

Une expérience de Psychodrame Balint à la faculté Caroline Dauchez*, Hervé Boukhobza**

RÉSUMÉ

[Les auteurs de cet article présentent une expérience pilote menée à la faculté de médecine de Créteil depuis deux ans. Son caractère innovant tient au fait que pour la première fois dans une faculté de médecine en France, des externes peuvent une matinée par mois se libérer de leur stage clinique, en accord avec leur chef de service, pour venir débattre en petits groupes des situations qu'ils rencontrent à l'hôpital auprès de leurs patients. L'originalité de cette expérience tient non seulement à la méthode employée qui s'inspire des groupes Balint, tels que son auteur les a initiés il y a déjà plus de cinquante ans, mais aussi par l'utilisation du psychodrame Balint mis au point par Anne Caïn dans les années 70 aux côtés de Charles Brisset.

Caroline Dauchez, animatrice de psychodrame Balint et membre de l'AIPB (Association Internationale du Psychodrame Balint), en présente, en première partie de cet article, l'histoire, les modalités et les spécificités. Elle retrace notamment comment il fut introduit à la faculté de médecine de Bobigny, où il y est actuellement toujours proposé aux externes sous la forme d'un enseignement optionnel.

Dans la seconde partie, Hervé Boukhobza décrit la première séance de psychodrame Balint qui s'est tenue à la faculté de Créteil. L'analyse de la situation qui a été jouée a permis d'en dégager un ensemble d'enseignements et d'arguments faisant considérer le psychodrame Balint comme une méthode tout à fait originale et prometteuse dans la formation des étudiants en médecine à la relation médecin-malade.]

***Médecin gynécologue, membre de l'AIPB, membre du DER de
Psychologie Médicale de la faculté de médecine de Créteil**

**** Psychiatre, psychanalyste, psychosomaticien, membre du DER
de Psychologie Médicale de la faculté de médecine de Créteil**

Une expérience de Psychodrame Balint à la faculté

I/ La naissance du Psychodrame-Balint. En quoi diffère-t-il du groupe Balint classique ?

C'est en cherchant à dynamiser le groupe Balint parisien qu'il anime que le psychanalyste Charles Brisset propose en 1973 à la psychanalyste et psychodramatiste de Marseille, Anne Caïn, d'appliquer sa technique du psychodrame analytique au sein de ce groupe Balint.

Par ce désir « *d'une relance pulsionnelle grâce à une technique qui remette les choses en mouvement en revivant les situations au sens d'une mobilisation des affects* » (A. Caïn, 1994), est né le psychodrame Balint.

Ce groupe sera tant redynamisé qu'il se poursuivra pendant 10 ans et qu'un certain nombre de ses participants encouragés et formés par Anne Caïn deviendront la première génération des premiers animateurs de groupes de Psychodrame Balint dont François Berton, qui initiera vers 1975 les groupes de Psychodrame Balint auprès des étudiants en médecine à la faculté de Bobigny.

Comme dans un groupe balint classique, pendant les premières minutes d'un nouveau groupe, les participants se présentent. Puis c'est le travail proposé qui est brièvement présenté par les animateurs. Les règles sont énoncées : le travail est exclusivement centré sur des situations professionnelles, le respect de l'anonymat prévaut pour les patients et les soignants que l'on sera amené à évoquer. La discrétion est également de mise vis-à-vis de l'extérieur au groupe interdisant de rapporter nominalement des interventions ou récits des participants.

Michaël Balint proposait aux médecins généralistes de ses groupes à la Tavistock Clinic à Londres de faire le récit de situations professionnelles concernant des patients qu'ils étaient susceptibles de revoir. Nous reviendrons au chapitre III sur cette question particulière.

Au tout début d'un groupe de psychodrame balint, les participants,

comme dans un groupe classique, sont assis en cercle. A la question inaugurale : « *Qui a une situation professionnelle qui lui pose problème et dont il voudrait parler ?* », succède un temps de silence et de réflexion au bout duquel un narrateur propose au groupe son récit, spontané ou construit. L'animateur l'invite alors à se lever...et à "retrouver" à l'intérieur du cercle le patient dont il parle. Il lui est demandé de décrire le lieu de la rencontre et sa temporalité. Ses indications et quelques chaises en guise de décor vont rendre ce lieu "visible". Il faut y placer le patient qui est décrit également. Le présentateur cherche parmi les participants du groupe celui à qui il veut proposer le rôle de son patient. Puis le jeu commence.

A partir de ce moment, le présentateur est invité à ne plus raconter mais à "être dans le jeu". Il prend tour à tour sa propre place et celle de son patient en changeant de chaise, et "dicte" les rôles. Il est l'unique auteur de sa propre reconstitution subjective de la scène. Et quand "le patient" a pris connaissance de son "texte", chacun reprend sa place et les échanges sont joués. Les autres participants peuvent se lever et venir se placer derrière l'un ou l'autre des acteurs de la scène pour livrer au groupe ce qu'ils imaginent du ressenti du protagoniste "doublé".

A la fin de la scène, chacun retrouve sa place assis en cercle et vient le moment de recueillir les commentaires sur ce qui a été donné à voir et à entendre. L'animateur demande à chaque participant ayant doublé d'explicitier son doublage précisant sa compréhension personnelle de la situation jouée mais aussi à quel protagoniste il s'est ainsi identifié.

Le psychodrame Balint se caractérise par la mise en jeu des corps, corps du patient et corps du soignant sollicités dans sa mémoire sensorielle reconstituant un matériel sensitif qui souvent le mènera aux affects enfouis. Il se différencie du jeu de rôle institué par Moreno car le présentateur expose une situation issue de sa propre expérience clinique et non, à aucun moment, de sa vie personnelle.

La technique du Psychodrame-Balint

Le décor et la construction du cadre imaginaire :

Le cadre dans lequel se déroule la rencontre avec le patient fait l'objet d'une attention particulière et spécifique au psychodrame Balint. Y compris dans des "détails" comme la décoration, la luminosité, l'ambiance acoustique, l'espace vaste ou restreint, l'ordre ou le désordre ... tout élément qui "revient" au présentateur, propre à détenir une fonction symbolique que le jeu va peut-être dévoiler.

Le doublage :

Dans le doublage les participants au groupe se placent derrière ou à côté d'un protagoniste du jeu. Ils leur "prêtent" des pensées ou des fantasmes énoncés en *voix off* qui dans leur multiplicité et leur hétérogénéité, offrent au narrateur la possibilité d'une vision modifiée de la situation exposée.

L'inversion de rôle :

Prendre la place de l'autre dans le jeu est pour le présentateur une approche essentielle, source d'enseignements sur le patient, ses mots, son langage corporel, la concordance ou la discordance possible entre l'un et l'autre, la possible difficulté à endosser ce rôle, à s'identifier temporairement à lui. Ce déplacement spatial va permettre au soignant de se voir dans le regard de l'autre.

Le soliloque :

Le soliloque est une sorte d'autodoublage du présentateur qui spontanément ou à la demande de l'animateur, suspend le jeu, pour transmettre ses ressentis, faire écho, s'il le souhaite, à d'autres doublages.

Le corps et le Psychodrame-Balint

C'est bien la mise en jeu du corps qui caractérise le psychodrame Balint. Et cette exposition est à la fois riche et troublante.

Quand l'animateur propose en effet au présentateur de se lever, il se lève avec lui et l'accompagne dans ce début difficile où il s'expose au

regard du groupe, "nu" dans les premiers instants mais bientôt "enveloppé" par le lieu décrit puis par les autres participants : celui qu'il aura choisi pour "être" son patient et les autres qui entreront à leur tour dans le jeu en venant doubler l'un ou l'autre des protagonistes. Tandis que les corps sont mobilisés (on l'entend bien dans les deux sens : celui de la mobilité corporelle et celui de la mobilité psychique), toute une sémiologie sensorielle se déploie : le flux de parole, la tonalité de la voix, les postures, la possibilité ou pas de reprendre les paroles de l'autre, la confusion (*Mais là, qui suis-je ?*), la distance ou la proximité, l'ordinateur qui "fait écran", les mains qui se ratent au moment de la poignée de main, le patient qui tutoie son médecin, ou inversement, l'acteur qu'on a d'abord choisi mais qui n'était pas le bon, il faut recommencer avec un autre, et *en fait, ce n'était pas le soir mais le matin car il faisait jour, et c'est important car ce matin-là ...*

Signes émergents que les participants au groupe et l'animateur vont observer, auxquels ils réagissent éventuellement pendant le jeu par leurs doublages et/ou qui seront restitués après le jeu. A sa convenance, le présentateur choisira d'y revenir, de commenter ... ou pas !

II/ Les premiers groupes de Psychodrame Balint

Intéressé par l'expérience d'introduction du psychodrame dans le groupe Balint de Charles Brisset, Michel Sapir, qui travaillait dans le service de Charles Brisset à l'hôpital Rothschild à Paris, manifeste le souhait que de tels groupes prennent place au sein de l'AREFFS, Association de Recherche d'Etude et de Formation pour la Fonction Soignante, association qu'il a fondée en 1975. Il introduit également les groupes de psychodrame Balint dans les Séminaires de formation à la relation de soin « Franco-Suisses » annuels de Divonne, devenus ensuite Séminaires d'Annecy. Dans ces séminaires de 4 jours, Michel Sapir initie des « grands groupes » inspirés des travaux et des recherches de Michael Balint, à côté de groupes Balint, de groupes de psychodrame Balint et de groupes de relaxation psychanalytique.

En 1995, Anne Caïn fonde l'AIPB, Association Internationale du

Psychodrame Balint qui va regrouper des animateurs francophones de France, d'Italie, du Québec ... , donner corps au psychodrame Balint, proposer des groupes et organiser la formation de nouveaux animateurs.

Aujourd'hui différents groupes existent en France, en Suisse ... (liste consultable sur le site de l'AIPB : www.psychodrame-balint.com), les groupes de psychodrame balint font partie intégrante des formations professionnelles conventionnelles proposées aux médecins libéraux et salariés en France par l'AFB (Association de formation Balint) et sont proposés aux étudiants en médecine dans le cadre d'UV optionnelles dans les facultés de médecine à Rennes, Bobigny, aux côtés de groupes Balint classiques à Paris Descartes, Bichat, Bicêtre.

III/ Les groupes de psychodrame Balint auprès des étudiants en médecine à Bobigny

A Bobigny, le professeur Pierre Cornillot, qui est biochimiste, est nommé doyen en 1968. Il fait le constat qu'environ la moitié des étudiants en médecine seront des médecins généralistes et termineront leurs études sans que la médecine générale leur ait été enseignée et sans qu'ils aient jamais rencontré de médecins généralistes. Il contacte le ministre Edgar Faure et obtient la création d'un département expérimental en "Médecine de Famille". Il lance un appel à une vingtaine de médecins généralistes préférentiellement originaires de Seine-Saint-Denis qui s'investissent dans l'enseignement de la médecine générale pour les étudiants en troisième cycle.

Cet enseignement "inventé" par les médecins généralistes eux-mêmes sera dispensé sous la forme de tables rondes dont les contenus et les intitulés sont très volontairement directement inspirés des formulations des patients (ex.: "la douleur au ventre", "craindre pour son cœur"... etc.). Chaque table ronde enseigne les aspects médicaux des pathologies en cause et les aspects relationnels. A côté de ces tables rondes, sont proposés des groupes de parole et c'est dans ce cadre que le Dr François Berton animera le premier et pendant une dizaine

d'années des groupes de Psychodrame Balint auprès d'étudiants en médecine de troisième cycle en leur proposant de travailler des situations professionnelles rencontrées à l'hôpital ou lors de remplacements de médecins généralistes.

