les investigations. C'est ce que je faisais. Seulement un bilan annuel : analyses sanguines et parfois une imagerie (scan abdominal).

Et là, l'inattendu est survenu...

La formule sanguine a démontré une hémoglobine très basse (8 gr/dl) sans cause apparente. Il me semblait que j'avais été attentif, méticuleux dans le suivi de ce tableau de douleur abdominale chronique chez une patiente ayant subi plusieurs chirurgies antérieures. Le climat relationnel rendait l'alliance précaire, mais elle venait semaine après semaine, me critiquant à chaque fois pendant des mois parce que je ne demandais pas une consultation en chirurgie. Je restais malgré tout investi et tentais de l'accompagner le mieux possible. Je me suis alors inquiété d'avoir manqué un diagnostic.

Une femme de 50 ans, avec une douleur abdominale persistante qui pesait environ 40 kg pour une taille de 1,50 m, avec un poids

légèrement variable. J'ai tout de suite pensé à une néoplasie du côlon qui m'avait échappé... malgré ma vigilance.

Heureusement, ce n'était pas le cas. L'inattendu était tout autre. Je questionne encore plus précisément madame F et il s'est avéré qu'elle se donnait des lavements avec du peroxyde (H_2O_2) car on lui aurait dit que c'était efficace pour la constipation... J'ai évidemment discuté de ce « traitement » qu'elle effectuait, semble-t-il, régulièrement sans m'en avoir informé.

Son hémoglobine s'est corrigée après qu'elle eut cessé cette pratique.

Cette nouvelle situation clinique avec madame F a pu créer une nouvelle alliance entre nous. Elle fut moins vindicative et elle continuait de venir à ses rendez-vous hebdomadaires.

Cet inattendu, ce « secret » qui m'avait échappé, aurais-je pu le détecter, le « prévoir », qui sait ?

Comment *jouer* avec l'inattendu, dans le sens de Winnicott ?

Comment l'utiliser au service du lien thérapeutique ?

Comment ne pas être mis hors-jeu de la relation ou pire, agir l'irritation ressentie ?

Dans inattendu, il y a « tendu » qui est le reflet d'une tension. Dans toute relation humaine, il y a toujours une tension ; je dirais un « mouvement vers ». Parfois, cette tension a une connotation agressive, parfois c'est un élan de sollicitude vers l'autre. Dans « attendu », j'y vois le préfixe latin « ad », qui signifie « vers » et non l'«a» privatif. Pour le mot « attente », le dictionnaire dit : *Prévision entraînant espérance ou appréhension*. Il y a donc les deux valences, une positive (espérance) et l'autre négative (appréhension).

Il pourrait y avoir aussi deux valences à l'« inattendu ». L'inattendu qui désarçonne, qui irrite, qui rend anxieux ET l'inattendu qui est source de progrès, d'ouverture, d'une meilleure alliance dans la relation de soin.

Mais que ceci est incertain...

Cela m'amène au deuxième thème de notre journée, l'incertitude.

C'est un sentiment inconfortable, c'est une confrontation. L'être humain est pratiquement toujours à la recherche de certitude. Ne pas savoir assurément est source d'agacement, d'une certaine souffrance.

Pour un soignant, ne pas être certain est pourtant un état fréquemment rencontré. La nature humaine est parfois insaisissable et comprendre l'autre, un défi constant. Pour mieux créer et maintenir l'alliance avec la personne qui a besoin d'un soin, le soignant se doit de trouver un espace intérieur où il est le plus confortable possible. Or, plusieurs situations cliniques restent vagues, parfois incompréhensibles. J'ai évoqué ces tableaux cliniques qu'on nomme « symptômes médicalement inexplicables », il y a aussi tous les syndromes dits « fonctionnels » à défaut de pouvoir les expliquer par la science médicale (intestin irritable, fatigue chronique, fibromyalgie, Covid longue (?), etc.). Peut-être, plus tard, trouvera-t-on des explications physiologiques à certains de ces syndromes, mais pour le moment la médecine reste dans le flou, dans l'incertitude. Ce n'est pas confortable, tant pour la personne qui en souffre que pour le soignant qui est parfois impuissant à comprendre et encore plus impuissant à soigner ce type de pathologies. Il reste pertinent de tenter, comme soignant, de toujours explorer l'aspect biopsychosocial des tableaux cliniques, de trouver ce qui est parfois là, sous-jacent au discours manifeste : quel est le discours latent, non nommé explicitement, mais néanmoins présent ? Ce discours latent, la personne qui nous consulte, elle le porte, mais elle n'arrive pas à l'exprimer clairement ; à nous de le déceler, de débusquer cet inattendu.

Cela me fait penser à notre méthode du Psychodrame Balint, à la différence d'une présentation de cas classique en médecine (les faits, les données, les termes diagnostiques, etc.) axée sur la maîtrise, sur l'expertise. Le travail en Psychodrame, par ses différents leviers (définition du décor, doublages, soliloques, inversion des rôles, etc.), favorise, lui, l'émergence d'un *inattendu*, d'un jusque-là « non-pensé », « non éprouvé », d'une pensée insolite, qui peuvent éclairer notre compréhension du cas présenté.

Je ne sais pas pour vous, mais j'ai l'impression en le constatant chez plusieurs de mes collègues, chez nos étudiantes et étudiants et... chez moi, qu'il y a des traits obsessionnels qui nous font cheminer, du moins en partie, dans le soin de l'autre. On veut savoir, on veut être certain et ainsi on pourra soigner adéquatement. Un peu de traits obsessionnels, ça aide pour compléter des études médicales et pour pratiquer une médecine efficace. Par contre, trop de ces traits peuvent

rendre très inconfortable le médecin devant des tableaux cliniques flous et difficiles à cerner.

Parfois, avec certaines personnes, c'est un peu comme effectuer de l'aquarelle. On débute une rencontre médicale avec la motivation de comprendre la situation, mais ça ne fonctionne pas tel que prévu et l'impression diagnostique ne se crée pas, tout comme l'aquarelliste qui dépose une couleur sur son papier ne sait pas du tout comment le papier va réagir et quel dessin sera réellement accompli. Pour l'aquarelliste, ce peut être décevant, mais pour le médecin, c'est parfois instabilisant, voire inquiétant.

Cas clinique N° 2

Je vous parle brièvement de monsieur G, âgé de 80 ans, vivant seul, ancien enseignant au niveau secondaire, père de deux enfants adultes, algérien d'origine, résidant au Québec depuis plus de 50 ans, ayant un antécédent d'épisodes dépressifs caractérisés récurrents pendant une vingtaine d'années ; il est maintenant stable du point de vue psychiatrique depuis une dizaine d'années.

Il a dû quitter sa maison, il y a 4 ans, à la suite d'une chirurgie orthopédique au pied, relativement mineure. Il vit maintenant dans un condominium à une vingtaine de kilomètres où il a passé une quarantaine d'années à s'occuper des réparations et rénovations de sa maison. Il n'a pas de maladie physique chronique, seulement des incapacités liées à son âge : des cataractes qui devront être opérées, une baisse d'audition progressive, une discarthrose multi-étageée (cervicale et lombaire), une hémoglobine limite sans diagnostic en hématologie.

Je reste attentif aux symptômes évoqués. Je tente de sous-peser chaque symptôme : Par exemple : est-ce le tableau dépressif sous-jacent qui fut accentué par son déracinement en 2019 ou est-ce un trouble neurocognitif en émergence quand il me dit avoir de la difficulté à s'organiser à cause d'une « fatigue mentale », comme il la nomme ?

Ou encore, quand il se dit plus asthénique, est-ce une détérioration de son hémoglobine ou une autre pathologie ou encore une fois un état dépressif chronique à bas bruit ?

Je l'ai fait évaluer en gériatrie et en psychiatrie, les spécialistes n'ont pas posé de nouveau diagnostic et le renvoient à mes soins. Je crois deviner que

mes collègues généralistes ont vécu des situations semblables.

Je dois continuer de tolérer l'incertitude dans la condition de monsieur G. Vu son âge avancé, malheureusement une condition plus importante risque d'apparaître à plus ou moins court terme.

Je resterai attentif malgré le malaise ressenti ; j'investiguerai selon mon impression clinique, qui est parfois une intuition...

Je reprendrai mon titre en guise de conclusion : **Inattendu, incertitude : quelle position prendre ?**

J'ai l'impression que je continuerai d'accueillir *l'inattendu* en tentant de le rendre positif pour la personne qui me consultera, sans en être trop perturbé. Parfois, le rétablissement, ou du moins le soulagement, pourrait apparaître au cours d'un tel « inattendu » et ça sera heureux.

Pour ce qui est de *l'incertitude*, il faudra continuer de la tolérer car elle est inhérente à la

pratique médicale, surtout comme médecin généraliste.

Je termine avec ces paroles de Jean-Loup Dabadie sur une musique de Philip Green, interprété par Jean Gabin : « ... maintenant, je sais qu'on ne sait jamais... » (*Maintenant, je sais* 1974).

Christian Bourdy MD

*** Médecin omnipraticien
Montréal**

avec l'inspiration des psychologues Louis Lepage et Suzanne Déjoie

LAISSEZ-VOUS SURPRENDRE

Milly Wong *

« Je sais que nous mourrons. — Oui. Il n'est vraiment qu'une seule question à laquelle nous puissions répondre, et nous connaissons déjà la réponse... Ce qui seul rend la vie possible, c'est cette incertitude permanente, intolérable : ne pas savoir ce qui vous attend ».

Pour illustrer cette citation d'Ursula K le Guin, je vais vous présenter deux situations, celle de Michèle et d'Alain.

Il s'agit de deux patients, que je remercie d'être venus bouger mes certitudes ; d'être venus chercher mes intuitions.

Merci Michèle

J'ouvre les yeux.

Je suis éblouie par une lumière douce que je sens sur mon visage, tout comme cette légère brise. Cette brise fait bouger les feuilles d'un arbre sous lequel je suis allongée pendant que Nina finit son spectacle.

Comme une évidence, Michèle me revient à ce moment précis.

Une idée s'impose alors dans mon esprit : C'est ici que Michèle reposera.

À Chalon-sur-Saône, édition 2023.

J'ai rencontré Michèle la première fois à mon cabinet en 2021.

J'apprends qu'elle est atteinte d'un cancer du canal anal depuis 2016. Elle ne connaîtra pas de rémission complète puisque peu de temps après notre rencontre, une rechute s'annoncera. Cette rechute la

conduira de service en service, entre examens complémentaires, interventions chirurgicales et traitements, dont une longue chimiothérapie.

Je ne revois Michèle qu'après de longs mois passés à l'hôpital.

Je viens dorénavant la voir à son domicile.

C'est Georges, son mari, qui est littéralement venu me chercher un jour devant la porte de mon bureau. En sortant, je me trouve nez à nez en face de lui, désesparé. Une apparition plutôt inattendue qui me demande : « Vous êtes le médecin traitant de Michèle. L'hôpital nous a conseillé de se rapprocher de vous. Quand pouvez-vous passer la voir ? »

Quelques jours plus tard, je découvre la maison de Michèle et Georges. C'est une belle maison située au calme, près d'une rivière appelé le Tenaison, entourée d'un grand jardin.

Le jardin est beau, on devine facilement qu'il est entretenu, aimé, qu'on y passe du temps.

Michèle est comme son jardin, entretenue, apprêtée, avec des endroits secrets.

Leur maison est colorée, lumineuse, elle abrite une multitude d'objets familiers chinés au fil du temps (vases, lampes, tableaux, petit mobilier de décoration ...)

C'est un endroit vivant, chaleureux, comme le canapé rouge du séjour sur lequel Michèle me reçoit à chaque visite. George n'est jamais très loin. Il n'intervient pas sauf pour proposer un café à la fin de mes visites.

Durant mes visites, justement, on refait le point sur ses symptômes, son manque d'appétit, ses douleurs et les traitements pour la soulager.

Elle me partagera une fois, et simplement, son questionnement sur la logique de subir tous ces traitements si elle ne peut pas guérir. Mais elle n'en est pas sûre encore.

Elle m'apprendra plus tard que l'oncologue a été très claire avec elle, sa maladie ne se guérit pas.

Ce n'est pourtant pas la maladie que j'accompagne avec Michèle mais bien la vie qui passe et l'année 2022 s'écoulera entre hospitalisations et aller-retour à la maison dès que son état le lui permet.

Un jour, après un long séjour à l'USP (Unité de Soins Palliatifs), je la retrouve de nouveau chez elle, en compagnie d'Émilie, une future IPA (Infirmière en Pratique Avancée) en oncologie, en stage avec moi à ce moment-là.

Après quelques minutes de discussion, elle me posera la question qui lui tenait tant à cœur depuis son retour: « Docteur, pensez-vous possible que je puisse partir à la mer » ?

La première réponse qui me vient spontanément est « Bien sûr, c'est le moment où jamais! » Mais l'incertitude n'est pas loin et des questions se bousculent dans ma tête « Que vont penser les médecins de l'hôpital de laisser partir Michèle comme cela avec ses sondes urinaires, en voyageant sur la banquette arrière d'une voiture que Gorges conduira... » ?

Elle me regarde et attend ma réponse. Je lui dis alors sans hésitation, que c'est le bon moment pour partir.

Elle sourit de soulagement et m'avoue qu'il est plus simple de partir avec mon approbation. Nous en sommes restées là tous les trois. Puisque Michèle n'a jamais répondu aux autres questions que j'essayais de lui poser en particulier ses souhaits sur sa fin de vie.

Après ce séjour au bord de la mer, je n'ai plus jamais revue Michèle.

Elle est rentrée semi comateuse pour finir ses derniers jours à l'USP de Grenoble.

Je l'ai appris un matin par mail du service.

J'ai tout de suite prévenu Émilie et les infirmières du cabinet qui s'occupaient d'elle par message: « Je vous annonce le décès de Michèle ce matin, décès prévisible. Heureusement qu'elle est partie voir la mer une dernière fois ». Tout en envoyant ce message, je me demandais si je ne tentais pas de me persuader qu'elle avait fait, que nous avions partagé le bon choix.

Un mois s'écoula après la nouvelle de son décès, sans que je sois revenue personnellement vers Georges. Mais comment ? Ce que je voulais, au fond de moi, c'était le voir et discuter avec lui, pour avoir sa version de l'histoire. Un jour, en repassant devant chez eux, je m'arrêtai.

Portail fermé, je m'engageais jusqu'à la porte qui ne s'ouvrit pas lorsque je frappai. Je décidais de laisser un petit mot sur une feuille déposée dans la boîte aux lettres.

« Bonjour, je suis passée pour prendre de vos nouvelles. Je pense à vous, je pense à Michèle, et je repasserai vous voir une prochaine fois. A bientôt. Dr Wong ».

