

Sommaire

Programme	2
Introduction	5
<i>Philippe Guillou</i>	
Naissance du groupe Balint	7
<i>Michelle Moreau Ricaud</i>	
La vérité sort de la bouche des ... patients	13
<i>Daniel Lemler</i>	
L'épuisement professionnel ! Symptôme ? Maladie ? Difficulté de vivre ?	18
<i>Michel Delbrouck</i>	
Bien se soigner pour mieux soigner l'autre	27
<i>Jean-Patrick Chauvin</i>	
Le Balint, passage adolescent de la fonction du soignant ?	33
<i>Alain Casse</i>	
Se cacher par peur de ... ou jouer à cache-cache ...	40
<i>Mustapha Meslem</i>	
Recréer la place du médecin ? Essai analytique	44
<i>Jean-Richard Freymann</i>	
Exercer la médecine, un plaisir ?	55
<i>Dominique Delfieu</i>	
Ressenti et souffrance vis-à-vis de la mort en service de pneumologie	59
<i>Marie-Christine Kopferschmitt-Kubler</i>	
Mise en place de groupes Balint en milieu hospitalier après un stress extrême.	63
Intérêt du Balint dans les effets de crise.	
<i>Jacqueline Menaut</i>	
Le plaisir de soigner	65
<i>Jean-Christophe Weber</i>	
Sociodrame et psychodrame analytiques : formation et soin, deux processus qui se font écho	81
<i>Liliane Goldsztaub</i>	
Malaise chez les soignants	83
<i>Claude Escande</i>	
Liste des intervenants	84
Comités scientifique et d'organisation du congrès	86
Remerciements	87

Programme

<p>Vendredi 16 Octobre</p>	<p>Malaise chez les soignants</p>
<p>14h - 15h <i>Président et modérateur</i> <i>Françoise Hurstel</i> <i>Maurice Henniaux</i></p>	<p>Ouverture du congrès : <i>Philippe GUILLOU</i> Président de la Société Médicale Balint <i>Christian KELCHE</i> Doyen de la faculté de Psychologie Université de Strasbourg.</p> <p>Naissance du groupe Balint <i>Par Michelle MOREAU RICAUD</i> psychanalyste Membre du 4^{ème} groupe, leader de groupe Balint Paris</p> <p>La vérité sort de la bouche des...patients. <i>Par Daniel LEMLER</i> psychiatre psychanalyste FEDEPSY</p>
<p>15h - 15h45 :</p>	<p>1^{ère} partie : Malaise chez les soignants L'épuisement professionnel ! Symptôme ? Maladie ? Difficulté de vivre ? <i>Par Michel DELBROUCK</i> Société Balint Belge</p>
<p>16h15 - 18h <i>Marie-Frédérique Bacqué</i> <i>Philippe Jaury</i></p>	<p>Bien se soigner pour mieux soigner l'autre. <i>Par Jean-Patrick CHAUVIN</i>, médecin généraliste Paris</p> <p>Le Balint, passage adolescent de la fonction de soignant ? <i>Par Alain CASSE</i>, psychiatre, psychanalyste Strasbourg</p> <p>Se cacher par peur de...ou jouer à cache-cache... <i>Par Mustapha MESLEM</i> psychanalyste, leader de groupe Balint Le Havre</p>
<p>18h30 - 20h</p>	<p>Assemblée générale</p>

Programme

<p>Samedi 17 Octobre</p>	<p>Le plaisir de soigner</p>
<p>9h - 11h <i>Marie-Frédérique Bacqué</i> <i>Guy Even</i></p>	<p>Recréer la place du médecin ? Essai analytique <i>Par Jean Richard FREYMANN psychiatre psychanalyste</i> <i>président de la FEDEPSY Strasbourg</i></p> <p>Exercer la médecine, un plaisir ? <i>Par Dominique DELFIEU médecin généraliste écrivain</i> <i>Paris</i></p> <p>Ressenti et souffrance vis-à-vis de la mort en service de pneumologie <i>Par Marie-Christine KOPFERSCHMITT-KUBLER pneumologue</i> <i>Hôpital de Hautepierre Strasbourg</i></p>
<p>11h30-13h</p>	<p>Groupe Balint</p>
<p>14h30-16h</p>	<p>Groupe Balint</p>
<p>16h 30-18h30 : <i>Catherine JUNG</i> <i>Philippe GUILLOU</i></p>	<p>Mise en place de groupes Balint en milieu hospitalier après un stress extrême. Intérêt du Balint dans les effets de crise. <i>Par Jacqueline MENAUT médecin du travail</i> <i>Pau</i></p> <p>Le plaisir de soigner <i>Par Jean Christophe WEBER Professeur des Universités chef de service Médicale A Nouvel Hôpital Civil Strasbourg</i></p> <p>Sociodrame et psychodrame analytiques : formation et soin, deux processus qui se font écho <i>Par Liliane GOLDSZTAUB psychologue psychanalyste Maître de Conférences Universitaire Université De Strasbourg</i></p> <p>Malaise chez les soignants <i>Par Claude ESCANDE psychologue psychanalyste Professeur Associé</i> <i>Université De Strasbourg</i></p>

Programme

Dimanche 18 Octobre	<i>Se retrouver</i>
9h30 - 11h	Groupe Balint
11h15 - 12h15	Table-ronde et fin du congrès : <i>Alexandre FELTZ</i> médecin généraliste <i>Françoise HURSTEL</i> psychanalyste Pr honoraire UDS <i>Marie-Anne PUEL</i> médecin généraliste <i>Jean MACLOUF</i> médecin généraliste

Introduction

Philippe GUILLOU

Médecin généraliste à Strasbourg

Président de la Société Médicale Balint

La Société Médicale Balint est depuis plus de 40 ans investie et engagée dans le champ de la recherche et de la formation sur les aspects relationnels et émotionnels dans les pratiques de soins. Si la médecine générale a constitué le terrain initial de Michael Balint, ce sont aujourd'hui toutes les spécialités médicales et toutes les professions dites para-médicales qui sont concernées par ces aspects, tant ils peuvent modifier les conditions d'exercice et la qualité des soins.

Au-delà du champ médical et du soin proprement dit ; n'oublions pas que Michael Balint s'est inspiré du travail sur le cas (case-work) dans des groupes de travailleurs sociaux en Angleterre d'après-guerre (1947), il est très clair que certaines professions sont particulièrement exposées à la souffrance des populations : les enseignants, les assistantes sociales, les personnels de police, de justice...

Cette exposition constante à la souffrance de l'autre, provoque quelque chose chez les praticiens, en général une difficulté émotionnelle et relationnelle pouvant conduire à l'épuisement, voire à l'effondrement du professionnel (Burnout), si elle n'est pas travaillée, élaborée, perlaborée. La fonction du groupe Balint est justement et principalement de faire ce travail, cette perlaboration par les participants, pour leur permettre de comprendre émotionnellement leur patient et surtout d'utiliser cette compréhension émotionnelle à des fins thérapeutiques.

Ce qui est tout à fait remarquable, et régulièrement observé depuis plus de 40 ans de pratiques de ces groupes Balint en France, c'est un effet bénéfique sur les participants eux-mêmes, qui intègrent mieux les aspects émotionnels à leurs pratiques et s'en trouvent améliorés dans leur exercice quotidien. Cette compétence relationnelle, que l'on a appelée aussi « la culture Balint », permet au professionnel de maintenir son engagement, sa responsabilité auprès des patients et de poursuivre un exercice authentiquement bénéfique aux deux partenaires : le soignant et le souffrant.

C'est en quelque sorte cet « effet secondaire » du groupe Balint que notre congrès étudiera particulièrement, sans éluder les positions ou prérogatives de chacun, animateurs ou participants de groupes Balint. En élargissant volontairement le champ d'étude aux groupes thérapeutiques, nous ne prescrivons cependant pas l'amalgame, conscients des « effets pervers » et des « bénéfices secondaires ».

Nous chercherons, si ce n'est à redéfinir le groupe Balint, à dessiner les contours et mettre à jour de nouveaux objectifs pour ces groupes dans notre société actuelle.

Naissance du groupe Balint

Michelle MOREAU RICAUD

Psychanalyste Membre du Quatrième Groupe O.P.L.F.

Chercheuse associée au Centre de Recherche Psychanalyse et Médecine Université Paris – Denis Diderot

Membre du GRAL, Leader de la S.M.B

Argument :

Après le Congrès organisé à Budapest en 1986 autour de l'œuvre de Balint (1896-1970), quantité de questions m'ont poussée à écrire *Michael Balint. Le Renouveau de l'Ecole de Budapest*¹. L'une d'elles portait sur la création de son groupe éponyme : comment cette idée de formation pour le médecin généraliste était - elle venue à un psychanalyste « en chambre » et dans quelles circonstances l'avait-il imaginée et réalisée ? Pour reconstruire la démarche de Balint, nous aurons à suivre son itinéraire de psychanalyste, de l'Association psychanalytique de Budapest à l'Institut de recherche de la Clinique Tavistock de Londres où il expérimente et met au point son groupe dans les années 1950.

La traduction du livre de Balint² qui en rendait compte, par Jean-Paul Valabrèga (alors à l'ex-Ecole freudienne de Paris, puis l'un des fondateurs du *Quatrième Groupe OPLF*) a permis la transmission de cette formation en groupe. Son extension rapide en France (et en Alsace !) a aussi débouché sur la fondation institutionnelle de la Société médicale Balint, la première d'une longue série organisée en Fédération internationale Balint, reconnue comme O.N.G.

« Puis-je vous donner un conseil ? quand vous lisez les travaux psychanalytiques, prenez bien garde à la date de leur composition (...) ce que les critiques négligent : on dirait que pour eux l'analyse est tombée du ciel ou sortie de l'enfer(...) et non pas construite à partir d'un ensemble de faits, lentement et péniblement réunis, au prix d'un travail méthodique ».

¹ Moreau Ricaud, M., *Michael Balint. Le Renouveau de l'Ecole de Budapest*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2000, réédition in *Analyse Laïque*, Erès, 2007.

² Balint, M., (1957) *The Doctor, the Patient and the Illness* traduit par J.-P. Valabrèga, *Le Médecin, son malade, la maladie*, PUF, 1960, Payot, 1961.

Ce conseil de Freud, donné à Smiley Blanton³ qui le rapporte, est pertinent non seulement pour tout corpus théorique ; mais également pour tout dispositif technique découlant de sources théoriques, comme c'est le cas pour le groupe Balint de formation pour les médecins.

En 1957 paraît aux éditions Tavistock de Londres un livre qui va faire du bruit, *Le médecin, son patient, la maladie*.⁴ Balint a consigné là, en la théorisant, l'expérience de formation menée pendant 7 ans à la clinique Tavistock avec une dizaine de médecins généralistes (G. P.) Très vite traduit en français, et publié en 1960 par un chercheur du CNRS et psychanalyste : J.P. Valabrega, il va permettre une mise en place de plusieurs groupes dans les hôpitaux parisiens et de province et de groupes indépendants, tous dirigés par des analystes ou des psychiatres formés analytiquement. En 1967, des médecins en formation⁵ vont – à la barbe de leurs formateurs et encouragés par Balint - créer la première « Société Médicale des Utilisateurs des Groupes Balint », bientôt simplifiée en « Société Médicale Balint », qui sera le modèle des autres Sociétés Balint dans le monde. Regroupées en Fédération Internationale Balint en 1973 ---elle est reconnue comme une O.N.G.

Il s'agit donc d'une transmission à la fois par la pratique, le livre et le Mouvement.

Ceux qui ont participé à des groupes Balint ont une idée sur son fonctionnement et ses effets ; les autres vont s'y initier au cours de ce congrès ; je m'abstiens donc de développer cela pour me centrer maintenant sur son origine .

Origine du groupe Balint

Sans reprendre ici bien sûr le chapitre que j'ai consacré à sa naissance, auquel je vous renvoie⁶, je suppose que vous aussi, vous vous êtes demandé d'où ce Groupe venait – comme l'enfant que vous étiez se demandait avec curiosité d'où venaient les enfants...

³ Freud, S., in Blanton, S. (1971) *Diary of my Analysis with Freud*, New York, Hawthorn, trad. I. David *Journal de mon analyse avec Freud*, PUF, 1973. Je souligne

⁴ Balint, M., (1957) *The Doctor, the Patient and the Illness* traduit par J.-P. Valabrèga, *Le Médecin, son malade, la maladie*, PUF, 1960, Payot, 1961. Il y reviendra plus tard : « La genèse de mes idées », *La Gazette Médicale de France*, 1970

⁵ Sacco & co in Moreau Ricaud 2000

⁶ Moreau Ricaud, M., *Michael Balint. Le Renouveau de l'Ecole de Budapest*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2000, réédition in *Analyse Laïque*, Erès, 2007. Et « Le Groupe Balint a cinquante ans », *Topique*, L'Esprit du temps, Le Bouscat, 2001, p. 93-102.

Serait-ce un monstre fabuleux, composé d'une tête analytique et d'un corps médical ? Ou bien en termes biologiques, un hybride ? Un petit « bâtard », disait Norbert Bensaïd⁷. Oui, peut-être; il a été conçu sur le « bât » médecine et psychanalyse.

Mais est-il si « illégitime » que cela ?

1. Ses « parents » :

Ce groupe n'est pas sorti tout fait de la tête de Balint, comme on l'entend parfois. Il est né d'un couple, venant de disciplines différentes : Michael Balint l'a conçu avec Enid Albu. C'est donc plutôt un enfant métis.

Michael Balint (1896-1970) est fils de médecin, Dr en médecine (Budapest 1921), Dr en Sciences (Berlin 1924), psychiatre, il fait une première cure analytique à la Policlinique de Berlin (avec Hanns Sachs et Max Eitingon) et à l'Ecole de Budapest (avec Ferenczi). Il devient psychanalyste didacticien à l'Association hongroise de Psychanalyse, directeur adjoint puis directeur de la Policlinique de Budapest, qu'il a aidé à créer, de 1931 à 1938, Diplômé en psychologie (université de Manchester, 1945), psychanalyste didacticien de la Société Britannique de Psychanalyse, psychiatre consultant à la Clinique Tavistock.

Il est aussi le continuateur de l'œuvre de Ferenczi et son « passeur »⁸. Il est également l'auteur d'une œuvre psychanalytique originale⁹. Et il occupera le poste de Président de la SBP (1968 à sa mort)

Enid Albu (1904 -1994): elle a fait des études supérieures à la London School of Economics. Elle participe, après la II ème Guerre mondiale, à la relève du pays en travaillant au (sein de la *Family Welfare Association* dans le) "Family Discussion Bureau" (futur Institut des Relations conjugales), où elle forme des travailleurs sociaux qui prennent en charge des familles à problèmes, éprouvées par les années de guerre. Elle utilise la méthode du *casework*, importée de Harvard ; c'est une aide psycho -sociale individualisée, visant à faire prendre conscience au client de ses problèmes et à le rendre plus actif dans leur résolution.

Elle sera la troisième Mme Balint et fera une analyse avec Winnicott

⁷ au congrès du Mans

⁸ Moreau Ricaud, M. « Balint « passeur » de Ferenczi », *Psychanalyse, Rêve et Poésie*, (Dir. Cl. Nachin), Paris, L'Harmattan, 2006.

⁹ Balint, M. (1959) *Les Voies de la régression*, Paris, Payot, 1972 ; (1965) *Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot, 1972 ; (1968) *Le défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*, Paris, Payot, 1971.

Leur rencontre : Enid demande l'aide d'un chercheur à la clinique Tavistock, ce sera Michael Balint qui vient d'y être recruté. Véritable fécondation croisée, elle l'initie au *case work* et lui, à la psychanalyse. Il va modifier la technique de son séminaire : le travailleur social est requis de laisser tomber son dossier et d'utiliser la règle de *l'association libre* pour rapporter le cas dont il s'occupe, comme cela se pratiquait dans le séminaire de contrôle à Budapest.

De leur collaboration naîtra l'idée d'appliquer cette méthode aux médecins qui n'arrivent plus à faire face aux « nouvelles » pathologies. Comme le NHS veut former les médecins à la psychologie, Balint rédige une annonce dans *The Lancet* et expérimente avec des médecins volontaires cette *méthode Tavistock*. Elle est plus efficace qu'un enseignement de psychologie, car elle est une formation - recherche (« *training cum research* »). A l'aide d'autres sources encore, la formation des médecins à la relation médecin – malade, au transfert /contre-transfert, nommé par les Français *groupe Balint* est née.

L'assise analytique est bien claire ; entrons dans la

Galerie d'ancêtres illustres

Retrouver l'ascendance de Balint nous renvoie tout d'abord du côté de l'Autriche-Hongrie et de l'Allemagne. Il faut compter dans sa filiation:

- Côté psychanalytique, les pionniers : Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Vilma Kovacs.
- Côté famille médicale, psychanalytiquement orientée mais « sauvage », Georg Groddeck - le voisin de Baden-Baden¹⁰.
- Une branche importante, plus aventurière encore, est celle de la psychothérapie de groupe, avec deux analystes très originaux : John Rickman et Wilfred Bion. Ils ont tous deux occupé des places importantes dans la Société Britannique de psychanalyse, et sont liés par l'expérience de la cure : Rickman a été l'analyste de Wilfred Bion au moment de leur expérience princeps.

Rickman, un psychiatre psychanalyste, quaker, avait rencontré Freud et fait une analyse avec Ferenczi en 1926.

Wilfred Bion, un anglo-indien, venu faire ses études secondaires en Angleterre, s'était engagé dans l'armée à 18 ans. La première guerre mondiale terminée, il étudie l'histoire à Oxford, puis la médecine à Londres. En 1938, il commence une analyse avec Rickman. La guerre éclate.

¹⁰ « retrouvé » in extremis pour une intervention dans le séminaire de Roger Lagueux

C'est à l'hôpital psychiatrique Northfield de Birmingham, qu'ils font la fameuse expérience psychanalytique de groupe, avec des soldats déserteurs et traumatisés de guerre¹¹. Ils en tireront une théorie sur la dynamique de groupe, exposée dans leur séminaire. Balint confie dans une lettre privée qu'il suit ce séminaire et se plaît à apprendre « la thérapie de groupe »¹².

En résumé : Le groupe Balint, ce « vieux machin »¹³, n'est donc pas un groupe de pairs échangeant sur leurs patients, ni un séminaire de psychologie médicale, mais une extension / application de la psychanalyse.

C'est donc en tant qu'analyste – en « drogué invétéré de la psychanalyse »¹⁴, comme il se présente -, que Balint met au point ce groupe en combinant diverses influences : la psychanalyse (avec les notions d'inconscient, de transfert, de refoulement, des pulsions, du ça), ses propres recherches en médecine psychosomatique menées à Berlin, les apports de l'Ecole de Budapest avec le séminaire de contrôle analytique, l'analyse de groupe et le *case work*)...

« Le savoir peut-être acquis dans les livres et les conférences (nous rappelle Balint) ; le savoir-faire s'obtient par la pratique »¹⁵

Le but : apprendre à écouter, à entendre, au-delà du symptôme de son patient, quelque chose des surgeons de son inconscient, suppose que le médecin accepte de troquer, remplacer une attitude par une autre, plus souple, transformer ses habits par la fréquentation intense du groupe, mettre en suspens son savoir, et se modifier, se transformer tant soit peu. Visée modeste.¹⁶

En 1933, Balint était plus exigeant ; il pensait à une analyse de formation (la « didactique ») et pensait qu'on « pourrait éviter beaucoup d'excès si cette condition pouvait être introduite dans la formation des omnipraticiens ». Winnicott recommandait l'analyse dans la formation du médecin.

Mais ce n'était pas réaliste à ce moment - là . De plus, peut-on exiger d'eux la « livre de chair »¹⁷ qu'exige une cure psychanalytique ?

¹¹ Anzieu et Martin (1968) et Lacan (1947) en ont rendu compte.