Ce département de "Médecine de Famille" ne résistera pas au remplacement du doyen Cornillot par son successeur. En revanche des groupes Balint se poursuivront sur le mode du Balint "classique" animés par Pierre Gély, Anne-Marie Reynolds et Louis Velluet. Le Psychodrame Balint est à nouveau présent (Dr Caroline Dauchez) depuis 2008 dans l'enseignement optionnel proposé aux étudiants de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année de médecine. Au cours de l'année universitaire 2016/2017, deux groupes d'une dizaine d'étudiants, d'années d'études mélangées, se rencontreront une fois par mois pour des groupes de trois heures.

IV/ En quoi ces groupes d'externes diffèrent-ils des groupes avec des médecins plus expérimentés ?

Comme évoqué au chapitre I, Michaël Balint proposait aux médecins généralistes de son groupe à la Tavistock Clinic à Londres de faire le récit de situations professionnelles concernant des patients qu'ils étaient susceptibles de revoir. Cela s'entendait dans un contexte professionnel de « médecine de famille ». L'idée de Michaël Balint nous paraît être de permettre que la possible modification de la relation de soins induite par le travail en groupe soit mise en œuvre, à l'épreuve de la réalité, et ne bénéficie pas seulement au médecin mais aussi au patient lui-même en question dans le cas présenté.

Assez souvent, c'est dans le cadre d'une rencontre unique que les externes vivent des situations professionnelles qu'ils désirent partager avec leurs collègues, dans les consultations d'urgence, au cours d'une visite du patron ...

De la même façon, leurs premiers stages hospitaliers sont pour la plupart leurs premières confrontations directes avec la mort. Il ne nous semble pas opportun de récuser ces situations particulières au motif qu'ils ne reverront effectivement pas leurs patients !

V/ Une expérience pilote menée à Créteil

Historique

A la fin des années 70 naissait à la faculté de médecine de Créteil une structure qui s'était mise en place en réponse aux difficultés exprimées par quelques étudiants. Ceux-ci craignaient en effet que ce qu'ils apprenaient à la faculté et la formation hospitalière qu'ils recevaient dans les différents services leur octroyaient certes de solides connaissances, mais ne les préparaient guère à l'exercice de la médecine libérale, différente en bien des aspects de la médecine hospitalière, notamment pour celles et ceux qui se destinaient à la médecine générale, et, pour l'ensemble des étudiants, manquaient d'un enseignement et d'une formation à la relation médecin-malade dont ils éprouvaient légitimement le besoin, eu égard aux difficultés relationnelles que leur posait régulièrement la rencontre du sujet malade tout au long de leur apprentissage de la médecine.

Sensible à leur demande, portée par La Vie de l'Étudiant, une des toutes premières associations d'étudiants en médecine de la faculté de Créteil, le Pr Jean-Louis Portos, doyen de cette faculté de 1976 à 1982, y répondit favorablement et confia à Antoine Lejeune, neurologue, chargé alors des relations avec les étudiants, le soin de penser et d'organiser une telle approche. Il contacta tout d'abord des médecins généralistes ayant une solide formation en ce domaine. Se mirent rapidement en place des groupes de 10 à 12 étudiants co-animés au tout début par un binôme de médecins généralistes. Ceux-ci comprirent assez vite que le binôme enseignant gagnait à se composer d'un généraliste et d'un « psy » afin que celui-ci puisse apporter un éclairage sur les différents aspects psychologiques de la relation médecin-malade.

La période d'essai menée depuis l'année universitaire 1977-78 fut concluante. Des cours magistraux en amphitheâtre articulés avec des enseignements dirigés en petits groupes, tous deux obligatoires, furent mis en place dès l'année universitaire suivante (1978-1979) pour tous les étudiants de 2^{ème} année (anciennement PCEM2, actuellement

DFGSM2), de même qu'était proposé pour les étudiants du deuxième cycle un certificat optionnel de psychologie médicale qui, reposant sur le principe du volontariat, attirait des étudiants motivés. Ainsi, sous la houlette des Professeurs Georges Lanteri-Laura, André Bourguignon et André Manus, psychiatres, le Département d'Enseignement et de Recherche de Psychologie Médicale de la faculté de médecine de Créteil vit le jour au cours de l'année 1979-80, tout du moins officieusement. En juin de cette même année eurent lieu les toutes premières rencontres du Département, les vendredi 6 et samedi 7 juin 1980, intitulées Rencontres de Psychologie Médicale de Créteil. Il s'agissait de rencontres inter-facultés qui réunirent ceux qui animaient à l'époque la psychologie médicale dans quelques facultés où elle était enseignée et avec lesquelles nous avons des liens (Bobigny avec Anne-Marie Reynolds et Louis Velluet, Paris VI avec Pierre Cailens, Rennes avec Pierre Guicheney et André Esnault). Elles eurent un franc succès et donnèrent le la aux futures journées du Département dont l'objectif était de faire connaître notre Département de Psychologie Médicale dans un esprit d'ouverture et de transdisciplinarité, sur des thèmes variés mais où l'aspect relationnel était bien entendu privilégié.

Il n'est sans doute pas inutile de préciser que certaines des réunions du futur Département de Psychologie Médicale se firent cette année 80 avec les représentants des étudiants qui firent un ensemble de propositions sur ce qu'ils attendaient d'un tel projet. Propositions dont il fut tenu compte dans une large mesure, à savoir : disposer de lieux de rencontre pour aborder les problèmes relationnels de l'exercice médical, et, pour ce faire, bénéficier d'une formation en petits groupes, tant obligatoires (en 2^{ème} année) qu'optionnels, notamment au second cycle, rencontrer au moins une fois par an les enseignants pour faire le point sur cet enseignement et l'ajuster au fur et à mesure à leurs besoins. Ils étaient également parfaitement conscients qu'il s'agissait bien plus d'une formation que d'un enseignement à proprement parler, et souhaitaient dans ce sens que cette formation à la relation médecin-malade puisse acquérir son autonomie propre et se dégager du

Département de Pédagogie dont elle dépendait jusque là. De même, il ne manquera pas d'intérêt de souligner que la première appellation du Département fut : Département Universitaire d'Enseignement et de Recherche de Psychologie Médicale et de Médecine Omnipraticienne de Ville de la Faculté de Créteil. Tout un programme qui en dit long sur les ambitions initiales !¹ Il fallut attendre quelques années de plus pour qu'en 1984, le 19 octobre précisément, se tienne la première assemblée générale constituante du Département de Psychologie Médicale qui vit officiellement le jour. Elle précisait, en les renforçant, les statuts qui avaient été ébauchés précédemment. Trois axes principaux étaient ainsi définis : l'enseignement, la recherche pédagogique et fondamentale, et une mission de représentation au travers des rencontres du Département.

Plus de 30 ans se sont écoulés depuis cette date. Que de chemin parcouru ! Il serait bien trop long et hors de propos d'en décrire ici le parcours, mais il ne manquera cependant pas d'intérêt d'indiquer comment le dispositif de cette formation s'est mis progressivement en place. Précisons que nos méthodes d'enseignement et de formation se sont affinées au fil des ans, profitant des apports des uns et des autres tirés de nos expériences vécues auprès des étudiants et des réflexions de chacun lors de nos réunions mensuelles en grand groupe qui se tiennent le jeudi soir à la faculté, en général le dernier jeudi de chaque mois. Nous sommes près d'une trentaine d'enseignants, recrutés parmi des médecins praticiens, la plupart généralistes, mais aussi psychiatres ou venus de diverses spécialités, et des psychologues cliniciens, d'obédience essentiellement psychanalytique. Il est à préciser qu'au-delà de la nécessité d'être praticiens, les enseignants doivent avoir acquis une solide formation en termes de relation médecin-malade, et avoir été

¹ Les Départements de Médecine Générale n'existaient pas encore, ils ne devaient en effet voir le jour qu'en 1997. Il est bon de rappeler que l'ouverture de notre département vers les généralistes procédait initialement d'un désir d'offrir aux étudiants un modèle d'identification complémentaire à ceux qu'offrait le monde hospitalier, fidèle en cela à la demande que nous avaient faite les étudiants eux-mêmes lors de la période de réflexion groupale qui marqua la période de gestation du Département.

un tant soit peu sensibilisés à l'existence des phénomènes inconscients, lesquels gouvernent bon nombre de nos conduites, affects et comportements pouvant avoir une incidence notable sur la relation médecin-malade. Beaucoup d'entre eux ont suivi une analyse personnelle et/ou participent ou ont participé à l'animation de groupes Balint.

Pendant plusieurs années l'enseignement et la formation à la relation médecin-malade, qui est l'axe principal de notre action, étaient proposés aux étudiants de 2^{ème} année de médecine. Ils comportaient, et comportent toujours, des cours magistraux en amphithéâtre et des enseignements dirigés en petits groupes animés par un binôme-enseignant composé d'un médecin praticien et d'un « psy », conforme en cela au modèle initial qui avait prévalu depuis pratiquement le début de l'aventure pédagogique. Soucieux d'élargir cet enseignement aux années ultérieures, où les contacts des étudiants avec les patients sont de plus en plus conséquents, nous avons obtenu au milieu des années 90 la possibilité de poursuivre notre formation auprès des étudiants de 3^{ème} année.

Sont alors nés les modules de formation à la relation médecin-malade proposés aux étudiants de 3^{ème} année, complétant ainsi l'enseignement prodigué en 2^{ème} année. Ils reposaient, et reposent toujours, sur la base de groupes d'une vingtaine d'étudiants (8 groupes sont ainsi constitués, pour une cohorte totale d'environ 160 étudiants inscrits en 3^{ème} année dans notre faculté), et sont assimilés à un stage clinique, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas validés par un examen, contrairement aux cours et ED, mais par la participation à l'ensemble des séances et au rendu d'un mémoire en fin de stage. Ils se composent de deux parties, la première est consacrée aux groupes de parole, la seconde, qui lui fait immédiatement suite, est dédiée aux jeux de rôle. Lors des groupes de parole, il est demandé à chaque étudiant de raconter une situation vécue lors de ses rencontres avec les patients ou dont il aura été l'observateur, situation qui l'aura particulièrement marqué et provoqué en lui telle ou telle émotion, tel ou tel ressenti. Ces situations seront ensuite travaillées en groupe. Lors du second module les étudiants sont initiés aux jeux de rôle, où ils prendront tan-

tôt la place du patient tantôt celle du médecin. Ces jeux de rôle sont en partie écrits par les enseignants pour l'intérêt pédagogique qu'ils revêtent, mais aussi écrits par les étudiants eux-mêmes, répartis en petits groupes de travail au sein de leur groupe. Ce travail d'écriture par les étudiants est bien entendu toujours supervisé par le binôme enseignant afin d'éviter des débordements ou des scénarios par trop fantasques et injouables.

Lors de ces premières expériences en jeu de rôle, il est expressément précisé aux étudiants que les situations qu'ils proposent au jeu seront des situations professionnelles certes réalistes mais inventées, en excluant les situations réellement vécues, professionnelles et privées. Cette mise à distance, contrairement au premier module où leur est demandé de faire part d'une situation vécue, se comprend par le fort effet d'identification qu'entraîne le fait de se mettre à la place de et par une plus grande libération de l'émotion que produit la mobilisation des corps, aspect que nous aborderons plus en détail lors de la description du psychodrame balint, et tel que Caroline Dauchez l'a souligné en première partie de cet article. Chaque jeu de rôle est bien entendu suivi d'une réflexion groupale se nourrissant du commentaire des uns et des autres, et conduisant souvent à rejouer le jeu d'une autre manière, enrichie de ces réflexions et faisant évoluer l'ensemble du groupe. Si cette mise à distance n'était pas respectée, nous serions alors dans le psychodrame, au sens thérapeutique du terme, à différencier du psychodrame balint, méthode de formation professionnelle.