Du temps s'écoulera encore après ce premier passage. Un autre jour, je décide de m'y arrêter à nouveau. Même configuration portail fermé, je rentre et frappe à la porte. Tout est calme et paisible. Le jardin est beau, il est toujours entretenu. Tout à coup, la porte s'ouvre. Gorges apparaît et sourit.

Il me dit: « Je suis rentré hier, et je suis tombé sur votre message, venez, entrez ».

Et c'est ainsi que j'ai discuté avec lui pendant une heure, voire deux, que j'ai su comment ils avaient passé leurs derniers jours ensemble à profiter de la mer, à profiter des terrasses de restaurants. Il me partagea également la veillée mortuaire qu'il a souhaité vivre dans leur maison.

Je mesure l'amour au-delà de la mort et la force d'amitiés solides capables de faire accepter l'absence de vie. La dernière photo que j'ai vu de Michèle, était la photo utilisée pour le faire-part de décès. On y voyait une Michèle souriante, en terrasse au bord de la mer, assise devant d'énormes profiteroles, les deux mains en l'air dessinant les V de victoire.

Quel est le lien avec le début de mon histoire, me direz-vous?

Un dernier spectacle en plein air, une légère brise, une douce lumière, un bel arbre sur lequel des vêtements se balancent. C'est le calme après la tempête de trois jours de spectacles à Chalon.

Comment suis-je arrivée ici?

Tout simplement en écoutant un conseil de Georges au fil d'une discussion sur l'été qui arrivait. Une chouette destination qui pourrait plaire aux petits et grands.

Michèle faisait du théâtre, Georges et elle aimait particulièrement le festival de Chalon-sur-Saône. C'est au pied d'un bel arbre du jardin botanique de la ville de Chalon que Michèle est arrivée, inattendue, à moi.

C'est ici que je la laisserai. De là, je lui souhaite de continuer à profiter de toutes les émotions qu'offrent les vivants spectacles de rue.

Dans ma posture de médecin, je suis spectatrice de la mort annoncée de certains patients que j'accompagne. S'ouvrir à l'inattendu dans ces relations permet de rester attentif à l'essentiel, les étincelles de vie qui ne demandent qu'à exister.

Trésor de pirate

« L'émergence de l'inattendu, de l'inaperçu, voire de l'insolite, nourrit la confiance et le plaisir de la rencontre soignant soigné ».

Cette dernière phrase d'introduction de notre journée de travail autour de l'inattendu a raisonnablement en moi avec l'histoire d'Alain.

Alain est un ancien kinésithérapeute, un ancien soignant.

Il a travaillé toute sa carrière sur la commune où il exerce actuellement.

C'était un patient de mon prédécesseur, parti pour exercer la médecine différemment et dont j'ai pris la relève vers 2010,

A cette époque, lors de mes premières années d'installation, je me souviens d'Alain comme d'un homme sportif, bon vivant, et adorant voyager. Nous nous voyions essentiellement entre deux voyages, deux retours de l'île de Madagascar.

En 2012, il me consulta pour un essoufflement à l'effort inhabituel.

Après un bilan médical complet, le diagnostic d'emphysème pulmonaire sera établi rapidement. Il s'agit d'un emphysème d'origine génétique, une maladie rare qui entraîne progressivement la destruction complète des poumons par déficit d'une enzyme pulmonaire.

L'évolution est irréversible durant les 10 prochaines années de sa vie.

C'est un double choc pour cet ancien soignant qui comprend que tout était déjà programmé depuis sa naissance et qu'il décèdera dans une certaine échéance par manque d'oxygène.

Malgré ce diagnostic, la vie reprendra son cours. Alain continuera de mener la vie qu'il aime, de voir les gens qu'il aime, de voyager dans les pays qu'il aime.

L'atteinte de ses poumons sera lente, irréversible, irrémédiable au fil des années qui s'écoulent.

Aujourd'hui, en 2023, la fin de sa vie se fait de plus en plus proche.

C'est armé de patience, de courage, et d'un "compagnon" d'oxygène qu'il vient me voir dorénavant tous les mois. Notre rendez-vous est fixé à chaque fois un mardi, c'est le dernier rendez-vous de ma journée de consultation.

Ces rendez-vous le rassurent. Il semble y tenir, et nous fixons ensemble à la fin de notre entretien, la date du prochain, à un mois d'intervalle, date qu'il note précieusement au stylo dans son petit calepin.

Pendant nos rendez-vous, nous abordons l'évolution de sa maladie et les conséquences sur son confort de vie. Je l'examine systématiquement. Je me penche, bien plus souvent, sur de "petits bobos", comme ses problèmes de gencives, de dentier, de peau, ce qui semble le réconforter.

A ce stade, ce sont justement les plus petits détails de la vie qui prennent toute leur importance.

Il me réaffirme qu'il souhaite entrer en EHPAD[°] quand il sera trop fatigué pour rester vivre chez lui. Et qu'il souhaite être hospitalisé en pneumologie lorsqu'il sera en fin de vie ou lors d'une complication respiratoire aiguë.

Une fois ces volontés mises à jour, il me parle beaucoup de sa vie, de ce qu'il aime (les montagnes, la nature, la pêche, les randonnées, ses coins à champignons, la beauté des champs de narcisses qu'il m'offre au passage, ses amis, sa famille...)

Il réalise tout ce qu'il ne fera plus. Il y renonce tout simplement. Il a pris soin de régler toutes ses successions entre son appartement et ses biens immobiliers. Comme il partage, il avance, il a même révélé à ses copains tous ses coins à champignons.

Un jour, il m'a sollicité sur un plan plus amical, plus personnel, en proposant à mes deux enfants une séance de pêche en bas de chez lui. J'ai longuement réfléchi et accepté sans regrets à ce jour.

Avec lui, j'ai accepté de franchir une « barrière » que mes certitudes m'avaient imposée jusqu'à maintenant. « Ne pas mélanger vie professionnelle et vie privée ». Pourtant, cette journée de pêche restera pour moi, mes enfants et mon compagnon, un très bon moment passé à ses côtés.

Un soir, je me revois ouvrir sur mon ordinateur un onglet surprenant en consultation médicale, celui de googlemap. Une carte du monde apparaît sous nos yeux.

Cette carte, plus exotique que le compte rendu de son scanner pulmonaire, s'impose.

Car oui! J'ai eu très envie de voir le voyage qu'il me décrivait pour aller rejoindre sa fille en Finlande en camping-car pour lui apporter son héritage.

Elle y vit depuis plusieurs années et il se doit d'aller la voir, comme au bon vieux temps, encore une dernière fois. Je l'imagine au volant de son camping-car plein à craquer, l'oxygène à ses côtés, son regard fixant l'horizon sur plus de 3000 kilomètres.

En effet, il doit retraverser toute l'Europe pour rejoindre Tallin en Estonie et prendre le ferry pour arriver en Finlande, un pays qu'il apprécie vraiment car sauvage et préservé.

Pour ce dernier pèlerinage, il prendra soin de s'arrêter dans les lieux, les villes qu'il estime incontournables. Quelle aventure !

Nous sommes tous les deux penchés sur mon écran incurvé, lui les souvenirs plein la tête, et moi rêvant de traverser l'Europe sur ses conseils d'explorateur.

Récemment, il m'a transmis son héritage que j'appelle mon « trésor de pirate ».

Voici l'histoire de sa transmission.

Après m'avoir demandé si j'étais intéressée par du matériel pédagogique de kiné pour mes patients, il m'amena un soir un sac entier remplis d'os. Il commença d'emblée la consultation en vidant entièrement le contenu du sac sur mon bureau, comme on étais un trésor pour l'admirer.

Au premier coup d'œil, je suis surprise car je réalise qu'il s'agit d'os humains. Sans prêter attention à ma réaction, il attrapa chacun des os pour m'expliquer en quoi celui-ci ou celui-là est intéressant. « Sur celui-ci, tu vois, il y a un bec de perroquet, c'est bien plus parlant qu'une radio pour ton patient et là, c'est la tête de fémur d'un de mes patients qui s'est fait opérer d'une prothèse de hanche, et qui l'a reçue de son chirurgien. T'as vu ici, il n'y a plus du tout de cartilage, c'est aussi beaucoup plus parlant... »

Il emboite les vertèbres les unes avec les autres très facilement, il manipule les pièces aisément. Il est passionné et c'est passionnant.

Curieuse (voulais-je vraiment être mise dans la confidence ?) je lui demande comment il est arrivé à se constituer cette belle collection.

Il me racontera en détails comment il s'introduisait à l'époque du début de ses études de kiné dans le cimetière Saint Roch avec des amis de sa promotion pour aller dans la fosse commune et récupérer des ossements. Les ossements de squelette les plus intéressants étaient les plus petits car ils étaient les plus difficiles à trouver ! Donc lorsqu'ils tombaient sur une chaussure, ils étaient contents car l'agencement des os des pieds était encore intact à l'intérieur !

Il m'avouait également comment il fallait déjouer la vigilance du gardien du cimetière qui dormait sur place à l'époque.

AHURISSANT, je n'ai pas d'autres mots à ce moment.

Ce sont de vrais os de squelettes humains récupérés dans le cimetière de Grenoble il y a plus de 50 ans !

Je raccompagne Alain à la porte et le remercie.

Après qu'il est parti, je frappe à la porte de ma collègue le sac à la main et lui présente mon butin. Je lui montre quelques os, que je n'osais pas toucher quelques minutes avant. Je me vois donc en train de manipuler à mon tour ces os de squelette humain, essayant de me rappeler ce qu'Alain m'avait partagé.

Beaucoup moins habile que lui, je ne retrouve pas l'emboîtement exact des vertèbres, et ma collègue reste à moitié convaincue par ma prestation.

Lorsque je lui apprends d'où ces os viennent, se dessine sur son visage une grimace, tandis que sur le mien, s'installe un sourire. Un sourire de connivence, de confidence et de confiance.

Quelque peu encombrant, ce trésor est dorénavant le mien.

Cette histoire la nôtre, et aussi aujourd'hui un peu la vôtre.

Merci de votre attention.

*** Médecin généraliste
Grenoble**

RENCONTRES DE CRÊT-BÉRARD

XXX èmes rencontres de l'AIPB

Centre de Crêt-Bérard - Chemin de la Chapelle 19A 1070 Puidoux Suisse

JEU ET ENJEUX DE LA RENCONTRE AVEC LE PATIENT EN 2024

Argument de la journée

L'évolution récente des conditions d'exercice des professions de soins, l'accroissement du recours à la technologie, l'accès des patients à une somme importante d'informations, les effets de la pandémie sur les relations, rendent nécessaire une attention particulière à la qualité de la rencontre entre soignant et soigné. De la relation qui sera établie dépendront le sentiment de sécurité et de confiance envers les soignants et dans le système de soins, une meilleure adhésion aux prescriptions et un engagement actif du patient dans la conduite de son traitement.

Face à ces contraintes nouvelles et à de tels enjeux, quel espace trouver pour construire une relation harmonieuse et respectueuse des besoins actuels des patients et susceptible de maintenir la satisfaction et un sentiment d'accomplissement chez le soignant ?

Michaël Balint, en centrant sa recherche sur ce qui se tisse entre le soignant et le soigné, engage le clinicien à reconnaître et à mieux saisir sa participation à l'établissement de cette relation dans ses aspects émotionnels, voire inconscients. Le travail en groupe Balint lui permettra non seulement de mieux faire face aux difficultés qu'il rencontre avec ses patients, mais encore de mieux définir sa place dans la relation de soin. Ainsi pourra-t-il se situer dans le jeu complexe qui existe entre la réalité et l'imaginaire des deux protagonistes et dans leurs rapports avec l'environnement social.

Le travail en groupe de psychodrame Balint, en prolongeant la méthode Balint par un recours au jeu psychodramatique, et en proposant aux soignants de retrouver des scènes de leur vie professionnelle au plus près de ce qu'ils ont vécu, peut les aider à mieux comprendre les enjeux actuels de leur exercice. En explorant dans cet espace de jeu les interactions relationnelles entre le clinicien et son patient il permet au soignant de mieux saisir l'impact des contraintes actuelles sur le développement et les aléas de leur relation.

INTRODUCTION A LA JOURNÉE DE CRÉT- BERARD

Michèle Bonal*

Bienvenue,

À nos collègues et amis suisses, québécois, italiens, du Royaume Uni, belges, français...et merci de vous être déplacés pour être avec nous aujourd’hui, malgré le début des vacances pour certains d’entre vous.

Remerciements à Jean Pierre Bachmann et Michel Dafflon pour leur aide précieuse dans l’organisation de ces journées. Jean Pierre Bachmann pourra vous raconter qu’il a déjà participé à un groupe Balint à Crêt Bérard

Ce lieu, Crêt Berard, est un lieu particulier : " Il était une fois la colline du berger , en patois savoyard, ou les bergers s’arrêtaient pour reposer leur troupeau de moutons ; ils admireraient le paysage et se recueillaient, comme pour marquer une étape dans leur journée, leur voyage, leur temps".

Alors je souhaite que cette journée pour vous soit une étape ; nous ne sommes pas là bien sûr pour nous reposer ! mais je vous invite, portés par ce cadre merveilleux, à vous poser, dans une autre temporalité, et avec un nouveau regard sur votre travail de soignant. Dans le psychodrame nous attachons beaucoup d’importance à la description du décor, c’est la porte du rêve. Jeudi soir déjà en arrivant, m'est revenu le souvenir des journées à Gênes, dans cette maison des Templiers ou nous avions travaillé en sous-sol dans des salles en pierre voutée ...

Aujourd’hui ce sont les 30èmes journées de l’AIPB, Association Internationale de Psychodrame Balint.

L’association a été fondée en 1990, à Paris, à l’initiative de Anne Cain, psychanalyste et psychodramatiste Marseillaise, fondatrice de la méthode du psychodrame Balint. L’association a pour

objet l’étude , la recherche, la formation, la diffusion et le perfectionnement du psychodrame psychanalytique Balint. Elle s’adresse à l’ensemble du personnel soignant et vise à développer une meilleure compréhension de la relation soignante.

C'est notre projet aujourd’hui , avec le thème annoncé « Jeu et enjeux de la rencontre avec le patient en 2024 »

Après lecture de l’argument (dont le texte ici est page 37) la présidente donne le détail du programme de travail prévu pour la journée.