¹² Balint, M., lettre inédite à O. Dormandi.

¹³ Selon un médecin essayant d'inciter ses collègues réticents à rejoindre un groupe Balint.

¹⁴ « an inveterate addict »

¹⁵ Balint, M. (1961) *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Paris, Petite Bibliothèque Payot

¹⁶ c'est l'« anti Dr House »

¹⁷ Shakespeare, W. *Le marchand de Venise*, O.C., Paris, Le club français du livre, t IV

En Grande-Bretagne, dans les années post - guerre la population était dans un état chaotique. Les psychiatres peu nombreux, n'étaient pas consultés car l'expression de cette souffrance se manifestait dans le corps et la démarche naturelle était de consulter en médecine générale.

Mais la médecine était dans un tel état de dépression, que les médecins qui ont travaillé avec lui, ont témoigné¹⁸ qu'avec l'arrivée de Balint :

-« une grande bouffée d'air pur était entrée » ;

-« Alors arriva un psychanalyste hongrois appelé Michael Balint... » ;

- et encore : « Soudain un bateau de sauvetage, conduit par Michael et Enid Balint... ».

Ne dirait-on pas que Zorro était arrivé ?

En France, le malaise des médecins s'est de nouveau fait entendre en 1968. La jeune SMB avait été invitée au débat ; Balint était venu à Paris, à Bordeaux, à Kernuz en Bretagne...

De nos jours, les médecins sont non seulement descendus dans la rue, mais ils sont malheureux dans les cabinets : deux congrès récents de la Fédération internationale Balint (à Berlin et à Stockholm) ont traité du « syndrome d'épuisement professionnel » du médecin (*burn out*). N'est-il pas temps de réclamer comme en 1919 à Budapest des moyens pour se former, pour se soigner ?

Sans attendre que se réalise l'utopie ferenczienne « d'une époque iatro - philosophique », où « sciences naturelles et sciences de l'esprit pourront se rencontrer dans la science médicale devenue leur point de convergence », pourquoi les médecins ne profitent -t-il pas davantage de la trouvaille de Balint?

Cela leur permettrait peut-être, malgré les souffrances humaines rencontrées quotidiennement dans la consultation, de « dire à nouveau que c'est un bonheur d'être médecin » (Ferenczi)...¹⁹

Paris, le 4 sept 2009

¹⁸ Bernarchon, Hopkins, Ph., de Courtenay, M., Salinsky, J., in *Journal of the Balint Society*, vol. 12, 1984 & Moreau_Ricaud 2000

¹⁹ Ferenczi, S. *La psychanalyse au service de l'omnipraticien*, O.C. III, Paris, Payot, 1982, p 215

La vérité sort de la bouche...

des patients

Daniel LEMLER

Psychiatre, psychanalyste, membre du collège directeur de la FEDEPSY, Président du Groupement des Etudes de Psychanalyse, leader de groupe Balint, Strasbourg

« Je mens pour qu'un morceau de vérité soit possible »

Lucien Israël, *Les pulsions de mort*, 1978

Je remercie mes amis MF Bacqué et P Guillou de m'avoir invité à ouvrir ce congrès aux côtés de M Moreau Ricaud. Je suis heureux de cette occasion de rappeler le souvenir de Lucien Israël. Il est de ceux qui ont suivi un véritable parcours freudien de la médecine à la psychanalyse. Du fait de sa fonction universitaire, les différentes étapes de ce parcours ont donné lieu à des enseignements, d'une part, et à la mise en place de structures, comme les antennes de psychosomatique ou les groupes Balint, d'autre part.

En maître de la tradition orale, il a ainsi transmis, au fur et à mesure, ce que sa curiosité lui avait fait découvrir et ce que son expérience lui enseignait.

La première étape fut celle de la psychologie médicale. Il en proposait une approche où transparaisait en filigrane l'influence de la psychanalyse.

La psychologie médicale selon Lucien Israël

La psychologie médicale est apparue officiellement dans les programmes de médecine dans les années 60. Mais ce sont les événements de mai 68 qui l'ont fait sortir de l'ombre.

L'introduction de la psychologie médicale va imposer une nouvelle définition de la pathologie. Cette définition, Lucien Israël l'entend freudienne : « *Elle doit s'étendre à tout ce qui limite l'aptitude de l'être humain à assumer ses désirs et à tenter de les satisfaire* ». Ce qui permet de définir la névrose comme « l'ensemble des obstacles créés par l'être humain lui-même pour différer, déplacer ou supprimer la satisfaction de sa quête ». Et, la psychologie médicale serait alors « la reconnaissance et l'inventaire de la névrose en médecine ». Ainsi observons-nous un glissement de la psychologie vers la psychanalyse. Cette dernière n'a qu'une exigence : que l'individu « accède à sa propre vérité ».

La psychologie médicale va donc ouvrir la maladie à une « signification insoupçonnée ». S'ensuit la création d'une véritable relation thérapeutique. Cela implique pour le médecin une démarche personnelle à la découverte de son propre inconscient. Cela bien sûr n'est pas sans conséquences, puisque *la psychologie médicale devient un « moyen de réinvestir la pratique médicale en accroissant le plaisir du médecin à l'exercice de sa profession »*.

Il s'agit donc de sensibiliser et de former à la psychologie médicale aussi bien les médecins en exercice que les étudiants. Dans les deux cas, le travail novateur de Michael Balint, va être le bienvenu.

Aussi Lucien Israël propose-t-il, bien qu'il présente que ce soit une utopie, le « groupe diagnostic » pour chaque étudiant et chaque enseignant.

Pour le médecin, il propose des « groupes d'étude de la relation thérapeutique » autrement dit des groupes Balint. À ces groupes sont associées deux notions qui leur sont absolument complémentaires : la fonction psychothérapeutique du médecin et la médecine psychosomatique alors naissante.

L'apport de Lucien Israël est de restituer à chacun des protagonistes de ce colloque singulier, la consultation, sa dimension humaine. Pour ce faire, il y a son enseignement oral, les groupes d'investigations cliniques (Balint) et toujours, en filigrane, la psychanalyse (personnelle).

Compte tenu de la résistance, aussi bien de la Faculté, que des médecins eux-mêmes, il y a quelque chose qui ne cesse pas de ne pas s'écrire, quelque chose de l'ordre de l'inconscient.

Autrement dit, si Lucien Israël a ouvert une voie, elle ne saurait se maintenir sans l'engagement, à chaque génération, de psychanalystes dans le champ de la médecine.

Une consultation ordinaire

Envisageons une consultation « ordinaire » et observons un élément fondamental pour notre propos. Toute consultation s'inaugure d'une plainte. Le destin de la consultation – mais aussi du patient, il faut y penser, et y penser avant – dépend de la manière dont le médecin va traiter cette plainte. Cette plainte n'est rien d'autre qu'une parole exprimée par le patient. Une plainte est le déploiement d'un discours avec les mots du patient lui-même. A l'exception, bien sûr, de quelques patients hypocondriaques qui connaissent le Vidal et le Larousse médical par cœur. C'est la manière dont nous recevons ce discours, ces mots,

ces paroles, qui conditionnent le mode de notre pratique. Je précise tout de suite que j'inclus dans ce nous l'ensemble des praticiens, y compris les psys. Cette plainte peut également entrer dans un autre discours en devenant plainte judiciaire.

L'enseignement de la faculté est un enseignement scientifique c'est un enseignement sur les maladies, et non pas sur les malades. Ce que la Faculté nous a enseigné, c'est à faire ressortir l'or du signe, qu'on appelle symptôme, du marécage de la plainte dans laquelle il est noyé. Autrement dit, tout ce qui est subjectif doit être considéré comme une scorie à éliminer.

Pour employer une autre image, il ne s'agit de rien d'autre que de faire passer la plainte du patient par un tamis, qui retiendra tout ce qui est subjectif, pour ne laisser passer que ce qui est objectivable comme signe clinique. Le tamis, c'est ce que J. Clavreul appelle l'Ordre Médical. Je reprends donc, le discours du patient est passé par le tamis de l'Ordre Médical, et devient discours médical, articulable en signe, symptômes, conjugables en syndromes qui amène à évoquer un diagnostic, à l'individualiser des diagnostics différentiels, à poser les indications d'examen complémentaires en vue d'établir un diagnostic définitif, qui engagera logiquement vers une stratégie thérapeutique.

Cette démarche se défend si l'on soutient la position de l'élimination du risque organique coûte que coûte. Elle se heurte à une objection majeure. Je l'exprimerai simplement ainsi, même dans la maladie, le corps n'est pas une prothèse de l'humain, au même titre que ses lunettes ou sa voiture. On peut réparer l'un ou l'autre, sans être entravé par la part affective ou subjective, même s'il en est qui tiennent à leur voiture comme à la prune de leurs yeux. Je ne parlerais pourtant pas d'unité psyché-soma, ou d'intrication. Je dirais simplement que le corps de l'homme est avant tout un corps imaginaire, symbolisé et symbolisable, avant que d'être réel. C'est ce que rend bien la langue allemande, en distinguant *Leib* (le corps affecté) de *Körper* (le corps anatomique). Le corps est investi psychiquement, c'est ce que traduit l'expression habiter son corps. Le corps silencieux lorsqu'il est en pleine santé, bruyant dès qu'il y a maladie, a dans tous les cas, à être géré dans ce que l'on appelle l'économie psychique.

Bien sûr, la démarche enseignée par la Faculté répond à une logique propre. Cette logique se décline avec des signifiants propres, tels que le souci d'efficacité, l'obligation de moyens, la peur de passer à côté, sous entendu de quelque chose que l'on puisse un jour me reprocher, et la liste n'est pas exhaustive, vous pourriez, chacun à votre manière et selon votre style, m'aider à la compléter. Cette logique soutient également que l'on ne peut

éliminer une pathologie organique, que lorsque l'on a pratiqué tous les examens envisageables, selon la science et la technique de l'époque. En conséquence, selon un principe que Sherlock Holmes ne démentirait pas, « lorsque vous avez éliminé l'impossible, ce qui reste, aussi improbable que cela paraisse, doit être la vérité » (A. Conan Doyle, Le signe des quatre), autrement dit, lorsque vous avez éliminé l'impossible, que toute notion d'organicité a été écarté, ce qui reste, la dimension névrotique, hystérique, voire psychiatrique, aussi improbable que cela paraisse, doit être la vérité et est donc envisagée comme diagnostic d'exclusion. Pour l'Ordre Médical, le symptôme névrotique est un diagnostic d'exclusion, que l'on ne pose qu'à la toute dernière extrémité. Et même alors, si l'on est dans le meilleur des cas – je m'expliquerai plus avant à ce propos -, le choix de l'attitude du médecin reste ouvert : traiter par le mépris, par chimiothérapie, adresser au psychiatre, mais à quel psychiatre...

Un renversement dialectique : le savoir est chez l'autre

« Moi, la vérité, je parle je », disait Jacques Lacan. La vérité est une parole, une énonciation. Elle se distingue donc de tout savoir, ou connaissance.

Or, que nous enseigne la faculté ?

Nous découvrons ainsi que le questionneur détient un savoir sur sa propre question. J'introduis ici un premier retournement dialectique : le savoir est chez l'autre.

Un des enjeux majeurs du déroulement d'une consultation est la place où l'on situe le savoir. Selon qu'on la conçoit du côté du médecin ou du patient, le destin de la relation thérapeutique en sera profondément modifié. A ce propos, je vous propose un renversement dialectique dans notre conception de la pratique médicale. Cela pourrait s'énoncer de la façon suivante : « **c'est le patient qui sait !** » : le savoir est chez l'autre. Vous saisissez l'enjeu : d'un côté, on fait passer le discours du patient à travers le tamis de l'Ordre Médical, pour y retrouver le discours connu, balisé, que nous a enseigné la Faculté, de l'autre, nous acceptons de nous dessaisir de notre savoir, pour nous laisser enseigner par nos patients. Bien sûr, cela implique que nous ne considérons pas que nous ayons pour mission d'assurer le S.A.V. (Service Après Vente) du corps, ce qui nous installerait carrément à la droite de Dieu, mais que nous envisagions le corps comme un investissement psychique. Cela peut vous sembler incongru, pourtant, si vous y réfléchissez, cela fait de chaque consultation une découverte potentielle, plutôt qu'un défi, ou une vérification de nos connaissances.

Création d'un espace de paroles

La prise en compte de la souffrance, de l'expression de la douleur comme expression subjective de celui qui souffre, que ce soit physiquement ou psychiquement, passe par le rejet d'un savoir universitaire sur la douleur. Il s'agit de se laisser enseigner par le patient de sa souffrance, de sa source et de la demande qu'il formule à partir de là.

Une vignette clinique vous illustrera mes propos. C'est une femme qui est en soins palliatifs suite à un cancer. Le médecin lui demande si elle a mal. Elle répond affirmativement. Il donne alors la consigne de lui prescrire de la morphine, ce qui la plonge dans un état second, qui l'éloigne de ses proches et engendre de ce fait une importante souffrance. Elle témoigne de son incompréhension : je lui ai dit que j'avais mal, parce qu'il m'a sollicitée, mais je ne lui ai rien demandé !

Une proposition

Le savoir est bien chez l'autre, le patient. Et, à accepter cet enseignement, on permet que la parole circule, avec toute sa dimension psychothérapeutique. Et cette approche a le mérite de permettre au praticien de retrouver du plaisir dans la pratique de son art.

L'épuisement professionnel ! Symptôme ? Maladie ? Difficulté de vivre ?

Michel DELBROUCK²⁰

Résumé :

L'épuisement professionnel ! Symptôme ? Maladie ? Difficulté de vivre ? Au-delà de la description classique du Syndrome d'épuisement professionnel, pour l'auteur, « le symptôme²¹ est toujours un Janus, soit une créature à deux visages, souffrance d'un côté satisfaction libidinale de l'autre ». Il envisagerait donc l'épuisement professionnel comme le symptôme de diverses difficultés de vivre sa fonction de soignant. Mais ce burn-out pourrait également être une maladie de l'Ego, ou une maladie de la décentration. Maladie du Moi idéal, le burn-out cacherait une maladie de l'autonomie ou une maladie de la solitude. Et si cet épuisement professionnel avait pour source un manque de relation d'Amour Primaire ? Et enfin le burn-out, comme maladie de l'intrusion du patient (Traumatisme par procuration).

L'auteur développe ensuite une stratégie de prise en charge du patient en burn-out avec plusieurs mises en garde et conseils dont la compagnie d'investissement mutuel, si chère à Michael Balint.

*Les notions classiques du syndrome d'épuisement professionnel, sont bien connues du public. Je vous propose de vous livrer quelques **nouvelles réflexions** à propos de ce burn-out « bien connu ».*

« **L**e symptôme²² est toujours un Janus²³, soit une créature à deux visages, souffrance d'un côté satisfaction libidinale de l'autre. C'est dire que l'abord du symptôme exige un tact infini dont l'ignorance peut s'avérer ravageante pour le sujet. Freud en fit la découverte, lui qui subit la réaction thérapeutique négative, quand son patient défendit son symptôme, au prix de son aggravation même, contre la menace de la guérison ».

²⁰ DELBROUCK Michel, médecin, psychothérapeute analytique, Vice-président de la Société Balint Belge, Membre Associé de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin (Genève), Enseignant de la psychopathologie à l'EPG – Paris ; auteur de : *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, De Boeck, 2003 et de *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 2007. ; www.ifts.be

²¹ DEPELSENAIRE Y., HELLEBOIS P., *Pour une loi intelligente, L'Etat et la santé mentale*, Quarto, Série spéciale, Revue de la Psychanalyse, Ecole de la Cause Freudienne – ACF en Belgique, ISSN 0771 67 45 ; ISBN 2-911636-73-2, p. 10.

²² DEPELSENAIRE Y., HELLEBOIS P., *Pour une loi intelligente, L'Etat et la santé mentale*, Quarto, Série spéciale, Revue de la Psychanalyse, Ecole de la Cause Freudienne – ACF en Belgique, ISSN 0771 67 45 ; ISBN 2-911636-73-2, p. 10.

²³ Janus : le dieu des portes (de *janua*, « porte » en latin), car il gardait les portes du ciel et du domaine des Dieux. Il est représenté avec deux visages, l'un tourné vers le passé et l'autre tourné vers le futur. À Rome, son temple principal a la particularité d'avoir les portes ouvertes en temps de guerre et fermées en temps de paix.



Janus

La difficulté de vivre

Voici l'entrée en matière, si je puis dire, de mon exposé sur le burn-out

Nous voyons donc d'emblée que la chose n'est guère aisée.

Que soignons-nous ? Des maladies, des malades, notre difficulté de vivre ?

Pour Hellebois, « Qu'est la santé ? Le silence des organes ? Le silence de la pensée ? Le bien-être comme nous le proclamé l'OMS²⁴ . Taxer la souffrance psychique de trouble mental n'est donc que passion de l'ignorance. **On peut être malade sans souffrir et souffrir sans être malade.** La maladie ressemble dans certains cas furieusement à la vie elle-même. Vivre serait donc une entreprise difficile et douloureuse. »

C'est donc de cette difficulté de vivre dont nous allons parler, de la difficulté de la vivre comme médecin, comme soignant dans ce monde-ci. La plupart de nos décisions, nous les avons prises sans le savoir, sur une base inconsciente. Le choix de notre profession a été délibéré pour certains. Pour d'autres, ils se sont retrouvés à soigner de telle ou telle façon, tel ou tel type de patients. Participer à des groupes Balint, ou commencer une analyse, une psychothérapie, permet parfois de nous donner un éclairage latéral sur ces choix, ces directions que nous avons prises à des **moments-carrefours de notre existence**. Ode au dieu Kairos²⁵, le dieu de l'occasion opportune, par opposition à Chronos, le dieu du temps qui passe. Il nous oblige à prendre conscience d'éléments clefs de notre destin, de nos choix.



Dieu Kairos

Le burn-out ne serait-il pas un des ces moments-carrefours, de ces moments clefs qu'il ne s'agit pas de rater comme rendez-vous. Mais est-on obligé d'en passer par toutes les couleurs ? Les prémisses ou les indices précurseurs ne pourraient-ils pas nous suffire ?

Nous avons donc au fil du temps à **travailler sur notre souffrance subjective**. Il ne s'agit pas de s'introspecter de manière compulsive et malsaine mais de laisser émerger à notre conscient de façon suffisamment précoces des **indices ou des symptômes d'inconfort**.

Naturellement cela implique de notre part un rapport à la souffrance bien particulier. Le masochisme érogène primaire nous guette en effet. Mais ne compliquons pas. Martin

²⁴ ²⁴ DEPELSENAIRE Y., HELLEBOIS P., *ibidem*, opus cité, p. 11.

²⁵ Le dieu Kairos est représenté comme un jeune homme, aux talons ailés, ayant une grande mèche de cheveux devant, et chauve derrière. Quand l'esprit reconnaît le bon moment, il ne faut pas hésiter longtemps si on veut saisir sa chance, car si l'on ne peut saisir la mèche de cheveux de Kairos au moment où il passe, son crane chauve n'offrira plus de prise...

Winkler nous dit que : « *La médecine*²⁶ *est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident d'un jour rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en crever.* »

Nous avons donc à accepter comme nous l'enseigne Paul MONTANGERAND²⁷, à accepter de sortir du sillon répétitif d'un ancien disque rayé, **accepter de délirer** (selon l'étymologie du mot : délirer : sortir du sillon) pour retrouver notre véritable nature, là où la créativité intérieure alimente notre joie véritable.

Le burn-out, maladie de l'Ego

Nous nous rendrons compte également que outre les causes externes du burn-out, institutionnelles, sociétales, politiques, financières, mais cela vous ne le savez que trop, que le burn-out pourrait être aussi une maladie de l'Ego.