Or nous ne formons pas avec nos étudiants des groupes thérapeutiques même si comme nous y insistons régulièrement il existe quoi qu'il en soit une fonction thérapeutique de groupe. Mais il s'agit aussitôt de préciser : au service et au sein de la profession. Il s'agit avant tout en effet de groupes de formation intégrés dans un cursus universitaire spécifique avec des objectifs pédagogiques précis. Cependant cette fonction thérapeutique de groupe au service de la profession nous paraît plus que nécessaire dans l'exercice d'une telle profession que celle de médecin où les enjeux relationnels, tant du côté du patient que du médecin, sont déterminants. Nous verrons tout l'intérêt et

l'importance de cette notion dans le récit de l'expérience que nous vous livrons dans cet exposé. Précisons également que dès les premières ébauches du DER de Psychologie Médicale, la volonté de l'ensemble des membres du département, volonté qui fut précisée dans les statuts, était, et est toujours, de ne pas faire de la psychologie médicale une spécialité médicale de plus proposée aux étudiants mais un lieu où les questions relationnelles, qui traversent l'ensemble des situations médicales rencontrées par les étudiants pendant leur cursus, sont constamment pensées et travaillées. Ce lieu, essentiel, est le seul, comme nous nous plaisons à le leur signifier, où est prise en compte non seulement la subjectivité du patient, mais aussi la leur. Penser au maintien de leur équilibre professionnel, pour ne pas dire équilibre tout court mais nous déborderions sans doute de notre cadre, est en effet un de nos objectifs majeurs. Quand on perçoit aujourd'hui la souffrance de certains étudiants, notamment de jeunes internes, qui sont comme l'ensemble des médecins exposés au burnout, on mesure tout l'intérêt et l'importance d'un accompagnement relationnel centré sur les situations cliniques qu'ils rencontrent tout le long de leur parcours hospitalier.

Revenons à un peu d'histoire : la répartition sur deux ans (2^{ème} et 3^{ème} année) était des plus satisfaisantes même si nous caressions l'espoir d'élargir également notre formation aux années supérieures, celles notamment où ils sont externes et ont un peu plus de responsabilités, nous y reviendrons. Mais survint la réforme LMD (licence-master-doctorat) dans un souci d'uniformisation des études supérieures, afin notamment de favoriser des passerelles entre différents cursus et de les adapter aux standards européens (2002 avec mise en place progressive). Au-delà du plus ou moins grand intérêt d'une telle réforme que nous ne discuterons pas ici, elle eut pour nous des conséquences fâcheuses : notre enseignement fut regroupé uniquement sur la 3^{ème} année de médecine, au sein de l'unité d'enseignement SHS (Sciences Humaines et Sociales) où nous partageons notre enseignement avec

celui de l'éthique². De ce fait, nous avons dû reporter nos cours et ED de 2^{ème} année au 1er semestre de la 3^{ème} auxquels font suite au second semestre les modules groupes de paroles et jeux de rôle. Ce concentré de notre enseignement et de notre formation sur une seule année universitaire pose au moins deux problèmes : le premier est la privation d'un enseignement de psychologie médicale à un moment-clé de leur cursus, puisque dès la 2^{ème} année de leurs études médicales nos étudiants vont être en contact durant 12 semaines avec le monde hospitalier, répartis dans différents services, alors que l'on sait l'importance des premiers contacts avec les patients. Il n'est d'ailleurs pas rare que des étudiants, lors du premier module dédié aux groupes de parole où chacun doit nous faire part d'une situation qui l'a particulièrement marqué, nous livrent une situation vécue lors de leurs stages cliniques de 2^{ème} année. Le second est de réserver cet enseignement, dont on mesure tout l'intérêt à être dispensé tout le long des études médicales, à une seule année universitaire, ne répondant pas de la sorte à un de nos objectifs majeurs : accompagner nos étudiants tout le long de leurs études en leur offrant un lieu de réflexion et de parole sur les situations cliniques qu'ils rencontrent au cours de leurs stages. Nous pourrions en rajouter un troisième : le risque de surcharge d'une matière dont on a bien compris qu'elle gagne à être appréciée des étudiants et non pas rejetée.

² Il est intéressant de noter que la réintroduction progressive des sciences humaines dans les études de médecine fait resurgir une très ancienne tradition où on ne pouvait devenir médecin sans avoir fait ses « humanités », ce qui comprenait au minimum d'avoir étudié le grec et le latin, entre autres. Nous ne résistons pas à vous citer en ce sens une phrase de Georges Duhamel, qui ne l'oublions pas est l'inventeur de la célèbre formule « le colloque singulier », lorsqu'il désigne la rencontre entre un patient et son médecin, attribuée souvent à tort à Michael Balint, voire à quelques autres : «...ce qui m'intéresse d'abord et ce dont il m'importe d'avoir une claire aperceance, c'est ce que je dois à la médecine quant au développement de mon esprit. Je lui dois, tout d'abord, de m'avoir contraint aux études humanistes. Elles étaient obligatoires, en mon jeune temps, pour les futurs médecins et c'était grande sagesse. » Georges Duhamel, *Paroles de médecin*, Monaco, Editions du Rocher, 1946, pp. 58-59.

On aura compris que notre souhait a toujours été de pouvoir proposer notre formation également aux externes (c'est à dire aux étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année). Ce souhait demeura pendant longtemps un vœu pieux. Fort heureusement depuis deux ans, grâce à l'aide et la bienveillance de notre assesseur au doyen, le Professeur Olivier Montagne, sensibilisé de longue date aux aspects relationnels de l'exercice médical, nous avons pu mettre en place une expérience pilote auprès des externes que nous avons baptisée Groupes de Formation des Externes à la Relation Médecin-Malade. Elle repose pour le moment sur la base du volontariat. Son principe, unique actuellement en France à notre connaissance, est d'être intégrée aux stages cliniques des externes. Ceux-ci, avec accord préalable de leur chef de service, sont autorisés à s'absenter de leur service une matinée par mois pour se rendre à cette formation qui se tient à la faculté. Nous avons pu mettre en place, au cours de ces deux années expérimentales, deux groupes d'une dizaine d'étudiants chacun (chiffre que nous avons fixé comme limite par groupe pour rendre cette formation cohérente eu égard à ses modalités de fonctionnement).

La particularité de ces groupes est que pour la première fois, comparativement à ce qu'il leur est proposé en 3^{ème} année, les externes sont invités à faire part d'une de leur situation vécue auprès d'un de leurs patients dont ils ont désormais la charge, au plus près par conséquent de leur expérience quotidienne. Sur les 3 heures dont nous disposons à chaque séance, deux situations sont en général traitées par matinée. Il s'agit donc du besoin qu'éprouve un étudiant de faire part, pendant l'effectuation de son stage, d'une situation qu'il vit avec l'un des patients dont il a la charge et d'en débattre avec le groupe. Respect de l'anonymat, confidentialité, absence de jugement de valeur, non intrusion dans la vie personnelle de l'étudiant, accent porté sur le caractère professionnel de la formation sont autant de règles fondamentales présidant à la tenue de ces groupes qui, précisons-le, sont fixes pendant toute la durée de la formation.

Ces groupes d'inspiration Balint ont des particularités liées à la place professionnelle des externes : Michaël Balint proposait aux mé-

decins généralistes avec qui il avait initié ces groupes d'exposer des situations de relation de soins « en cours » avec des patients que les médecins seraient susceptibles de revoir. L'idée en était de faire bénéficier ce patient-là de la modification du médecin potentiellement induite par le travail en groupe. Cette indication s'entendait dans le cadre d'un exercice de « médecine de famille ». Les étudiants quant à eux bien souvent ne reverront pas les patients qu'ils évoquent. De plus l'expérience a montré qu'il n'était pas possible de faire l'impasse sur des situations de décès des patients, situations souvent inaugurales pour les étudiants alors que dans la majorité des services hospitaliers, ces décès sont intégrés dans la pratique médicale sans que des temps de parole soient offerts aux soignants pour exprimer leurs affects.

Au début de chaque séance, la question est posée : qui veut présenter une situation ? La tenue générale de ces séances est alors telle qu'ils l'avaient expérimentée dans les modules de 3^{ème} année, où peuvent se mêler groupes de parole et jeux de rôle. Une précision toutefois : si, à partir d'une situation présentée par tel ou tel étudiant, un jeu de rôle de cette situation est proposé par le binôme enseignant, lors du module dédié, celui-ci veille à ce que la situation soit jouée par d'autres protagonistes que l'externe qui l'a proposée. A ceci près que l'expérience que nous avons souhaité vous présenter dans cet article diffère sensiblement de ce qui est proposé aux étudiants de 3^{ème} année, puisqu'il s'est agi d'une expérience de psychodrame Balint, où l'externe qui présente la situation expose son propre cas et reproduit devant ses pairs, dans le jeu du psychodrame, les propos des différents protagonistes de la situation. Il va ainsi successivement jouer son propre rôle puis celui des autres intervenants ou, plus précisément, les faire jouer par des participants au groupe. Elle n'a pu être possible et se poursuivre que par la présence dans notre binôme-enseignant d'un des co-auteurs de cet article, Caroline Dauchez, animatrice de l'AIPB (Association Internationale du Psychodrame Balint), posant le problème de la formation des enseignants à cette méthode de travail. Le déroulement de ces séances nous est apparue, tant aux étudiants qu'à nous-mêmes, d'une extrême richesse et à forte valeur formative, laiss-

sant à notre avis des traces pérennes sur l'ensemble des étudiants, car, comme nous allons le voir, une telle mise en scène avec les modalités qui ont été décrites par Caroline Dauchez au début de cet article, fait participer le plus souvent tous les étudiants du groupe avec un fort degré d'implication.

Présentation du cadre

Les séances se déroulent dans une salle de la faculté qui nous est allouée comme à l'accoutumée lorsque nous animons des groupes. Le dispositif est le suivant : les chaises sont disposées en rond, les étudiants et nous-mêmes prenons place après les salutations d'usage. Nous formons un cercle. Il est important de préciser que lors de la 1^{ère} séance nous donnons à nos étudiants des précisions sur la nature de ces groupes, nos objectifs et les règles qui y prévaudront (telles qu'elles ont été énoncées plus haut). Nous avons choisi de travailler en alternance, deux situations étant traitées au cours d'une matinée de 3 heures. Tantôt C. Dauchez commence l'animation du groupe par la méthode du psychodrame Balint, tantôt moi-même par la méthode plus classique du groupe de parole. Nous inversons l'ordre d'intervention d'une séance sur l'autre. Pendant que l'un anime le groupe, l'autre se place en retrait, en position d'observateur. Il se positionne alors en dehors du cercle. Il lui sera demandé à la fin de l'animation de la situation d'apporter son commentaire sur ce qu'il a observé. La situation que nous allons vous présenter est la toute première qui fut travaillée avec notre premier groupe d'externes. Conduite par C. Dauchez selon la méthode du psychodrame Balint, pour la première fois utilisée dans notre faculté, elle eut comme souvent ce caractère paradigmatique et riche d'enseignement des expériences inaugurales, caractère qui ne s'est pas démenti depuis.

La pratique du psychodrame sur maintenant deux années a montré tout l'intérêt d'une telle méthode de travail, tant par le degré d'implication des étudiants qu'elle entraîne que par certaines prises de conscience d'éléments inhérents à la situation que seule aura permis la prise en compte des dimensions spatiale et temporelle, spécifiques,

entre autres, à la méthode. Une autre dimension, à notre avis, et non des moindres, est la mobilité des participants lors de la mise en jeu de la situation, tant celle des étudiants que de l'animateur. Le mouvement y est, en effet, une donnée essentielle. Celle ou celui qui souhaite exprimer en *voix off* une pensée que pourrait avoir tel ou tel acteur de la situation est, en venant se placer derrière lui pour la délivrer, au plus près dans cette opération d'un processus d'identification transitoire et du ressenti qu'elle entraîne, avec en outre les nombreuses inductions que cela provoque chez l'ensemble des participants. Parmi ces inductions, celles que peut susciter l'animateur sont primordiales. De part sa connaissance et sa pratique du psychodrame, celui-ci peut en effet venir à bon escient délivrer une *voix off* derrière tel ou tel des acteurs de la situation, ses interventions valant comme équivalents d'interprétation.