*** Médecin gynécologue. Sexologue.**

31850 Montrabé - France

Présidente de l’AIPB

Jeu et enjeux de la rencontre en 2024 AVEC LE PATIENT SOUFFRANT D'UN TROUBLE SOMATOFORME

* Oury Chocron

Quand l'argument de la journée pour ces 30èmes rencontres de l'AIPB m'a été communiqué, « Jeu et enjeux de la rencontre avec le patient en 2024 », j'ai pensé que je pouvais vous parler de la question de la rencontre avec les patients qui souffrent d'une problématique somatoforme. Ou, comme on les nomme de plus en plus aujourd'hui, des patients présentant des troubles fonctionnels.

En effet, je pense que la rencontre initiale avec ces patients, pour tout soignant (que l'on soit médecin généraliste, autre soignant en somatique ou psychologue-psychiatre) est souvent délicate, semée d'embûches, mais en même temps fondamentale. Fondamentale pour la construction de la relation soignant-soigné, mais aussi fondamentale pour l'évolution clinique. Évolution clinique qui sera certainement en lien avec la sévérité et la complexité de la problématique du patient, mais également en lien avec l'alliance susceptible de s'établir dès la première rencontre. Cette alliance thérapeutique sera également un des facteurs déterminants de l'évolution.

Je vais commencer en rappelant quelques bases au sujet des troubles somatoformes.

L'hypothèse la plus souvent proposée par les auteurs est celle selon laquelle l'expression de la souffrance par les plaintes physiques peut se comprendre comme le résultat d'une importante difficulté à accéder à une souffrance d'ordre psychique. Il s'agit donc d'un processus au cours duquel « un focus inapproprié est mis sur les symptômes physiques et dans lequel les problèmes psycho-sociaux sont déniés »(1). Dans une perspective psychodynamique, il s'agit d'un fonctionnement théorisé comme une forme de mécanisme défensif et de protection : une solution « d'allègement des vécus trop douloureux qui ne trouvent pas le chemin des mots, des fantasmes ou des représentations » (2).

Le soignant sera impacté d'emblée, dès la première rencontre, par les enjeux spécifiques de cette problématique, qui se manifeste donc par des plaintes d'ordre somatique, mais dont les causes se situent ailleurs, dans le champ du psychisme.

Un premier danger, chez certains soignants peu sensibilisés à cette problématique, serait de croire que le patient fait semblant, exagère, manipule.

Un deuxième piège, serait de rechercher trop précocement les causes psychologiques ou de discuter trop rapidement de la nature somatoforme des plaintes exprimées, car cela entrerait immédiatement en collusion avec l'essence-même de la psychopathologie psychosomatique et serait donc vécu par le patient comme une menace, au vu de la fonction protectrice décrite précédemment.

Un troisième écueil pour le soignant serait d'essayer de trouver une solution immédiate pour soulager ces symptômes, touché par la souffrance évidente face à laquelle il se trouve, mais aussi sollicité par la demande explicite et souvent insistant du patient de faire disparaître ces symptômes. Alors que, selon Joyce McDougall, il existe « une force interne puissante qui redoute la disparition des symptômes malgré les souffrances qu'ils causent » et les patients « se battent [inconsciemment bien sûr] pour protéger leurs créations somatiques » (3).

Les auteurs contemporains estiment que la première étape dans un contexte de trouble somatoforme consiste en une investigation clinique attentive. En effet, l'évaluation diligente d'un problème de santé, en suivant une approche clinique rigoureuse et centrée sur le patient, est un acte thérapeutique en soi (4). Cette démarche, en plus d'exclure d'éventuelles causes somatiques qui participeraient au tableau clinique, ne peut que valider la souffrance du patient, quelle qu'en soit l'origine.

Cela se joue ou se rejoue aussi dans la rencontre avec les psychologues ou psychiatres, même si elle succède souvent à un parcours déjà effectué auprès du médecin traitant. Pierre Marty soulignait déjà en 1963 l'importance du premier entretien psychiatrique-psychothérapeutique (5).

Là aussi, une investigation précise des symptômes, de leurs caractéristiques, et du parcours de soins entrepris par le patient avant d'arriver en consultation chez le psychothérapeute, me semble être une étape primordiale ; en restant, lors de ces premières rencontres, très attentif au respect des défenses, à la validation de la souffrance et en évitant de prendre position quant à une éventuelle composante psychologique dans l'origine des symptômes.

À l'image de ce que décrivait Jean Allouch (6) au sujet de la psychanalyse et qui rejoint les travaux de Balint (7) : « la médecine est cette discipline où l'application d'un savoir préalablement acquis permet l'acte thérapeutique », mais « l'analyse se démarque de cette position » en invitant le patient « à prendre la parole », ainsi le thérapeute « en attendant, s'abstient du savoir, ce qui en l'occurrence ne peut vouloir dire que ceci : s'abstenir de faire semblant de savoir » (6).

Que l'on soit soignant en somatique ou psychothérapeute, il est donc nécessaire d'aller à la rencontre du patient, au sens propre du terme. C'est-à-dire de s'approcher au plus près de lui, là où il se trouve, s'approcher de ses symptômes, de sa souffrance, de son vécu, de son monde interne. Dans le but de permettre la rencontre, de créer une relation et une alliance, pour que plus tard nous puissions nous appuyer dessus pour progressivement opérer ce que certains appellent le « changement d'agenda » (8), c'est-à-dire aider le patient à « glisser de la plainte somatique à la détresse psychosociale » (9).

En s'approchant comme cela, au plus près du patient, le soignant sera cependant confronté à de nouvelles difficultés et dangers. Tout d'abord, pour rejoindre le patient là où il se trouve, il faudra s'engager dans ses plaintes et ses symptômes somatiques.

Lors des dernières Journées Balint d'Annecy, j'ai eu l'occasion d'observer un groupe de psychodrame pendant lequel j'ai été marqué par la présentation du cas d'une patiente qui présentait des problèmes d'insomnies chroniques. Bien que les origines psychologiques et traumatiques de ces troubles du sommeil soient apparues de manière évidente dès la première rencontre avec le médecin spécialiste du sommeil, cela n'a plus du tout été présent lors des scènes suivantes qui ont été jouées et qui rendaient compte du suivi. En effet le soignant, en essayant d'aller à la rencontre de sa patiente, là où elle

se trouvait, a dû passer par les plaintes et les symptômes somatiques exprimés et y répondre au moins en partie. C'est ainsi qu'un enregistrement du sommeil, jugé initialement non indiqué, sera quand même prescrit et effectué. C'est ainsi aussi que des médicaments somnifères, dont la faible efficacité était prévisible, seront quand même prescrits et essayés.

Dans la rencontre avec un patient somatoforme et dans la construction de la relation thérapeutique, ces actes médicaux sont à mes yeux nécessaires et même indispensables. Cependant, tout acte de soins est porteur d'un risque iatrogène intrinsèque et spécifique, plus ou moins important selon l'acte.

Et les patients présentant des troubles fonctionnels sont malheureusement les premières victimes des conséquences néfastes des soins. Un « cercle infernal » comme le nomme David Le Breton en décrivant leur « itinéraire médical » qui « affiche une succession de maux et d'opérations, de blessures et de traitements » (10).

La position du soignant est donc extrêmement délicate.

- D'une part il est nécessaire de répondre, au moins en partie, d'une manière ou d'une autre, aux demandes somatiques explicites afin d'aller à la rencontre du patient et poser les bases nécessaires à la construction de la relation thérapeutique.

- D'autre part, il est indispensable de rester très vigilant pour que ces investigations ou ces premiers soins somatiques ne soient pas inappropriés et surtout ne soient pas la cause de nouveaux problèmes.

Il est donc nécessaire de bien mesurer le risque iatrogène de tout acte et de ne pas oublier la fonction réelle de cet acte dans la relation.

Ensuite, une autre difficulté liée à la nécessité d'aller à la rencontre du patient, en s'approchant de son vécu et de son monde interne, est celui de se laisser « contaminer », au moins en partie, par la pensée du patient.

En fait, j'ai le sentiment que cet effet de « contamination » est d'une certaine manière inévitable quand on s'approche au plus près du patient, en raison de la puissance de ces phénomènes et des résonnances qu'ils peuvent avoir en nous.

Comme dans le cas que je viens de décrire, où les causes psychologiques et traumatiques à l'origine des troubles du sommeil avaient complètement disparu de la scène pendant les entretiens médicaux suivants qui ont eu lieu pendant une année.

Depuis ma position d'observateur, j'ai pu également remarquer à quel point le groupe avait aussi été « contaminé » par ces phénomènes puissants, car durant une grande partie du travail ces aspects psychologiques et traumatiques étaient totalement absents des différentes interventions des participants.

Ce phénomène de « contamination » se produira donc inévitablement et il n'est pas simple de s'en extraire, même pour les soignants expérimentés dans le domaine. Avec le risque de ne pas réussir à accompagner le patient vers le « changement d'agenda » que j'ai décrit avant, ce passage progressif « de la plainte somatique à la détresse psychosociale ».

Un espace de supervision, quel qu'en soit le setting, individuel ou en groupe, peut dès lors permettre au soignant de prendre le recul et la hauteur nécessaire pour voir apparaître ou réapparaître les enjeux de la problématique du patient qui se manifestent dans la relation.

Je pense par contre que le travail en Psychodrame Balint représente un dispositif particulièrement approprié pour ces situations. En effet, le corps prend beaucoup place, si ce n'est toute la place, dans les premières rencontres avec le patient somatoforme et le Psychodrame Balint donne une place privilégiée aux corps.

Anne Caïn (11) débute son livre sur le Psychodrame Balint en citant Jacques Lacan : « je parle avec mon corps et ceci sans le savoir, je dis donc toujours plus que je n'en sais ». Elle dit plus tard que dans cette méthode, « le corps se met à parler d'emblée, dès le début du jeu » et que « la parole, dans un premier temps, tout en gardant son importance n'a plus la place prioritaire et le corps l'accompagne tout autant » (11).

Donc pour les patients somatoformes pour qui, comme le disait Joyce McDougall, « les mots manquent pour dire l'angoisse et la souffrance » et « seul le soma parle, un langage obscur » (3), le Psychodrame représente un atout précieux.

De plus, les doublages / les voix off, me semblent aussi être un ingrédient particulièrement utile dans ces situations. Selon Anne Caïn « le doublage permet le plus souvent de lever les inhibitions du protagoniste principal » (11).

Dans ce sens, en liant avec mon propos, le soignant « contaminé » par la pensée du patient somatoforme peut particulièrement bénéficier de cette levée d'inhibition et de cette ouverture vers le monde fantasmatique. Les fantasmes qui circuleront dans le groupe de façon facilitée par les doublages pourront ainsi nourrir le soignant affecté par les difficultés propres du patient somatoforme à accéder à cette vie fantasmatique. Toujours au sujet des voix off, Anne Caïn explique que « certaines de ces interventions, sont des interprétations très fines de mouvements inconscients » (tant chez le patient que chez le soignant) et « qu'elles ont pour effet de partager l'angoisse dans le groupe » (11), angoisse qui comme on l'a vu est souvent fortement refoulée chez ce type de patient.

Enfin, Anne Caïn explique que « le simple fait de jouer », en revisitant les scènes de la vie professionnelle, qu'elles aient été « traumatisantes ou à

l'opposé, extrêmement banales », permet de faire « apparaître l'écart entre l'histoire racontée et ce qui est revécu » (11). Cet écart me semble être l'une des choses qu'en tant que soignant nous avons besoin de retrouver, à l'aide du Psychodrame Balint, après le premier mouvement de rapprochement au plus près du patient, que j'ai décrit avant comme indispensable.

Quand j'ai relu ce passage du livre « rejouer des scènes traumatisantes ou à l'opposé, extrêmement banales » (11), j'ai pensé à ce grand paradoxe que l'on peut vivre justement en consultation avec un patient somatoforme. Leur récit, du fait de la pensée opératoire telle que l'a décrite Pierre Marty (12), est souvent très factuel et peut être vécu par le psychothérapeute comme ennuyeux et banal. Alors même qu'il est souvent la conséquence d'expériences passées extrêmement traumatisantes.

C'est à travers cette notion de traumatisme que je vais aborder la dernière partie de mon exposé et faire des liens avec le « 2024 », présent dans l'argument de la journée « Jeu et enjeux de la rencontre avec le patient en 2024 ».

En réfléchissant à ce que m'évoquait « 2024 », je ne pouvais pas m'empêcher de l'associer à ce qui s'est passé en 2020 avec la pandémie de Covid et ce que cela a changé dans nos pratiques depuis lors.

Pendant le premier confinement au printemps 2020, notre groupe régulier de Psychodrame Balint à Genève, animé par Jean-Pierre Bachmann et Daniel Durigon, a essayé de maintenir des rencontres par zoom, comme beaucoup de groupes ont pu le faire durant cette période, malgré tout ce qui se passait à ce moment-là.

Ces rencontres par visioconférence se sont déroulées sur un peu moins de 3 mois et j'ai l'impression qu'il est possible d'en distinguer 3 temps.

- Un premier temps où, lors de nos premières rencontres par zoom, nous prenions surtout des nouvelles les uns des autres, en partageant nos vécus respectifs pendant cette période. Ce premier temps était aussi peut-être nécessaire pour apprivoiser l'utilisation et la pratique de l'outil technologique.

- Puis, dans un deuxième temps, nous avons pu recommencer à travailler autour de la présentation de cas, mais plutôt à la manière d'un groupe Balint classique.

- Ce n'est que dans un troisième temps, que nous avons réussi à jouer et pratiquer du Psychodrame Balint par visioconférence.

Ma première hypothèse est celle que nous vivions à ce moment-là, au début de la pandémie de Covid et du premier confinement, un moment traumatique. Dans ce contexte traumatique, il est possible que nous ayons perdu, temporairement et en partie, nos capacités à jouer.

À l'image des patients somatoformes, qui ont souvent subi d'importants traumatismes pendant leur enfance et qui ont comme séquelle de grandes difficultés à «jouer».

L'autre parallèle que je peux faire avec les patients souffrant de troubles fonctionnels est celui de ces différents temps qu'il nous a fallu pour nous remettre progressivement au travail jusqu'à être à nouveau capables de jouer ; à l'instar du travail du soignant, qui doit aller à la rencontre de son patient là où il se trouve, pour établir une relation de confiance, puis pour progressivement l'amener ailleurs, vers un monde « de mots, de fantasmes, de représentations » (2) et de jeu.

Ma seconde hypothèse est liée à l'utilisation des écrans, qui s'est d'ailleurs largement répandue depuis le Covid et qui est désormais très présente aujourd'hui, en 2024, notamment en ce qui concerne la pratique de consultations à distance.

J'ai le sentiment qu'il est malgré tout plus difficile de jouer à travers un écran, comme nous le faisons en Psychodrame Balint. De même que pour des consultations avec des patients à travers un écran, j'ai aussi l'impression qu'il se passe quelque chose de différent et de plus difficile en termes de « jeu ».