Non pas l'*ego sum pauper* de nos veillées scoutes mais l'Ego, celui que nous connaissons bien, celui qui prend toute la place. « Si je ne suis pas tout, je ne suis rien²⁸ » La névrose est presque toujours le fait du refus d'accepter de n'être pas tout puissant.

Il s'agit donc de se préparer.

Car pour partir à la recherche de ce qui en nous nous tarabuste, nous retourne comme une crêpe, nous taraude, nous angoisse, nous horrifie, nous met en colère, nous épuise littéralement comme dans ce fameux burn-out, une traversée si pas des sept portes de l'enfer comme la Princesse INANA, du moins une entrée dans le vestibule et le patio de cet **enfer** pourrait nous aider. Pour ce faire, pour descendre dans les **profondeurs de notre ombre**, le silence sera de rigueur, celui de nos « pensées rationnelles rassurantes » afin de nous abandonner à notre pensée intuitive. Entendez méditation, émotions, rêves, cauchemars, images, dessins, griffonnages qui vous diront où vous en êtes peut-être.

Pour Rabbi Nahman de Braslav²⁹, « il est interdit d'être vieux ». « Ce qu'on peut d'abord entendre : interdit de renoncer à se renouveler, de s'en tenir à une réponse qui ne remettrait plus en cause la question ». Il poursuit : « La première tâche de chaque homme est l'actualisation de ses possibilités uniques, sans précédent, et non pas la répétition de quelque chose qu'un autre, fût-ce le plus grand de tous, aurait accompli »

Voilà qui est clair et posé.

Le burn-out, maladie de la décentration, maladie du Moi idéal

Ces préambules nous invite donc à nous recentrer et à aller à l'essentiel de ce que nous avons, pour chacun et chacune à faire de notre vie, de notre temps. Or le burn-out est une maladie de la décentration, une maladie du Moi idéal.

L'idéal du Moi nous est plus qu'indispensable. Formé et forgé à partir de nos valeurs ancestrales, familiales, sociétales, nourris de nos rencontres, de nos espoirs, de nos lectures, nous l'avons façonné peu à peu, fait naître à l'image de ceux et celles que nous admirions, nos parents, nos maîtres et pourquoi pas certains de nos élèves et de nos patients. Nous aurions pu intégrer les limites et les imperfections de cet idéal, accepter les limitations des uns et des autres et surtout les nôtres.

Mais non c'est le Moi idéal qui prends la place. Voilà qu'on le pavoise, on le place sur un piédestal, on l'embellît. Il y monte allègrement, se gonfle, bombe le torse, grandit, accepte

²⁶ Texte de Martin Winkler dans la « *Maladie de Sachs* » P.O.L. 1998.

²⁷ MONTANGERAND Paul, *La voix du cœur, chemin du thérapeute*, ISBN 2-9504113-1-2.

²⁸ MONTANGERAND, *ibidem*, p. 207.

²⁹ Cité par MONTANGERAND P., *Ouverture et créativité*, in *Action et pensée*, n° 53, Revue de l'Institut International de Psychanalyse Charles Baudouin, Déc. 2008, p. 7.

mille servitudes, pardon services, pour se rehausser de quelques centimètres car il voit loin. On lui a promis monts et merveilles. Il sera drapé d'or. La population lui sera reconnaissante, les professeurs, les étudiants, ses pairs, ses enfants, son épouse vont même l'y encourager.

Burn-out, maladie de l'autonomie et maladie de la solitude.

Heureusement, les Etats-Unis nous ont appris le Self estim. Cette culture de l'Estime de soi est venue renforcer ces déficits du Moi continental. Le « Vous devez vous aimer » nous vient en droite ligne des USA. Voilà donc une **autre dérive** : Si nous ne sommes pas à la source de ce qui nous arrive, nous ne pouvons pas nous aimer. Comme si nous devons faire tout émerger de nous. Depuis 1968, avec la libération de l'oppression, des carcans et l'arrivée de l'interdiction d'interdire, nous avons basculé dans cette autonomie. Cette autonomie s'est parfois transformée en une **contre dépendance de l'Autre** et peut-être même vers une certaine solitude.

Voici encore deux lits du burn-out : le culte ou la culture de l'autonomie de soi et la Solitude. Le burn out, maladie de la solitude. S'en remettre à l'Autre, se mettre en dépendance ou se remettre en dépendance bien sûr limitée, temporaire et judicieuse à l'Autre pourrait à nouveau nous faire acquérir la confiance dans l'Autre.

Il semblerait que nous ayons également oublié la **capacité d'estimer quelque chose de négatif**. Comme enseignant de la psychopathologie, je suis frappé par la difficulté des étudiants adultes à pouvoir accepter lors de la présentation de leurs travaux qu'ils ne savent pas tout, qu'ils ont oubliés un point de vue, qu'ils doivent corriger leur exposé, qu'un point de vue autre que le leur existe, que l'affection qu'ils décrivent ne doit pas nécessairement être exposée selon leur propre ressenti émotionnel mais selon ce que la communauté scientifique a élaboré et décrit. Comme si le seul point de référence était eux. Que dire, des remarques ou des désaccords que nous devons exprimer aux étudiants.

Actuellement sur les faire-parts de naissance, le bébé annonce lui-même sa venue. A la limite, il en oublierait bien ses parents. Il n'y a donc pas assez d'interpellation de l'ailleurs, de l'Autre, du cadre, de la loi, etc.

Pouvons-nous ré augmenter la prise de conscience de notre participation et de **notre appartenance aux générations précédentes**. Le Professeur Jules ARCQ³⁰ m'a appris la propédeutique ainsi que le respect du corps et de l'esprit de mon patient. Mon collègue et ami le Docteur Sydney Gourdet me rappelait l'éthique du professeur DEPARIS de Paris, qui lui apprenait à demander à son patient la permission de l'examiner.

L'Autre n'est pas prédateur de notre ego. Une saine dépendance peut être féconde. Elle fait partie intégrante de notre humanité. Si j'imite l'autre, ou si je me modélise, je peux garder mon estime de moi. J'ai besoin de penseurs, de mentors, de Maîtres à penser. Encore faut-il les citer, les nommer s'en référer. Ce qui me frappe, encore une fois chez les étudiants, c'est qu'un certain nombre oublie de citer leurs références bibliographiques comme si le texte qu'ils recopient parfois ou qu'ils « coupent et collent » sur internet était, devenait *ipso facto* leur propre production.

La référence à l'autre n'existerait plus si ce n'est qu'il n'est là que pour combler ce manque, ce gouffre, ce vide de soi et de l'Autre. Une société borderline, en situation d'Etat Limite. Michael Balint³¹ en était bien conscient quand il nous décrit ce basic default, ce manque fondamental, mal traduit en français par défaut fondamental.

Quel rapport avec le burn-out ?

Le burn-out, maladie du manque de relation d'Amour Primaire

³⁰ Docteur Jules ARCQ, professeur de propédeutique médicale, Université Catholique de Louvain.UCL, Bruxelles

³¹ BALINT M., *Le défaut fondamental*, Paris, Payot, XXX.

Nous trouvons des médecins et des thérapeutes de cette mouture, qui présentent ce manque fondamental et bien entendu la population que nous soignons, la présente également. Elle agit avec des demandes, des exigences dans l'instant, dans l'immédiateté qui nécessite un comblement rapide de l'extérieur et en même temps comme si tout venait, exigeait d'elle-même en niant quasi l'existence de l'autre.

La base de cette attitude que Michael Balint appellera **relation d'Amour Primaire** découle de la posture suivante du bébé : « *Je dois être aimé³², toujours, partout, de toutes les façons, dans tout mon corps, dans tout mon être – sans aucune critique, sans le moindre effort de ma part – est le but final de toute aspiration érotique* ».

La relation d'amour primaire³³ est le genre de relation ou d'association où un seul des partenaires a le droit d'avoir des désirs, des souhaits et des intérêts, tandis que l'autre est toujours considéré *a priori* comme étant en accord avec les désirs et les intérêts du premier. Ce besoin de plaire à tout le monde et/ou d'attendre la reconnaissance et l'amour de manière outrancière et constante va user le soignant, de même qu'il pourrait être à la base de certaines personnes atteintes de burn-out, exigeant elles aussi une reconnaissance et un amour de tous les instants.

Pour Michael Balint³⁴, une des conceptions de l'analyse de la relation d'objet pourrait expliquer que **certaines personnes restent bloquées dans un burn-out**. Selon cette approche, les déviations qui écartent le sujet de l'obtention du plaisir sexuel normal sont de trois types : soit l'amour se porte sur un objet normalement défendu (p.e. l'inceste), soit c'est la façon d'aimer l'objet qui est anormale, soit **le sujet reste fixé à l'adaptation post-traumatique**. Ce troisième cas de figure pourrait illustrer certaines situations de compulsion de répétition retrouvées dans certains burn-out. Le sujet provoque sans arrêt, inconsciemment mais intentionnellement des traumatismes similaires qui paraissent être un effet du hasard.

Stratégie de prise en charge du patient en burn-out

Et puisque nous aurons pu éviter ces pièges, de l'égo, de la contre-dépendance, de la solitude, du manque, de l'amour primaire, du moins dans sa partie la plus prégnante, nous serons suffisamment dégagés pour prendre en charge nos collègues épuisés.

Dégager, déminer, dégorger la plainte. Évaluer, laisser expliquer, laisser raconter et encore raconter, évaluer avec le soignant sa souffrance. Tenter à deux d'exprimer, de discerner, de répartir les événements, les faits, les personnes, les histoires. Le médecin, le thérapeute devient contenant avec son devoir de réserve et sa capacité de contention et d'analyse, avec sa fonction d'empathie, de pare-excitant, ou sa fonction alpha (BION). Son positionnement sera exempt de parti-pris, de catégorisation, de diagnostic trop vite posé à la hâte tant chez la « victime » du burn-out » que chez le supposé oppresseur et/ou harceleur qu'est le patron, l'entreprise ou l'institution.

Son écoute attentive et respectueuse fera émerger les éléments importants qui feront figures sur le fond.

Cette philosophie du soin, cette conception de l'être soignant n'est rendue possible que si des conceptions philosophiques de vie et du soin sont présentes chez le soignant à l'état conscient et inconscient.

Une compagnie d'investissement mutuel

Il existe des contraintes existentielles, certes. Mais quel genre de philosophie de la vie, quel existentialisme sous-tend notre dimension de soignant ? Quel sens donnons nous ou

³² BALINT M., *Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot, 1972, 2001, p. 75.

³³ BALINT M., *ibidem*, opus cité, p. 195.

³⁴ BALINT M., *ibidem*, opus cité, p. 63.

non à notre démarche ? Il s'agit d'une aventure, une compagnie d'investissement mutuel, nous rappelle Michael Balint. Le JE n'existe que parce que le TU existe. Les neurones miroirs, sont là pour nous le rappeler au cas où nous en douterions, au cas où nous continuerions à penser que l'enfer c'est les autres et que l'Autre est aliénant pour nous.

Plaisir de la rencontre, de la découverte de l'autre, **de corps/core à corps/core** c'est-à-dire de noyau à noyau. Dans une recherche d'authenticité, entre deux humains.

Plaisir intellectuel, émotionnel de la rencontre entre deux humains dans une recherche d'authenticité partagée, certes mais de manière inégalitaire, avec un niveau d'asymétrie entre le patient et son thérapeute mais qui n'empêche pas la qualité de l'interaction. Accoucher, aider à mettre au monde les bébés, les émotions, les mots et les idées reste et restera un des plus beaux métiers.

Voir, entendre, toucher ces beaux corps de même que ces corps souffrants, de l'intimité corporelle à l'intimité psychique, le médecin, le soignant se trouve dans un positionnement à la fois divin et diabolique, c'est-à-dire unificateur de la personne ou séparateur d'elle-même. Les enjeux sont ainsi présents. Attention donc à la jouissance de gérer, de contrôler. Il s'agira de ne pas être prisonnier de son contre-transfert érotique ou et de toute puissance. Humilité, amour et humour sur soi vont nous y aider grandement.

Le burn-out, maladie de l'intrusion du patient (Traumatisme par procuration)

Certains auteurs, notamment Marcel Sassolas, nous mettent en garde contre les possibles intrusions de l'espace psychique des soignants.

Dans ces cas de figure, nous parlons de traumatisme par procuration³⁵ « ou *Vicarious Traumatization* » et nous aurons à la conscience que :

- Les affects du patient peuvent envahir l'espace psychique du soignant. Le soignant en « mère porteuse », va accueillir pour un temps les appréhensions intolérables, le non-éprouvé et le non-penser du patient. Le thérapeute va fournir son psychisme, sa capacité de rêverie, et va redonner ce matériel sur un mode décontaminé, transformé, plus digeste, ou plus raffiné. Nous retrouvons ici encore, la fonction alpha de Wilfred Bion, comme processus d'élaboration et de transformation des éléments bêta, ingérables par le patient et par son soignant.
- Le soignant est sollicité narcissiquement au niveau de son omnipotence
- Ses capacités de pensée peuvent être attaquées par le non-sens, le paradoxe, la confusion, le délire, les hallucinations du patient
- Le soignant pourrait s'identifier à la victime s'il développe trop de sollicitude
- La non-reconnaissance de certains patients peut venir blesser profondément et narcissiquement le soignant.

³⁵ DELBROUCK M., *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, de Boeck, 2003.

Marcel Sassolas³⁶, nous dit qu'il est intéressant « il est intéressant de proposer au patient un dispositif de soins où nous pouvons entendre sa détresse sans lui donner une réponse immédiatement agie ». De ce fait, c'est aussi lui laisser la possibilité d'exercer envers lui-même une capacité de sollicitude, un des éléments constitutifs de l'estime de soi, et de retrouver une capacité d'insight, toujours présente même si elle a été mise à mal par les processus psychotiques ou les malheurs de la vie». Il propose tant au patient qu'au soignant de porter sur lui-même un regard apaisant, un amour de soi avec le recul intellectuel indispensable.

A Contrario, pour le Docteur Michael Balint, quand la zone du défaut fondamental existe chez un patient, le processus thérapeutique va favoriser un retour vers cette zone. Le soignant soutient cette tendance naturelle à la régression vers cette couche archaïque. La reviviscence des carences et des angoisses, des besoins et des défenses se réalise à travers le transfert. Balint propose donc de **régresser pour progresser**. Dans ce sens, le burn-out du soignant pourrait dans certains cas permettre un processus de réparation du défaut fondamental. Mon expérience clinique semble me montrer que dans les cas sévères de burn-out chez les soignants, cette zone est bien existante.

Elaborons donc des pistes !

Lina Balestrière³⁷ propose de définir la santé mentale comme la « disposition à percevoir la vie comme valant la peine d'être vécue, ce qui implique le fait de se percevoir comme un sujet en prise sur sa propre vie ». La santé mentale est un plaisir sensoriel. Elle est croisement possible de trois plaisirs : le plaisir d'apaisement, le plaisir érotique et le plaisir de pensée.

Oserons-nous élaborer une vie de soignants avec quelques pistes d'anti-burn-out ?

- Dépistons les moments-carrefours de notre existence
- Préparons nous et découvrons notre propre rythme, nos ressources et nos limites
- Essayons de nous désenfermer, de sortir de nos idéaux de perfections et de nous ouvrir à l'Autre, en quittant solitude et/ou dépendance
- Ne nous laissons plus entraver par :
 - des mécanismes inconscients de reproduction (peurs, colères croyances, insatisfactions, projections inutiles et inhibitrices de changement)
 - nos systèmes de croyances,
 - nos automatismes de fonctionnement
- Quittons le ressassement de notre passé et notre crainte immodérée de l'avenir et ne restons pas bloqué sur nos traumatismes.

³⁶ SASSOLAS M., psychiatre à Villeurbanne, fondateur de communautés thérapeutiques, est l'auteur de *La psychose à rebrousse-poil*, Érès, Ramonville Sainte-Agne ; Lecomte, Yves, 1995

³⁷ BALESTIERE L., *Santé mentale et plaisir, un point de vue psychanalytique*, Cahiers de Psychologie clinique, 2001., 2 (n° 17), CIARN info.

- Augmentons notre degré de responsabilisation à l'aide d'un ajustement créateur pour trouver des réponses plus personnelles aux questions de vie rencontrées dans le cadre d'une compagnie d'investissement mutuel où le patient et le soignant sont gagnants.
 - Transmettons notre savoir et notre expérience aux plus jeunes de nos confrères, qui sont notre avenir, comme Hippocrate nous y invitait.
-

Terminons avec une phrase de Christophe DEJOURS³⁸

L'organisation du travail est une construction humaine.
Elle ne se déploie qu'avec le consentement et la collaboration de millions d'hommes et de femmes. Le travail peut générer le pire, jusqu'au suicide,
il peut générer le meilleur : le plaisir, l'accomplissement de soi et l'émancipation.
C'est grâce au travail que les femmes s'émancipent de la domination des hommes.
Il n'y a nulle fatalité dans l'évolution actuelle.
Tout cela dépend de nous et de la formation d'une volonté collective de réenchanter le travail.

³⁸ DEJOURS C., *Le travail entre espoir et désespoir*, in Revue Confluences, *Rencontrer la souffrance des soignants*, Bruxelles, N° 20, Août 2008.

Bibliographie

- BALESTIERE L., *Santé mentale et plaisir, un point de vue psychanalytique*, Cahiers de Psychologie clinique, 2001, 2 (n° 17), CIARN info.
- MARC E., *La régression thérapeutique*, in Revue Gestalt, n°23, De la régression, Paris, 2002, ISSN 1154-5232.
- CREPELET E., *Patchwork pour une prévention du burn-out*, in Revue Confluences, *Rencontrer la souffrance des soignants*, Bruxelles, N° 20, Août 2008.
- D'ASSEMBOURG T., *Qui fuis-je ? Où cours-tu ? A quoi servons-nous ? , vers l'intériorité citoyenne*, Les Editions de l'Homme, Montréal, 2008.
- DELBROUCK M., *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, de Boeck, 2003.
- DELBROUCK M., *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 2007.
- DEJOURS C., *Le travail entre espoir et désespoir*, in Revue Confluences, *Rencontrer la souffrance des soignants*, Bruxelles, N° 20, Août 2008.
- DURCKHEIM Karlfried, leibthérapie
- GLORIEUX A, Action et pensée, n° 53, décembre 2008. Revue de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin.
- JUNG C. G., *Septs Sermons aux Morts*, Carnets L'Herne, 2006.
- MAILLARD C., *Les Septs Sermons aux Morts de Carl Gustav Jung*, Presses Univ. De Nancy, 1993.
- MONTANGERAND Paul, *La voix du cœur, chemin du thérapeute*, ISBN 2-9504113-1-2.
- MONTANGERAND P., *Ouverture et créativité*, in Action et pensée, n° 53, Revue de l'Institut International de Psychanalyse Charles Baudouin, Déc. 2008, p. 7.
- SINGER C. Les âges de la Vie, etc.
- SASSOLAS M., *La psychose à rebrousse-poil*, Ramonville Sainte-Agne; Erès, 1995
- VAN MEERBEECK P., JACQUES J.-P., *L'inattendu, Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné.*, Bruxelles, De Boeck, 2009.

Bien se soigner pour mieux soigner l'autre.

Jean-Patrick CHAUVIN

Médecin généraliste

Malaise du soignant, ou le soignant au miroir de son exercice ? Telle pourrait-être la question fondamentale, celle de la relation de soin et de ce qu'elle réveille en chaque soignant, ses limites douloureuses tant techniques qu'humaines, mais peut-être aussi ses propres douleurs d'humain. Et si tout cela conduisait à améliorer le soignant tant du point de vue de sa technique que du point de vue de son humanité.

Derrière ces questions n'y a-t-il pas d'autres questions plus profondes, celles du sens ? Sens de notre rôle de soignant, sens de la souffrance humaine, sens du soin, mais cela soulève aussi des questions essentielles concernant les enjeux même de notre système de santé.