On comprendra que les situations hospitalières échappent le plus souvent au colloque singulier auquel nous faisons allusion plus haut. Plusieurs intervenants sont en effet régulièrement convoqués dans les situations que nous présentent les externes et il nous arrive souvent de jouer plusieurs scènes d'une même situation. Cette présence corporelle auprès des acteurs de la situation et ce turnover permanent des participants allant se placer derrière tel ou tel d'entre eux, donnant parfois l'impression d'un véritable ballet, a selon toute vraisemblance un impact fort sur l'ensemble du groupe, animateurs y compris. Une des figures non moins remarquables est le doublage d'un acteur par lui-même lorsque, voulant exprimer une pensée qui lui traverse l'esprit lors du jeu de la situation, il vient se placer virtuellement derrière lui-même pour venir l'exprimer, différenciant ainsi de manière explicite l'acte et la parole des pensées qui les sous-tendent ou qui les accompagnent. Précisons également que lorsque les scènes sont jouées, on essaie de restituer au mieux possible l'organisation spatiale des lieux et la place et la posture qu'occupait chacun des protagonistes. Il est remarquable d'observer combien ce procédé éveille la mémoire de la situation, notamment émotionnelle, et de certains détails importants qui, sans cette mise en scène, n'auraient sans doute pu émerger. Nous

préciserons, grâce notamment à l'apport des neurosciences, le rôle non négligeable joué par cette disposition des objets dans l'espace (chaise, « lit » représenté par deux chaises, bureau, etc.), permettant notamment de développer un point de vue allocentré. Des données intéressantes liant le mouvement et la posture à l'émotion, dans leur rôle de potentialisation et de régulation, seront également évoquées. On ajoutera enfin qu'alternent dans le dispositif des scènes jouées, des pauses où les scènes sont commentées par l'ensemble du groupe, en donnant d'abord la parole à celles et ceux qui ont joué, et des précisions scéniques en cours de jeu demandées à l'externe qui joue sa situation, lorsqu'elles seront nécessaires à sa compréhension. Elle ou il se mettra alors à la place de tel ou tel acteur, adoptant sa position, sa posture, prononçant les quelques mots que le protagoniste en question aura pu dire, permettant ainsi à chacun de mieux visualiser la scène. Le psychodrame terminé, l'observateur fera part de ses commentaires.

Si bien que le psychodrame Balint s'avère être une méthode particulièrement adaptée au jeu des situations que vivent les externes par la multiplicité des identifications qu'elle requiert. Il ne sera sans doute pas inutile de dire que le développement de cette capacité à pouvoir passer d'une identification à l'autre est au cœur des processus empathiques que nous posons comme une des conditions nécessaires à une bonne pratique médicale, préservant tant les intérêts du patient que l'équilibre professionnel du médecin. A ce point de l'exposé du cadre et de la méthode dont C. Dauchez a présenté les grandes lignes au début de cet article, le moment est venu de vous décrire cette séance inaugurale où fut joué le premier psychodrame Balint à la faculté de Créteil.

Déroulement du psychodrame

Etant donnée la multiplicité des interventions et des doublages, quelques règles d'écriture, somme toute assez simples, sont nécessaires à édicter afin que le lecteur ne se sente pas perdu au milieu de tous ces va-et-vient et de ces *voix off*. Précisons également que lors du jeu d'une scène, un premier mouvement s'opère, celui où on introduit le décor.

Selon les indications apportées par l'acteur principal (l'externe qui joue sa situation) on dispose à l'intérieur du cercle le décor proprement dit (le plus souvent représenté par des chaises), de même que prennent place les différents acteurs désignés par l'externe. Si bien que de légers mouvements s'opèrent afin de permettre au décor et aux acteurs de prendre place au sein du cercle. Précisons également que lorsque la situation dans son ensemble a fini d'être jouée, on replace les éléments qui ont servi au décor à l'extérieur du cercle. L'animateur qui observera le jeu se place en retrait, à l'extérieur du cercle, mais toujours au contact. De la sorte, et pendant que se déroule une scène, il est remarquable que l'ensemble forme un tout indissociable, chaque étudiant assis dans le cercle se levant à un moment ou à un autre pour venir se placer derrière tel ou tel acteur et faire momentanément partie intégrante de la scène. Ce jeu de va et vient mérite quelque commentaire. Ce mouvement circulaire au cours duquel tel étudiant assis dans le cercle observant le jeu d'une scène se lève et vient se placer derrière tel ou tel acteur pour y délivrer sa *voix off*, pour ensuite aller se rasseoir à sa place dans le cercle, s'inscrit fondamentalement au cœur des processus empathiques et relationnels. J'ai proposé dans un récent article la figure de l'anneau de Möbius pour illustrer ce qui se joue dans ce va et vient entre soi et l'autre³. Nous précisons également dans les commentaires l'importance de la spatialité, et notamment du décor, en ce qu'ils interviennent directement dans les processus empathiques.

Règles d'écriture

Il n'est pas simple de rendre le jeu d'une scène où quasiment tous les membres d'un groupe interviennent, avec des doublages multiples en *voix off*. Souvent même plusieurs doublages d'un même acteur se succèdent. Il est également important de pouvoir différencier les doublages et interventions de l'animateur, ceux de l'externe qui joue son propre rôle, les acteurs désignés par l'externe pour jouer la scène, et les autres membres du groupe. Nous avons par conséquent choisi les

³ Hervé Boukhobza, Relation à autrui, empathie, intersubjectivité, *Esprit et Corps* N°3, *La relation, nouvelles perspectives*, deuxième édition, pp. 159-223.

désignations suivantes :

L'externe qui joue sa situation sera nommée **E** (en gras).

L'animateur par ses propres initiales : **CD** (également en gras).

Les acteurs par le rôle qui leur est imparti (Patient, Interne, Chef de clinique, Chef de service, Infirmière, etc.) avec entre parenthèses l'étudiant désigné, par exemple : Patient (D♀).

Les autres étudiants du groupe par les lettres de l'alphabet (A, B, C, D, etc. suivi du symbole ♀ (s'il s'agit d'une étudiante) ou ♂ (d'un étudiant), la lettre **E**, comme précisé, a été réservée à l'étudiante qui a proposé la situation (**E**).

.../... pour désigner une intervention en *voix off*, les premiers pointillés désignant celle ou celui qui délivre la *voix off*, les seconds le personnage qui est doublé.

Les *voix off* seront écrites en italiques.

Les autres interventions en lettres romaines.

Notre groupe était constitué de 8 étudiants, 4 garçons, 4 filles, et de nous-mêmes (Caroline Dauchez et moi-même). Cinq sont en 4^{ème} année de médecine, les 3 autres en 5^{ème}.

La situation

Une remarque importante tout d'abord : lorsqu'il est demandé qui voudrait présenter une situation, un moment important lui fait suite, celui d'un silence qui est un temps de réflexion, de méditation et de recherche de chacun dans ses souvenirs. Ce moment est à n'en pas douter un temps fort dans les processus de cohésion du groupe.

E, une externe en 4^{ème} année de médecine, souhaite présenter une situation. Elle a lieu lors du stage de gynécologie qu'effectue **E**. Elle veut nous faire part d'un moment qui l'a beaucoup marquée et émue. La scène se déroule au bloc chirurgical, où une patiente d'une quarantaine d'années est sur le point de subir une hystérectomie pour suspi-

cion de sarcome⁴. **E** est tout d'abord au bloc avec les autres intervenants (l'interne, l'anesthésiste, les infirmières). Tout le monde est en effervescence en vue de pratiquer l'intervention, dans l'attente du senior (le chirurgien chef de clinique qui doit opérer la patiente). **E** est au milieu de la salle, comme immobile, ne sachant que faire. Elle remarque surtout la patiente, allongée sur la table d'opération, manifestement mal à l'aise, les bras en croix, le regard hagard en direction de la fenêtre. Elle aimerait pouvoir aller à son secours mais s'en sent interdite. Notamment parce que l'interne est là, celui-là même qui lui avait dit sur un ton quelque peu agressif, lorsqu'elle lui annonça qu'elle participait aux groupes de formation des externes à la relation médecin-malade : « *Tu préfères être soignée par un médecin gentil et incompetent ou revêche mais compétent ?!* ». Cette réflexion la laissa bouche bée. Le senior arrive au bloc, il sortait de garde. A peine entré, **E** l'observe faire le tour de la table d'opération pour venir se placer face à la patiente et, tendrement, lui caresser la joue. **E** retient son émotion, elle a presque envie de pleurer.

La mise en scène

La situation exposée, **CD** propose de jouer la scène. **E** désigne **D♀** pour jouer la patiente, qui l'accepte. On a disposé deux chaises face à face qui font office de table d'opération. **D♀** s'assied sur l'une d'elles, allonge ses jambes sur l'autre. Elle adopte l'attitude de la patiente décrite par **E** : les bras en croix, la tête penchée en arrière, le regard dans le vague. On est d'emblée saisi par l'inconfort de cette position, venant en écho à celui de la patiente et permettant de s'identifier à elle. **E** se tient à côté, debout, immobile. Le psychodrame peut commencer. Celle ou celui désireux d'exprimer une *voix off* viendra se placer derrière l'acteur concerné. Un acteur pourra faire de même,

⁴Les sarcomes sont des tumeurs malignes au pronostic redoutable qui se développent en général dans les tissus mous. J'ai le souvenir douloureux d'une patiente que j'avais longtemps suivie en psychiatrie et chez laquelle, au cours d'importantes métrorragies sur fibromes connus, fut découvert au sein de ces éléments fibromateux, lors de l'intervention, un myosarcome utérin qui devait l'emporter deux années plus tard.

et notamment venir se placer derrière lui-même pour exprimer en *voix off* sa propre pensée. Il est important de se représenter le mouvement qui accompagne ces déplacements, donnant l'impression esthétique d'un véritable ballet, chacune ou chacun après avoir exprimé une *voix off* regagnant sa place. Pendant le jeu, **CD** restera debout, se déplaçant au gré de ses interventions. Rappelons que les *voix off*, écrites en italiques, sont des pensées exprimées à voix haute. Afin de laisser le lecteur aller à sa propre imagination, sa propre respiration, et d'alléger la typographie du texte, les *voix off* et les discussions sont écrites avec une ponctuation minimale où, par exemple, les points ou les points d'interrogation sont volontairement omis, hormis quelques-uns, seulement suggérés par la tournure de la phrase.