Ce n'est sûrement pas la seule explication, mais en réfléchissant à cette question, m'est apparue une autre définition de « jeu ». Celle de « avoir du jeu », quand on parle d'une imperfection, d'un défaut de serrage, qui fait qu'un objet peut bouger ou fonctionner librement dans un espace délimité.

Ainsi que la définition de « donner du jeu », de créer ou de ménager un espace pour permettre le mouvement. Il est donc possible qu'à travers un écran, donc en perdant une dimension, cet espace que nous avons habituellement et qui nous permet d'avoir du jeu et ainsi de jouer se réduise.

Des consultations en visioconférence pourraient donc représenter un obstacle, une difficulté supplémentaire, pour effectuer ce mouvement nécessaire pour aller à la rencontre du patient somatoforme, là où il se trouve. De même que pour le deuxième mouvement, celui-là plus progressif et étalé dans le temps, de regagner l'écart nécessaire afin d'accompagner ces patients « à glisser [progressivement] de la plainte somatique à la détresse psychosociale » (9).

Pour conclure, j'ai donc abordé aujourd'hui la question des patients souffrant de troubles somatoformes, mais je pense que certaines réflexions et certains enjeux liés à cette problématique spécifique peuvent aussi, d'une certaine manière, être pensés pour tout type de rencontre avec un patient.

Ces enjeux rendent sans doute l'accueil d'un nouveau patient un moment délicat, chargé et aussi angoissant pour le soignant.

Je voudrais terminer avec une citation, un peu inhabituelle, citation entendue lors des Jeux Olympiques de Paris et qui m'a marquée en raison de la coïncidence avec le thème de la journée. Il s'agit de Lisa Barbelin, qui avait débuté la compétition de tir à l'arc avec quelques difficultés et qui a expliqué plus tard que sa psychologue l'avait beaucoup aidée à ce moment-là, en lui disant de ne pas laisser le poids des enjeux prendre le dessus sur le jeu... et elle a finalement réussi à gagner une médaille de bronze.

Donc, dans la rencontre avec le patient, ne laissons pas le poids des enjeux prendre le dessus sur le jeu.

* Médecin psychiatre, psychothérapeute Genève

Bibliographie

- 1) Bass C, Benjamin S (1993) : The Management of Chronic Somatisation. British Journal of Psychiatry.
- 2) Chauvet E (2013) : Le corps en représentation ou l'écoute du corps comme « un rêve manqué ». Hommage à Joyce McDougall. Société Psychanalytique de Paris, Collection Hommages.
- 3) McDougall J (1989) : Théâtres du corps. Gallimard, Paris.
- 4) Price J (2000) : Managing physical symptoms : The clinical assessment as treatment. Journal of Psychosomatic Research 48, 1-10.
- 5) Marty P, de M'Uzan M, David C (1963) : L'investigation psychosomatique. PUF, Paris.
- 6) Allouch J (1997) : L'éthification de la psychanalyse. EPEL, Paris.
- 7) Balint M (1963) : Le médecin, son malade et la maladie. PUF, Paris.
- 8) Keller PH (1997) : La médecine psychosomatique en question. Le savoir du malade. Odile Jacob, Paris.
- 9) Cathébras P (2006) : Troubles fonctionnels et somatisation. Elsevier Masson, Paris.
- 10) Le Breton D (1999) : Sur quelques relations entre douleur et identité. Revue Médicale de la Suisse Romande, 119, 259-264
- 11) Caïn A (1994) : Le Psychodrame-Balint. Méthode, théorie et applications. La Pensée sauvage Ed., Grenoble.
- 12) Marty P, de M'UZAN M (1963) : La « pensée opératoire », XXIIIe Congrès des psychanalystes de langues romanes, RFP 27 numéro spécial p. 345-356.

SORTIR DE L'IMPASSÉ, APPORT D'UN GROUPE DE PSYCHODRAME BALINT

Laura Gautier *

Bonjour à tous,

Je suis le Dr Laura Gautier, je suis médecin généraliste installée depuis 8 ans à Grenoble en centre-ville non loin de l'hôpital universitaire.

J'ai eu la chance de rencontrer le psychodrame Balint à la faculté de médecine, lors de séminaires qui n'étaient normalement ouverts qu'aux internes de psychiatrie, mais il restait une place.

Lors de mon premier psychodrame, j'ai pu ressentir pour la première fois ce que le patient pouvait ressentir face à moi, sur sa chaise, de l'autre côté de mon bureau. Je l'ai senti dans mes tripes, sa colère, son désarroi, et cela m'a bouleversée. Je crois que j'ai vraiment été convaincue ce jour-là, ce qui m'a poussée à trouver un groupe de psychodrame dès mon début d'installation.

Lorsqu'Annie Bouillon, qui encadre notre groupe avec Jean-Pierre Bachmann, m'a proposé de vous parler de l'apport du psychodrame Balint dans ma pratique, j'ai rapidement accepté, puis j'ai vu ensuite le thème de la journée ... Jeu et enjeux de la rencontre avec le patient en 2024 ... À ce moment-là, je me suis sentie coincée : qu'y a-t-il de spécifique dans la relation de soins en 2024?

L'après covid, les nouvelles technologies... certes. Mais je tournais en rond, car pour moi, en 2024, la relation avec le patient, n'a pas grand-chose de différent de la relation avec le patient en 2017 lorsque je me suis installée... ou plutôt si, mais c'est l'apport du psychodrame Balint qui me l'a modifiée, et pas le monde extérieur.

Dans l'argument de la journée, il y a la notion de contraintes nouvelles, mais aussi de nouveaux enjeux. Et bien moi je ne suis pas tout à fait d'accord... la relation entre le soignant et le soigné occupe toujours la place centrale dans ma pratique, même si elle a beaucoup évolué.

Initialement, le psychodrame balint, pour moi, c'était vraiment pour comprendre, et me sortir de relations de soins dans lesquelles je me sentais piégée, sortir de l'impasse en quelque sorte.

Je vais vous présenter, à travers deux histoires de patients, comment le psychodrame me permet et m'a permis, malgré la situation actuelle de la médecine de ville à Grenoble, de continuer à pratiquer mon métier avec plaisir, même dans les situations les plus difficiles .

Je vais tout d'abord vous parler de Mme Madeleine O., une patiente avec laquelle j'étais littéralement « coincée », déjà en 2019, à cause de la pénurie de soignants.

J'allais la voir uniquement en visite à domicile car elle ne sortait pas de son lit, mais elle passait son temps à m'insulter lorsque je venais, à me traiter de « médecin de merde ». Je vous avoue avoir eu très envie de la laisser changer de médecin, mais je savais qu'elle n'en trouverait pas d'autre qui vienne à domicile comme moi, étant donné que les médecins du quartier ne prenaient déjà plus de nouveaux patients. Il fallait donc que je trouve une solution pour continuer à aller la voir sans que cela me coûte !

J'ai donc présenté cette patiente, Madeleine O, à mes collègues du psychodrame....

Madeleine, 94 ans, avait un sacré caractère.

Elle vivait seule dans un appartement en centre-ville de Grenoble au premier étage sans ascenseur, n'avait pas d'enfants, n'avait pas été mariée. Elle avait seulement deux nièces, qui s'occupaient d'elle, mais qui commençaient à fatiguer. Elle avait de lourds problèmes de santé, qui ne lui permettaient plus de sortir de son lit. Elle était aussi quasiment aveugle, mais entendait très bien !

Elle avait régulièrement été hospitalisée les années précédentes, notamment pour des infarctus à répétition. Elle avait même réussi, et je ne savais pas cela possible, à se faire bannir de plusieurs services de l'hôpital, dans lesquels elle avait violenté des soignants. En effet elle avait mordu un interne en médecine lors de son dernier passage à l'hôpital !

Bref, Madeleine, un sacré caractère... .

Elle n'était pas connue que de l'hôpital, mais aussi des pompiers, qu'elle appelait parfois jusqu'à 30 fois par jour ... pour discuter !

Sa nièce avait fini par la priver de téléphone.

Pour l'anecdote, elle avait un traitement qui lui faisait perdre du potassium. Nous étions donc contraints de lui en donner en gélule afin de compenser cette perte. Normalement, cela nécessite des prises de sang régulières, qu'elle refusait systématiquement. Elle m'expliquait qu'elle ressentait exactement si elle avait besoin de prendre ses gélules de potassium, et combien, selon les jours. Autant vous dire que cela me laissait plus que perplexe... Figurez-vous que les rares fois où nous arrivions à faire un contrôle, son taux de potassium sanguin était absolument parfait !

Nous avons joué plusieurs scènes, dont une remontant à deux années en arrière au début de mon exercice, puis celle dans laquelle elle m'avait traité de médecin de merde...

Le jeu du psychodrame avait été révélateur, flagrant.

À la place de Madeleine, obèse, aveugle, dans une pénombre permanente, allongée sans pouvoir se lever, seule, sans aucune autre occupation que manger, j'ai ressenti sa détresse, son isolement, son désir que cette jeune docteure puisse s'intéresser à sa vie, plutôt qu'à ne considérer que son corps lourd et vieilli dans ce lit.

Pendant le jeu, j'ai pris conscience qu'au fond je ne savais rien d'autre d'elle que des données purement médicales... Je ne savais rien de sa vie, du métier qu'elle exerçait, des quelques photos accrochées aux murs de sa chambre ...

Grâce au psychodrame Balint et à l'apport de mon groupe, j'ai réalisé que si je voulais retrouver de l'intérêt dans cette relation, il fallait que je l'investisse.

Lorsque je suis retournée la voir en visite à domicile, j'ai pris une chaise, je lui ai demandé l'autorisation de m'assoir près de son lit, et je lui ai dit que j'aimerais apprendre à la connaître. S'en est suivie une longue discussion, pendant laquelle elle a pu m'expliquer qu'elle avait travaillé toute sa carrière comme couturière dans une maison de lingerie... qui aurait pu penser qu'elle ait donné dans la dentelle ! Elle a pu exprimer ses inquiétudes, ses peurs notamment du noir dans lequel elle se retrouvait de plus en plus plongée du fait de la baisse de sa vision. Elle m'a raconté toutes les photos aux murs, ses parents, ses sœurs... .

J'ai pris le temps, je l'ai écoutée, et notre relation n'a plus été la même. Dire qu'elle me recevait avec bonheur serait probablement exagéré, mais les insultes ont disparu, et les choses se sont apaisées. Elle ne m'a pas mordue !

J'ai réussi à lui faire remettre le téléphone, à lui donner des comprimés pour aider à lutter contre ses angoisses, et elle n'a plus appelé les pompiers ! Elle est morte paisiblement dans son lit un an plus tard.

.....

Lorsqu'Annie Bouillon m'a demandée de vous parler aujourd'hui, j'ai su immédiatement qu'il fallait que je vous parle de Léopoldine.

Pour être parfaitement honnêtes avec vous, cela a été très dur à écrire. J'ai dû sans cesse faire des pauses, et reprendre l'écriture quelques jours plus tard.

C'est une situation très dure, mais mon groupe de psychodrame m'a tellement aidé que le partager avec vous aujourd'hui m'a semblé une évidence.

Au début de ma pratique, il me semblait que le psychodrame Balint était assez « codifié », que nous faisions un peu toujours le même schéma, avec une présentation du cas, puis que nous rejoignions une scène un peu ancienne pour retrouver une scène plus récente qui avait posé problème. Cela impliquait donc de ne pas présenter une personne qu'on ne serait plus amenée à suivre. Ce samedi-là, dans mon groupe de psychodrame, je n'ai pu faire autrement que de parler de ce bébé.

Elle s'appelait Léopoldine.

Je l'ai vue en tout et pour tout quatre fois, pour les visites de suivi mensuelles habituelles.

Cette petite a été désirée par ses parents pendant très longtemps... Elle est arrivée après 10 ans de tentatives échouées, fausses couches en tout genre, et finalement procréation médicalement assistée. Je ne connaissais pas très bien ses parents à l'époque, que j'avais vu seulement quelques fois et dont j'étais le médecin traitant.

Tout se déroulait à merveille avec Léopoldine. Elle faisait le bonheur de sa famille. Elle avait d'excellentes interactions, souriait beaucoup. Sa croissance était parfaite, ainsi que son développement psychomoteur. Elle commençait à se retourner, avait très envie de bouger !

Lors de la consultation du 4^e mois, sa maman m'a exprimé ses inquiétudes par rapport au fait qu'elle arrivait parfois à se mettre seule sur le ventre, et que ce n'était pas conseillé par rapport au risque de mort subite du nourrisson. Léopoldine n'arrivait pas encore à se retourner du ventre sur le dos. J'ai tenté de la rassurer en lui disant que de toute façon il n'était pas possible de passer la nuit éveillée à la regarder pour la remettre sur le dos !

Après le congé maternité de sa maman, elle a été gardée par une assistante maternelle avec d'autres enfants. Il s'agissait d'une dame d'une quarantaine d'années avec une grande expérience.

Un matin, dans ma salle d'attente comble d'une matinée sans rendez-vous, j'ai vu ses parents, assis sur une banquette, en larmes et prostrés, sans Léopoldine. C'était l'hiver, j'ai pensé que Léopoldine devait être hospitalisée pour une bronchiolite.

Lorsqu'ils sont entrés dans mon bureau, ils se sont assis face en face de moi, l'un à côté de l'autre, puis la maman de Léopoldine a dit : « Docteur, c'est fini », avant d'éclater en sanglots.

Le père, Bakari, m'a alors expliqué que Léopoldine était décédée la veille, dans l'après-midi, lors de sa sieste chez la nounou, à 4 mois et demi de vie.

La nounou l'avait couchée dans son lit à la sieste, et lorsqu'elle était retournée la voir un peu plus tard, elle l'avait retrouvée sur le ventre, inconsciente. Elle avait alors appelé les secours, mais la petite fille était décédée.

J'ai écouté les parents, je leur ai fourni des arrêts de travail, des somnifères. Puis je suis allée m'effondrer dans les bras de mon associé dans notre salle de pause. Je ne voulais plus faire de pédiatrie. J'étais convaincue d'avoir laissé passer quelque chose. D'avoir loupé une pathologie cardiaque grave ou autre...

J'ai reçu secondairement le résultat de l'autopsie, qui concluait à une mort inattendue du nourrisson.

J'ai regardé à quelles formations de pédiatrie je pouvais m'inscrire, quels livres il fallait que je rachète pour me former encore...en réalité j'étais terrorisée à l'idée de revoir un enfant, de louper quelque chose.

Je voulais laisser la pédiatrie à mes collègues...