« La tâche du médecin n'est pas seulement d'assurer la survie, mais de préserver la vie, le sens de la vie. Toute perte de sens occasionnée au malade par l'incompréhension du médecin est une faute professionnelle aussi grave qu'une erreur thérapeutique. » disait Lucien Israël. Et si chaque maladie était aussi un désespoir de sens chez le malade, et si le malaise du soignant n'était qu'un appel au sens de sa vocation, sens à retrouver ou sens à renouveler...

Bien au-delà du malaise du soignant, il faudra peut-être se poser la question du malaise profond de notre système de soin qui dans son développement technologique, biologique, en vient à perdre de vue la dimension humaine de chacun et du soigné et du soignant. Ensuite faudra-t-il se poser la question des solutions à apporter concrètement dans la formation et le perfectionnement des soignants, car s'ils ont aussi un rôle d'accompagnants de personnes en souffrance, comment sont-ils accompagnés eux-mêmes ?

Et si le malaise du soignant était une « bonne chose » ? Une bonne chose à condition de s'y arrêter un instant. Une bonne chose parce que cette « douleur intime du médecin va pouvoir conduire à une croissance : croissance en compassion et croissance en connaissance.

Mais partons plutôt d'un vécu dans l'ordinaire de l'exercice du médecin que je suis.

Mercredi 30 septembre, il est 20h30, c'est la dernière consultation. Mme V. Mal de gorge, fatigue, état subfébrile, courbatures et d'étranges malaises. Comme souvent, cette patiente

que je vois assez souvent depuis une dizaine d'années, cherche une cause à ses maux physiques. Une cause psychique, mais une cause psychique est-elle le sens de ces maux, de cette souffrance intime que la maladie révèle ?

Interrogatoire : les signes de la maladie, examen : c'est une banale pharyngite. Le contexte, elle arrive en fin de contrat de travail (contrat à durée déterminée) et n'est pas sûr que son contrat soit renouvelé. A 55 ans, on ne peut pas dire que cela soit simple à vivre.

Je lui dis quelques mots et lui prescris un traitement. J'ai fait mon travail de médecin, et pourtant un malaise m'habite. Une fois la porte refermée sur elle, je ne suis pas satisfait je ne suis pas très fier de moi, j'ai le sentiment de l'avoir « expédiée », pourtant j'ai pris du temps pour écouter ses plaintes, ses angoisses... Mais ai-je vraiment aidé cette femme ? L'ai-je aidée à sentir le sens de ses maux, lui ai-je donné des clefs pour mieux passer ce cap difficile ?

Je n'en ai pas le sentiment. Mais avant de vouloir donner sens aux maux de cette patiente, il va bien falloir que je fasse la route moi-même. Alors, il faut tout reprendre de cette consultation, non pas du point de vue de la symptomatologie physique de la patiente, mais du point de vue de l'expérience intime du médecin.

Quelle est la nature de ce malaise ? Elle attend trop de moi, je sens un danger, un danger d'ambiguïté, comme si dans cette attente, il y avait une attente amoureuse... « Elle m'emmerde avec ses projections – que ça dit en moi – elle pourrait s'assumer un peu plus ».

C'est cette ambiguïté que je crois déceler chez elle qui m'alerte. Il n'en faut pas plus pour que soudain je me retrouve plusieurs années en arrière, petit garçon de 8, 9 ans, malade. La fièvre, la toux, la fatigue. On est en fin de matinée, ma maman rentre de faire quelques courses. Et le petit garçon perçoit à travers une odeur, un grain de peau du cou, un état « amoureux » de cette maman. Un secret de cette maman est percé. Et elle le sent, et dans un geste – une cuiller de sirop à son petit garçon qui tousse – c'est autre chose qui se trame : la cuiller appuie trop fort au fond de la gorge et tente de réduire cet enfant au silence. Un message s'inscrit en lui : toute intimité est dangereuse, proscrite. Bien évidemment aucun des personnages de cette scène n'a conscience de ce qui se joue, mais c'est ce qui a lieu dans les coulisses subconscientes de chacun.

Eclairé par cette scène du passé, je ne peux que comprendre et accueillir cet homme que je suis aujourd'hui. Celui qui redoute d'être pris au piège d'un secret intime insupportable. Pour un médecin qui prétend donner sens aux maux de ses malades, c'est un comble. Et si

c'est pourtant ce qui se jouait, passer d'une intimité dangereuse à une intimité juste et bienveillante.

Me voilà de retour dans mon cabinet, devant le « cas » de Mme V. Et ses maux commencent à prendre sens : sa peur de cette vie professionnelle qui risque de s'arrêter, sa peur d'une solitude insupportable, du vide de sa vie. L'angoisse lui serre la gorge, jusqu'à lui faire perdre connaissance (surtout, ne plus rien percevoir du désespoir de sa vie). Rajoutons que sa vie de couple est quelque peu complexe – c'est une vie de couple à mi-temps, tant son mari est toujours au quatre coin de la terre. Elle est devant le redoutable constat de sa propre insignifiance, devant un grand « je ne suis rien, qu'une quantité négligeable ». Voici le résumé de sa propre douleur intime. Qui plus est, elle est en pleine période de ménopause. Encore une fin.

Alors comment l'aider vraiment, dès le prochain rendez-vous : d'abord la faire parler de toutes ses peurs, peur de sa solitude, peur de la fin qui rôde dans sa vie. Puis l'aider à profiter de ce sentiment de fin, pour d'abord faire un bilan de son existence et voir qu'est ce qui pourrait commencer et qui donnerait un sens à son existence, qui lui donnerait le sentiment d'une utilité, qui lui donnerait l'expérience d'une valeur qu'elle est. Mais cela appartiendra à sa propre démarche qu'il lui appartient de décider de mener ou non. En ce qui me concerne je ne peux que lui indiquer la route, et non lui faire faire.

Mais derrière tout cela se pose la question du sens, sens des maux du médecin, sens des maux du malade.

Mais revenons un instant à ces mots de Lucien Israël « La tâche du médecin n'est pas seulement d'assurer la survie, mais de préserver la vie, le sens de la vie. Toute perte de sens occasionnée au malade par l'incompréhension du médecin est une faute professionnelle aussi grave qu'une erreur thérapeutique. »

La première question qui se pose, est la suivante : le soignant peut-il accompagner le patient au cœur du sens de ses maux s'il n'a pas fait la route lui-même. En ce qui me concerne, je ne le pense pas un instant, tant ce n'est pas une question de technique, mais d'expérience intime qui indique la route.

La seconde question, concerne de façon plus grave le sens de la vie, d'abord de la vie de chacun, mais aussi de la vie humaine dans son ensemble. Et peut-on accéder au sens de cette existence, la nôtre personnelle sans une certaine connaissance intime de nous-mêmes ? Peut-on accéder au sens de la Vie, sans une connaissance intime de ce qu'est la vie humaine et de ses enjeux ?

Peut-on encore considérer que l'existence humaine se résume à un passage éclair dans la vie, peut-on encore considérer que le rôle du soignant ne consiste qu'à réparer une certaine mécanique endommagée ?

Alors, comment rencontrer le sens des maux de nos patients, le sens de la vie. Et comment préserver ce sens de la vie ?

Ici je ne peux que témoigner de mon parcours, en ce qui me concerne il m'a fallu pénétrer la profonde justesse de cette maxime: « *Connais-toi toi-même, et tu connaîtras l'univers et les dieux.* » Au début, je croyais encore que cette connaissance intime gisait au fond des livres que j'accumulais. Non, elle se tenait au bout de cette profonde rencontre avec moi-même. *Connais-toi, toi-même...* Ce fut la première étape.

Ensuite, j'ai cherché à mieux connaître la nature humaine : quand connaître ne signifie pas seulement savoir décrire les phénomènes extérieurs, mais voir dans leur essence toutes les manifestations de cette étrange forme de vie qu'est l'être humain. En fait, à cet endroit, il s'agit d'entrer en intimité avec ce qui anime l'homme, bien avant les manifestations extérieures. Il s'agit d'apercevoir, d'abord sur soi, puis au-delà de soi, ce qu'est une réelle « biologie » de la vie intérieure humaine. Et ce, de façon aussi précise et rigoureuse que tout ce que m'avaient appris mes professeurs de faculté. J'assistais à cette biologie de l'esprit et ce fut la seconde étape.

La troisième étape a été la re-compréhension de toute l'intelligence du corps, ce corps, merveille d'organisation, qui fut construit patiemment, par les étapes de la vie. Fascinant corps humain qui porte en lui toutes les performances de la vie qui nous a précédé et qui contient les enjeux de la suite. Mystérieux corps humain qu'il me fallut redécouvrir jusqu'à m'en émerveiller jour après jour.

Puis est venue la quatrième étape. Parce que soudain de nouvelles portes de connaissance s'étaient ouvertes, je ne pouvais plus penser la maladie et la santé de la même façon, j'avais un nouveau « mode d'emploi » de la maladie. En effet, cette recherche - d'abord personnelle - a été pour moi riche de conséquences. L'existence de cette « double biologie » de l'homme devait en permanence me conduire à envisager toute maladie depuis ces deux pôles : celui de la maladie du corps, comme tout médecin, mais aussi celui de l'homme-malade, dont ce désordre du n'est que le reflet.

Alors ont suivi deux autres étapes de mise en pratique. J'ai du apprendre à accompagner des malades dans cette recherche du sens personnel de leur maladie, pour qu'ensemble

nous puissions déterminer de façon précise et rigoureuse quels actes concrets en découlaient pour leur vie quotidienne.

La « Médecine des Actes » commençait ainsi à exister. Une nouvelle modalité de consultation voyait le jour. Puis se sont mis en place les débuts d'une formation pour d'autres médecins, tant il paraissait important à quelques uns qui me sollicitèrent de faire évoluer leur pratique.

Enfin, et ce fût la dernière étape, je pris l'audace de rêver un autre monde. Un autre monde de la santé où chacun avancerait d'un pas, aussi bien les malades que les médecins, et se verrait offrir ce supplément d'âme humaine que les conditions actuelles de notre système de santé semblent réclamer à cor(ps) et à cri.

Pour clore ce voyage, il nous faudra bien poser cette question et tenter d'y répondre :

Quand l'homme est malade, de quoi souffre-t-il en vérité ?

Et quand le médecin souffre de ne pas bien aider ses patients, qu'est-ce qui est attendu de lui ? Une croissance, une croissance en compassion, une croissance en connaissance. Et je me demande si au final, ce n'est pas la remise en question du médecin, jour après jour, en toute humilité qui est le garant aujourd'hui d'un nouveau progrès de la connaissance de l'homme, connaissance de l'homme malade, connaissance de l'homme sain. Mais qu'est-ce que l'homme sain : une forme de vie biologique fonctionnant selon des critères d'homéostasie ? Ou l'attente d'une nouvelle homéostasie humaine produisant des êtres plus conscients, plus responsables et acteurs conscients d'une homéostasie plus large : celle de la Vie.

Il nous faudra bien un jour envisager un enseignement de la médecine qui tienne compte de toute la nature humaine et pas seulement de sa partie mécanique. Il nous faudra bien un jour envisager une formation des médecins qui les conduisent à accompagner leurs patients jusqu'au sens même de leurs maux. Pour cela pourront-ils encore ignorer leurs propres maux, et le sens profond de leur vocation ?

A mes yeux rien ne sert de fustiger notre système de santé, mais je crois plutôt qu'il faut tout mettre en œuvre pour que le sens advienne dans l'enseignement de la médecine et dans l'existence de chaque soignant.

L'auteur, Jean-Patrick Chauvin ,

Médecin généraliste, d'abord nourri de quelques années de travail en groupe Balint, puis de plusieurs années de psychanalyse, l'auteur a ensuite mené un travail recherche intérieure approfondie. Pour répondre à cet adage : « Connais-toi toi-même, et tu connaîtras l'univers et les dieux ». Cette recherche intérieure a redonné sens à son exercice de médecin jusqu'à renouveler cet exercice. Cette démarche avait été initiée un soir de désespoir où ses propres douleurs de médecin l'avait conduit à tout remettre en question. Ensuite il fallu faire la route pour tout recomprendre et tout réenvisager... (Le témoignage de ce parcours et de ce qu'il produit a été publié dans un livre : *Quand la maladie nous enseigne*)

Bibliographie

- Michaël Balint : le médecin, son malade et la maladie
- Lucien Israël : le médecin face au malade
- Emmanuel Hirsch : Soigner l'autre
- L.Brissete, M.Arcand, J.Bonnet : Soigner sans s'épuiser
- Marie de Hennezel : Le souci de l'autre
- Anne Vega : Une ethnologue à l'hôpital
- Didier Sicard : Hippocrate et le scanner, et L'alibi éthique
- Jean-Patrick Chauvin : Quand la maladie nous enseigne.

Le Balint, un « passage adolescent » de la fonction de soignant?

Alain CASSE

Psychiatre, psychanalyste Strasbourg

Dans le dispositif des groupes Balint, nous travaillons la relation médecin malade, comme on travaillerait la terre, pour la rendre fertile. Car des cailloux émergent dans les sillons, il faut les enlever. Je vais exposer brièvement trois exemples pour faire apparaître ces aspects caillouteux, et examiner ensuite des modèles de comment ils pourraient être repris et déployés dans un groupe Balint. J'aborderai aussi la ressemblance entre le moment adolescent et le moment du Balint : L'adolescent doit s'extraire de la famille, et les obstacles que le groupe Balint peut lever sont de l'ordre de certains échanges familiaux.

Premier exemple : J'ai reçu il y a une trentaine d'années une patiente dont la voix avait baissé jusqu'à un grave masculin qui la gênait. C'était à la suite d'une prescription d'anabolisants par son médecin généraliste. Les anabolisants étaient encore autorisés à cette époque, ils devaient la soulager de douleurs de l'arthrose. Ils comportaient un effet secondaire de masculinisation, effet répertorié et inévitable. Elle avait demandé au prescripteur pourquoi il ne l'en avait pas averti. Il avait, dit-elle, répondu qu'elle aurait alors refusé le traitement. Nous ferons votre bien malgré vous ! Un groupe Balint aurait aidé le praticien à s'extraire de cette pulsion guérisseuse un rien totalitaire.

Deuxième exemple : Un jeune psychiatre recevait une aussi jeune patiente, qu'il aidait de son mieux. Faute d'endroit adéquat disponible dans l'hôpital de jour, les consultations se passaient dans une chambre de malade qui ne contenait qu'une chaise et un lit. Tout à son affaire, le collègue s'étonnait que le mari vienne tambouriner de manière insistante à la porte vitrée et dépolie de la chambre. Pour interrompre, interrompre quoi ? Ce qu'il supposait se passer dans cette chambre. Nous avons mis en scène ceci dans un atelier d'analyse des pratiques à Paris, en faisant tenir ce rôle du médecin par un autre participant. Le médecin en question était alors à l'extérieur de la scène, il a pu voir comme un spectateur l'ensemble de son rôle. Accompagné et soutenu par ses confrères, il a pu

réaliser que ce qui pour lui, naïvement, était une simple consultation, apparaissait comme séduction pour le mari.

Troisième exemple : un collègue qui partait à la retraite nous laissait un livre pour nous transmettre ce qu'il avait vécu de plus marquant dans sa profession. C'était il y a longtemps maintenant, je n'ai pu retrouver ni le texte ni ses références ; je présente donc mes excuses au médecin qui s'exprimait, et à la revue qui publiait. Voici comme je m'en souviens.

Juste après la fin de la dernière guerre, à Paris, ce collègue sortait de la faculté et faisait son premier remplacement. Dès le premier jour, il rendait visite à un patient particulier, patient noté comme « à visiter tous les jours ». Il arrive au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur, et, après avoir sonné et être introduit, il se trouve face à un homme dans un fauteuil, plus encastré dans le fauteuil qu'assis, énorme, gonflé d'œdème. Depuis plusieurs années, cet homme respirait avec peine, ne pouvait faire aucun effort, plus guère se lever, encore moins descendre les escaliers jusqu'à la rue et remonter chez lui. Le médecin le questionne, l'examine, détermine qu'il s'agit d'un œdème par insuffisance cardiaque. Mais étonnamment, le confrère qu'il remplaçait ne semblait pas avoir prescrit un traitement adapté, soit, à l'époque, un diurétique et un digitalique tonicardiaque. Le patient accepte la prescription sans difficulté, et au bout de quinze jours il a dégonflé, et retrouvé, avec une meilleure santé, une certaine autonomie. Il va jusqu'à la boulangerie du coin et en revient. Avec la baguette de pain. Le médecin remplaçant est très content, c'est un succès complet. Croit-il, jusqu'au moment où le patient lui demande benoîtement, « quand mon médecin que vous remplacez sera-t-il de retour. Parce que, ne vous fâchez pas, mais il comprend mon problème quand même mieux que vous ». Pour le malade, les bons soins et l'amélioration somatique, n'étaient pas le plus importants, il y avait « autre chose » au-delà. Autre chose, dont l'apparition provoque une sorte d'« inquiétante étrangeté », comme Freud avait indiqué l'apparition d'enjeux familiaux là où ils n'étaient pas attendus.

Cette autre chose reste le plus souvent dans l'obscurité, alors que là son existence a été désignée dans la parole du patient. Juste désignée, nous n'en savons pas plus. Cette « autre chose » s'indique le plus souvent par ses effets : un malaise du praticien, des accidents incompréhensibles dans les traitements, une défiance, un mauvais suivi, ou, comme l'indique Balint, une aggravation, une surenchère dans la maladie, quand aucune réponse

ne se donne sur le plan de cette demande, de cette exigence muette. Je rapproche ces phénomènes du passage adolescent : certains phénomènes « parasites » qui se déploient lors des consultations ressemblent à certaines interactions qui ont lieu dans le milieu familial. Salvator Minuchin nous fournit une image et un début de repérage de ces interactions dans le milieu familial.

Salvator Minuchin est un thérapeute familial éminent. Dans un ouvrage paru en 1978, il fait état d'un abord expérimental des interactions dans certaines familles qui hébergent un enfant psychosomatique. Pour lui un enfant psychosomatique est un enfant qui systématiquement ne guérit pas, ou mal, malgré les soins adéquats qui lui ont été donnés. Il en recherche les causes dans la structure des interactions de la famille. Pour cela il va accueillir une famille dans la salle de consultation, et doser au fur et à mesure les taux d'acides gras dans le sang des participants. Le taux de ces acides gras reflète l'état de stress de la personne, il augmente quand le stress augmente, diminue quand le stress diminue. Minuchin fait entrer les parents. Au départ, leur taux d'acides gras libres est plus ou moins normal. Minuchin leur fait évoquer les difficultés de leurs relations familiales, et le taux d'acides gras augmente parallèlement au stress qui s'installe par l'évocation des conflits. Puis il fait entrer l'enfant « psychosomatique », aussitôt le taux augmente dans le sang de l'enfant. Et diminue dans le sang des parents. Quand l'enfant sort de la salle de consultation, le taux reste élevé. Son stress reste élevé. Par contre, si on fait entrer un autre enfant de la même famille, non psychosomatique, le taux d'acides gras libres augmente aussi, dans son sang, mais diminue très vite dès qu'il sort de la salle et des interactions. Récapitulons ; pour l'enfant non psychosomatique, son état de tension augmente avec celui de ses parents, mais diminue dès qu'il s'éloigne. Pour l'enfant psychosomatique, sa tension augmente quand il s'approche de ses parents tendus, ses parents sont soulagés mais lui reste sous tension indéfiniment. Tout se passe comme si les parents s'étaient déchargés de leur stress dans l'enfant psychosomatique, et qu'il était parti avec. Ceci explique qu'il ne soit pas en très bonne condition pour évoluer vers la guérison.