F♀ (une étudiante du groupe assise dans le cercle)/E : *pourquoi on s'agite et que personne ne fait rien*

CD/E : *les bras en croix*

La patiente (D♀)/elle-même : *ça fait un peu sacrifice, je suis à la merci, je n'ai pas de pouvoir*

F♀/E : *est-ce que je peux aller la voir, lui dire bonjour*

La patiente (D♀)/E : *l'interne ne l'a pas fait, moi je pense que l'aurais fait, mais on risque d'être réprimandé*

A♀ (une autre étudiante du cercle)/E : *qu'est-ce que pourrais faire sachant qu'elle n'est pas bien*

CD/La patiente (D♀) : *je me sens impuissante, personne ici ne me connaît*

La patiente (D♀) /elle-même : *je suis plus un corps qu'une patiente*

E/elle-même : *pour nous c'est commun, on ne se rend pas compte de ce qu'un patient peut endurer*

Fin de la première séquence. **CD** demande alors qu'on fasse entrer le senior, le chirurgien qui va opérer la patiente. G♂, un étudiant du cercle, est désigné par **E** pour jouer ce rôle et l'accepte. **CD** demande à **E** si elle souhaite donner à quelqu'un d'autre le rôle de la patiente. **E**

réfléchit quelques instants et se dit qu'effectivement ce ne serait pas si mal, mesurant la difficulté du rôle et de la position inconfortable qu'il entraîne. Elle désigne $F\ominus$ pour venir remplacer $D\ominus$ dans le rôle de la patiente. $F\ominus$ est l'étudiante qui avait exprimé la toute première *voix off*. $G\ominus$ vient prendre place aux côtés de **E** et de $F\ominus$ (la patiente). On mesure à ce niveau du jeu toute l'importance des interventions de l'animateur qui valent comme autant d'équivalents d'interprétation. On se met à jouer cette entrée du senior, rôle tenu par $G\ominus$, aux côtés de $F\ominus$ qui prend la place de la patiente et **E**.

CD/Le senior ($G\ominus$): *j'suis crevé mais faut que j'y aille*

Le senior ($G\ominus$)/lui-même : *elle abandonne son corps aux autres, j'ai envie de la resituer, elle n'est pas qu'un corps, pas qu'une mécanique*

$A\ominus$ /la patiente ($F\ominus$) : *voilà, on va m'enlever mon utérus, j'ai pas très envie*

$H\ominus$ (un étudiant du cercle)/la patiente ($F\ominus$) : *est-ce que je vais sortir de là*

$B\ominus$ (un autre étudiant du cercle) : *j'ai peur de mourir*

E/elle-même (regardant la patiente) : *j'ai un peu de la peine, j'aurais bien été la rassurer*

CD/E : *c'était pas simplement la question d'être stérile ou pas*

$H\ominus$ /**E** : *c'est pas à moi d'y aller, mais personne ne le fait*

$B\ominus$ /**E** : *quelques mots, c'est tout ce que je peux faire*

CD/E : *j'ose pas*

$A\ominus$ /la patiente ($F\ominus$) : *on me voit pas, j'suis tranquille dans mon petit coin*

$B\ominus$ /**E** : *on me voit pas, j'suis tranquille dans mon petit coin*

$F\ominus$ /**E** : *j'y vais, j'y vais pas*

Le senior ($G\ominus$)/lui-même : *j'ai encore 3 patientes et faut que j'y aille avant midi*

On arrête le jeu et une discussion commence. Comme il est de règle, la parole est d'abord donnée à ceux qui ont joué.

F♀, qui a joué le rôle de la patiente : on se sent impuissant, on réfléchit beaucoup et on a peur

G♂, celui du senior : t'es crevé mais c'est secondaire

E : on essaie de faire changer les choses, on a envie d'être actif mais on n'ose pas

F♀ : si l'interne ne fait rien, il ne va pas voir d'un bon œil que nous on le fasse

Puis la discussion s'ouvre à l'ensemble du groupe.

D♀ (qui avait joué la première le rôle de la patiente, et s'exprimant en tant qu'externe) : c'est hyperdur d'être légitime, on a peur de déranger tout le monde, on a peur d'être jugé

A♀ : c'est dur de passer au-dessus d'une personne hiérarchique, la patiente peut se demander qui est cette personne, il est difficile de savoir ce qu'on peut faire ou pas, le contact est plus facile si on est tout seul avec le patient

CD : vous avez peut-être remarqué, je m'en rends compte après-coup, que j'ai privé l'interne de parole ! [celui qui avait fait à E la remarque désobligeante sur sa participation aux groupes d'externes, ndlr]

E : j'aurais dû aller la voir, on doit se sentir légitime et faire ce qu'on a envie de faire même si l'interne n'est pas d'accord, je m'en fiche finalement de ce qu'il pense

On reprend la scène après que le senior soit entré. Pour montrer au groupe comment cela s'est passé, E prend provisoirement la place du senior. Elle fait le tour de la table d'opération (les deux chaises où est installée la patiente, F♀) pour venir se placer devant elle, sur son côté gauche. Elle lui prend la main et, de sa main libre, lui caresse la joue avec le dos de son index et de son majeur légèrement recourbés.

La patiente (F♀)/elle-même : *ouf, il est là*

Le senior (G♂, qui a repris son rôle)/la patiente : *c'est dingue, il m'a touchée, je prends plus conscience de mon corps*

CD/le senior (G♂) : *si elle était pas attachée, j'l'aurai serrée plus fortement*

Le senior (G♂), s'adressant à la patiente (F♀) : *bonjour*

Le senior (G♂)/lui-même : *faut qu'j'lui dise pourquoi on vient pas lui parler, ils sont occupés*

CD/le senior (G♂) : *je ne suis plus fatigué*

Le senior (G♂)/lui-même : *aller la voir, c'est c'qui m'donne de l'énergie*

CD/E : *quel sacré geste, c'est grand*

E/elle-même : *j'ai envie de pleurer, j'vais pleurer*

E à ce moment-là pleure réellement, des larmes commencent à couler sur ses joues

CD/E : *je peux m'identifier*

CD/le senior (G♂) : *j'ai modifié mes horaires pour m'adapter*

E/elle-même : *j'suis impressionnée, je veux avoir autant d'aisance*

CD/E : *je veux être humaine et compétente*

H♂/E : *j'suis contente que quelqu'un l'ait fait*

E/elle-même : *et j'suis aussi très émotive*

D♀/E : *je doutais mais là non*

B♂/E : *plus tard, j'serais comme ça*

C♂ (un étudiant du cercle qui ne s'était pas encore exprimé)/E : *est-ce que moi-même je peux devenir comme ça*

A♀/E : *est-ce que moi-même je peux devenir comme ça*

CD/E : *on a besoin de se défendre parfois*

CD/le senior (G♂) : *j'ai 50 ans, j'ai ma place et je fais ce que je veux*

Le senior (G♂) s'adressant directement à E : reste comme ça

La patiente (F♀)/E : *il vit mieux sa médecine*

H♂/E : *il est plus compétent*

D♀/E : *lui j'le suis partout, j'veais courir avec les chefs*

On arrête le jeu. Chacun regagne sa place et reprend son souffle. On reconstitue le cercle. Les regards se croisent, le groupe est conscient d'avoir vécu un moment d'une rare intensité. Les corps se détendent. Une nouvelle discussion peut commencer.

F♀ qui a joué le rôle de la patiente : je ne sais pas trop, on pourrait pas faire ça à tous les patients

A♀ : dès qu'on touche au visage c'est très personnel

A♀ : casser sa bulle...

H♂ : je me souviens d'un gériatre qui s'adressait à ses patientes en ces termes : ma belle, ma chérie

C♂ : faut faire ce qu'on a envie

E : lui toucher la joue c'est lui permettre de se réapproprier son corps

D♀ : ça peut dépendre aussi de la patiente et de leur relation

CD : qu'est-ce qu'on fait de ce ressenti

C♂ : c'est spontané

G♂ (qui a joué le senior) : y'a des gestes inconscients

E : je n'aurai plus d'hésitation à aller vers elle

B♂ : ça me fait penser à un médecin connu de nous tous, très pédagogue, qui avait proposé à la famille d'un patient atteint de sclérose en plaques, en phase terminale, âge de 70 ans, de tout arrêter. Son ton était d'une grande justesse, cela résonnait comme des notes de musique.

A♀ : j'ai aussi une anecdote à son propos, au sujet d'un patient at-

teint de thrombopénie majeure qui refusait de se soigner. Il s'est assis à côté de lui, lui a serré longuement la main, et lui a tout expliqué, le patient avait une attitude braquée, en retrait. Le lendemain, le patient acceptait les soins.

On revient sur l'émotion.

E : c'était comme si le temps s'était arrêté. Il a eu une attitude adaptée à la situation, juste. Ça m'a fait du bien en miroir.

La discussion s'arrête sur ces dernières paroles de **E**. Un silence s'installe où règne un sentiment d'apaisement et de réconfort. **CD** annonce la fin de la présentation du cas et du psychodrame, et m'invite à faire part de mon observation. Ma première réaction a été tout d'abord de leur dire combien j'avais été littéralement fasciné, émerveillé par tous ces va et vient, par la mobilité de chacun pendant le jeu du psychodrame, et par la pertinence de leurs propos. Combien cette méthode aidait à mieux penser son positionnement et son engagement dans des situations difficiles où le libre arbitre est souvent malmené par les positionnements hiérarchiques et l'inhibition groupale, institutionnelle, qui lui est liée.

Analyse du jeu

Peut-on tout d'abord y retrouver les quatre moments, qu'Anne Caïn désigne par les quatre discours identifiables dans le déroulement d'un psychodrame ? (Caïn, 1994, chap. VI, pp.63 sq.)

Ces quatre discours sont :

1) Celui où, à l'invite faite par l'animateur, un membre du groupe propose une situation, cette prise de parole faisant suite à un moment d'échanges furtifs de regards croisés, de quelques mots a priori banals, et, sans doute le plus remarquable, d'instant de silence où chacun cherche dans ses souvenirs une situation susceptible d'être jouée et exposée au groupe, instants précieux participant à la cohésion du groupe et où se mesure toute l'ambivalence entre le désir de dire et la retenue à devoir ainsi s'exposer au groupe.

2) Le deuxième est celui où, à partir de cette proposition, se met en place la scène où se jouera la situation, selon les indications du proposant. Il est important de souligner ici le rôle de l'animateur qui, par sa compréhension de la situation, orientera le jeu vers telle ou telle séquence selon son repérage des moments relationnels, transférentiels et contre-transférentiels-clés de la situation. Premiers instants de mobilité du corps à l'intérieur du cercle et de l'espace imaginaire de la scène. Début d'immersion.

3) La dimension spatio-temporelle ainsi représentée où la scène va se jouer en autant de séquences que nécessaire permet la résurgence de souvenirs enfouis et d'émotions jusque là réprimées ou contenues, de prises de conscience qui échappaient au protagoniste dans l'instantanéité du vécu de la situation.

4) Les discussions avec le groupe permettent à l'acteur principal d'assumer ces prises de conscience successives, ces émotions resurgies, et de se réapproprier la situation selon un autre schéma, plus fondamentalement conforme à sa propre subjectivité. Il s'agit là d'un véritable travail de séance, comme on peut l'observer en psychothérapie, ici dans sa dimension exclusivement professionnelle et groupale, les diverses *voix off*, comme autant de points de vue différents, permettant des réajustements successifs de la pensée du principal protagoniste et de nouvelles prises de conscience des enjeux de la situation ainsi que de son positionnement, voire de son engagement.

L'analyse de ces quatre discours, par sa pertinence mais aussi par son caractère dynamique et descriptif, permet en effet de les retrouver dans la situation ici présentée. Il s'agit d'un invariant que nous avons pointé dans chacun des psychodrames que nous avons joués.

Il est tout à fait remarquable d'observer comment, en reconstituant le décor de la situation, en recherchant au plus près les éléments spatio-temporels qui la caractérisent, en faisant évoluer son propre corps à l'intérieur de ce décor, la fonction de l'imaginaire trouve un terrain propice à son déploiement et crée une réalité virtuelle où s'opère un véritable voyage dans l'espace et dans le temps. Se révèlent alors sous

un nouveau jour ou avec plus de relief des détails qui jusque là semblaient sans importance, des émotions qu'on avait oubliées, voire même non éprouvées lors du vécu de la situation et qui surprennent par leur aspect inattendu à ce moment de reconstitution, des prises de position plus tranchées qu'elles ne l'avaient été lors des faits relatés.