Mais j'ai parlé de Léopoldine à mon groupe de psychodrame... qui a partagé ma peine, a pleuré avec moi. Notre observatrice, Simone, a évoqué la fille de Victor Hugo, morte noyée, qui lui a inspiré un recueil et avait cité ce poème :

*« Demain, dès l'aube, à l'heure où blanchit la campagne,
Je partirai. Vois-tu, je sais que tu m'attends.
J'irai par la forêt, j'irai par la montagne.
Je ne puis demeurer loin de toi plus longtemps.*

*Je marcherai les yeux fixés sur mes pensées,
Sans rien voir au dehors, sans entendre aucun bruit,
Seul, inconnu, le dos courbé, les mains croisées,
Triste, et le jour pour moi sera comme la nuit.*

*Je ne regarderai ni l'or du soir qui tombe,
Ni les voiles au loin descendant vers Harfleur,
Et quand j'arriverai, je mettrai sur ta tombe
Un bouquet de houx vert et de bruyère en fleur. »*

Puis Jean Pierre Bachmann, qui animait cette séance, m'a fait rejouer une consultation d'un petit garçon du même âge, Noé, que j'avais vu la semaine d'avant.

Dans le jeu du psychodrame, j'ai retrouvé le plaisir que j'éprouve lorsque je réalise des consultations de suivi en pédiatrie.

J'ai retrouvé mes réflexes, les gestes justes, les mots pour les parents. J'ai réalisé que l'important était là, dans la relation, et non pas dans les connaissances livresques.

Je suis repartie apaisée, confiante. La tristesse était toujours là, bien sûr, mais le désir de faire de la pédiatrie était de nouveau présent ...

Ce jour-là, j'ai aussi appris l'existence de Léopoldine, fille de Victor Hugo morte noyée à 19ans avec son mari. Je n'ai pas réussi à lire le recueil ce jour-là, mais c'est maintenant, à l'heure où j'écris ses lignes, que je le découvre. Je découvre la beauté des vers dans la souffrance d'un père.

C'est à travers ces deux situations, personnelles, bien différentes l'une de l'autre, que j'ai essayé aujourd'hui de vous démontrer comment le psychodrame Balint me permet de rester vivante, et d'avoir du plaisir dans mon métier.

Récemment, un de mes collègues qui vient de débuter le psychodrame Balint m'a questionnée. Il m'a dit qu'à chaque consultation il s'interrogeait, sur comment il pourrait en parler au groupe, et ce que ça pourrait lui apporter. Il voulait savoir si je ressentais la même chose !

Son questionnement m'a surprise et poussée à réfléchir...

Pour moi, le psychodrame Balint est présent au quotidien, dans toutes mes consultations, mais je ne le vis pas comme une contrainte, au contraire, c'est plutôt un compagnon confortable, une présence rassurante à mes côtés !

Merci pour votre attention

*** Médecin généraliste
Grenoble**

Tryptique de relations

ou

où se loge la relation

Ysé Coulondre *

Introduction :

Pour traiter cette question des enjeux de la relation, trois situations me sont venues à l'esprit.

La première une relation apparemment peu investie de ma part comme des patients, mais qui nous remue et m'impacte.

La deuxième une relation profondément investie de ma part et investie chez la patiente aussi, pour un résultat final apparemment nul.

La troisième une relation étrange, que l'on pourrait qualifier de toxique, mais qui, traitée et assumée dans un cadre psychothérapeutique clair, se révèle moteur de changement.

Les deux premières sont issues de ma pratique de pédopsychiatre de liaison en onco-hématologie pédiatrique, la troisième de ma pratique privée de psychothérapeute.

Je vais donc vous les exposer une à une puis les discuter.

Le cas de Stella :

Stella, 11 ans, a une tumeur de la moelle épinière qui tourne mal, ne répond pas au traitement après un début plus encourageant.

Sa mère est une jeune femme courage, a eu deux premières filles avec un homme qui n'a plus de contact avec elles, Stella est la cadette des deux, sa sœur est une adolescente. Stella a aussi un jeune demi-frère, dont le père a également quitté la mère et présente peu de soutien (la situation du garçon est suivie par le Service de protection des mineurs).

Cette mère élève efficacement ses trois enfants, a un travail de secrétaire avec des responsabilités. Elle ne nous demande rien, fuit plutôt les efforts pour l'approcher. Comme Stella, elle est polie, mais décourage gentiment les

approches. Le système semble auto-suffisant et ne demander qu'à ce qu'on fasse correctement le travail médical, en les laissant en paix sur le plan relationnel.

Lors de l'entrée dans la maladie, une collègue a effectué l'évaluation initiale, tenté de nouer un lien qui ne s'est pas concrétisé. Ensuite lors de la rechute, la collègue avait changé de service et je reprends la référence, mais j'évite de m'imposer, restant en deuxième ligne.

Le binôme médecin et infirmière de soins palliatifs est en charge et assume les entretiens.

Stella n'est jamais hospitalisée, on tente de tout faire ambulatoirement. La seule personne présente auprès de Stella et sa mère est le frère jumeau de la mère, célibataire sans enfant, bien impliqué avec Stella. Depuis la rechute Stella n'arrive plus à aller à l'école, ses activités sont réduites et elle a des douleurs de positionnement. Stella comme sa mère, n'ont aucune envie de rencontrer le psy. Notre collègue médecin est préoccupé car il n'arrive pas à savoir si elles sont pleinement conscientes du pronostic sombre à court terme, ce qui complique aussi la communication de directives claires en cas d'urgence.

Je serai amenée à voir une fois cette mère directement, lui parler au téléphone une fois et ne verrai Stella que 15 mn de toute notre relation.

La première fois je m'impose à la mère, la prenant seule, pour éclaircir certains points à la demande du médecin. C'est là que j'apprends son histoire : elle a été adoptée avec son frère jumeau par des parents, selon elle, particulièrement peu doués pour être parents. Elle a rapidement appris à être auto-suffisante, son frère en difficulté étant

celui qui attirait toute l'attention de la mère adoptive.

La mère a cherché de l'aide pour les deux frère et sœur de Stella, l'un est vu à l'OMP et l'autre par le psychologue scolaire. Elle se rend parfaitement compte de la situation médicale et Stella est au courant, ainsi que sa fratrie, mais elles n'en parlent pas plus.

Il est très difficile de savoir ce que pense Stella, qui cherche à beaucoup épargner son entourage et est très secrète, même pour sa mère. Nous parlons avec la mère du décès de Stella, elle apprécie que je lui décrive toutes les options, les complications, ce qui la soulage (pas moi !).

Nous discutons de ce que nous pouvons faire pour elles. Elle me demande de lui donner à la mort de sa fille des adresses pour traiter son deuil, car là sera le pire. Elle me demande aussi de garantir que nous nous occuperons, avec le SPMI, de communiquer le décès de Stella au moment venu à divers personnes (dont les pères des enfants) et de préciser que personne ne doit la contacter. Elle ne pense pas avoir besoin de me revoir.

Seule l'infirmière de soins palliatifs, spécialiste en bavardages, manucure et autres activités avec Stella quand celle-ci est en policlinique, arrive à être en contact avec elle.

Je suis appelée pour un entretien avec Stella qui refuse obstinément la pose d'une perfusion nécessaire à sa réhydratation de façon urgente. La mère épuisée de tenter de négocier avec Stella me laisse la place.

Je découvre une fillette recroquevillée dans son lit, fluette, la nuque raide qu'elle ne peut pas poser, les mains comme de petites serres d'oiseau serrant la couverture, le regard noir perçant, un peu méfiant. J'explique qu'on peut renoncer à certains soins avec la possibilité que cela raccourcisse sa survie si c'est ce qu'elle désire mais que je dois m'en assurer.

Stella ne veut pas qu'on hâte sa fin pour fuir la souffrance mais finit par me dire qu'elle ne veut pas de perfusion pour l'anniversaire de son chat le lendemain. Nous finissons sur un compromis boiteux d'attendre 24h pour la perfusion, en bricolant l'hydratation.

Je rappelle la mère une autre fois suite à une venue très douloureuse de Stella en policlinique. Après un contact téléphonique au sujet de symptômes inquiétants, les médecins ont insisté pour que Stella vienne être évaluée en policlinique. Le trajet en voiture lui a entraîné des

douleurs intolérables, elle a refusé d'en sortir et a hurlé aux médecins et infirmières tentant de l'extraire du véhicule : « Laissez-moi mourir, laissez-moi tranquille ». La mère est révoltée.

J'expose nos limites, le fonctionnement des médecins et des soins.

Elle comprend mieux notre fonctionnement et nous préparons clairement ensemble le cadre des prochaines semaines.

La mère, même si elle accepte mon contact email au cas où, ne tient pas à me revoir, Stella sera à la maison, ne viendra plus si possible en polyclinique, les soins palliatifs collaboreront étroitement à distance avec le service infirmer à domicile.

Elle décèdera dans les bras de sa mère, accompagnée par l'infirmière à domicile, dans une sédation palliative, quelques semaines plus tard.

Durant ces semaines d'attente, j'ai des nouvelles par mes collègues et même si je ne travaille pas sur ce cas, il reste visiblement à l'arrière de mon esprit.

Je fréquente toutes les deux semaines dans mes loisirs un atelier d'écriture généraliste, durant cette période je me retrouve à écrire ceci :

Consigne de l'atelier d'écriture :

« Tout à coup j'ai la légèreté d'un papier qui s'envole, que le vent emporte avec lui. Je... »
Poursuivre ce texte, vous avez 20 mn d'écriture.

Tout à coup j'ai la légèreté d'un papier qui s'envole, que le vent emporte avec lui. Je vois les visages graves, soucieux. Ils courent, ils s'agitent. Pourtant je le sais, ils s'y attendaient. Ils ont persuadé mes parents d'enlever les alarmes. Je préfère ainsi, ce tintamarre d'alertes me fatiguait.

On aurait dit un concert de réveille-matins de plus en plus déglingués.

J'ai envie de leur dire de ne pas s'inquiéter, que je flotte légère dans la pièce.

Cette pièce si connue et en même temps étrangère. Il y a cette porte coulissante du sas si apte à se bloquer quand quelqu'un passe, avec son œil rond de verre. C'est la chambre 5, décor jungle où un fauve improbable, qui rappelle ma fidèle Capsule, me contemple du mur d'en face au milieu d'un entrelacs végétal où des souris jouent à Tarzan. Il y a la bassine en émail de la toilette qui trône sur le chariot avec ses linge pliés. Il y a le

lit à côté du mien où mes parents dormaient à tour de rôle et le fauteuil d'où ils me lisaient le dernier livre. Il y a le mur percé de tuyaux, la bonbonne. Il y a cette baie vitrée qui ne s'ouvre jamais mais donne sur le jardin. Dans les jeux une petite fille monte sur l'espèce de wagon sous l'œil attentif d'un papa. Plus loin un enfant rit dans la balançoire pneu. Dans le bac devant ma fenêtre les bulbes pointent leur tête. Quelques jonquilles se balancent timidement. De l'autre côté de la rue retentit la sonnerie du cycle, les ados retardataires courent.

Ne soyez pas si tristes. Je l'ai été, je ne le suis plus.

Quelque chose s'envole et c'est moi. Pourtant c'est aussi moi couchée là. Ce lit qui fut si souvent ma prison pendant des mois. Plus personne ne me retient prisonnière.

Ne pleurez pas, je vous en prie.

Mais ils ne m'entendent pas, je vole. Ils ne me voient pas ou ne voient plus que moi, qui ne suis plus vraiment moi.

C'est donc cela, cet instant de grâce, fugitif et tenu où l'on est là sans plus y être. Ils me font tant de peine. J'aimerais les remercier de m'avoir libérée, malgré leur réticence. Tous les enfants s'en vont un jour mais pas comme ça, c'est vrai. Et pourtant c'est là mon destin, je l'ai accompli.

Ils peuvent être fiers d'eux, j'ai envie de leur dire. Accompagner son enfant, l'élever et le lâcher. J'ai fait mon chemin mais là il s'éloigne.

Même Jean-Hugues, l'infirmier qui rentre, a l'air bouleversé et Pitya, mon interne préférée, me regarde avec un étrange sourire crispé en posant une dernière fois son stéthoscope sur ma poitrine.

On s'est bien battu tous, cela a été dur mais là j'aborde le rivage de la tranquillité. A chacun sa voie, la mienne va désormais vers le haut.

Adieu je vole, j'ai la légèreté d'un papier que le vent emporte.

Ceci pour illustrer un peu ce qui nous « reste » comme soignant des situations croisées. Ce texte cumule des aspects de nombreux enfants connus et déposés en moi au cours de ma carrière, mais sortira ce jour-là.

Le cas de Juju :

Juju nous est arrivée à 3 mois, et elle a quitté le service près de 2 ans après. Autant dire qu'elle fut un peu « notre bébé ». Juju avait une leucémie du nourrisson à fort mauvais pronostic. Elle a eu chimio, greffe de cellules souches, thérapie génique... de rémissions en rechutes. A ma connaissance elle se porte actuellement bien et sera considérée comme guérie d'ici quelque temps. Juju est une des petites filles les plus résilientes que j'ai connue, tant physiquement que psychologiquement. Dès le début elle s'appliquait à soutenir l'adulte en face d'elle afin que celui-ci la soutienne !

Un des problèmes de Juju est son contexte familial et la relation dont je vais parler est celle que je noue avec sa mère.

La mère de Juju a 22 ans, elle a décidé de changer de genre, adoptant le nom de Matteo. Le « père » de Juju a 15 ans de plus qu'elle, est à l'AI (assurance invalidité), suivi pour un trouble psychiatrique (probablement psychotique compensé) connaît la mère depuis qu'elle était à deux mois de grossesse de Juju (fruit d'une relation transitoire).

Auprès de Juju il y a tous les matins son grand-père maternel, et ses parents environ 1h30/j dans les environs de midi... puis rien.

Donner un rendez-vous à cette mère est désespéré, il faut l'avoir à l'affût. Pour l'approcher, je la guette, me glisse dans la chambre quand elle y est, je joue avec Juju puis engage doucement la conversation avec la mère.

Habituellement ceux qui parlent et s'affirment sont le grand-père et le père, la mère est en retrait derrière eux.

En l'apprivoisant progressivement, j'apprends son histoire.

Un des premiers chantiers est son nom, tous les soignants disent à Juju « ta maman... »,

d'autant plus que la mère, même si elle est souvent dans des joggings un peu informes, est plutôt féminine si elle s'apprête. Je lui demande comment l'appeler par rapport à sa fille. « Comme ma fille le décidera ! ».

Oui mais Juju a 4 mois et ne peut guère se charger de cela. En attendant il faudrait que nous adultes désignions sa mère par un mot qui lui convient.

« En tout cas pas maman ! éventuellement comme mon père m'appelle, Matt ou Matouille ».