Tout se passe comme si les parents avaient utilisé la « livre de chair » de l'enfant psychosomatique pour y décharger leurs propres tensions et les éloigner, l'enfant avec les tensions. Tout comme certains parents prélèvent l'agalma, les exploits de leurs enfants pour s'en sustenter, quelles que soient les souffrances de ces enfants à les produire. Les enfants ne peuvent refuser, ils paient ainsi de leur personne leur hébergement dans cette

famille. Ils ressentent que ce serait la mort que d'en être exclus. Ce commerce étrange qui se produit dans ces familles serait effet de conditionnements, comme Lacan l'avait indiqué dans son séminaire sur « L'acte analytique » pour la psychosomatique.

Ce circuit de commerce, on pourra le nommer « jouissance » quand il sera devenu sans possibilités, mais pas sans espoir. C'est-à-dire qu'on continue à espérer et à payer de sa personne même quand l'âge et les circonstances de la vie font qu'on paye désormais en vain. Quand ce qu'on attend ne peut plus arriver. Et c'est parfois, après les parents, le conjoint, les enfants, c'est au médecin qu'on ira réclamer son dû imaginaire, ce que les parents n'auront pas donné de la vie. Ca va au-delà de soins diligents et conformes aux données de la science. Ce « réclamer » se fait sans rien en savoir.

Pourquoi le soignant donnera-t-il prise à cette revendication muette ? Il le fera si et seulement s'il est resté cet enfant menacé et redevable, et là où il l'est resté. Il y a des demandes qui touchent, et d'autres non. Là où nous sommes restés confondus avec notre famille et ses intérêts, ces mêmes intérêts nous affecteront, et nous tenteront obscurément de payer de notre chair, de notre émoi. Donner de la vie, plus que des soins. Et c'est le même dilemme de l'adolescent : dois-je continuer à me donner dans ma famille, ou les laisser à leur devenir ? Et aller à mon devenir propre, faire partie de la communauté humaine, de la société, qui me nourrira si je la nourris de mon travail, sans magie.

Nous percevons là un enjeu de l'activité de soignant : il nous faudra franchir une sorte de seuil de l'adolescence professionnelle pour ne plus être harponnés par les exigences muettes ou allégoriques de la jouissance familiale. Les exigences chez notre patient résonnent avec les nôtres, les deux se font complices muettes. Ces exigences sont du côté de l'enfance, car infans est celui qui ne parle pas, elles éveillent un sentiment d'urgence et la contrainte qui va avec. La liberté et le plaisir de soigner sont du côté de la société humaine et de la parole, et de la patience. Le groupe Balint est une société humaine, et c'est un lieu de parole. On peut y prendre son temps, on peut y trouver son temps. C'est une rencontre qui permet de reprendre ce qui s'est passé dans une autre rencontre, la consultation.

Bion a inventé un modèle de la rencontre entre nourrisson et mère et a étendu ce modèle comme modèle de toute rencontre humaine, dans ce qu'elle aura d'implicite. Bion décrit

ainsi la relation du nourrisson à sa mère : elle se fait par le mécanisme de l'identification projective. L'enfant projette dans le sein ou dans la mère les parties de sa personnalité et de ce qui lui arrive qui sont pour lui inassimilables psychiquement. Ce sont les éléments bêta que la mère doit transformer en éléments alpha assimilables psychiquement, et lui rendre sous cette forme. Elle le fait grâce à sa « capacité de rêverie ». L'enfant intériorise non seulement les éléments alpha mais aussi la fonction alpha elle-même lui permettant alors de métaboliser les éléments de son vécu, c'est-à-dire qu'il intériorise la capacité de rêverie.

Nous pouvons comprendre en suivant cette description que les parents, dans ce qu'ils sont restés enfants, peuvent « parentaliser » l'enfant, se servir de lui comme d'un contenant maternel pour s'y débarrasser dans la « livre de chair », du mauvais, des éléments bêta, de l'inassimilable psychiquement. Ils peuvent aussi tenter d'y prendre du bon, de l'agalma, des éléments alpha, ce qu'ils auraient dû recevoir de leurs propres parents. Nous comprenons que les patients puissent utiliser le médecin dans le même dispositif, dans une zone d'ombre, au-delà des possibilités des soins techniquement éclairés, lui injecter leurs émotions négatives, et lui réclamer ce que les parents auraient dû leur donner en échange. Et que le médecin puisse tenter dans la même démarche de leur injecter du « bon », enfin ce qu'il croit tel, voir le premier exemple de tout à l'heure (cas de la prescription d'anabolisants chez une femme).

Pour terminer, je vous raconte un moment d'une mise en scène de théâtre. Elle fait apparaître la différence de tonalité entre deux modalités, celle où l'enjeu apparaît, et celle où il est invisible ou disparaît. Pendant une répétition, deux acteurs amateurs dialoguaient, de chaque côté d'une table basse. Ou plutôt il se jetaient des paroles. A peine l'un avait-il fini sa tirade, que l'autre débitait la sienne. Comme s'il n'y avait pas eu à entendre, à recueillir en soi ce qui avait été dit, à élaborer une réponse. Cela donnait un discours enchevêtré, chaotique, un « gloubiboulga » énervé et déplaisant. L'animateur leur proposa de prendre en main un trousseau de clé, quand ils parlaient, le premier prenait en main le trousseau, puis, à la fin de la tirade, le déposait sur la table basse, où le deuxième le prenait, parlait, le déposait sur la table basse, et ainsi de suite. Ce qui donnait une respiration au texte, et devait laisser aux acteurs le plaisir de le dire, aux spectateurs le plaisir d'entendre. Mais très vite, les acteurs se passèrent l'objet de la main à la main, et la précipitation infernale reprit. Elle ne cessa que quand, dans une sorte de psychodrame, on

fasse prendre leurs rôles par des compères, et qu'ils puissent les contempler de l'extérieur et voir ce qu'ils avaient fait et que les autres faisaient maintenant à leur place.

Nous percevons là l'importance dans la rencontre, de premièrement, sortir de l'urgence et deuxièmement, de pouvoir représenter, se représenter, les objets, les mouvements, les mettre en scène et en parole. Et sortir de l'urgence et représenter, c'est la même chose. Dans l'historiette, les objets et leurs mouvements sont représentés par le trousseau de clés. C'est important qu'on puisse les poser sur la table. Se représenter les enjeux obscurs, c'est sortir de l'urgence du corps à corps et de la sidération qui l'accompagne. Sortir de l'urgence, c'est rêver, c'est s'appriivoiser le monde, et son propre corps. L'efficace d'un groupe Balint, de son espace et du soutien de ses participants, c'est de pouvoir faire connaissance par après avec ce qui se passe et ce qui s'en ressent, parce que ça se dit, et en suite peut se faire, tranquillement, à l'aise. Ce qui permettra de retrouver sa respiration, de percevoir les enjeux, puis, dans la consultation, de jouer au lieu d'être joué : c'est retrouver un certain plaisir de soigner.

Bibliographie :

Balint, Michael. *Le Médecin, son malade et la maladie*, Payot, 6^e édition 2006. 1^o éd. 1958.

Bion, Wilfrid Ruprecht. *Aux sources de l'expérience*, PUF, 2003

Freud, Sigmund, *L'inquiétante étrangeté*, (Das Unheimliche). 1919

Jadin, Jean Marie et Ritter, Marcel. *La jouissance au fil de l'enseignement de Lacan*, Erès, 2009.

Lacan, Jacques : Séminaire, livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*
Seuil, 1973 ; P. 163.

Lesourd, Serge. *La construction adolescente* Erès - Arcanes, 2005.

Minuchin, Salvatore. *Psychosomatic Families*, Harvard University Press, 1978.

Minuchin, Salvatore. *La guérison familiale*, ESF, 1996.

Se cacher par peur de....

Ou

Jouer à cache-cache.

Mustapha MESLEM

Psychologue, psychanalyste,

Membre du GRAL, leader de la Société Médicale Balint, Le Havre

Le titre de ces journées : « *Malaise chez les soignants, (re)trouver le plaisir de soigner* » m'a rappelé deux auteurs, S. Freud in « *Malaise dans la civilisation* » et Hannah Arendt in « *Le système totalitaire* ».

« On peut choisir entre deux voies : ou bien rechercher quel sens l'évolution du langage a déposé dans le mot **unheimlich**, ou bien rapprocher tout ce qui, dans les personnes, les choses, les impressions sensorielles, les événements ou les situations, éveille en nous le sentiment de l'inquiétante étrangeté et en déduire le caractère caché commun à tous ces cas. »

L'inquiétante étrangeté de S. Freud (P.37 et 38 in Profil n° 722 – HATIER)

Afin d'illustrer cette notion, je vais vous relater une situation clinique assez particulière où les sentiments de malaise et de plaisir s'entrechoquent du fait de l'inquiétante étrangeté, du fait de l'unheimlich.

Ayant participé à la formation de la première promotion des « *Docteurs rêves* » ou « *clowns à l'hôpital* » de l'Association Théodora en 1998, j'en ai, par la suite, assuré la régulation de type Balint d'un groupe constitué de 12 « *Docteurs rêves* » intervenant en région parisienne, à Caen et au Havre.

Depuis 2007, je n'assure plus que la régulation des « *Clown' hop* » du Havre.

Ces professionnels ne sont pas des soignants mais ils participent au fait que les soins n'évident pas la question du « prendre soin de soi ». Ils ont tous une formation artistique, musique, chant, danse, art dramatique ou art du cirque. Leurs origines sont diverses, en âge

(de 30 à 67 ans) et en profession (comptable, rééducateur, soignant, enseignant, artiste, retraité du secteur commercial et industriel).

Ils ont tous reçu une formation de plus de six mois assurée par un « Clown-intervenant-formateur » de l'association Théodora. Au cours de cette formation, il leur a été délivré des notions de médecine, de psychologie, d'hygiène, d'organisations hospitalières nécessaires à leur intervention auprès d'enfants atteints de maladies graves, parfois létales.

Ils sont rémunérés par l'association qui a une convention avec l'hôpital. Aucune intervention auprès des malades ne peut se faire sans l'accord des parents et de l'enfant, et dans les services de néonatalogie les parents sont toujours présents, accompagnés des soignants.

Le malaise est un état de difficulté à être, une gêne, un sentiment pénible qui peut entraîner inquiétude, tristesse, angoisse. Tous ces états psychologiques se rapprochent de « *l'unheimlich* » que j'aurai ici tendance à traduire par « l'in-accueillant ». Comment accueillir, apprivoiser le malaise, peut-être en lui disant « Soit sage ô ma douleur, et ne m'éloigne pas trop du plaisir ».

Nous sommes dans un centre hospitalier d'oncologie pédiatrique, plus précisément d'hématologie de la région parisienne. Au cours d'une séance de régulation un docteur rêve relate la situation suivante :

« Nous venions juste d'arriver dans le service, et le médecin, accompagné de la surveillante, nous accueille en nous disant : « Allez voir la petite fille de la chambre 5, elle ne répond à aucune sollicitation, ses parents sont absents mais ils sont d'accord, quant à elle, nous n'en savons rien ! »

Après concertation, une collègue et moi décidons d'y aller à pas feutrés, avec une petite musique douce. Nous frappons à la porte et pour seule réponse nous obtenons un grand « hum ». Nous entrons lentement et la petite fille se cache sous ses draps. Pendant plusieurs minutes nous tentons de la solliciter en jouant à cache-cache. La petite fille étant d'origine africaine, je lui chante une chanson en Wolof, puis une en Swali. Rien n'y fait, pas de réponse, le flop complet. C'est étrange et inquiétant. Que c'est-il passé ? »

La discussion s'engage alors, d'abord sur leurs jeux scéniques inappropriés, leurs attitudes inadaptées, mais aussi sur leurs incapacités à dire non à l'injonction des soignants, et sur le fait de ne pas avoir respecté la parole de l'enfant. Oui, mais comment faire

puisqu'elle ne répond pas aux soignants. Ceux-ci devraient passer par les parents pour.....Mais les parents n'étaient pas là lors de l'intervention....

Le malaise gagnait le groupe, chacun y allait de ses projections et de ses identifications : « cette petite fille aurait pu être ta fille et nous parents aurions nous permis que des saltimbanques viennent jouer alors que notre enfant est leucémique »...etc.etc.

J'ai demandé de décrire cette petite fille. Elle se prénomme Constance, elle a cinq ans, est scolarisée en grande section de maternelle dans un établissement du 19^{ème} arrondissement de Paris. Ses parents sont originaires du Zaïre. Quelques membres du groupe ayant vécu en Afrique centrale, ils se mirent à parler des relations parents-enfants et de la maladie dans la culture africaine. L'un d'eux ajoute alors : « Au Zaïre, ils ne parlent ni le Wolof, ni le Swali...tous les européens ne parlent pas anglais et ou français ! »

Il nous manquait une petite information qui allait permettre que le malaise n'entrave pas le désir de vie et fasse que le plaisir du jeu avec l'enfant facilite les soins. C'est le mystère du groupe Balint...cela arrive souvent en fin de séance. M. et Mme Y ; zaïrois, travaillaient en France depuis sept ans, Monsieur instituteur à Kinshasa se retrouve veilleur de nuit et Madame, secrétaire comptable se retrouve femme de ménage. Leur fille Constance est née en France, mais les parents sont sans carte de résident. Or dans une école du 19^{ème} arrondissement, un enfant d'origine chinoise avait été arrêté avec son grand-père et expulsé avec ses parents. Constance n'avait aucune confiance hormis en ses enseignants et en ses soignants qui connaissaient ses parents car ils sont « heimlich », c'est-à-dire des intimes. Les autres sont « un heimlich », des étrangers. Constance a appris à se cacher même en hôpital où la loi est rarement appliquée grâce à la vigilance des médecins, soignants et travailleurs sociaux. Les mises en garde de Anna Arhendt ne doivent pas être oubliées afin de ne pas renforcer les régimes totalitaires.

Le travail des « Docteurs rêve » et des « clowns à l'hôpital » est de permettre aux enfants de garder leur capacité de rêverie, et aux adultes de ne pas avoir peur de leurs fantaisies. Comme nous l'enseigne S. Freud : « La fantaisie (*luftschlösser*, en allemand, que l'on peut traduire littéralement par « château d'air », « qui a la consistance de l'air ») des hommes est moins facile à observer que le jeu des enfants. L'enfant, il est vrai, joue aussi tout seul, ou bien constitue avec d'autres enfants un système psychique clos à des fins ludiques, mais, même s'il ne joue rien pour les adultes, il ne leur cache pas pour autant son jeu ». (In « *Le créateur littéraire et la fantaisie* » page 36 – Follio-essai)

Le plaisir de jouer à cache-cache avec Constance fût établi la semaine suivante en la présence de M. et Mme Y. La douleur n'a pas disparue, elle s'est assagie pour laisser un peu de place au plaisir de jouer, de soigner et nous aider à accueillir l'inattendu.

Mustapha Meslem.

Le Havre.

Recréer la place du médecin ? Essai analytique

*Jean-Richard FREYMANN*³⁹

PRÉAMBULE

Je dois à Marie Frédérique Bacqué, avec son désir décidé, de me mettre à la tâche concernant un point de situation autour du thème « Souffrance et soignant : retrouver le désir de soigner » du congrès qui aura lieu les 16, 17 et 18 octobre 2009

Dès le lancement de ce thème j'ai hésité entre plusieurs thématiques qui me sont venues à l'esprit en regard de mes expériences du groupe Balint. Je voulais tout d'abord proposer: « Peut-on aujourd'hui utiliser les concepts et opérateurs analytiques dans les groupes Balint tels qu'ils fonctionnent actuellement et peut-on en définir les conditions éthiques ? .» Puis, à la lecture plus précise des annonces du congrès, je préférerais « Place de l'analyste aujourd'hui par rapport à la souffrance et au désir de soigner » ou une autre idée « Moins de souffrance, plus de soin et "désir de guérir", essai analytique ». J'aboutis finalement à « Recréer la place du médecin »

Après ce préambule, quelle serait mon introduction personnelle ?

INTRODUCTION PERSONNELLE

Les difficultés posées par cette thématique sont dues à une certaine résistance de ma part à convoquer un certain nombre de souvenirs concernant ma formation qui montrent la place parfois complexe et ambiguë qu'ont pu constituer les groupes Balint, comme participant d'abord, puis, plus précisément, comme leader. Mais récemment, à l'occasion d'une rencontre le 14 novembre 2007, je me suis rendu compte de l'importance de ce dispositif et de l'évolution qu'il a subie et qu'il devrait encore subir en regard des apports dans la pratique de Jacques Lacan et de bien d'autres.

En effet, dans la pratique je vis une sorte de paradoxe : au moment où je pourrais me consacrer entièrement à la pratique de la psychanalyse sous la forme d'analyses thérapeutiques et d'analyses dites didactiques, je me retrouve dans la situation intéressante d'être sollicité pour un certain nombre de techniques et de formations autres, en particulier concernant les groupes Balint, le psychodrame, le sociodrame, la formation des psychologues et surtout, actuellement, la formation des internes à la Clinique Psychiatrique

³⁹ Psychiatre, Psychanalyste, Président de la F.E.D.E.P.S.Y., Praticien attaché au CHRU de Strasbourg.

et dans la région Est. Raison de plus ainsi pour tenter de réarticuler quelle a été ma formation dans ce domaine. C'est surtout Lucien Israël qui m'a introduit à la question de la pratique des groupes Balint puisque j'ai participé pendant des années à des colloques de groupes Balint (surtout à Divonne avec le docteur Sapir), puis à la création à Strasbourg de groupes Balint pour les praticiens, et aussi, expérience fondamentale, la mise en place de groupes Balint pour étudiants en médecine, puis plus tard, pour les paramédicaux. Il y avait toujours une articulation, à partir de ce qu'avait promu Lucien Israël, entre les groupes Balint et le domaine de la psychosomatique ainsi que tout ce qui pouvait tourner autour de la « relation médecin-malade ». C'est à ce point que nous touchons d'emblée ce qui se jouait de *la souffrance des soignants* et nous rajouterons non seulement de retrouver le plaisir de soigner mais de trouver un désir de soigner, ce qui n'est pas évident. Faut-il, à ce niveau-là, parler effectivement de plaisir de soigner, de désir de soigner, de fantasme de soigner ou de jouissance à soigner... ce qui ne recouvre pas les mêmes références ?

Le point qui semble avoir évolué est que plus tard dans mon travail à la Clinique Psychiatrique avec le Professeur Patris, s'est beaucoup développée, non seulement la poursuite du « module de psychosomatique », mais aussi la mise en chantier de ce qu'il en est du *désir de guérir* et des difficultés de l'écoute du patient dès lors qu'un médecin, un étudiant ou un psychiatre n'a pas fait lui-même un véritable travail analytique. Ce point, qui pour moi est toujours resté opaque, est donc de savoir comment on peut escamoter l'idée d'un travail analytique ou "démocratiser" la logique de l'analyse pour l'utiliser dans des structures qui pourtant tiendraient compte de l'inconscient, de la demande du patient et essayant de mobiliser sinon le désir du malade au moins le désir d'aider, sans pour autant avoir travaillé en soi les formations de l'inconscient. Avec ledit Patris, nous en sommes venus à réhabiliter ce qu'il en est d'une *conception de la consultation* qui permet d'éviter un problème auquel Michael Balint a été fortement confronté (tout comme son maître Sandor Ferenczi) à savoir la confrontation directe duelle avec le patient. Dans la consultation s'agit-il véritablement d'une relation médecin-malade en duo ou s'agit-il au contraire d'une structure déjà complexe qui met en place nombre de paramètres, ce que déjà Hippocrate avait développé dans son livre « La consultation »⁴⁰. De plus à côté de la consultation est apparu un autre aspect à considérer qui est la question du contexte. C'est-à-dire qu'il est certain que l'évolution de la formation médicale et de la pratique médicale a

⁴⁰ Hippocrate, *La consultation*, Ed. Hermann, 1986, p. 185.