Cela a nettement été le cas pour **E** lorsqu'elle réalise à quel point elle était sous l'emprise d'une injonction tacite de la part de l'interne où elle se sentait interdite d'agir, contrastant avec un fort désir de venir en aide à la patiente dont la détresse la touche. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que le chef de clinique, par son humanité, exerce alors sur elle un fort pouvoir identificatoire qu'elle peut clamer haut et fort en *voix off* à l'ensemble du groupe.

De même, s'autoriser à exprimer devant tous une émotion et laisser couler quelques larmes en revivant la scène n'a été possible qu'en raison de la fonction contenant et protectrice de l'animatrice et du groupe. Si nous analysons de plus près cette émotion, nous nous apercevons qu'elle a un caractère indubitablement mixte, s'opérant selon un double processus identificatoire. Tout en s'identifiant à la patiente, mesurant toute sa détresse et son angoisse, elle s'identifie tout autant et simultanément au chef de clinique par son geste plein d'humanité, qui apporte réconfort et apaisement à la patiente. En explorant plus en détail la scène qui s'est jouée, le moment où resurgit l'émotion n'est pas n'importe lequel : il s'agit précisément du moment où le chef de clinique vient physiquement au contact de la patiente en lui caressant la joue. Ce qui est pointé là est l'importance du moment relationnel dans sa force d'échange et de partage de l'émotion, voire dans son déclenchement, notamment à cet instant précis où les corps entrent en contact, du « corps à corps » comme se plaisait à le souligner Michel Sapir. Si bien qu'il ne s'agit pas tant ici de larmes de tristesse que de joie, ou plus précisément de joie mêlée à de la tristesse. Cette mixité de l'émotion, à laquelle s'ajoute le soulagement d'avoir pu la libérer au sein d'un groupe contenant joue un rôle important dans les processus de régulation de l'émotion. Pour mesurer cette dimension de soulagement à exprimer une émotion et de son traitement groupal, il

suffit de reprendre les mots mêmes de **E** : « j'ai envie de pleurer, j'vais pleurer », exprimés en *voix off*. Cette conscience émotionnelle exprimée clairement au groupe participe à ces processus régulateurs.

Les discussions qui ont suivi cette scène où **E** exprime son émotion vont également permettre non seulement à elle-même, mais aussi à l'ensemble du groupe, de renforcer les processus identificatoires au senior qui a eu ce geste remarquable. Ce fort mouvement identificatoire est d'autant plus revendiqué qu'il vient manifestement en opposition et en réaction à l'interne qui avait blâmé quelques temps auparavant l'intérêt pour le développement des qualités relationnelles. Il est important de souligner combien l'animatrice, repérant cette difficulté, aide l'externe à s'autoriser une telle identification : « je peux m'identifier », et plus loin : « je veux être humaine et compétente », dira-t-elle en *voix off* derrière **E**, lui permettant d'affirmer lors de la discussion qui a suivi : « je n'aurai plus d'hésitation à aller vers elle ». Tandis que d'autres étudiants feront référence à un autre senior, admiré tant pour ses connaissances que pour son humanité, en narrant deux anecdotes où il fit preuve de tact et d'indéniables qualités relationnelles.

Ainsi s'est créé tout un mouvement circulaire allant de **E** au groupe et du groupe à **E**, circularité où l'animateur de psychodrame balint joue un rôle important de catalyseur en délivrant sous forme de *voix off* lors du jeu ou de phrases courtes lors des discussions autant d'équivalents interprétatifs. Si nous avons pris comme figure de cette circularité l'anneau de Möbius plutôt que le cercle c'est en raison même de la permanente oscillation entre le réel et l'imaginaire et des mouvements qu'elle imprime à chaque participant. Celui-ci est en effet tantôt observateur de la scène qui se joue tantôt vient en doublure derrière tel ou tel acteur pour y délivrer une *voix off*. L'anneau de Möbius, en tant que figure topologique, a comme caractéristique de se constituer à partir du point de vue du sujet et délimite l'espace projectif qui s'étend à partir de ce point. Pour le constituer, rien de plus simple : relier les deux extrémités d'une bande de papier par exemple en ayant pris soin au préalable de leur imprimer une demi-torsion. On s'aper-

çoit alors qu'il s'agit d'une surface unilatère à un seul bord. Mais à la différence de la topologie lacanienne, il s'agit, dans notre approche relationnelle, de considérer non pas un mais deux sujets situés chacun à l'une des extrémités de la bande ainsi constituée. Il faut de plus imaginer le mouvement permanent allant de l'un à l'autre et qui représente les échanges relationnels entre les deux sujets. On est alors au plus près des processus empathiques où chacun est alternativement, dans ce mouvement circulaire de soi à l'autre et de l'autre à soi, à la fois lui-même et transitoirement l'autre de la relation, par un processus d'identification. Dans cet « entre » des relations interpersonnelles, cet *aïda* comme l'a défini Bin Kimura, le parcours le long de cet anneau a ceci de remarquable que, pour revenir au point de départ à partir d'un des deux sujets de la relation, il passera alternativement à l'extérieur et à l'intérieur de la bande, soit derrière et devant l'autre de la relation.

La première position renvoie à l'identique, par homothétie, la seconde au face à face où l'autre occupe la place de sa propre image spéculaire, mais perçu comme différencié de soi. Ce sont ces deux positions qu'occupe alternativement dans le psychodrame celle ou celui qui, quittant sa chaise, vient se placer derrière tel ou tel acteur pour y délivrer une *voix off*, avant de revenir s'asseoir. La notion d'identification transitoire inhérente à la compréhension de l'empathie est de la sorte on ne peut mieux mise en évidence. Les deux espaces ainsi créés du réel et de l'imaginaire s'interpénètrent constamment selon un principe d'inclusions réciproques, propre aux processus relationnels. Notons que la réciproque, du point de vue de chaque acteur et notamment de l'acteur principal, se construit selon le même schéma. Si bien que chacun des membres du groupe sera à la fois l'acteur et l'observateur de ces identifications successives nourrissant la pensée du groupe et la sienne propre, façonnant par conséquent son évolution.

Commentaires

Notre engagement de longue date dans la formation de l'étudiant en médecine à la relation-médecin malade semble trouver un point d'orgue dans la mise en place de ces groupes d'externes. Nous touchons là en effet à l'essentiel : permettre aux externes en situation de stage clinique auprès de patients dont ils ont la charge de venir une fois par mois faire part des difficultés rencontrées, des expériences fortes qu'ils ont vécues et qui les ont remués, des questions qu'ils se sont posées, des dilemmes de tous ordres dont ils ont souvent été l'objet. Il va sans dire que cette expérience en cours et que nous espérons voir se prolonger et se développer n'aurait pas été possible sans une certaine volonté des instances universitaires, conscientes du malaise qui traverse actuellement la pratique médicale.

Le développement exponentiel des sciences et des techniques allant de pair avec l'augmentation constante des connaissances que se doit d'acquérir tout médecin, l'examen national classant qui, dans sa forme actuelle, pousse les étudiants il faut bien le dire au bachotage dès la 5^{ème} année des études médicales, sont autant de facteurs qui accentuent l'écart entre le patient comme sujet et le futur médecin. Celui-ci, accédant au statut d'interne au sortir de l'ECN, est d'emblée confronté à ce fossé entre le patient objet d'étude et le patient comme être, à quoi s'ajoute l'indéniable charge de travail qui lui incombe.

Pour ces raisons, en partie tout au moins et majorées de surcroît par les profondes modifications du système de soins auxquelles nous assistons ces dernières années, on observe depuis quelques temps une augmentation significative des situations de burnout touchant notamment les internes, comme nous le signalent régulièrement depuis quelques années des médecins du travail des hôpitaux, inquiets de leur état de santé, de même que quelques études longitudinales dont les conclusions sur ce point sont tout à fait explicites⁵. Des suicides, déjà

⁵ Voir notamment : Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians, A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA*, Décembre 2015, 8; 314 (22): 2373-2383.

élevés dans la population médicale comparativement à la population générale, sont même régulièrement observés chez certains d'entre eux, suicides qui défraient depuis quelque temps la chronique⁶. On ne saurait rester insensible à ces données.

Une de nos hypothèses de base est la nécessité pour l'étudiant en médecine en particulier, et pour le médecin en général, de pouvoir se dégager du trop-plein émotionnel accumulé au fil de sa pratique autour de situations souvent très difficiles au plan humain, allant de pair paradoxalement avec un éloignement progressif de l'humain induit par l'apprentissage des connaissances, l'esprit concours qui finalement ne les aura que très provisoirement quitté au sortir de la 1^{ère} année, et le fonctionnement inhérent à l'institution hospitalière (hiérarchie, charge de travail, turnover des patients, contraintes budgétaires). S'il n'y parvient, des mécanismes de défense déjà puissants se renforcent, dépersonnalisant la relation médecin-malade. Se crée dès lors un hiatus entre les plans de l'être et du savoir qui éloigne progressivement, s'il n'y prend garde, le médecin de la subjectivité du patient et, partant, de la sienne propre. Le patient finit par n'être perçu que comme un objet d'étude et d'application du savoir. La relation médecin-malade se vide alors de sa substance, mettant en danger les deux protagonistes d'une relation désobjectivée.

Préserver la qualité de la relation médecin-malade est par conséquent un de nos objectifs majeurs, et comment y parvenir si ce n'est essentiellement par des modalités relationnelles. Permettre aux étudiants de se rencontrer dans des lieux réservés à cette fin, où les aspects relationnels sont débattus, où chacun peut exprimer son point de vue et le mettre en perspective avec celui de ses camarades, livrer un ressenti, une émotion, la partager avec ses pairs et échanger avec eux est une des dimensions fondamentales de la formation de l'étudiant en

⁶ Un article édifiant de ce point de vue est récemment paru dans le *JAMA Psychiatry* : Depression and Suicide Among Physician Trainees, Recommendations for a National Response, Matthew L. Goldman, Ravi N. Shah, Carol A. Bernstein, *Psychiatry*, 2015; 72(5): 411-412.

médecine à la relation médecin-malade et à la préservation de son bien-être. Il serait en effet réducteur de penser que connaître les subtilités de la relation ne servirait qu'aux fins du patient. Si ces groupes existent depuis bientôt 40 ans à la Faculté de Médecine de Créteil, et que, s'adressant aux étudiants au début de leurs études, au moment où ils vivent leurs premières rencontres avec les patients, la maladie grave, la mort, leur rôle est de toute première importance, il était bien entendu regrettable que cet accompagnement cesse au sortir de la 3^{ème} année, là où, toutes les études le confirment, on observe une réduction de leur degré d'empathie⁷. Or l'empathie est aujourd'hui reconnue comme essentielle au bien-être tant du patient que du médecin⁸.

La pleine conscience de cette dissociation entre les plans de l'être et du savoir, le renforcement des mécanismes de défense au fur et à mesure du vécu de situations difficiles conduisant à l'émoussement de l'aptitude empathique, notamment professionnelle, la prise en compte de données inquiétantes concernant la santé mentale des étudiants en médecine et surtout des internes en rapport avec la nature et les conditions de leur exercice, ne pouvaient laisser indifférents ceux qui en ont la responsabilité, notamment au plan de la formation à la relation médecin-malade qui tient compte, insistons de nouveau sur ce point, autant des facteurs psychologiques à l'œuvre chez l'individu malade que chez l'étudiant en médecine dans sa rencontre avec les patients et les situations difficiles, souvent poignantes au plan humain, qu'elle sous-tend.

La continuité de cette formation à un moment-clé par conséquent de leurs études, appelée de nos vœux depuis fort longtemps, ne pouvait

⁷ Les travaux qui confirment cette donnée sont désormais nombreux. Par exemple : Daniel Chen, Robert Lew, Warren Hershman and Jay Orlander, A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy, *Journal of Internal General Medicine*, 22(10):1434–8, juillet 2007. Ou encore : Mohammadreza Hojat, The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, *Academic Medicine*, Vol. 84, No. 9, septembre 2009.