Je choisis Matt et l'impose à l'ensemble de l'équipe et au dossier.

Matt est renommée pour sa violence physique, ses crises clastiques à l'extérieur, mais ici elle me rappelle un oiseau tombé du nid et répond plutôt bien à l'étayage.

Elle est peu là mais quand elle est là toujours adéquate avec sa fille, maternante, prenant vite nos suggestions de positionnement, d'activités...

Elle me raconte son histoire : sa mère mauricienne, a épousé un Suisse et est venue avec une fille d'un premier mariage. Avec cet homme, le grand-père de Juju, elle a eu deux jumelles, Matt et sa sœur.

Cette mère a sombré dans une pathologie psychiatrique, Matt se la rappelle couchée sur le canapé dans l'obscurité, assommée de médicaments, ne s'occupant plus des jumelles. C'est la demi-sœur ainée qui prend le relais.

Quand Matt a 9 ans, lors d'une dispute, la mère menace de se jeter par la fenêtre et le fait (une erreur de calcul, elle glisse, selon la version familiale), se tue.

Les jumelles sont évacuées chez la voisine au moment de l'événement.

Le père élève seule les filles. Matt est assez vite en perdition à l'école, placée transitoirement, mis en centre de jour psychiatrique pour adolescents, prend des toxiques, fait des tentatives de suicide. Au sortir de la dernière à 16 ans, il se dit : si j'ai survécu alors là je fais ma transition.

Ava devient Matteo.

Jamais suivi, il prendra quelques hormones au noir, se réfugie près de la communauté trans, s'y

trouvant un mentor. L'affirmation de sa transidentité est le seul sujet où Matt devient disert. Il est chassé de chez le GP pour sa violence, habite avec son compagnon.

Chez le GP, appartement historique de la famille, il y a actuellement : la sœur de Matt, ses deux enfants 1 et 3 ans, dont l'ainée a un trouble de l'oralité tel qu'elle a une PEG (gastrostomie d'alimentation), son compagnon mauricien, (tout le monde au chômage sauf le GP gardien de nuit), une co-locataire du GP qu'il a recueilli car sans domicile, avec sa fille de 12 ans, un chien et un perroquet... La demi-sœur vit indépendamment avec son mari et est enceinte.

J'accompagne Matt et l'équipe pour s'accepter mutuellement tels qu'ils sont, bataillant pour convertir mon service à l'accompagnement à bas seuil.

On met en place des bénévoles tous les après-midis pour s'occuper de Juju.

Matt nomme toujours à Juju : « papa » pour son compagnon. Mais personne ne nomme Matt...

Le compagnon/père est très régulier dans ses visites, Matt dépend de lui pour les trajets, mais le père est souvent délégué seul si Matt ne peut venir.

Par contre ce père de cœur, plein de bonne volonté, est très démunie dans l'interaction, les efforts d'étayage et de modèle marchent peu, il est souvent vide, opératoire, ne cherchant qu'à faire dormir au plus vite Juju.

Le couple est souvent en tension, Matt à l'agression son compagnon en opposition passive.

Les épisodes de violences conjugales deviennent de plus en plus évidents, Matt frappant son compagnon qui arrive avec des lunettes noires cachant un œil au beurre noir, des griffures et des explications étranges. Le grand-père envahit le personnel soignant avec des vidéos des crises de Matt, tournés par le compagnon... Nous arrivons à le diriger vers le SPMI (service de protection des mineurs).

J'ai l'impression d'avoir noué une relation de confiance avec Matt, il ne m'évite jamais, je lui lis mes rapports pour le SPMI avant de les envoyer et après avoir lu le résumé d'observation il me dit touché « c'est une des choses les plus justes qu'on ait écrit ».

Je sais que ces parents sont bien mal armés, mais en même temps je vois leur attachement à Juju, qui est réciproque et je ne désespère pas d'arriver, si Juju survit, à une solution où ils pourraient s'occuper partiellement d'elle, avec un gros soutien de réseau. En attendant, Juju est bloquée chez nous car nous n'avons pas assez de garantie fiable pour la laisser partir quelques jours entre deux chimios vu son état de fragilité.

Quand Juju a 7 mois nous apprenons la grossesse de Matt, de son compagnon actuel. Les services sociaux interviennent suite à une dispute violente où Matt a aussi pris un coup, tentent de séparer le couple.

Matt est mis en foyer mère-enfant puis aura un appartement à lui permettant à chacun d'être chez soi. Ça calme pour un temps puis ça reprend.

À un an la garde de Juju leur est retirée.

Quand je vois Matt, il est presque toujours possible d'arriver à en faire quelque chose, même s'il faut être gentiment contenant un moment pour calmer les tensions. Nous pouvons parler du fait qu'indépendamment du genre choisi, Matt est mère de ses enfants, ce qui est un vécu distinct de celui d'un père.

Suite aux auditions du TPAE (Tribunal de protection de l'adulte et l'enfant), ils acceptent de consulter en thérapie de couple (fortement soutenus par moi).

Mais peu à peu Matt est plus souvent absent, malade, seul son compagnon est dans la chambre.

Sa grossesse avance, Juju a 15 mois à Noël quand naît sa petite sœur.

Matt n'arrive pas à se séparer du bébé, ne vient plus voir sa fille, seul le père est présent, mais avec une grande pauvreté dans l'interaction.

Sous notre pression le SPMI permet à Juju quelques permissions d'une journée à domicile (un peu chahutées) pendant les 4 premiers mois de l'année.

Matt reçoit en plus un diagnostic de maladie de Crohn.

Février mars : emploi du temps quotidien de Juju, qui a été transférée au service des BB (hors onco) pour « hospitalisation sociale » : 2h le grand-père le matin, environ 1h du père avec la petite sœur, occasionnellement avec Matt (moins d'une fois par semaine) et 4-5h de bénévoles.

Fin avril le père s'enfuit de la maison avec la petite sœur, après des coups de Matt, appelle la psychologue du pôle périnatal qui suivait la

situation, celle-ci les accompagne pour hospitaliser la petite sœur, dans le service où est Juju.

Ce bébé est difficilement calmable, dans un état d'hypervigilance constant, moins en forme psychique que n'était Juju au même âge. Si le père continue à venir régulièrement, toujours un peu perdu, Matt passe rarement, en coup de vent, surtout vers le bébé, est en retrait ou devient tendu, revendiquant violemment.

Je n'arrive plus à le voir et n'arrive pas à renouer suffisamment par téléphone pour maintenir la relation.

Le bébé sera placé en foyer à l'été, tandis que Juju, à cause de l'immunosuppression des traitements ne peut être dans une garde collective, et reste à l'hôpital.

Elle partira en famille d'accueil dans le canton de Fribourg en novembre, à 2 ans et 1 mois, sans que je n'aie de contact avec Matt depuis plusieurs mois, sans pouvoir clore et lui rendre quelque chose de tout l'investissement que j'ai eu.

Le cas de Lancelot :

Lancelot a 17 ans quand il vient me consulter, c'est sa mère qui a pris le premier RV, disant qu'une amie de son fils l'a avertie d'idées suicidaires il y a quelques mois, ce que Lancelot a nié, mais actuellement il reconnaît être déprimé et est d'accord de consulter.

Lancelot est un grand jeune homme, le visage en lame de couteau, toujours sombre, avec un air de bandit calabrais, portant parfois avec panache des habits recyclés et customisés par ses soins.

Il est parfois défoncé, parlant laborieusement.

C'est un jeune très intelligent, avec une excellente culture, qui cultive son aspect mauvais garçon et psychopathe, à l'entendre il a déjà pas mal d'expérience en cela. Il exhale un désespoir intense et froid, se regarde avec un détachement cruel. Il analyse tout autour de lui, surtout les réactions des autres, avec un regard quasi clinique de profileur. Il fait une école professionnelle d'art.

Il me touche vu sa détresse et j'établis un contrat avec lui, il viendra deux fois par semaine.

Mais en même temps j'éprouve lourdement son côté manipulateur et son emprise.

Les premières semaines je me retrouve à l'avoir constamment en tête. En séance il m'épie, m'observe, prédit mes réactions, lâche : « plus tard je ferai comme vous je laisserai peu de trace sur internet... ».

J'ai l'impression qu'il s'est glissé sous ma peau, comme un parasite irritant. Inquiète de ma réaction je me demande si je dois continuer le suivi car j'en deviens presque persécutée.

Dans cette réflexion, ce qui me sauve est une référence au travail du prof Roussillon, parlant du medium malléable en la personne du thérapeute.

Je me dis que Lancelot est atteint dans ses relations très précoces, et qu'il agit avec moi comme un bébé qui « manipule » les objets pour commencer à aborder le monde extérieur, les mord, les jette, les tape.

Je ne dois pas me sentir visée personnellement, il cherche juste à établir mes propriétés d'objet. Il faut donc que j'accepte de me laisser manipuler tout en qualifiant tout en verbalisant la réaction : ça fait mal, ça inquiète, ça accroche.... Sans vouloir faire beaucoup plus.

Cela me permet miraculeusement de récupérer quelque chose de mon espace et ma stabilité. Même si Lancelot, qui vient scrupuleusement à tous nos RV, perturbe souvent ma tranquillité d'esprit. Il fait des équivalents suicidaires, boit énormément, se scarifie profondément, frôle le décrochage scolaire, menace de passer à l'acte.

Il a le droit de m'atteindre par e-mail en cas d'urgence, et il va souvent m'envoyer des messages sombres plus ou moins cryptiques, parfois lapidaire : « Madame, j'ai envie de me pendre » surtout durant mes absences ou quand il est ivre.

J'opte toujours pour lui répondre, nous sommes quelques fois à la limite de l'hospitalisation mais il se ravise au dernier moment, acceptant des pactes pour rester ambulatoire.

Je reste systématiquement dans le partage de responsabilité avec lui : je lui soumets mes hypothèses, mes diagnostics, mes inquiétudes à son sujet, en expliquant ce qui m'amène à le penser.

Je prends très au sérieux toutes ses allégations, ses demandes et ses propositions quant à son traitement, même si je ne suis pas forcément de cet avis, je propose de tester, d'évaluer...

Selon les périodes j'hésite sur son devenir diagnostic : épisode dissociatif, préoccupations anorexiques, psychopathie...

Lancelot lui, a décidé qu'il était bipolaire, cela nous amène à des discussions diagnostiques, qu'il lance en fin de séance et que je reprends à la suivante, à l'aide de photocopies surlignées du DSM3 de ma part.

J'expose le diagnostic cochant les cases : borderline. Je pousse cette attitude participative « à jeu ouvert » beaucoup plus que d'habitude et ne le cadre presque pas (sauf fréquence des RV).

Je me contente de préciser que je n'apprécie pas ou que ça m'inquiète.

Lancelot a un jumeau et un frère ainé. Son jumeau a eu des problèmes physiques qui ont entraîné une hospitalisation durant ses 6 premiers mois en soins intensifs. Lancelot est celui des deux qui allait, qui défendait ce jumeau un peu pierrot de la lune qui attendrissait les adultes mais dont les enfants se moquaient.

Quand ils ont 6 ans les parents se séparent, en garde partagée, Lancelot éprouve la violence d'un père débordé et l'épuisement d'une mère qui veut compenser.

Depuis sa petite enfance, pour se bercer et s'endormir, Lancelot ne rêve que de mort : soit de tuer son père, soit de sa mort à lui.

Il a prévu d'arrêter sa vie au maximum à 30 ans.

La séduction, la manipulation et la sexualité sont les seuls moyens de se sentir vivant, avec le dessin.

Après 3 ans de travail, Lancelot a pu commencer à s'éloigner de moi, mais il a fallu que ce soit en ratant des séances, pas en les espaçant, pendant longtemps.

Il reste un grand borderline mais n'a plus de moment de dépersonnalisation, il a pu arrêter tous les médicaments, il boit par à coup mais moins intensément et comme il dit, fait face à la dépression « comme un adulte » c'est-à-dire il fait avec...

Il se plaint de ne pas être compris ou entendu, d'avoir peu de gens à ses côtés, mais s'efforce d'en prendre soin.

Il a renoncé à se tuer ou tuer son père, capable d'utiliser les bons côtés de celui-ci sans penser « être une pute ». Et pour moi, c'est devenu en général plus reposant d'être en face de lui.

Dans ces conditions on voit comment une relation d'ordre tout-à-fait pathologique, avec des éléments pervers, peut être travaillé avec un cadre psychothérapeutique strict pour se protéger tant extérieurement qu'intérieurement.

Discussion :

On peut remarquer la différence d'aboutissement dans les trois situations.

Dans celle de Stella, l'aspect inéluctable est évident, mon intervention brève tente juste de moduler certaines conditions « pratiques » pour améliorer le « confort » des soignants et de la patiente et sa famille, de façon ponctuelle et focalisée, mais ne modifie rien au scénario prévu.

La brièveté et le peu d'échange réalisé au total me laisse avec un reste difficilement négociable qui jaillit hors du cadre en quête d'élaboration.

Avec Juju, on pourrait dire que c'est du quasi-inéluctable, vu l'anamnèse. Je m'inscris dans un temps plus long, une relation investie dans la durée, j'espérais qu'avec le temps qui nous a été donné, avec le hasard du destin qui a laissé Juju en vie, malgré ces clones leucémiques qui ressurgissaient encore et toujours comme les têtes de l'Hydre de Lerne, nous arriverions à sauver les éléments de parentalité qui marchaient en compensant le reste par un placement partiel.

J'ai dû accepter de voir ces parents rendre les armes, cette mère abandonner en grande partie la relation à sa fille ainée et constater que mes efforts et la relation réelle, de cette mère, tant avec moi qu'avec sa fille, n'avait pas fait le poids.

Je suis soulagée de voir Juju heureuse, se développant bien dans sa famille d'accueil et sais qu'elle y est mieux qu'ailleurs, mais me reste en tête la dérive de Matt, qui pouvait accepter la main que je lui tendais mais jamais la tenir.

Avec Lancelot on peut mettre la coche dans pronostic : susceptible d'amélioration.

Même si le doute m'a souvent tenaillé, et que je remercie qu'il ne se soit pas tué « par erreur » dans ses conduites suicidaires, il a été sensible au pari que je faisais sur lui et l'a utilisé.

Dans les trois cas il y a un aspect violent dans ce qui est à vivre par les patients et les soignants.

Dans les deux premiers, les violences de la vie : celle de la maladie, la mort, la souffrance d'un enfant, avec le rappel des violences subies par leurs mères enfants.

L'abandon, les vœux de mort, la maladie mentale avec des aspects dissociatifs et pervers, la violence envers soi-même ou l'autre dans les deux derniers.