évolué de manière considérable avec une mise en scène radicalisée de la question de connaissance scientifique (et non plus seulement d'un savoir médical) et la mise en place de critères des "Grandes Écoles" pour la formation des médecins qui ne garantit en rien les capacités de "faire de la médecine". D'où mon titre d'aujourd'hui qui est bien la question de « Recréer la place du médecin » : le médecin étant à cet endroit-là a une fonction précise dans la consultation, mais aussi une place dans le discours, d'être celui (ou celle) à qui on adresse sa demande dans l'attente d'une réponse et d'une action. Ce qui pose toute la question d'une véritable structure discursive. Il n'en demeure pas moins que la médecine a fait des progrès absolument considérables, mais du coup le rapport de l'époque contemporaine à la science s'est développé du côté d'une technicité fondamentale et, dès lors, tout ce qui peut mettre en place un contour de sciences humaines se trouve le plus souvent écorché. Alors qu'il est évident pour beaucoup de monde que la plupart des malades ou des patients s'adressent à un médecin non pas pour une guérison, mais pour une demande de soin, ce qui n'est pas la même chose.

Du côté du médecin, du paramédical ou du psychologue, le fait de recevoir une demande introduit bien souvent non pas une souffrance proprement dite, au sens symétrique à la souffrance du malade ou du patient, mais une certaine *angoisse* qui est renforcée si le soignant se contente d'avoir à répondre à la demande et n'a aucune formation concernant le rapport désir, besoin, organicité.

LES DIFFICULTÉS DES SOIGNANTS

Pour répondre à la question des difficultés des soignants dans l'état actuel de l'évolution de la médecine, dans une première approximation, je reprendrais les choses en disant que le plus de connaissance nuit à la référence au savoir inconscient.

D'autre part le vécu d'un moment scientifique dans la consultation conduit très souvent à l'oubli de la *dimension transférentielle*, surtout si la consultation est ponctuelle et qu'il ne s'agit pas d'un traitement à longue durée. Mais aussi le fait que l'écart entre le contenu manifeste du discours et le contenu latent est tout à fait mis en continuité et que là on ne voit pas comment éviter la présence d'un psychanalyste qui viendrait rendre un écart entre ces deux dimensions. Ce qui pose toute la question de ce qu'il en est de la demande puisque selon la formulation de Lacan : « La demande est toujours demande d'autre chose ». Même si les gens présentent des troubles somatiques importants, et c'est le cas souvent dans les cancers, les maladies de système etc., leur demande n'est pas

véritablement une demande de soins, mais une demande de verbalisation de l'effet des troubles sur leur devenir comme sujet. À cet endroit, la souffrance des soignants se situe du côté d'un certain rapport à ce qu'on appelait autrefois leur *contre-transfert*, et leur angoisse, où la difficulté du patient ou les demandes impossibles qui leurs sont adressées viennent parfois à leur provoquer une sorte de *panic attack* face à des situations qui touchent à la question de l'impossible. Difficile par exemple pour quelqu'un de supporter des patients que, au nom de la médecine, l'on sait condamnés et qui continuent à venir vous parler... Ce sont souvent des infirmières d'accompagnement de fin de vie qui se substituent au médecin et ont cette fonction extrêmement délicate. Cette fonction nécessite souvent de la part de ce personnel un travail analytique poussé ou un travail dans un groupe Balint.

Un autre aspect concernant la mise en place d'une aide à la souffrance des soignants et qui peut provoquer un « plus de plaisir à soigner », c'est un repérage minimal concernant les différents niveaux de la parole tel que, en particulier Lucien Israël, Jacques Lacan, François Perrier et bien d'autres ont mis en place. S'il existe un premier niveau de la parole du côté des « *stéréotypes de bistrot* » : notre langage ordinaire, nos petits échanges d'une grande banalité (verbalisation qui n'est pas obligatoirement sans importance), il existe un autre niveau qui est « *la relation intermoïque* » qui peut conduire par exemple à ce que Ferenczi appelait l'analyse mutuelle, avec ses effets souvent percutants.

À un autre niveau, se pose la question du rapport du discours à « *l'intersubjectivité* », point dont Lacan est parti au niveau du séminaire sur le transfert⁴¹ où les choses deviennent plus complexes : quand on interroge la question du rapport non plus de la relation à l'autre, le petit autre, mais de la relation au grand Autre. Il faut donc de l'analyste pour étudier le rapport du sujet à l'Autre, question exigible pour le fonctionnement d'un groupe Balint aujourd'hui.

QU'EST-CE QUE LE PLAISIR DE GUÉRIR ?

C'est une question qui m'a beaucoup interrogé et qui pose tout le rapport à la question du don et au rapport à l'obsessionnalité structurale de l'individu. En effet, le plaisir de soigner sous-entend quelque chose qui suppose quelque chose de l'ordre de la demande de l'autre, ou tout au moins un protocole de demande qui fait que le soin devient

⁴¹ Lacan J., 1960-1961, *Le transfert*, Le Séminaire, Livre VIII, Seuil, 1991.

quasiment une réponse à cette demande protocolisée avec ses fonctions parfois miraculeuses d'aujourd'hui. Peut-on penser qu'il existe systématiquement un plaisir de soigner ? À voir. En tout cas cela se situe du côté de la mise en place d'un travail sur la question du don, c'est-à-dire d'utiliser son savoir pour provoquer une réponse à la demande de l'autre, c'est-à-dire quelque chose qui vient atténuer quelque chose de l'ordre de l'univers malade de l'autre et si possible d'aboutir à une guérison. C'est là où le plaisir de guérir du médecin a tout à fait un autre sens que le désir de guérir du psychanalyste ou du psychothérapeute. Là se pose plus la question de savoir si au-delà de la réponse à la demande, il ne s'agit pas plutôt de produire un plus de subjectivation, un au-delà de la question posée, une traversée de quelque chose de l'ordre du symptôme. Mais le plaisir de soigner concerne quelque chose qui fonctionne autour de l'idée d'un pouvoir, pouvoir médical que Jean Clavreul a très bien développé en ce qui concerne l'ordre médical⁴². Ce pouvoir qui est effectif dans la société et qui permet un certain nombre de transgressions de la loi commune reste entier même si sur le plan institutionnel le pouvoir administratif essaie de grignoter au fur et à mesure le pouvoir médical. Ce pouvoir de soigner souvent confondu avec le pouvoir de guérir, suppose de la place de l'autre un regard quelque peu servile. C'est aussi cette place que les groupes Balint essaient de travailler.

QU'EN EST-IL AUJOURD'HUI ?

Les formes de langage se sont modifiées et dès lors un certain rapport à l'actualité a transformé le rapport au discours ; cela a des conséquences sur cette souffrance des soignants qui eux-mêmes se retrouvent souvent comme des automates et ont perdu le plaisir de soigner dès lors qu'on les met dans une place de nécessité de rentabilité, de rapidité qui nuit à la question des discours. C'est à cet endroit qu'on ne saurait confondre la question du discours, de la parole, du langage et de l'information ainsi que celle de la formation. Je laisse le soin à Daniel Lemler de développer ces affaires-là, mais vous comprendrez aisément que le culte du SMS, du GPS (même s'il introduit de nouveaux aspects architecturaux et topologiques) modifie complètement le rapport entre les individus. En particulier le SMS qui vient pour ainsi dire faire fonctionner les choses dans un temps réel, ou souvent très proche d'une affaire autoérotique, ou du côté des questions-réponses qui ne facilitent pas le temps de réflexion et le temps de l'orthographe ! Ceci a

⁴² Clavreul J., *L'ordre médical*, Seuil, 1978.

des conséquences certainement importantes sur l'évolution du psychisme d'une certaine génération. Pour le dire rapidement la question de la *synchronie* fonctionne au détriment de la diachronie sur un fond d'insécurité en ce qui concerne le monde social et le monde de l'emploi, avec donc un semblant d'objectalisation qui de fait nuit à une sorte de subjectivation laissant les gens plus seuls que jamais. Et cette solitude est aussi la solitude du soignant. Elle va, elle aussi, dans ce registre-là. Et l'on ne peut que penser introduire des lieux actualisés de groupe Balint pour que cette solitude puisse être peuplée par quelque chose qui tourne autour d'échanges plus *diachroniques*, c'est-à-dire qui contiennent quelque chose de l'ordre d'une durée.

QUELQUES POINTS DE LA THÉORIE DE MICHAEL BALINT

Puisque nous touchons là à la question de la formation du soignant et des malformations du soignant ainsi que des possibilités actuelles et des projets à produire, je voudrais dire que la pratique du soignant et la pratique de celui qui est leader dans un groupe Balint est aussi étroitement lié aux *théories explicites*, mais aussi aux *théories implicites* qu'il peut avoir de son rapport à la psyché. C'est ainsi qu'il y aurait à développer longuement ce qu'il en est de l'idée tout d'abord de Lacan que « c'est avec l'offre qu'on produit une demande » et que tout dépend de quoi sera faite cette offre.

Mais je voudrais revenir en particulier sur certains points de la théorie et de la pratique de Michael Balint si bien développés dans le livre de Michèle Moreau-Ricaud intitulé « Michael Balint, le renouveau de l'école de Budapest »⁴³ et dans un ouvrage de Balint sur « Les voies de la régression »⁴⁴ pour soulever quelques points précis où l'on voit qu'aider les patients d'une manière ou d'une autre c'est aussi affiner la théorie même de son écoute pour permettre justement une sorte de spontanéité de cette écoute et pour éviter que trop de filtres ne fassent résister. Plus il s'agira de fonctionner avec l'idée de la place d'un *miroir vide* plus on donne une chance aux autres participants du groupe Balint de pouvoir exprimer leurs difficultés, leur souffrance et de recouvrer quelque chose de l'ordre d'un plaisir en verbalisant ces difficultés et en travaillant autour des effets d'interprétation du groupe. Trois problèmes, problèmes d'actualité, se posent. Ces problèmes sont déjà présents dans la théorie de Michael Balint. Ce sont d'une part la *régression* (« Les voies de

⁴³ Moreau-Ricaud M., *Michael Balint, Le renouveau de l'école de Budapest*, érès, 2007.

⁴⁴ Balint M., Viliker M., Dupont J., *Les voies de la régression*, Payot, 2000.

la régression ») et d'autre part la question de la *relation d'objet* ainsi que la question du *narcissisme primaire* qu'il a tant contesté.

Sous forme simplement d'extraits, je veux dire que c'est en reprenant ces éléments qu'on pourrait avancer dans un plus de travail du côté de la question de la souffrance tout court et de ce qui tourne autour du désir de soigner. Tous ces extraits sont tirés du livre de Michèle Moreau-Ricaud.

Dans le premier exemple c'est une citation qui revient à propos d'Eitingon, page 82 :

« Eitingon lui apprend à considérer le patient comme un " E.T ". — Extra Terrestre — en quelque sorte, c'est-à-dire quelqu'un à découvrir, à essayer de comprendre ».

« Il faut traiter chaque nouveau patient comme s'il arrivait directement de la planète Mars ; et comme personne n'a jamais rencontré de Martien, il convient de considérer tout ce qui concerne chaque patient comme quelque chose d'intégralement nouveau. »

Nous retrouvons là véritablement quelque chose qui concerne ce que Jacques Lacan appelle le *désir de l'analyste* qui est d'introduire quelque chose de l'ordre du *x* à l'origine de l'écoute et d'arriver à écouter le patient avec le moins de filtres possible, ce qui nous ramène à ce qui a été dit précédemment.

Le deuxième exemple page 114 est une référence à Ferenczi, à son idée de se positionner par rapport aux questions techniques avec la question sous-jacente qui est toujours présente, celle de savoir jusqu'à quel point on peut modifier la technique à l'intérieur d'un protocole. Jusqu'à quel point peut-on modifier les élasticités ?

« Ferenczi a fait évoluer la technique thérapeutique classique : technique active, élasticité, tact, relaxation... [...] Il était toujours prêt à réviser sa technique [...]»⁴⁵

C'est là où on voit aussi par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure concernant les limites même de cette élasticité et jusqu'à quel point, comment définir au départ les cadres d'un travail et les limites d'un cadre de consultation par exemple pour les généralistes à l'intérieur d'un groupe Balint. Jusqu'à quel point vont-ils pouvoir s'avancer au niveau de la vie personnelle ?

Autre exemple, page 132, à propos d'un texte de 1939 intitulé « Transfert et contre-transfert ». La question se pose évidemment de se positionner clairement par rapport à

⁴⁵ On pourra se référer à l'article suivant :
Freyman J.-R., « Lacan utilisait-il la technique active de Ferenczi ? », *Ferenczi après Lacan*, Hermann, 2009

l'analyse mutuelle. De toute évidence le "couple Balint" ne semble pas d'accord avec la technique de l'analyse mutuelle qui pourtant apparaît tout de même comme une conséquence possible de la toute-puissance de la relation d'objet. Je cite à nouveau Michèle Moreau-Ricaud :

« Dans ce court article qui met sobrement en acte un dépassement de la querelle Freud/Ferenczi des années trente, les Balint ne rejettent, sans la nommer explicitement, qu'une seule technique expérimentée par Ferenczi, l'analyse mutuelle, et renoncent à plaider la cause du contrôle analytique spécifiquement hongrois — mené par le didacticien — tel que Ferenczi le pratiquait et que V. Kovacs l'avait théorisé. »

Se pose donc là la question qui resterait à définir (cela nécessiterait un autre texte) des différentes conceptions possibles du transfert dans la question de la relation médecin-malade, et on dirait médecin malade contrôleur leader balintien ... où en particulier il y aurait lieu de différencier ce qui tourne autour de la notion d'*amour de transfert* de Freud⁴⁶ et d'autre part les questions du « *Sujet Supposé Savoir* » telles que Lacan l'a défini⁴⁷.

Un quatrième exemple page 153. Il est important de poser la question aujourd'hui : comment concevoir aujourd'hui la question de la formation analytique du « balintien », celui qui s'occupe de groupes Balint. Qu'est-ce qui est exigible à ce niveau-là ? Comment se repère cette capacité ? Puisqu'il apparaît souvent plus difficile de mener un groupe Balint qu'une analyse proprement dite étant donné le caractère un peu "sauvage" parfois. À ce propos, il y aurait lieu de revenir sur le texte de 1945 « À propos du système de formation analytique » puisque, à cet endroit-là, Michèle Moreau-Ricaud nous fait la remarque suivante :

« Nous verrons que ce texte subversif aura une influence importante sur le mouvement analytique français et sera un ferment pour la première scission de son histoire (1953). »

Le point sur lequel il y aurait lieu de revenir, c'est aussi celui du rapport Lacan-Balint puisque Lacan dans un texte cite Balint comme une des fins d'analyse possible en particulier quand il définit les fins d'analyse suivant Balint comme une *hypomanie terminale*, (cf. « La direction de la cure »⁴⁸), conséquence de tout ce qui tourne autour des

⁴⁶ Freud S., 1912, « La dynamique du transfert », *La technique psychanalytique*, PUF, 2002.

Freud S., 1915, « Observations sur l'amour de transfert », *La technique psychanalytique*, PUF, 2002.

Freud S., « Le début du traitement », *La technique psychanalytique*, PUF, 1953

⁴⁷ Lacan J., 1967 « Proposition d'octobre 1967, *Autres écrits*, Seuil, 2001.

⁴⁸ Lacan J., 1958, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », *Écrits*, Seuil, 1966.

conceptions en particulier du refus du narcissisme primaire, de la relation d'objet tous azimuts et celle de l'Eldorado de l'amour génital (page 187).

Cette idée n'est point seulement doctrinale puisqu'il faut savoir que l'analyste lui-même est avant tout pris aussi dans les conceptions de son analyste concernant les fins d'analyse et que sa manière même de mener les cures, voire les groupes Balint, aura des conséquences, à savoir en particulier si la notion de fin d'analyse confronte à la question du manque, du « désêtre », de la « destitution subjective » ou au contraire renvoie à quelque chose de la plénitude, de la jouissance...

Cette notion devrait être développée, mais elle déborde le cadre même de l'information analytique du travail autour des groupes Balint et nous aurons sûrement l'occasion d'en parler à l'occasion du congrès lui-même.

CONCLUSION

On pourrait dire qu'il existe sans nul doute aujourd'hui une certaine souffrance des soignants, une plainte concernant les modalités de travail mais aussi l'institutionnalisation radicale de la relation médecin-malade ou même des entretiens protocolisés entre les paramédicaux et les patients. À l'heure actuelle, le problème ne se pose plus seulement de savoir s'il s'agit de "thérapeut" les problèmes névrotiques mais même « thérapeut » ceux qui ont subi de graves maladies. Les somatisations, les maladies de système nécessitent plus que jamais un lieu de parole qui souvent peut être salvateur (malgré les prévisions des protocoles). C'est à cet endroit-là que les soignants subissent certainement un plus de pressions auxquelles ils ne sont pas habitués. On peut dire qu'en même temps s'il y a eu un plus de psychologisation dans la société, un plus de "groupes de paroles", un plus de relations apparemment langagières, il n'en demeure pas moins que ce qui, le plus souvent, est évacué, c'est le rapport au symptôme de l'individu, ses capacités créatrices et la subjectivation de ses atteintes ou corporelles ou psychiques. C'est à cet endroit que la place du soignant est considérable. C'est aussi à cet endroit que dans un plus de subjectivation, un plus d'habiter son devenir que le soignant peut trouver un plus-de-plaisir.

La place qui était autrefois, dès Hippocrate, impartie aux médecins, cette place a été souvent quelque peu dérivée, déléguée. On a assisté à des « transferts de compétence ». Il y

a donc lieu d'en tenir compte pour permettre à ceux qui sont en position de soignant de se former et de pouvoir prendre un peu de temps pour penser aux théories qui les animent.

BIBLIOGRAPHIE

- Balint M., *Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, 2001.
- Balint M., *Le Médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2003.
- Balint M., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot-Rivages, 2006.
- Balint M., Viliker M., Dupont J., *Les voies de la régression*, Payot, 2000.
- Balint M., *Le défaut fondamental*, Payot-poches, 2006.
- Clavreul J., *L'ordre médical*, Seuil, 1978.
- Ferenczi S., Balint M., « Technique active », *Psychanalyse, journal clinique*, Payot, 1990.
- Ferenczi S., Balint M., « Transfert et introjection », *Psychanalyse, journal clinique*, Payot, 1990.
- Ferenczi S., *Le journal clinique*, Payot, 1991.
- Freud S., 1912, « La dynamique du transfert », *La technique psychanalytique*, PUF, 2002.
- Freud S., 1915, « Observations sur l'amour de transfert », *La technique psychanalytique*, PUF, 2002.
- Freud S., « Le début du traitement », *La technique psychanalytique*, PUF, 1953.
- Freymann J.-R., « Lacan utilisait-il la technique active de Ferenczi ? », *Ferenczi après Lacan*, Hermann, 2009
- Hippocrate, *La consultation*, Ed. Hermann, 1986, p. 185.
- Lacan J., 1960-1961, *Le transfert*, Le Séminaire, Livre VIII, Seuil, 1991.
- Lacan J., 1967 « Proposition d'octobre 1967, *Autres écrits*, Seuil, 2001.
- Lacan J., 1958, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », *Écrits*, Seuil, 1966.
- Lacan J., 1960-1961, *Le transfert*, Le Séminaire, Livre VIII, Seuil, 1991.
- Moreau-Ricaud M., *Michael Balint Le renouveau de l'école de Budapest*, érès, 2007.
- Sapir M., « Nécrologie de Balint », *Revue de médecine psychosomatique*, t. III, n°1.
- Sapir M., « Le groupe Balint : passé et avenir » dans A. Missenard (dir), *l'expérience Balint : histoire et actualité*, Bordas, 1982.
- Sapir M., *La formation psychologique du médecin*, Payot, 1972.