⁸ Voir: Zak Kelm, James Womer, Jennifer K Walter and Chris Feudtner, Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, *BMC Medical Education*, 2014, 14: 219.

donc être que nécessaire et ô combien la bienvenue. Nous en avons donc eu la possibilité à Créteil, et les deux premières années de cette aventure pionnière n'ont pu que nous convaincre de sa nécessité, avec un grand degré de satisfaction tant du côté des étudiants que du nôtre.

En quoi cependant une formation de type Balint et surtout celle du psychodrame qui lui est liée peut-elle trouver là sa spécificité et ses avantages ? Outre le fait que l'étude de cas longuement éprouvée par Balint auprès des médecins généralistes pendant près de 30 ans, notamment à la Tavistock Clinic, en a montré tout l'intérêt et toute la portée (chaque médecin d'un groupe Balint, se composant d'environ une dizaine de médecins animés par deux animateurs de groupe, étant invité à présenter une situation de sa pratique pour les problèmes qu'elle lui a posés et qui sera débattue en groupe), la technique⁹ du psychodrame introduite dans le groupe Balint par Anne Caïn en 1970, où elle appliquait la « technique » du psychodrame analytique introduite en France par Moreno dans l'après-guerre, à la « méthode » Balint, pour en faire le psychodrame-balint, termes qu'elle relie par un trait d'union, apporte indéniablement un plus, certes complémentaire à la méthode classique mais qui l'enrichit considérablement. Il ne suffit certes pas de le dire mais aussi bien entendu de l'argumenter. Nous allons nous y employer à partir de quelques travaux concernant la mémoire émotionnelle lorsqu'elle est réactivée dans certaines conditions (notamment celle du groupe balint), la spatialité en rapport avec le point de vue allocentré, et le mouvement en lien avec la régulation de l'émotion.

La mémoire émotionnelle, ses caractéristiques lorsqu'elle est réactivée dans les conditions d'un groupe de type balint

Le sens commun s'accorde volontiers à reconnaître un effet de réconfort et de soulagement au fait de pouvoir se confier, faire part de ses peines et de ses difficultés. Le médecin l'expérimente au quotidien

⁹ On retrouve à partir de là toute la subtilité entre deux termes souvent confondus ou mal définis : méthode et technique. Anne Caïn par exemple parle du psychodrame comme technique.

dans sa pratique lors de ce colloque singulier pour peu qu'il prête une attention particulière à la relation médecin-malade. Un des aphorismes bien connus de Balint est du reste que le médecin se prescrit lui-même. Le psychothérapeute en fait si j'ose dire sa tasse de thé car une bonne part de l'action thérapeutique se situe dans cette confiance qu'il faut aussi entendre dans l'acception anglophone du mot, c'est-à-dire la confiance, en précisant que celle-ci, pour être efficiente, gagne à s'inscrire dans la réciprocité. Les lieux de formation du soignant offrent également ce cadre quand ils s'intéressent à la personne soignante et à son vécu dans sa rencontre avec les patients et les familles. Le soignant expérimente alors cet exercice tout à fait particulier de pouvoir exprimer les différents ressentis liés à cette rencontre et les aléas qui l'ont émaillée. Le plus souvent cet exercice a lieu en groupe de formation, le groupe jouant alors le rôle de contenant pour que les choses puissent se dire, le ou les animateurs celui de catalyseur de ce contenant, le tout s'inscrivant dans une circularité allant du groupe à l'individu et de l'individu au groupe.

Ce qui est pointé là est l'expérience unique de pouvoir exprimer des émotions pénibles dans un climat bienveillant apportant soulagement et réconfort. Il est important de préciser que le groupe ne peut tenir cette fonction que si les animateurs ont veillé à sa cohésion et poser dès le départ le cadre inhérent à son fonctionnement (confidentialité, anonymat, volontariat, etc.). Nous vivons régulièrement avec nos étudiants des expériences similaires. Dans chacune des expériences évoquées ci-dessus il est habituel que le ou les animateurs rôdés à ce type de formation permettent au soignant, ou à l'étudiant qui s'est trouvé en situation de soignant, de faire part et/ou de rechercher les éléments positifs dont il a lui-même put être l'acteur ou l'observateur au cours de la situation adverse évoquée. Souvent du reste ces éléments apparaissent spontanément dans le discours du principal intéressé ou sont mis en valeur par la mise en scène elle-même lors, notamment, du psychodrame. Les animateurs auront alors pour tâche de les pointer, souvent par des phrases à valeur interprétative dites par exemple en *voix off* quand il s'agira du psychodrame, comme nous l'avons vu

précédemment. Les autres membres du groupe, dans leurs diverses interventions, ne manquent d'ailleurs souvent pas, en général, de souligner spontanément ces points. Si bien que deux caractéristiques essentielles se dégagent du traitement des émotions dans ces groupes : elles ont d'une part un caractère souvent mixte, et d'autre part revêtent un caractère secondaire par leur remémoration.

Or au-delà du sens commun, au-delà de l'évidence apportée par l'expérience professionnelle, qu'elle se vive dans la pratique de chacun ou lors de groupes de formation, de nombreuses études viennent aujourd'hui confirmer l'importance, pour la régulation des émotions négatives dans le sens d'un mieux-être, du caractère mixte et secondaire de l'éprouvé émotionnel. Dans un récent article notamment, Anna Braniecka et collaborateurs ont montré que l'éprouvé secondaire d'émotions mixtes (leur remémoration dans un contexte favorable) aidait celui qui les éprouve à mieux faire face à de telles émotions et à mieux s'y adapter. Elle montre notamment sur un suivi longitudinal que les individus plus enclins spontanément à éprouver de telles émotions mixtes (notamment sur un mode secondaire, c'est-à-dire après un certain laps de temps après la situation adverse) étaient plus résilients au stress comparativement à ceux ne pouvant éprouver les émotions que sur un mode séparé¹⁰.

Dans une autre étude Jonathan Adler et Hal Hershfield montrent sur un échantillon de 47 patients ayant entrepris une psychothérapie pour des problèmes divers que l'éprouvé d'émotions mixtes au cours de la psychothérapie avait une valeur pronostique positive dans la récupération d'un mieux-être¹¹. Enfin, pour ne citer que ces trois études parmi tant d'autres, Jeff Larsen et collaborateurs passent en revue, sous la forme d'une méta-analyse, de nombreux travaux concernant le plus ou moins grand intérêt accordé aux émotions positives dans diverses

¹⁰ Anna Braniecka et al., Mixed emotions and coping: the benefits of secondary emotions, *PLoS ONE*, 2014, volume 9, issue 8, e103940.

¹¹ Jonathan M. Adler, Hal E. Hershfield, Mixed Emotional Experience Is Associated with and Precedes Improvements in Psychological Well-Being, *PLoS ONE*, avril 2012, volume 7, issue 4, e35633.

approches psychologiques et sociopsychologiques (études sur la population générale, formations ou psychothérapies) et en déduisent que la coactivation d'émotions négatives et positives est un facteur augmentant le sentiment de bien-être et les chances de retrouver un meilleur équilibre¹².

Nous avons pointé plus haut le caractère mixte et secondaire de l'émotion exprimée par **E**, où se mêlent deux affects en opposition, la tristesse à se remémorer la posture et la situation de la patiente et l'admiration réconfortante, voire la joie à observer le geste du senior. Cette mixité a particulièrement été mise en valeur lors du jeu de la scène où **E** pleure réellement, puis dans les discussions qui ont suivi. Au-delà de la commisération éprouvée pour la patiente, **E** a été réconfortée et valorisée par le groupe dans son désir de vouloir lui venir en aide et renforcée dans son identification au senior, même si sur le moment elle s'en était sentie interdite par le discours ambiant, notamment celui de l'interne. Dans de nombreux cas, si ce n'est tous, que nous avons soit mis en scène par le psychodrame soit travaillés selon la méthode des groupes Balint, cette mixité a toujours été retrouvée et son élaboration par le travail groupal, la règle. Retenons à ce point de notre exposé cet aspect fondamental qui sied à tous les groupes de travail sur la relation médecin-malade ou soignant-soigné.

Si le psychodrame, qui intègre bien entendu déjà cette dimension, diffère quelque peu des autres méthodes, il le doit à ses modalités intrinsèques de la mise en scène qui intègre deux paramètres influant notablement sur les aptitudes empathiques et le traitement de l'émotion : l'espace et le mouvement.

¹² Jeff Larsen et al., Tuning adversity to advantage : The virtues of coactivation of positive and negative emotions, in: Aspinwall LG, Staudinger UM, eds., *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field*, Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 211-216.

L'agencement spatial de la scène comme base au développement d'un point de vue allocentré, ses liens avec la mémoire émotionnelle et les processus empathiques

Nous ne rentrerons pas bien entendu en détail dans les bases neurales de l'empathie¹³, mais il est cependant utile de rappeler que si nous incluons dans la définition de l'empathie, comme bon nombre d'auteurs, l'aptitude à pouvoir se placer du point de vue de l'autre, critère qui pour nous est essentiel, alors se pose la question de savoir comment développer cette aptitude qui permet de passer d'un point de vue égo-centré à un point de vue allocentré. Alain Berthoz, qui a longtemps enseigné au Collège de France, a particulièrement étudié cet aspect de l'empathie jusqu'à en développer une théorie spatiale¹⁴, et bien mis en évidence les liens qu'entretiennent mémoire et spatialité. Il nous rappelle par exemple comment les moines depuis l'Antiquité ont utilisé l'espace comme art de la mémoire afin de se souvenir de listes, de collections, et même de versets de la Bible qu'ils disposaient un peu partout dans des lieux concrets, voire abstraits (les « palais » mentaux, à l'instar par exemple des mandalas).

Un lien direct s'établit par conséquent entre mémoire et spatialité par notre aptitude à nous projeter dans l'espace et, du coup, voire le monde à partir d'un point de vue allocentré, qui, dès lors qu'il s'agit de l'humain, équivaut au point de vue de l'autre. En nous représentant l'espace autour de nous, en nous souvenant de l'agencement spatial d'une scène, comme nous le proposons notamment dans le psychodrame, nous effectuons deux importantes opérations : nous nous plaçons d'un point de vue allocentré favorable au développement des dispositions empathiques, et nous éveillons notre mémoire, notamment émotionnelle. Du coup, des faits oubliés, des points de détails qui ont leur importance mais qui étaient restés dans l'ombre, font soudain leur réapparition, ce qui ne manque d'ailleurs pas de provoquer

¹³ Le lecteur intéressé pourra se reporter à notre article : Relation à autrui, empathie, intersubjectivité, *Revue Esprit et Corps* N°3, seconde édition, pp. 159-223.

¹⁴ Voir : Alain Berthoz, Gérard Jorland (sous la direction de), *L'Empathie*, 2004, Paris, Odile Jacob, notamment pp. 251-275.

régulièrement, quand cela advient, un effet de surprise chez le principal protagoniste lui-même. Aussi, la recherche du moindre détail sur la disposition spatiale de tel ou tel objet, de tel ou tel acteur de la scène, qui peut parfois paraître pour certains participants un peu énigmatique quant à son but, tient toute sa justification de ce qui vient d'être dit.