Ceci contribue au sentiment de trop plein qu'ils créent chez le soignant. Celui-ci déploie comme il peut ses tactiques pour le gérer.

Dans le premier cas, même si je me repose fortement sur une équipe, je me sens assez seule, vu la brièveté de mes interventions, pour digérer la chose.

Dans le cas de Juju, l'insertion au long terme dans une équipe, la tenue d'un dossier comme une sorte de journal, les échanges avec les collègues psychothérapeutes qui peu à peu interviennent autour m'aident à avancer, et le temps m'est donné pour évoluer.

Dans les deux premiers on voit l'importance des facteurs extérieurs avec un rôle assigné au thérapeute par toutes ces instances : contexte hospitalier, juridico-social...

En opposition, même si j'ai participé à des réunions de réseau avec son école et ses parents, une relative solitude mais un contrat clair nous engageait l'un à l'autre pour Lancelot.

Du coup un créneau d'action différent m'est laissé dans chacune. Les situations, même psychothérapeutiques, en médecine générale, auront probablement plus à voir avec le contexte des deux premiers cas.

Tandis que le troisième cas parle d'un cadre de psychothérapie au sens strict, qui donne l'appui pour tenir et élaborer. Un tel patient n'aurait pas du tout pu être manié de la même façon dans les cadres hospitaliers par exemple.

Mais en définitive, il y a quelque chose qui va se jouer, se nicher dans la relation entre la mère de Stella, la mère de Juju, Lancelot et moi (quelque chose qui a à voir avec l'espace transitionnel de Winnicott).

Dans la relation, c'est-à-dire dans un lieu qui n'est ni à moi ni à eux totalement mais où il y a une partie d'eux, une partie de moi, qui ne laissera indifférent ou indemne aucun des deux partenaires.

Ce lieu dont il faudra récupérer ses billes à la fin concrète de la relation, billes qui en sortiront toujours un peu modifiées.

Stella et sa mère semblent avoir récupéré les leurs, c'était moi qui étais plus en rade.

Matt n'aura jamais repris ses billes et continuera de dériver pour l'instant, Lancelot semble capable d'en récupérer et d'en bénéficier. C'est là pour moi l'enjeu de la relation.

* Médecin pédopsychiatre
Genève

HORS RENCONTRES DE L'AIPB

Deux interventions lors de la Journée (des animateurs et animateurs en formation) de l'Association de Formation Balint à Paris le 30 mars 2025

Y-a-t'il une méthode Balint d'animation des groupes

Guy Even *

Le titre de mon intervention est : Y-a-t'il une méthode Balint d'animation des groupes ?

Il s'agit donc d'un titre qui porte résolument le projecteur sur l'animation, sur le fait de savoir si, en plus d'installer le dispositif de travail Balint que vous connaissez, mais aussi en plus d'énoncer les règles et de veiller au respect du cadre, l'animateur utilise dans la conduite des groupes quelque chose que l'on peut qualifier de « méthode » ?

Dans une conférence, Andrew Elder, ancien président de la Fédération Internationale Balint après avoir fait le constat « qu'il semble y avoir tant de façons différentes de conduire un groupe Balint », demande : « y-t-il un ensemble de concept de base Balintiens qui forment pour notre travail un cadre conceptuel avec lequel nous sommes tous d'accord ? ». Il poursuit en posant une question : « Tout travail de groupe qui se focalise sur la relation médecin malade est-il un travail Balint ? ».

De façon parallèle à ce que dit Andrew Elder, en reprenant l'argument de notre journée, on peut, partant du constat : qu'il y a « tant de façons différentes de conduire ou d'animer un groupe Balint », se demander s'il y a une méthode commune derrière nos différentes façons d'animer nos groupes.

Avant d'entrer dans le développement de cette question, je vais commencer avec 2 citations, qui portent sur la notion de méthode.

. La première est la définition que le philosophe André Comte Sponville donne du mot méthode dans son dictionnaire philosophique.

Méthode : « ensemble de règles ou de principes, rationnellement expliqués et ordonnés, en vue d'obtenir un certain résultat ».

. La deuxième citation est celle d'un philosophe américain réparateur de moto, Matthew B. Crawford qui parle de « l'illusion sous-jacente à la notion de « méthode ». Cette illusion, « est l'idée qu'il suffit de suivre une procédure pour trouver ce que l'on cherche sans besoin d'une longue immersion pratique dans un champ d'investigation » p 192¹

Dans le mouvement Balintien, il est courant de dire que « Les Balints ont peu écrit sur leur approche personnelle de la conduite des groupes », donc peu écrit et communiqué sur la méthode d'animation.

Cependant, dans son chapitre du Médecin, le Malade et la Maladie portant sur la formation, Balint nous dit pas mal de choses sur la conduite des groupes. Alors j'ai relu ce chapitre en ce sens, essayant de voir si on pouvait là y trouver une méthode au sens définit par Comte Sponville.

Balint nous dit donc (là je vais répéter des choses que vous connaissez) ceci :

1) Que ce qui est « le plus important », est que l'animateur mette en place un climat propice aux échanges : « une atmosphère qui autorise certains silences et donne à chacun le temps de trouver ce qu'il pense vraiment ou ce qu'il veut vraiment dire »

. Pourquoi est-ce important ? Parce que, dit Balint, « il faut une atmosphère libre et amicale pour que le présentateur d'un cas puisse

¹ Matew B. Crawford. Contact. La découverte. P 192

accepter qu'un comportement diffère... de celui qu'il voulait avoir ».

2) Il invite aussi l'animateur à utiliser essentiellement le contraste² entre les points de vue des participants, à utiliser « la horde des frères (on peut aussi dire le groupe des frères et sœurs) plutôt que le transfert sur le père (l'animateur) ». Je cite « Nous utilisons la relation médecin-leader du groupe très parcimonieusement » .

. Pourquoi ? Parce que cette relation transférentielle à l'animateur tend automatiquement, pour Balint, à orienter le participant vers du thérapeutique pour lui plutôt que vers la formation et risque ainsi de le « sortir de sa place de médecin ayant la responsabilité de soigner ses patients ».

3) C'est pour la même raison, nous dit-il que « Les interprétation des transferts et contre-transferts du médecin ont été par nous délibérément limités ».

4) Il s'agit aussi d'« essayer d'éviter dans toute la mesure du possible l'atmosphère toujours très tentante « enseignant-enseigné ». . Pourquoi ? Parce l'objectif est « d'ouvrir aux médecins les possibilités de découvrir par eux-mêmes des bonnes techniques pour traiter les problèmes du patient » plutôt que « de prescrire la bonne technique »,

5) Il est aussi « essentiel que le leader du groupe s'efface et s'abstienne d'exprimer ses propres commentaires (et critiques) avant que chaque membre ait eu largement – et plus que largement- l'occasion de le faire ». Essentiel qu'il ne « devance » pas trop les participants.

. Pourquoi ? Parce que les devancer intellectuellement ou émotionnellement en le montrant « crée une atmosphère de supériorité-infériorité préjudiciable dans la formation ».

6) En fait, dit Balint, « Le comportement du leader du groupe est (peut-être) le facteur le plus important ».

. Pourquoi : Parce si l'animateur « trouve l'attitude correcte à adopter, il enseignera plus

par son exemple que par toutes les autres méthodes combinées » ; son exemple ? c'est-à-dire : « un type d'écoute » que le participant va apprendre dans le groupe pour ensuite le pratiquer avec ses patients »³

7) De quel type d'écoute s'agit-t-il ? Une écoute sensible à ce qui se passe, consciemment et inconsciemment dans la narration du cas et dans le groupe. A la fois celle que l'animateur va adopter dans le récit du cas en le considérant « comme quelque chose d'analogue au texte du rêve manifeste », à décrypter donc⁴, et l'écoute que l'animateur va avoir dans son rapport au groupe où « les pensées secondaires du rapporteur et les critiques et commentaires du groupe qui l'écoutaient sont évalués comme des associations libres ». Et où « les émotions qui se produisent chez le rapporteur comme dans son auditoire sont considérés et acceptées comme les expressions de processus inconscients activés par le contenu du rapport ».

J'arrête ici la liste, mais il y a bien d'autres choses dans ce riche chapitre.

Alors, avons-nous là quelque chose que nous pouvons qualifier de « méthode » au sens que donne Comte Sponville à ce mot ?

Et bien je dirai que oui, car nous avons là :

- un ensemble de règles ou de principes s'articulant les uns aux autres⁵

- qui pour chacun est rationnellement expliqué par Balint (à chaque principe est associé son explication, son « pourquoi »)

- ceci en vue d'obtenir un certain résultat.

Mais il est à noter que sous la plume de Balint, plusieurs résultats apparaissent. J'en cite quelques-uns : « devenir un meilleur médecin, ayant approfondi sa compréhension des problèmes de ses patients et ayant acquis une capacité plus grande à les aider » ; former les médecins à un type d'écoute qu'ils « apprennent et ensuite pratiquent avec leurs patients », les « aider à augmenter leur sensibilité à ce qui se passe,

² : « Ce que nous utilisons le plus souvent, c'est le contraste entre les méthodes individuelles d'un médecin et celles de ses collègues dans le groupe »,

³ « La technique que nous préconisons (pour l'animation) se base exactement sur le même type d'écoute que nous souhaitons que les médecins apprennent et ensuite pratiquent avec leurs patients »

⁴ Comme l'est pour le médecin la parole du patient

⁵ Et en ce sens ordonnés même si leur succession dans le temps n'est pas définie en un premièrement, deuxièmement, troisièmement, ...

consciemment et inconsciemment, dans l'esprit du patient lorsque médecin et patient sont ensemble » ; susciter « une modification minime quoique considérable de la personnalité » ; « former les médecins généralistes à la psychothérapie ».

Ces divers résultats, on peut aussi les considérer comme des objectifs, traversent me semble-t-il toute l'œuvre médicale de Balint, mais sans qu'il s'attarde beaucoup à les distinguer les uns des autres⁶.

Or s'il y a d'importantes passerelles et liens de continuité entre ceux-ci, il me semble que l'on peut cependant penser qu'ils nous renvoient sur des niveaux d'ambition et de profondeur de formation différents. Ainsi je dirai que le dispositif Balint et la méthode d'animation qui lui est associée, ont la capacité de produire deux résultats :

- un qui s'adresse à tous les praticiens : devenir un meilleur médecin, améliorer la relation médecin malade,
- et un qui vise à former les médecins ou du moins certains d'entre eux, à la psychothérapie ou au travail psychothérapeutique avec leurs patient, à optimaliser l'impact psychothérapeutique de leur intervention.

Revenons à la méthode Balint d'animation des groupes telle que je l'ai résumée en 7 points. Alors nous n'allons pas animer des groupes en nous disant que nous allons appliquer ces 7 points comme un « programme réglant à l'avance une suite d'opérations à accomplir », autre définition de la méthode du Vocabulaire technique et critique de la philosophie, de Lalande.

Cependant il me semble que chacun d'entre nous, avec son style, sans se dire forcément qu'il suit une méthode, intègre ces principes à son animation. Et ceci parce qu'ils nous ont été transmis, par « une longue immersion pratique dans un champ d'investigation ». Et d'ailleurs, quand dans un post groupe nous nous interrogeons sur notre animation, n'est-ce pas, entre autres chose ce que nous faisons : confronter ce qui s'est passé dans le groupe, ce que nous avons fait, à la méthode⁷. Avons-nous, par nos attitudes et interventions favorisé une atmosphère propice aux échanges ? Avons-nous pu nous abstenir d'exprimer nos propres commentaires avant les membres du groupe ? Nous sommes-nous laissé embarquer dans un rapport enseignant-enseigné, dans un trop d'interprétation ?...

La méthode, autre citation tirée du Lalande, c'est aussi : « ce qui signale certain errements à éviter en vue d'atteindre un certain résultat ».

Cette méthode Balint d'animation des groupes, les successeurs de Balint y ont apporté depuis des compléments.

Il s'agit donc d'autres éléments de méthode qui sont venus enrichir celle de base.

Compléments sur lesquels je vais passer rapidement, par manque de temps, mais parmi lesquels j'ai quand même envie de citer :

Pour nous déjà un certain nombre d'apports provenant de l'expérience du travail en grand groupe, initié par Michel Sapir, tel que nous le pratiquons à Annecy ou dans les séminaires.

- Je pense à l'apport des travaux psychanalytiques sur la dynamique inconsciente groupale développés par Bion et dans le mouvement analytique après Balint, apports auxquels l'expérience du travail en grand groupe nous a sensibilisé et rendu particulièrement attentifs.

- Je pense au fait - installé en nous par l'expérience de la gestion du micro par les animateurs du grand groupe - de demander au présentateur de se taire un peu, de souffler, d'écouter le groupe, ceci sans l'exclure.

- Je pense à l'habitude des discussions post groupe entre animateurs, au fait d'être plusieurs (deux au moins) à travailler sur nos interventions, sur leur sens et leur impact, à nous interroger sur notre propre contre-transfert et fonction apostolique sur nos mécanismes de défense...

A cette liste j'ajouterais

- Le fait de prêter une attention particulière aux émotions éprouvées par l'animateur dans son corps. A ma connaissance, Balint n'en parle pas pour l'animateur. Il nous indique cependant ce chemin quand il parle des sentiments et émotions que le médecin éprouve dans la relation au patient comme d'une information sur ce dernier.

- Je citerai aussi le fait de recentrer sur le cas, comme élément de méthode. Comme dit Michel Sapir, l'animateur « ne laisse qu'en apparence se dérouler librement la discussion. Il évite les digressions et aboutit par ses interventions à ce que le rapporteur se

⁶ Ce qui peut être source de débats pour ses successeurs : formons-nous les participants à la relation ou à la psychothérapie ?

⁷ A concevoir dans le sens que lui donne E. Morin : si « dans la perspective classique, la méthode n'est qu'un corpus de recettes, d'applications quasi

mécaniques, qui vise à exclure toute initiative du sujet », dans la « perspective complexe... », la méthode nécessite stratégie, initiative, invention, art. » E Morin. La méthode de la Méthode. Actes Sud, p 373.

souvienne d'un tas de détails omis et apporte de nouvelles informations au groupe » ... et, ajoute-t-il, « lorsque les membres du groupe essaient de théoriser les informations obtenues, il les (en) empêche ».

- L'utilisation du processus miroir, c'est-à-dire le repérage par l'animateur que la position du groupe par rapport au rapporteur du cas reproduit parfois celle du médecin par rapport à son patient et peut ainsi éclairer leur relation. Ça non plus, on ne le trouve pas chez Balint.

Une fois de plus j'arrête trop tôt la liste.

Alors, je ne voudrai pas conclure ce plaidoyer en faveur de la méthode sans ajouter que dans l'animation d'un groupe Balint, la méthode, bien évidemment, n'est pas tout.