Ouvrages de J.-R. Freymann

Freymann J.-R., *Les outils de la clinique* vol. 1 : « Qu'est-ce que la clinique », Cours 1992-1993 à l'U.L.P. de Strasbourg, Bibliothèque de recherche freudienne et lacanienne.

Freymann J.-R., *Les outils de la clinique* vol. 2 : « L'acte », Cours 1993-1994 à l'U.L.P. de Strasbourg, Bibliothèque de recherche freudienne et lacanienne.

Freymann J.-R., Patris M., *Du délire au désir*, Arcanes-ères, 2001.

Freymann J.-R., *Introduction à l'écoute*, Arcanes-ères, 2002, 1^o éd.1999.

Freymann J.-R., *Passe, Un Père et Manque*, Arcanes-ères, 2008.

Freymann J.-R., *L'Amer amour*, éd. Arcanes-ères, 2002

Freymann J.-R., *Frères humains qui... essai sur la férocité*, Arcanes-ères, 2003.

Freymann J.-R., *La naissance du désir*, Arcanes-ères, 2005.

Freymann J.-R., *Éloge de la perte*, Arcanes-ères, 2006.

Patris M., Freymann J.-R., *Les cliniques du lien, Nouvelle pathologie ?* Arcanes-ères, 2007.

Exercer la médecine, un plaisir ?

Dominique DELFIEU

Médecin généraliste à Paris.

Il s'agit d'un sujet bien audacieux que m'a proposé de traiter Marie Frédérique Bacqué et en y réfléchissant, je me suis demandé pourquoi diantre j'avais accepté de m'y confronter, la notion de prendre du plaisir semblant contradictoire avec la fréquentation de personnes malades. De plus l'atmosphère ambiante est plutôt à la morosité.

En effet, Jean Paul Hamon, président de l'union généraliste vient récemment de déclarer : « en 18 mois, il y a eu 23 suicides chez France Télécom pour 190 000 salariés. Le directeur de France Télécom est à juste titre sommé par le gouvernement de modifier sa gestion du personnel. En parallèle chez les médecins, on constate qu'il y a eu plus de 60 suicides parmi les 200 000 confrères en exercice. Or, personne ne s'en soucie. Personne n'a songé à convoquer Frédéric Van Roekeghem, Roselyne Bachelot ou encore Eric Woerth pour faire cesser la politique de harcèlement à leur encontre. Le harcèlement administratif étant la première cause d'épuisement professionnel ».

Et ceci reflète bien à mon sens, le ressenti qu'ont les médecins de terrain de leur vécu quotidien. Fourbus, frustrés, désillusionnés, gare au burn out !

Pourtant, en même temps, si je me repasse le film de mes 25 années d'installation, je revois avant tout le plaisir et l'enrichissement intérieur que j'ai pu tirer de cette profession. Certes, il y a ces accablantes contraintes réglementaires mais que sont-elles en face de toutes ces joies et ces peines qui peuplent notre quotidien ?

Le cabinet médical où les gens de tous acabits, viennent s'épancher dans l'assurance de la confidentialité et de l'impunité, représente un lieu privilégié qui permet d'observer dans sa crudité l'âme profonde de la population.

Le médecin qui reçoit ou visite quotidiennement un nombre important de malades se doit de s'en tenir à une certaine systématique. Que cette personne soit en phase finale ou en position moins défavorable, l'attitude à adopter est la même.

La consultation comprend en effet, quatre grandes étapes qu'il est indispensable de respecter au risque d'être incomplet : d'abord l'interrogatoire sur les symptômes éprouvés. Ensuite l'observation du comportement et des attitudes engendrés par les dits symptômes. Puis l'examen clinique qui comprend la palpation des zones malades et les prises de

constantes, telles la pression sanguine, les fréquences cardiaques et respiratoires, le repérage des pouls artériels. Enfin, la rédaction de la prescription, des médicaments recommandés, des examens complémentaires, voire des différentes ordonnances pour les spécialistes d'organes ou les kinésithérapeutes par exemple à qui l'on adresse notre malade.

Bizarre cérémonie, répétitive et pourtant toujours neuve. Il y a eu la poignée de main de l'accueil qui a procuré le premier contact et, à la suite du dialogue qui s'est établi, c'est rapidement la palpation du médecin qui poursuit la conversation.

Car, à l'évidence, le temps fort de cette consultation est à coup sûr celui de l'examen clinique, qui permet au médecin de se faire une idée précise de ce dont souffre son patient. Nos maîtres nous ont enseigné que pour l'auscultation, le patient devait être complètement nu et allongé sur le divan médical. Aujourd'hui, le temps imparti à la consultation rend difficile ce genre de pratique et souvent, l'observation se fait avec la personne partiellement dénudée, au niveau de la zone malade, ce qui suffit amplement pour se faire une idée de la pathologie éprouvée. Un point à souligner est que cette personne accepte de se montrer nue devant le soignant habillé.

C'est par le lieu de la douleur alléguée que débute la palpation, mais il ne faut pas se limiter à ce point. Henri Mondor, grand médecin s'il en fut disait : « La leçon de palper devrait être une des premières et des plus longues. Elle ferait plus pour le bien des malades que tant de déclamations théoriques ». Et pour l'exploration abdominale : « Il faut des mains réchauffées, mises sur la paroi, doucement et entièrement à plat, deux mains également douces, également couchées sur le ventre, appuyées lentement de toute leur surface, sans à-coup, sans brusquerie. Les mains, d'abord immobiles puis enfoncées progressivement, amadouant la paroi, toujours plus douces, explorant en s'étendant et en revenant, ne devant jamais limiter la recherche au point connu, au point suspect ».

La lenteur de la progression permettant d'explorer successivement et quelle que soit la région du corps examinée, toujours de la périphérie vers la profondeur, les différents plans tissulaires, il faut insister aussi sur la douceur indispensable qui doit accompagner cette palpation. On n'explore pas un corps avec les doigts, mais avec la paume des mains, et les ongles du médecin doivent être courts.

L'idéal serait une caresse générale du corps, une palpation globale systématique, bienvenue par exemple dans le cas d'un déprimé peu loquace ou dans celui d'un hypocondriaque perclus de douleurs, bref chez tous les patients qui ont perdu le contact avec leur propre entité. Le toucher, dans ces cas, vise à rattacher la zone de souffrance au

schéma corporel, à toute région gommée par des traumatismes ou mal intégrée dans l'enfance, en un mot à rebrancher soma et psyché. C'est là l'un des grands privilèges du médecin sur le psychologue, car il touche son patient, il introduit sans honte et sans gêne ses doigts dans les orifices les plus privés, les plus interdits. Il révèle.

Hormis l'amour sexuel, chacun vit en lieu clos, dans sa propre peau. Monde sans corps où pour tous les esseulés, le toucher prend ipso-facto une tonalité érotico-émotionnelle insupportable.

Le médecin, dans cet examen prend-il du plaisir ? Souvent, j'entends l'un de mes confrères m'affirmer, « qu'examiner un patient nu ne lui fait absolument aucun effet ! » Je ne suis pas aussi catégorique dans mes opinions.

Outre la palpation, le but de l'examen clinique est d'écouter, tous sens en éveil, le corps de l'autre réagir. Ainsi l'auscultation cardiaque où les rythmes profonds de la vie se révèlent, ainsi les bruits de l'abdomen ou les souffles carotidiens. Sans en arriver aux extrémités médiévales, quand le médecin goûtait l'urine de son patient, le goût et l'odorat sont eux aussi impliqués dans l'examen.

Une autre fonction de ce type de consultation médicale se trouve dans la valeur de massage que peut revêtir l'abord physique. Le pétrissage souple des zones contuses peut permettre indirectement une sédation des fixations émotionnelles qui y sont rattachées. Et si, dans son examen clinique, le toucher du médecin s'en tient à l'impératif d'une palpation exploratrice, on comprend que la frontière demeure étroite entre cet examen et une caresse. Or l'on sait que lorsqu'on caresse l'autre, c'est soi-même que l'on caresse. Cela fait partie du rêve de fusion, de l'empathie. De l'abolition de la différence afin de mieux éprouver ce que l'autre ressent.

Toute la difficulté consiste dans le retrait nécessaire et opportun qui s'opère à la fin de l'acte médical. Jeu de funambule, où la conclusion ne peut s'opérer que dans la souplesse et la nuance.

On perçoit alors avec plus d'acuité l'immense misère sexuelle de nos contemporains et l'on conçoit sans peine que l'ultime tabou réside justement dans le secret et la façon dont ils s'abordent et s'enlacent, bref dans les sinuosités étranges de leurs comportements amoureux.

Car une question qui se pose en permanence est : que désire-t-on pour notre patient ? Quel bénéfice attend-t-on pour lui de cette consultation ? En gros, quel bien peut-on espérer lui faire ? Et en corollaire évidemment qu'est-ce qu'il va nous apporter à nous ?

Dès lors, le temps passé dans la rédaction de l'ordonnance est bien court et anodin en regard de ce qui s'est joué dans la conversation, les regards échangés et même les silences de la consultation. Cette sorte de jeu de la séduction peut être considéré parfois comme un peu perverse, pourtant son efficacité m'est apparue évidente au long de ces 25 années dans mon cabinet médical.

Je pense profondément que c'est principalement dans les méandres suintants de ces contacts humains que j'ai tiré le plus de plaisir à soigner ces gens dont je me sens aujourd'hui redevable.

Ressenti et souffrance vis-à-vis de la mort en service de pneumologie.

Marie-Christine KOPFERSCHMITT-KUBLER

Pneumologue à l'hôpital de Hautepierre Strasbourg

M-C.Kopferschmitt-Kubler, M. Hanus**, P.Hardy**, A .Muller*, E.Quoix**

**CHU Strasbourg, **CHU Bicêtre*

Étude effectuée dans le cadre du DU Deuil et Pathologie Du Deuil

Cette étude dans un service à mortalité élevée appréhende le ressenti et la souffrance du personnel face à la mort des patients.

Des entretiens semi directifs effectués chez 13 personnes (6 médecins, 3 soignants (AS /infirmières) et 4 autres personnes (secrétaires, psychologues et religieux)) concernent les paroles sur la mort, la présence auprès du patient, les aspects relationnels et le ressenti de la personne.

La mort n'est jamais évoquée spontanément, elle est abordée à la demande du patient. C'est une question qui dérange. Un quart des malades parlerait de la mort.

Discussions sur la mort entre collègues. Les médecins seniors ne parlent pas de la mort entre eux. Les internes posent des questions aux seniors. Les soignants parlent plus facilement entre eux ou avec leurs cadres. Les secrétaires parlent entre elles.

La présence au moment de la mort : environ 50% des patients ne sont pas seuls au moment de mourir. Les soignants sont le plus souvent présents. Les psychologues sont souvent présents et sont perçus comme une ressource importante par les soignants. Les religieux sont rarement appelés (malade comateux, demande de la famille de gestes religieux). Le fait de laisser le mourant seul, est une cause de souffrance pour tous.

La souffrance des soignants face au décès est plus importante si le patient est connu depuis longtemps, s'il est jeune, si les proches expriment une grande souffrance et si les décès sont nombreux. Pour les médecins, la souffrance est aussi liée aux divergences d'opinion avec les soignants, à leur difficulté à parler de la mort et à leur impuissance face à la mort, reconnue comme un échec et source de culpabilité. Chez les soignants, on note une angoisse face à l'aspect du mourant, une frustration lié au manque de temps de présence auprès des patients, une incompréhension voir de la colère envers les médecins

lors de divergences d'opinion sur les soins. Les secrétaires éprouvent de la peine lorsqu'elles connaissent virtuellement le patient et qu'elles ne comprennent pas l'inefficacité des traitements.

A la question « Avez-vous peur de la mort ? » 66% répondent oui

Un schéma de « *belle mort* » existe chez 11 personnes: pour 2 personnes il s'agit de mort brutale; pour 2 de la mort durant le sommeil. Pour les autres, les points importants sont : être entouré par les personnes aimées (6 x), l'accomplissement de sa vie (5 x), l'absence de souffrances et douleurs (4x), être en paix (2x) et être conscient (1x).

Ces résultats concernent environ 10% de l'ensemble des personnes du service, et retrouvent des éléments comparables aux données de la littérature sur la parole face à la mort, les critères de 'belle mort' et la souffrance des soignants.

Bibliographie :

-BECKSTRAND RL, CALLISTER LC, KIRCHHOFF KT. (2006). Providing a « Good Death »: Critical Care Nurses'suggestions for improving end-of-life care. American j of Critical care 15:38-46

-CAROL A. (2004) Les médecins et la mort. XIX e-XX siècle Mayenne : éditions Aubier.

-CHARDON D (2007) Souffrance et détresse au travail des médecins. Un grand tabou reste à lever. Le Quotidien du Médecin. 8 novembre N° 8254

-CURTIS JR, WEINRICH MD, CARLINE JD, SHANNON SE, AMBROZY DM, RAMSEZ PG (2001) Understanding physicians'skills at providing end-of-life care J Gen Intern Med 16:41-49

-DEBOUT M, CEFTOUR D (2006) Science et mythologie du mort ; Paris : éditions Vuibert

-FERRAND EF, JABRE P, VINCENT-GENOD C, AUBRY R, BADET M, BADIA PH, CARIOU A , ELLIEN F, GOUNANT V, GIL R, JABER S, JAY S, PAILLAUD E, POULAIN PH, REGNIER B, REGNIER J, SICIE G, TARDY B, LEMAIRE F, BRUN-

BUISSON C, MARTY J , for the French mort-a l'Hôpital group (2008) Circumstances of Death in Hospitalized patients and nurses' perceptions. *Arc Intern Med* 168:867-875

-HANUS M (2007) La peur de la mort, ce qu'elle cache ; In *Le grand livre de la mort à l'usage des vivants*. Paris : éditions Albin Michel

-KNAUFT E, NIELSEN EL, ENGELBERG RA, PATRICK DL, CURTIS JR (2005) Barriers and facilitators to end-of-life care communication for patients with COPD; *Chest* 127:2188-2196

-LARSON DG, TOBIN DR (2000) End-of-life conversations. Evolving practice and theory *JAMA* 284:1573-1578

-LE COZ P (2007) *Le médecin et la mort ; Approches éthiques et philosophiques*. Espace Ethique, Paris : éditions Vuibert.

-LEONETTI J (2005) *Vivre ou laissez mourir*. Paris : éditions Michalon

-LEONETTI J (2007) La loi du 22 avril 2005 : respecter la vie, accepter la mort ; In *Le grand livre de la mort à l'usage des vivants*. Paris : éditions Albin Michel

-MAGNAN A (2007) Regard sur la détresse des médecins : l'expérience québécoise ; *Officiel Santé*. Septembre/octobre

-REIX N, BOS G (2004) *Les médecins face aux mourants*. Paris : éditions Connaissances et Savoirs.

-STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE, TULSKY JA (2000) Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers ; *JAMA* 284 :2476-2482

-TRUFELLI DC, BENSI CG, GARCIA JB, NARAHARA JL, ABRAO MN, DINIZ RW, COSTA MIRANDA V, SOARES HP, DEL GIGLIO A. (2008) Burnout in cancer professionals : a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. Sep 1

-WENRICH MD, CURTIS MJ, AMBROZY DA, CARLINE JD, SHANNON SE, RAMSEY PG (2003) Dying patients' need for emotional support and personalized care from physicians: perspectives of patients with terminal illness, families, and health care providers. *J of Pain and Symptom Management*, 25:236-246

Mise en place de groupes Balint en milieu hospitalier après un stress extrême. Intérêt du Balint dans les effets de crise.

Jacqueline MENAUT

Médecin du travail à Pau.

Dans les suites du double meurtre survenu au centre hospitalier psychiatrique de Pau le 18 décembre 2004, le service de santé au travail a mis en place après la période de stress aiguë un dispositif de prévention individuel et collectif des syndromes post traumatiques.

La période de stress aiguë a été gérée dans les jours suivants le drame par des cellules d'urgence médico psychologiques (CUMP).

Le service de santé au travail est intervenue dans les trois mois suivant le drame alors que la période de stress aiguë s'est prolongée tant que le meurtrier n'était pas arrêté.

Les troubles psychosomatiques repérés au cours des entretiens, ainsi que les répercussions personnelles, familiales et professionnelles, nous ont amenés à mettre en place un dispositif de diagnostic et de suivi pour garantir l'intégrité physique et mentale des salariés.

Le dispositif mis en place associait :

- Des outils d'autodiagnostic composés d'un questionnaire psychosomatique numérisé puis d'un Life Line Chart (LLC) qui est la biographie de la souffrance ainsi que l'utilisation du Jeux de Couleur, pour saisir l'avebal. Ces outils ont été proposés en priorité aux employés du service concerné puis aux autres services. Ces outils d'auto diagnostics sont souvent apparus comme un support à l'étape thérapeutique.
- La mise en place de groupes Balint sur le temps personnel mais dans des locaux de l'établissement. C'est un Balint non classique, on y travaille les relations avec les patients, les collègues et les supérieurs mais une période de relaxation a été mise en place au début des séances vu l'état des participants. (L'expression physique et le psychodrame ont été utilisés au cours du temps).
- La mise en place d'un Méta Plan expérimental sur le temps personnel et hors des locaux de l'hôpital.

Les Résultats montrent :

160 personnes ont été examinées sur lesquels 50 diagnostics de syndrome post traumatique ont été faits (31%).

Ces troubles peuvent être classés en trois groupes.

- 30 personnes (19%) en souffrance extrême,
- 14 personnes (8%) en souffrance forte,
- 6 personnes (3%) en souffrance faible.

Ces syndromes de stress post traumatique chronique sont toujours accompagnés de comorbidité (anxiété, dépression, phobie spécifique, attaque de panique...).

Par contre les résultats des personnes ayant participées aux groupes Balint ont été spectaculaires. C'est pour moi un outil thérapeutique extraordinaire surtout dans ce contexte

Malgré un important dispositif de communication interne et externe, les mécanismes de défenses et de résistances à ces propositions expliquent le peu de personnes ayant participé (160 personnes sur 1150 salariés). Actuellement des troubles apparaissent chez des salariés non concernés par l'étude initiale.

Le plaisir de soigner

Jean-Christophe WEBER

Professeur des Universités,

chef de service de Médecine interne -Médicale A- Nouvel Hôpital Civil Strasbourg

Le plaisir de soigner est un domaine peu exploré dans la formation initiale ou continue des médecins⁴⁹. On peut juger diversement de cette quasi absence : la notion pourrait manquer de consistance ou de pertinence ; alternativement, renvoyant aux zones d'ombre de la personnalité du médecin, elle serait difficile à manier.

Malgré son importance, cette deuxième hypothèse ne sera ici que brièvement mentionnée. Une part du plaisir de soigner peut être rapportée, en suivant la métapsychologie freudienne, à des satisfactions substitutives ou sublimées, qui trouvent leur ressort dans des désirs, fantasmes et pulsions que le médecin n'admet pas sans difficultés tant cette perspective le prend à rebours des idéaux qu'il cultive, altruisme, dévouement, sollicitude. La difficulté ne s'arrête d'ailleurs pas à la reconnaissance des fantasmes d'omniscience, de toute-puissance ou de licence qu'un Lucien Israël a rendus naguère familiers à des générations de médecins⁵⁰, mais devient une question pratique quand le soin s'en trouve parasité. Reconnaître une propension à l'acharnement diagnostique, surdéterminée par les avatars de la curiosité sexuelle infantile, prive-t-elle le médecin de cette force libidinale, lui qui reste requis dans son exercice à enquêter avec persévérance ? Un spécialiste des soins palliatifs qui se découvre en proie à une intime *Schadenfreude* doit-il changer de métier ? Parce qu'ils ont été déjà abondamment étudiés dans le champ freudien, nous écarterons de notre propos ces motifs secrets de plaisir, dont les malades peuvent souhaiter qu'ils soient non exclusifs et suffisamment « contraints » à la sublimation⁵¹, sauf à récolter les fruits iatrogènes amers de cette ambivalence au cœur même du désir/plaisir de soigner qui mobilise leurs médecins.