De nombreux travaux ont été faits sur la mémoire spatiale, on peut citer notamment ceux de John O'Keefe et du couple Moser à qui fut décerné le prix Nobel de médecine en 2014 pour leurs travaux sur les « place cells », les cellules de lieu et de navigation, en quelque sorte notre « GPS », situées en grand nombre dans l'hippocampe, structure cérébrale bilatérale considérée, à juste titre, comme le haut lieu de la mémoire, tout du moins où elle se fabrique. D'où la concordance qui s'établit aujourd'hui entre la mémoire déclarative (épisodique et sémantique) et la mémoire spatiale¹⁵. Ce lien entre mémoire et spatialité dont les anciens avaient une connaissance intuitive et faisaient largement usage trouve aujourd'hui son substrat neurophysiologique. D'autres auteurs ont par ailleurs montré que les objets situés dans l'espace environnant servent de points de repère selon un point de vue allocentré, dans la mesure où importe plus leur disposition dans l'espace que leur valeur intrinsèque¹⁶. Il s'agit bien de cela quand nous disposons dans les scènes que nous jouons le lit du patient, les chaises ou les fauteuils qui l'entourent, la salle ou le bureau où se réunissent médecins, externes et infirmières, etc. Ce type de mise en scène se révèle être de ce fait un puissant facteur à la fois de développement de points de vue allocentrés et de la mémoire. Nous en avons fait maintes fois l'expérience au cours des psychodrames joués au cours de ces deux années d'enseignement.

¹⁵ Voir notamment sur la question : Howard Eichenbaum and Neal J. Cohen, Can we reconcile the declarative memory and spatial navigation views on hippocampal function?, *Neuron*. 2014 August 20; 83(4): 764–770.

¹⁶ Xue Han, Patrick Byrne, Michael Kahana, Suzanna Becker, When Do Objects Become Landmarks? A VR Study of the Effect of Task Relevance on Spatial Memory, mai 2012, *PLoS ONE* 7(5), e35940.

Le mouvement, puissant stimulant de notre capacité à ressentir nos émotions et vecteur possible de leur régulation

Il n'échappe à personne qu'exprimer une émotion suppose concomitamment au ressenti psychique une mimique appropriée ainsi qu'une gestuelle corporelle qui l'accompagne. Theodor Lipps, le psychologue de Munich, avait dès 1900 considéré les mimiques comme partie intégrante des processus empathiques dont il fit de très fines descriptions, toujours d'actualité plus de cent ans après. Nous savons aujourd'hui, grâce à la découverte des neurones miroirs et les nombreux travaux qui lui ont fait suite, ce que l'observation des mimiques d'autrui est susceptible de provoquer en chacun d'entre nous, c'est-à-dire la mise en jeu des mêmes circuits neuronaux émotionnels que ceux observés. Ce sont des préliminaires si l'on peut dire au développement du processus empathique, condition certes nécessaire mais non suffisante et qui ne constitue, contrairement à une vision un peu trop mécaniste de l'empathie, pas l'essentiel du processus dans son ensemble.

Souvenons-nous également de l'étymologie même du mot émotion, du verbe *movere*, mettre en mouvement, et du mot *motus*, mouvement, pris à la fois dans son sens physique mais aussi comme mouvement de l'âme. Le préfixe *e* (à prononcer « é ») est à entendre lui-même comme un mouvement d'extériorisation, de mettre en dehors de. Si bien qu'on ne peut envisager l'émotion sans le mouvement qui l'accompagne, à la fois mouvement de l'âme et mouvement corporel, observable par un ensemble de postures et de gestes aussi divers que les émotions exprimées et qui les caractérisent. Lever les bras au ciel en signe de victoire ou de joie en inclinant la tête vers l'arrière, baisser la tête et rentrer les épaules si l'on est abattu, contracter l'ensemble de son corps ou sentir ses jambes comme dans du coton en cas de peur, etc. sont autant de gestuelles et de marqueurs corporels de l'émotion. Inversement, adopter spontanément une posture en évoquant ou en se ressouvenant de certains faits, de certaines scènes peut, tout en étant lié à une émotion, ne pas s'accompagner dans un premier temps du ressenti de cette émotion. Ce peut être le cas avec certains de nos pa-

tients, notamment ceux que l'on décrit comme alexithymiques, c'est à dire ayant une difficulté à identifier, à repérer leurs émotions et à les exprimer. Mais cela peut être aussi une répression, voire un refoulement, momentané ou durable, de l'affect vis-à-vis d'émotions pénibles en lien avec des situations adverses dont on rechigne à se souvenir. Tel patient va par exemple nous décrire tous les signes de l'angoisse (palpitations, tremblements, sueurs) sans pouvoir la nommer. On comprend toute l'importance du rôle du praticien dans ces cas de permettre au patient d'identifier l'émotion et par là de pouvoir la relier à tel ou tel événement ou situation.

On en mesure aussi toute la portée lors de nos groupes de formation, notamment ceux qui mettent le corps en jeu, que ce soit dans nos groupes d'initiation aux jeux de rôle ou, plus particulièrement ici, dans le psychodrame. Dans ces cas, les mimiques ou postures peuvent précéder de peu, ou être en lien ténu avec l'émotion concomitante qu'une prise de conscience spontanée ou guidée par l'animateur laissera apparaître. La notion de langage corporel peut trouver là une de ses bonnes illustrations. Des travaux dans ce sens ont été entrepris montrant que telle ou telle gestuelle, telle ou telle action motrice caractéristique, pouvait être l'amorce d'une émotion et déclencher son ressenti, certains mouvements étant plus spécifiques que d'autres.

Une étude récente dans cette direction a été menée par Tal Shafir, Rachele Tsachor et Kathleen Welch qui ont utilisé pour ce faire l'échelle de Laban (Laban Movement Analysis)¹⁷ afin d'étudier, à par-

¹⁷ Shafir Tal, Tsachor Rachel P. and Welch Kathleen B., Emotion Regulation through Movement: Unique Sets of Movement Characteristics are Associated with and Enhance Basic Emotions, *Front. Psychol.*, 11 January 2016. Inventée par Rudolf Laban dans les années 50, un chorégraphe de renom, cette échelle est restée l'une des plus fiables et des plus interprétables dans l'étude du mouvement, et toujours largement utilisée. Elle décrit six paramètres du mouvement : le corps (quelles sont les parties du corps en mouvement), l'espace (dans quelles directions vont ces parties du corps), la forme (quelles formes prennent-elles lors de tel ou tel mouvement), l'effort (aspect qualitatif du mouvement effectué), le phrasé (la manière dont s'effectue un même mouvement chez un individu donné, une marque personnelle en quelque sorte), et l'interrelation (comment le mouvement se modifie ou se

tir d'une cohorte de 80 participants, les mouvements dont l'exécution stimule chacune des quatre émotions de base : la colère, la peur, la joie, et la tristesse. Passant en revue tout un ensemble de motifs corporels en lien avec ces émotions, ils en concluent que des gestes moteurs spécifiques sont en mesure de provoquer l'émotion correspondante. On comprend dès lors l'importance de laisser place au corps, de le laisser se mouvoir au milieu d'une scène. De manière quasi-spontanée des gestes moteurs vont ainsi s'effectuer, directement en lien avec la situation jouée, gestes qui stimuleront l'éveil d'émotions correspondantes. Au fur et à mesure du traitement de ces émotions dans et par le groupe, de leurs retouches successives au fil du jeu par le biais des *voix off* des intervenants, de leur modulation par l'animateur, des changements significatifs de ces gestes et attitudes s'observent régulièrement, témoignant d'une régulation des émotions pénibles dans le sens d'une atténuation.

Conclusion

Ainsi, le dispositif inhérent au déroulement du psychodrame comporte des éléments véritablement spécifiques dont nous n'avons exposé ici que quelques-uns des aspects les plus fondamentaux. Cette méthode de travail semble répondre à deux de nos principaux objectifs dans la formation des étudiants en médecine, notamment lorsqu'ils accèdent au statut d'externe : réguler leurs émotions dans le cadre de leur exercice professionnel et développer leurs aptitudes empathiques. Ces critères sont à notre sens essentiels pour exercer un tel métier tout en préservant un tant soit peu son propre équilibre. Il nous faudra sans aucun doute plus de recul pour juger de l'efficacité à long terme d'une telle formation. Quelle meilleure conclusion pourrions-nous cependant provisoirement tirer que ce témoignage de notre étudiante, **E**, la narratrice du psychodrame présenté ici. Retrouvant en effet quelques mois plus tard, lors d'un stage aux urgences d'un hôpital de la région, le fameux interne qui l'avait raillée sur sa formation à la relation mé-

module en relation avec autrui). Dans l'étude citée, seuls les quatre premiers paramètres ont été pris en compte.

decin-malade, au point qu'elle s'était sentie interdite d'agir malgré son désir de venir en aide à la patiente qui allait être opérée, elle le surprit à parler d'un ton hautain et quelque peu expéditif à un patient qui était venu aux urgences pour des gonalgies. Quand ils se retrouvèrent au bureau des soignants, elle n'hésita pas à le lui faire remarquer. Elle fut surprise par le ton calme et déterminé qu'elle employa pour le lui dire et par le fait que l'interne, surpris lui-même par cette interpellation, se remit en question et retourna voir le patient, qu'il aborda cette fois d'une toute autre manière. **E**nous témoigna sans ambages que le psychodrame qu'elle avait joué et tout le travail groupal qui l'avait nourri avaient été déterminants dans cette nouvelle attitude et cette prise de position. Gageons que ce genre d'expériences forge à n'en pas douter un caractère professionnel solide et mettent à l'abri de bien des déboires.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER Jonathan M. , HERSHFIELD Hal E., Mixed Emotional Experience Is Associated with and Precedes Improvements in Psychological Well-Being, *PLoS ONE*, avril 2012, volume 7, issue 4, e35633.
- BERTHOZ Alain, Jorland Gérard (sous la direction de), *L'Empathie*, 2004, Paris, Odile Jacob, notamment pp. 251-275.
- BOUKHOBZA Hervé, Relation à autrui, empathie, intersubjectivité, *Esprit et Corps N°3, La relation, nouvelles perspectives, seconde édition*, pp. 159-223, Montpellier, ATPR Editions, 2003.
- BRANIECKA Anna et al., Mixed emotions and coping: the benefits of secondary emotions, *PLoS ONE*, 2014, volume 9, issue 8, e103940.
- CAÏN Anne, *Le Psychodrame-Balint, Méthode, théorie et applications*, Grenoble, La pensée sauvage, Editions, 1994.
- CHEN Daniel, LEW Robert, HERSHMAN Warren and ORLANDER Jay , A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy, *Journal of Internal General Medicine*, 22(10):1434–8, juillet 2007.
- DOUGLAS A. Mata et al., Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians, A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA*, 2015 December 8; 314(22): 2373–2383.
- DUHAMEL Georges, *Paroles de médecin*, Monaco, Editions du Rocher, 1946.
- EICHENBAUM Howard and COHEN Neal J. , Can we reconcile the declarative memory and spatial navigation views on hippocampal function?, *Neuron*. 2014 August 20; 83(4): 764–770.
- GOLDMAN Matthew L. , SHAH Ravi N. , BERNSTEIN Carol A., Depression and Suicide Among Physician Trainees, Recommendations for a National Response, *JAMA Psychiatry*, 2015; 72(5): 411-412.

HAN Xue , BYRNE Patrick , KAHANA Michael , BECKER Suzanna , When Do Objects Become Landmarks? A VR Study of the Effect of Task Relevance on Spatial Memory, *PLoS ONE* 7(5), mai 2012, e35940.

HOJAT Mohammadreza, The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, *Academic Medicine*, Vol. 84, No. 9, septembre 2009.

KELM Zak, WOMER James, WALTER Jennifer K. and FEUDTNER Chris, Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, *BMC Medical Education*, 2014, 14: 219.

LARSEN Jeff et al., Tuning adversity to advantage: The virtues of coactivation of positive and negative emotions, in: Aspinwall LG, Staudinger UM, eds., *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field*, Washington, D.C. American Psychological Association. pp 211–216.

SHAFIR Tal, TSACHOR Rachel P. and WELCH Kathleen B., Emotion Regulation through Movement: Unique Sets of Movement Characteristics are Associated with and Enhance Basic Emotions, *Front. Psychol.*, 11 January 2016.