- La méthode en effet ne commande pas les mouvements d'identification et de désidentification de l'animateur au rapporteur du cas. Ces deux mouvements nécessaires à « la compréhension et à l'utilisation de cette compréhension » (Balint)
- La méthode ne permet pas de « sentir ce que l'autre peut supporter », de répondre à la question : « jusqu'où peut-on aller sans provoquer de perturbation grave et jusqu'où faut-il aller pour obtenir une modification valable » comme disait Michel Sapir.
- La méthode ne suffit pas enfin à nous rendre attentif aux mots, aux lapsus, à ce que l'on ressent du rapporteur, à utiliser les idées et associations qui nous viennent, à décider si là on doit intervenir, ou si là il vaut mieux ne pas le faire.

Pour tout cela, c'est la subjectivité, la personnalité de chacun, avec son expérience de la vie, du métier de soignant et de l'animation, avec sa formation, notamment analytique qui vont venir s'articuler au dispositif et à la méthode d'animation Balint.

Et c'est aussi de ce qui est en plus ou en excès de la méthode, avec elle plutôt puisque venant s'y associer dans l'animation, qu'Annie va nous parler en évoquant l'esprit Balint.

*** Médecin généraliste
Paris**

L'ESPRIT BALINT

Annie Bouillon *

Il faut beaucoup d'humilité pour parler de l'esprit Balint !
Ce serait presque aussi difficile que d'essayer
de faire sentir ce qu'est l'amour
à des personnes pourtant naturellement disposées à l'accueillir.

Ce serait comme essayer de se saisir de ce quelque chose
Qui ne se laisse pas attraper facilement par des mots
Mais qui nous parlerait à nous tous
Quelque chose que nous aurions éprouvé
Que nous aurions ressenti
Soit parce que tombés dans le chaudron d'Annecy
Soit parce que mis à nu, bousculés lors d'un séminaire
Et qui nous aurait mis en chemin,
Conduits
En sentant confusément
Que par là
Nous étions entrés dans une sphère
Dans laquelle allait s'amorcer une ouverture
et s'opérer une transformation
de notre être professionnel
Et pas seulement
Disons que c'est par cette face là
Que nous avons matière à élaboration et partage entre nous
Dans la réalité la plus concrète de nos vies.

Arthur Trenkel à qui Jean Pierre Bachmann avait demandé dans le cadre d'une journée de l'AIPB de parler de l'esprit Balint avait répondu dans sa communication que : « ...le plus urgent (lui) semblait de réfléchir à l'ouverture liée au nom de Balint et de ne pas laisser s'ensabler progressivement le départ de jadis... ».

Et il évoquait son souci de « la vie propre de cet enfant particulier et quelque peu sauvage, nommé groupe Balint, qui les avait tellement enthousiasmés en leur temps »

Et il disait que ce souci, qui le préoccupait depuis le décès de Balint, allait en s'intensifiant de nos jours ... »

Ce souci, je le cite, « vise à sauver l'originalité de ce travail face à toute sorte de tentatives d'adoption, en particulier face à celles

qui se comprennent comme aide au développement de l'enfant « tout en lui procurant sa place légitime dans les écoles ».

Ce qui lui paraissait menacé c'est précisément cet esprit Balint, qu'il associe au Vivant-Ouvert.

Il me semble que la question que Guy a mise au travail pour cette journée aujourd'hui entre nous vise précisément à revenir sur la vie de cet « enfant quelque peu sauvage » que décrit Arthur Trenkel. En quoi et comment il reste vivant tout en évoluant à travers nos pratiques et nos associations.

Toujours avec l'aide de la pensée et de la présence en moi d'Arthur Trenkel dont vous aurez bien compris qu'il fut de ma part l'objet

d'un transfert magnifique, d'une relation comme un trait d'union vivant avec Balint et avec la trace que j'ai pu en incorporer dans ma réflexion et exercice d'animatrice se constituant au fil de si nombreuses années.

Je vais essayer de vous transmettre avec une lecture légère ce que j'ai relevé de ce qu'il décrit comme constituant l'esprit Balint et (que l'on ne s'y méprenne) qui en somme en fait le fondement.

L'essentiel de l'esprit Balint se laisse désigner, dit-il :

« Comme un changement de perspective dans la personne du médecin comme un déplacement de l'intérêt d'une vision générale vers un regard particulier qui n'est plus indépendant de l'espace subjectif, permettant ainsi un regard correspondant vers le vécu de l'autre ».

Et comme l'écrit Balint :

« Les évènements et les mouvements dont il s'agit sont extrêmement subjectifs et personnels, souvent à peine conscients. Ce changement est décisif chez le médecin car s'appuyant sur ses ressentis, son imaginaire il lui permet en quelque sorte un meilleur usage de « ses propres antennes » dans l'espace intersubjectif pour trouver l'accès au monde intérieur du patient ».

« Cette perspective relationnelle personnalisée ouvre la voie à un potentiel spécifique qui ne peut être enseigné ni appris selon une méthode ou une technique dans le sens usuel des mots » précise Arthur Trenkel, « pas de travail au tableau noir », pas de rapport de maître-élève mais « un savoir-faire-être qui s'acquiert par la découverte de faits pas toujours plaisants et de ses propres limites ... »

Dans cette optique l'esprit Balint serait le mouvement « de soignants vers une incorporation (dans leur propre corps) plus consciente afin de rester soi-même dans leur fonction professionnelle en affinant leur perception et imagination face au soigné ».

Balint a beaucoup insisté sur le fait de trouver « son propre chemin », de « jouer avec ses propres cartes », en résumé de se défaire des idées toutes faites, pour, à travers l'attention portée au singulier, au particulier, se saisir de ce

vivant, de ce vif qui se découvre en soi, chez l'autre.

Arthur Trenkel rajoute et cette formulation m'est très précieuse : « La perspective relationnelle est subversive dans la mesure où elle prend au sérieux la réalité intérieure individuelle ainsi que la perception de sujet à sujet sans se référer à des critères donnés. Notre perspective est subversive du moment qu'elle situe dans un domaine spécifiquement humain, le vivant primordial avant toute doctrine sur la vie. »

Si je me réfère à ma propre expérience je dirai que cet esprit Balint se constitue petit à petit, non sans provoquer des résistances, engendrant des bouleversements dont on ne sort pas indemne. Après le passage par l'école, la pression des études et de la vie professionnelle « ce n'est pas si simple de sortir des chemins battus de protection jalonnée » pour accueillir une autre perception...

Mais, mais, avec le sentiment que ce changement de perspective opère une ouverture qui est une chance d'explorer et de retrouver ses besoins fondamentaux, engendrant le plaisir d'une meilleure écoute des besoins fondamentaux du patient !

Et l'esprit Balint dans mon animation ?

Me voilà convoquée par Guy, en un lieu plus personnel dont je pourrai dire qu'il doit beaucoup à des années de fréquentation d'Annecy, à cette modalité d'interdisciplinarité où l'on se confronte à la pensée des collègues et à une absorption de valeurs, que je pourrais nommer comme, respect, dignité, indépendance, responsabilité... de sa parole, de celle d'autrui.

Cela participe-t-il de l'esprit Balint ?

Oui, sans doute, il me semble que dans l'animation c'est une vigilance, une attention à la présence, à la parole de chacun.

Sinon ce que je vais dire est bien connu de tous, accueillir sans présupposé la présentation d'un cas, sans se laisser formuler au dedans trop de pistes (sa formation de psychanalyste), et dans le même temps entendre et mettre quelque part l'information sans la traiter dans un premier temps, pour y revenir par la suite.

Être curieuse de ce qui va émerger, de cette personne, de détails, de l'écho dans le groupe, en moi, chez le co animateur que je connais bien et dont je suis le déroulement des interventions avec intérêt.

Laisser surgir des images, des associations d'idées, monter de drôles de trucs qui traversent le corps qui vont prendre le chemin d'une pensée et peut être donner matière à proposition.

Confiance en la compétence du groupe au travail, en sa propre assise professionnelle. Travail d'animation et esprit Balint en quelque sorte

Il y aurait tant à dire, mieux ...plus !

À vous de compléter avec votre sentiment de l'esprit Balint quand vous animez...participez.

Alors survient ce quelque chose de fugace, qu'on ne peut saisir, qui s'échappe. Ce quelque chose que j'évoquais en tout début de mon propos, et qui faisait référence en nous sans bien l'identifier à l'esprit Balint

Je crois pour ma part qu'il tient beaucoup d'une perception, d'un éprouvé, de la trace d'un émerveillement.

Le groupe est au travail autour d'un cas, on a bien œuvré, chacun avec sa psyché, ses associations, son talent...sa compétence.

L'inconscient c'est quand même notre ressort !

Et voilà que se dessine comme une arabesque dont on voit apparaître les contours.

Madeleine Joss dans une communication comparait ce moment à celui où le négatif de la pellicule laisse apparaître progressivement le motif de la photo.

Un nouveau sens apparaît ...se construit sous nos yeux intérieurs.

Et ça c'est ineffable

On a avancé avec un cadre, parce qu'on a mis un commun ensemble une compréhension nouvelle s'est dégagée, du vivant a été saisi.

C'est si subtil !

Je vous remercie, à vous l'esprit Balint !

*** Psychologue, Psychanalyste
Grenoble**

INFORMATIONS

Liste des animateurs en exercice en 2025

International

JEAN-PIERRE BACHMANN	15 rue des Sources, 1205 Genève jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53
CHRISTIAN BOURDY	christian.bourdy@sympatico.ca	00 41 22 800 34 30
YSÉ COULONDRE	ysecko@bluewin.ch	00 15 14 38 14 241
SUZANNE DÉJOIE	887 rue Dollard Outremont, H2V3G8, Montréal Qc, Canada suzdej933@gmail.com	00 32 10 22 24
DANIEL DURIGON	daniel.m.durigon@gmail.com	00 41 78 200 42 10
PHILIPPE HEUREUX	ph.heureux@skynet.be	
LOUIS LEPAGE	Louis.lepage@icloud.com	
ALMUT NAGEL-BROTZLER	Hermann-Beuttenmüller-Strasse 14, D-75015 Breten Allemagne kontakt@nagel-brotzler.de	00 49 72 52 9745 576
ESTI RIMMER	Newcastle st_rimmer@yahoo.co.uk	00 39 033 540 22 48

Liste des animateurs en exercice en 2025

France

MICHÈLE BONAL	27 chemin du vieux Moulin 31850 Montrabé docteur.bonal31@orange.fr	06 86 41 63 85
ANNIE BOUILLOU	333 chemin de Plate-Rousset 38330 Biviers annie.bouillon@wanadoo.fr	06 61 13 94 91
CAROLINE DAUCHEZ	caroline.dauchez@gmail.com	06 15 96 36 79
CHRISTIANE D'OLIER	1 impasse de la Tramontane 34725 St André de Sangonis. xianedolier@yahoo.fr	04 67 05 03 75
MARIE HEYMAN	6 Halgault 35590 Saint Gilles marie.heyman@gmail.com	06 82 63 73 64
MARIE NOELLE LAVEISSIÈRE	4 rue de l'Armorique 75007 Paris mnolaveissiere@gmail.com	06 63 99 98 12
HENRY NACCACHE	69 bis rue Centrale 38070 St Quentin Fallavier henrynaccache@wanadoo.fr	04 74 94 26 72
NICOLAS NUSSLI	6 avenue des Alpilles 13310 Saint Martin de Crau nicolas.nussli@wanadoo.fr	04 90 47 29 98
SYLVIANE ROSET-JAULT	156 cours Albert Thomas, 69008 Lyon syjauzet@gmail.com	06 22 07 08 46
LUC STEIMER	337 route Neuve, 30120 Le Vigan steimerlc@free.fr	06 81 26 16 81

GROUPES REGULIERS EN 2025 EN FRANCE

BORDEAUX

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

CLERMONT-FERRAND

- Groupe débuté en 2024

Pour tout renseignement joindre les animateurs, Dr Michèle Bonal 06 86 41 63 85 - docteur.bonal31@orange.fr et Dr Henry Naccache henrynaccache@wanadoo.fr

GRENOBLE

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

LYON

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

PARIS

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

PAU

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

TOULOUSE

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

GROUPES REGULIERS EN 2025

HORS DE FRANCE

ALLEMAGNE WEISSACH

- De 18h30 à 21h45. Cinq à six mercredis par an
Contacter Dr Almut Nagel-Brotzler (coordonnées page 74 ci-dessus)

GENÈVE (et proche)

- Groupe destiné aux psychothérapeutes de formation psychanalytique
Un mardi toutes les deux semaines, de 20h à 21h30 pendant la période scolaire.
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann, psychiatre, psychanalyste (SSPsa) et le Dr Daniel Durigon, psychiatre
- Groupe pour médecins somaticiens
Un mardi par mois de 19h30 à 21h, de septembre à juin.
Animé par le Dr Jean-Pierre Bachmann et la Dr Ysé Coulondre, pédopsychiatre, psychanalyste, médecin associée en pédiatrie 022 321 53 53 ou fax 022 321 53 30
Séminaire reconnu par l'Association Romande pour la Formation en Médecine Psychosomatique et Psychosociale (certificat de formation continue, Université de Genève)
- Groupe de Psychodrame dans le cadre de la formation universitaire en psychothérapie psychanalytique (Certificate of Advanced Studies – Université de Genève)
Dix demi-journées par an
Animé par le Dr Ysé Coulondre (détails ci-dessus) et le Dr Nicolas Golay
Clinique de Belle-Idée, Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1226 Thônes

LAUSANNE

- Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint
Dr Almut Nagel-Brotzler et Dr Michel Dafflon

QUÉBEC

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

Des moments à noter sur vos agendas

Les XXXIIèmes Rencontres de l'AIPB

*A l'automne 2026, se tiendront peut-être au Québec, à Montréal.
Surveillez les informations à venir sur notre site www.psychodrame-balint.com*



Les XXXIVèmes Journées Balint de Freiburg (Allemagne)

Les 24 et 25 avril 2026

Contact Dre Almut Nagel-Brotzler (voir coordonnées page 74)



Journées Balint d'Annecy

Dates : du 13 au 16 mai 2026

Lieu : Novotel Atria 1 rue Berthollet 74000 Annecy

Thème : La relation soignant-soigné

Séminaire Balint de formation pour médecins et soignants

Contact :

Dr Sylviane ROSET-JAULT

156, Cours Albert Thomas - 69008 LYON

06 22 07 08 46 - syjauset2@gmail.com



L'AFB (Association de Formation Balint) organise pour les médecins libéraux français des séminaires dans le cadre de la formation continue (indemnisés pour certains, renseignez-vous)

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

Contact :

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



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