⁴⁹ Nous nous en tiendrons à la médecine, même si une partie des analyses proposées peut être étendue aux autres professions soignantes.

⁵⁰ Entre autres : L Israël, *Le médecin face au malade*, Bruxelles, Mardaga, 1995 ; *Le médecin face au désir*, Ramonville Saint-Agne / Strasbourg, Erès/Arcanes, coll. Hypothèses, 2005.

⁵¹ P Bourdieu aussi y fait allusion. Si les agents tirent parti des possibilités de leur champ pour exprimer et assouvir pulsions et désirs, les champs utilisent ces pulsions, en les contraignant à se soumettre ou se sublimer pour se plier à leurs visées. *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil coll.Points/essais, 2003, p.238.

Quant à la première hypothèse, elle doit être réfutée sans nuances. J'en veux pour preuve la littérature propre à la discipline sur le déplaisir qui affecte les médecins de manière assez inquiétante. Par un raisonnement récurrent, on fait donc le constat de l'importance de la notion, étayé par les manifestations discrètes que l'on peut saisir au quotidien. Soigner procure un certain plaisir quand l'opération réussit, quand le malade témoigne sa reconnaissance, quand un diagnostic difficile est porté, quand le convalescent reprend la marche, quand l'escarre se referme... Ce plaisir du succès, de la victoire, pour manifester qu'il soit, nécessite d'être déplié, car il n'est pas réductible à la seule satisfaction égoïste dont le malade serait le support provisoire. Aussi ce qui nous retiendra, après avoir rendu compte de la littérature sur le malheur actuel des médecins (partie I), est le plaisir associé à la pratique de la médecine, envisagée comme *technê*. Cette notion permet d'élargir le champ du plaisir de soigner au-delà de la seule composante émotionnelle attachée aux relations avec les malades, qui semblent le dernier refuge de la satisfaction au travail des médecins (partie III). Cet élargissement suppose de passer par quelques précisions sur les notions de plaisir et de soin (partie II).

DES MEDECINS MALHEUREUX

Si le vécu des praticiens est rarement exploré en profondeur, il existe toutefois, dans la littérature médicale, un nombre d'articles assez conséquent qui abordent la satisfaction, ou plutôt l'insatisfaction des médecins dans leur travail. C'est alors le plus souvent en creux que certains critères du plaisir de soigner apparaissent.

Clinique de l'insatisfaction

Dans les années 1970, 95% des praticiens des USA se déclaraient satisfaits de leur pratique. Ils ne sont plus que 2/3 vingt ans plus tard, et en 2002, 60% des médecins déclarent que leur enthousiasme au travail a décliné au cours des cinq dernières années⁵². Un constat analogue est dressé en Allemagne⁵³, au Royaume-Uni⁵⁴, en Suède⁵⁵ ou en

⁵² ES Williams, AC Skinner, Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications and directions for future research, *Health Care Manag Rev* 2003; 28:119-139.

⁵³ D Strech, M Danis, M Löb, G Marckmann, Extent and impact of bed rationing in German hospitals: results of a representative survey among physicians, *D Med Woch*, 2009 ; 134 :1261-6.

⁵⁴ I Watt, S Nettleton, R Burrows, The views of doctors on their working lives : a qualitative study, *J R Soc Med* 2008 ; 101 :592-597.

⁵⁵ D Kjeldmand, I Holmström, Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners, *Ann Fam Med* 2008 ;6 :138-145.

Suisse⁵⁶. En France, le conseil de l'ordre s'inquiète de la démotivation possible des médecins⁵⁷. Le médecin malheureux serait un phénomène mondial⁵⁸, touchant autant la ville que l'hôpital⁵⁹. L'incidence semble plus forte chez les jeunes médecins⁶⁰⁻⁶¹, et dans les pays dont les systèmes de santé font la part belle au rendement⁶² : les praticiens employés des organismes de *Managed Care* sont globalement moins satisfaits que ceux qui travaillent dans d'autres contextes⁶³.

Si l'impact réel de leur insatisfaction n'est pas encore bien connu, les médecins estiment qu'elle affecte leur disponibilité au soin⁶⁴, accroît le nombre d'erreurs⁶⁵, détériore la qualité de leurs relations avec les malades⁶⁶. On craint que l'insatisfaction ne gagne les patients⁶⁷⁻⁶⁸. Des conséquences coûteuses pour l'ensemble du système de santé sont aussi redoutées, car les médecins malheureux sont moins efficaces, abandonnent leurs postes, et prennent leur retraite plus rapidement⁶⁹.

La forme clinique majeure de l'insatisfaction est le *burnout*, syndrome qui toucherait selon les études de 30 à 60% des médecins⁷⁰⁻⁷¹, avec des manifestations variées : céphalées, fatigue, hypertension, infarctus, troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, dépression, addictions, problèmes conjugaux⁷²... Le terme *burnout* apparaît dans la littérature américaine au cours des années 1970, pour décrire les conséquences - fatigue, perte d'idéal et de passion- de rapports problématiques des gens avec leur travail, notamment dans les

⁵⁶ PA Bovier, TV Perneger, Predictors of work satisfaction among physicians, Eur J Public Health 2003 ;13 :299-305.

⁵⁷ J-J Bouquier et al., Evolution du métier de médecin, Rapport de la commission nationale permanente de l'Ordre des Médecins, 23 juin 2001, <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/evolutionmetier.pdf>.

⁵⁸ N Edwards MJ Kornacki, J Silversin, Unhappy doctors : what are the causes and what can be done ? BMJ 2002 ;324 :835-838.

⁵⁹ SG Gabben J Melville, L Mandel, E Walker, Burnout in chairs of obstetrics and gynecology : diagnosis, treatment and prevention, Am J Obstet Gynecol 2002 ;186 :601-612.

⁶⁰ EE Krebs, JM Garrett, TR Konrad, The difficult doctor ? Characteristics of physicians who report frustration with patients : an analysis of survey data. BMC Health Services Research 2006;6:128.

⁶¹ TD Shanafelt, JA Sloan, TM Habermann, The well-being of physicians, Am J Med 2003 ; 114 :513-519.

⁶² BB Arnetz, Psychosocial challenges facing physicians of today, Soc Sci Med 2001 ;52 :203-213.

⁶³ M Linzer, TR Konrad, J Douglas, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction : results from the physician worklife study, J Gen Intern Med 2000 ;15 :441-450.

⁶⁴ Alors même que « la présence d'un être humain attentif, qui prend soin, qui restaure, est le catalyseur vers la guérison » : RK Howe, Goals of postgraduate physician training, Health Affairs 2009, 28, 927.

⁶⁵ J Firth-Cozens, J Greenhalgh, Doctor's perceptions of the link between stress and lowered clinical care, Soc Sci Med 1997; 44:1017-1022.

⁶⁶ D Stretch et al., art. cit.

⁶⁷ A Spickard Jr, SG Gabbe, JF Christensen, Mid-career burnout in generalist and specialist physicians, JAMA 2002 ;288 :1447-1450.

⁶⁸ JS Haas, EF Cook, AL Puopolo, HR Burstin, PD Cleary, TA Brennan, Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction ? J Gen Intern Med 2000 ;15 :122-128

⁶⁹ ES Williams et al., art.cit.

⁷⁰ ibidem

⁷¹ TD Shanafelt et al., art.cit.

⁷² A Spickard Jr et al., art.cit.

services à la personne. Progressivement le concept est devenu un thème de recherche académique, caractérisé comme un syndrome psychologique en réponse à des « stressseurs » chroniques liés au travail. Les trois dimensions clés sont l'épuisement extrême, le sentiment d'inefficacité, les attitudes de cynisme et de désaffection vis-à-vis du travail. Si certains traits de personnalité (selon les typologies : manque d'estime de soi, propension à l'évitement, caractère obsessionnel avec doute, culpabilité, et sens exagéré des responsabilités) pourraient en favoriser la survenue, pour Maslach le *burnout* est à comprendre comme une série de décalages et désaccords entre le travail et le travailleur dans différents domaines : la charge de travail, son contrôle, les gratifications, l'esprit d'équipe, l'équité et les conflits de valeurs⁷³.

Les causes du malheur des médecins

Si les jeunes médecins sont les plus exposés au *burnout*, les médecins plus âgés sont volontiers nostalgiques du passé et vivent difficilement le changement culturel de la médecine et de l'organisation des soins⁷⁴. Or ce sont surtout ces changements qui sont rendus responsables du malheur des médecins. On parle de « crise », et « d'urgence » à ressaisir le sens de l'engagement profond qu'est la médecine⁷⁵. Les causes qui tiendraient à la pratique elle-même sont rarement mentionnées : travail difficile, émotionnellement éprouvant, source de préoccupations, de frustrations, d'anxiété⁷⁶. Par contre, il y a une certaine unanimité à dénoncer les méfaits des nouveaux modes d'organisation des soins, qui limitent sévèrement l'autonomie professionnelle et le contrôle de leur activité par les praticiens eux-mêmes, et mettent en place une série de contraintes extérieures, qui prennent la forme d'audits, d'évaluations de conformité, de pressions budgétaires, d'impératifs gestionnaires, de surcharge bureaucratique, de responsabilité accrue sur des critères non-médicaux^{77 78 79}. Les médecins sont formés à la clinique mais doivent consacrer de plus en plus de temps au management et à la gestion⁸⁰ ; en raison des limitations budgétaires, les médecins sont amenés à choisir quels malades ne pourront

⁷³ C Maslach, WB Schaufeli, MP Leiter, Job burnout, *Annu Rev Psychol* 2001 ;52 :397-422.

⁷⁴ I Watt et al., art.cit.

⁷⁵ RN Remen, Recapturing the soul of medicine, *West J Med* 2001 ;174 :4-5.

⁷⁶ Royal College of Physicians, *Doctors in society – medical professionalism in a changing world*, London, 2005, rapport disponible en ligne : <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/docinsoc.pdf>.

⁷⁷ A Spickard Jr et al., art.cit

⁷⁸ PA Bovier et al., art.cit.

⁷⁹ CR Horowitz, AL Suchman, WT Branch Jr, RM Franked, What do doctors find meaningful about their work ? *Ann Intern Med* 2003 ; 138 :772-776.

⁸⁰ R Smith, Why are doctors so unhappy ? *B Med J*, 2001 ;322 : 1073-1074.

bénéficiaire des meilleures prises en charge⁸¹. Or l'autonomie dans le travail est un déterminant majeur de la satisfaction au travail⁸², dont sont particulièrement privés les médecins des systèmes de *managed care*^{83 84}. La France en est encore épargnée, mais l'impact négatif de la « nouvelle gouvernance », qui entend transformer l'hôpital en entreprise et distribuer des bonus de productivité, ne doit pas être négligé⁸⁵.

Cet horizon nouveau des systèmes de santé prendrait les médecins de court : ils ont été formés à travailler avec des individus plutôt qu'avec des organisations ; à faire le maximum pour chaque patient plutôt qu'à négocier des compromis dans un contexte de ressources limitées⁸⁶. Mais ce décalage managérial n'est pas le seul à faire rupture entre la formation et la vie professionnelle⁸⁷ : la première insiste sur les aspects scientifiques et techniques, sur l'efficacité qui en découle, alors que la « vraie vie », pleine de désillusions par rapport à ces aspects, confronte le médecin insuffisamment préparé à des personnes⁸⁸. C'est particulièrement vrai en médecine générale, où les plaintes indifférenciées, le doute diagnostique, la complexité, l'accompagnement au long cours de maladies chroniques sont loin de l'idéal que propose à l'étudiant la médecine technologique⁸⁹. De plus, le modèle biomédical et les pratiques fondées sur les faits prouvés façonnent une position imaginaire d'expert déconnectée des relations interpersonnelles et des cas concrets ; cette insistance mettrait à mal les conditions mêmes du soin, la présence attentive et le service^{90 91}. Comme l'écrivait Didier Sicard, le pouvoir grandissant de la médecine contraste avec la diminution de pouvoir des médecins, devenus des « techniciens supérieurs »⁹². Simultanément les nouvelles recommandations professionnelles requièrent de la part des médecins davantage

⁸¹ D Stretch et al., art. cit

⁸² N Edwards et al., art.cit

⁸³ J Solomon, How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction : a qualitative analysis, *J Gen Intern Med* 2008 ; 23 :775-780.

⁸⁴ DK Freeborn, Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians, *West J Med* 2001 ;174 :13-19.

⁸⁵ JC Weber, L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures ? in : JP Alix, B Ancori, P Petit (dirs), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, CNRS Editions, 2008, p. 121-134

⁸⁶ N Edwards et al., art.cit.

⁸⁷ JC Weber, Evolution de la relation médecin-malade, in : MJ Thiel (dir), *Où va la médecine*, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, pp 23-38.

⁸⁸ R Persaud, The drama of being a doctor, *Postgrad Med J*, 2005 ;81 :276-277.

⁸⁹ D Pestiaux, C Vanwelde, Devenir médecin généraliste Et le bonheur, dans tout cela? *Can Fam Phys* 2007 ;53 :391-392.

⁹⁰ RN Remen., art.cit.

⁹¹ RK Howe, art.cit.

⁹² D Sicard, *Hippocrate et le scanner*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

d'empathie, de sympathie, de sensibilité⁹³, pour mieux répondre aux aspirations des patients. Ceux-ci, plus informés, plus consommateurs, plus exigeants, ont des attentes sans commune mesure avec les possibilités effectives de la médecine^{94 95}. Quant aux médecins, ils se sentent moins bien considérés socialement, et perçoivent douloureusement la défiance voire l'hostilité des médias⁹⁶. Leurs propres représentations de leur vie professionnelle (des gens ordinaires qui jonglent avec les réalités quotidiennes du travail), ne s'accordent pas avec celles du public (une élite sociale puissante qui occupe une position avantageuse)⁹⁷.

La médecine subit également les modifications plus globales qui affectent le rapport au travail. Ainsi, des règlementations sur le temps de travail, destinées à protéger la santé des médecins et à prévenir les accidents qui pourraient résulter de leur état de fatigue⁹⁸ sont jugées partiellement responsables de la transformation de la médecine : la vocation tend à devenir un « job » comme un autre, au prix d'une interrogation sur la responsabilité : vis-à-vis du patient, ou de l'employeur⁹⁹ ? Pour Edwards, c'est un malentendu profond qui génère l'insatisfaction des médecins : l'ancien équilibre entre les sacrifices consentis (vie privée réduite, études longues, rémunération différée, contacts avec des populations en difficulté) et la reconnaissance au sens large (rémunération confortable, autonomie professionnelle, sécurité de l'emploi, respect du public) est devenu bancal. Ce que le médecin était légitimé à attendre n'est plus qu'une vieille promesse, alors que les nouveaux impératifs sont une responsabilisation accrue vis-à-vis d'objectifs (performance, qualité) du système de soin, une évaluation sur des critères non-médicaux, et une culture du reproche¹⁰⁰.

Il faut sauvegarder le bien-être des médecins !

Face à l'ampleur de la crise, on fait feu de tout bois : ateliers d'écriture en Australie¹⁰¹, groupe de parole à San Francisco¹⁰², etc. Il faut prévenir le *burnout* par tous les moyens :

⁹³ Royal College of Physicians, art.cit.

⁹⁴ I Watt et al., art.cit

⁹⁵ R Smith, art.cit.

⁹⁶ N Edwards et al., art.cit.

⁹⁷ I Watt et al., art.cit.

⁹⁸ JR Gilsdorf, The disappearing doctors, Health Affairs, 2008 ;27 : 850-854.

⁹⁹ M Hutchins, Medicine as a job, not a calling ? Health Affairs 2009, 28, 927-928.

¹⁰⁰ N Edwards et al., art.cit.

¹⁰¹ SB Smith. This sylvan game – Creative writing and GP wellbeing, Aust Fam Phys 2008 ;37 :461-462.

prendre soin de soi, avoir le soutien de son partenaire dans la vie privée, maintenir un certain contrôle sur son environnement de travail, avoir un mentor...¹⁰³. L'association américaine des professeurs de médecine diffuse aussi des suggestions pratiques issues d'études empiriques¹⁰⁴: soigner ses relations (familiales, amicales, professionnelles) ; saisir les occasions de réfléchir et partager avec les collègues sur les aspects émotionnels et existentiels de la profession ; nourrir sa dimension spirituelle et développer sa philosophie de vie ; choisir activement le cadre de son exercice professionnel ; pratiquer « l'auto-soin » par la supervision aussi bien que par les loisirs et l'hygiène de vie¹⁰⁵... Epstein plaide pour une pratique réflexive, qui fait retour sur elle-même sans jugement. Cette attitude favoriserait l'écoute du patient, la reconnaissance de ses erreurs, la clarification de ses propres valeurs, et les praticiens qui s'y engagent gagneraient en compétence et en présence relationnelle¹⁰⁶. On n'est pas loin des exercices de l'antiquité que Foucault rassemble sous les pratiques de soi¹⁰⁷. De fait, Epstein les préconise aussi, à côté d'autres modalités possibles : la méditation, la musique, l'écriture, la participation à un groupe Balint¹⁰⁸... Ce dernier type d'activité est présenté comme une modalité permettant de redécouvrir le plaisir d'être médecin¹⁰⁹. Elle a même été évaluée sur ce critère, avec des effets positifs plus ou moins marqués^{110 111}. Enfin l'avertissement est aussi lancé aux décideurs et aux organisateurs des systèmes de santé¹¹² : il faut sauvegarder le bien-être des médecins ! Certaines organisations de soins aux USA ont d'ailleurs instauré des programmes complets pour les médecins qu'elles emploient¹¹³.

¹⁰² MW Rabow, Doctoring to heal, West J Med 2001 ;174 :66-69

¹⁰³ A Spickard Jr et al., art.cit.

¹⁰⁴ Par exemple : EL Weiner, GR Swain, B Wolf, M Gottlieb, A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices, West J Med 2001 ;174 :19-23.

¹⁰⁵ TD Shanafelt et al., art.cit.

¹⁰⁶ RM Epstein, Mindful practice, JAMA 1999 ;282 :833-839.

¹⁰⁷ M Foucault, L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France (1981-1982), Paris, Seuil, 2001.

¹⁰⁸ RM Epstein, Just being, West J Med 2001 ;174 :63-65.

¹⁰⁹ D Kjeldmand et al., art.cit.

¹¹⁰ D Kjeldmand, I Holmström, U Rosenqvist, Balint training makes GP thrive better in their job, Patient Education and Counseling 2004 ;55 :230-235.

¹¹¹ KP Cataldo, K Peeden, ME GEesey, L Dickerson, Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction, Fam Med 2005 ; 37 : 328-331.

¹¹² TD Shanafelt et al., art.cit.

¹¹³ PM Dunn, BB Arnetz, JF Christensen, Meeting the imperative to improve physician well-being : assessment of an innovative program, J Gen Intern Med 2007 ;22 :1544-1552.

LE PLAISIR DE SOIGNER : BALISAGE

Le plaisir des relations

La littérature médicale est peu disert sur la satisfaction au travail. Il y a un plaisir dans la capacité de faire face aux situations difficiles, de ne pas céder trop facilement au stress¹¹⁴, d'avoir de bons rapports professionnels avec les pairs, de se sentir compétent¹¹⁵. Des médecins employés d'organisations de santé avouent ne pas toujours tenir compte des limitations qui leur sont imposées pour le temps passé à chaque consultation, et soulignent en retirer un certain plaisir : le respect des obligations déontologiques (intégrité, professionnalisme), la valeur intrinsèque que représente le fait de prodiguer des soins de qualité, et bien sûr le privilège accordé aux relations avec les patients¹¹⁶.

En effet, si l'insatisfaction, voire le *burnout*, sont mis au compte de la nouvelle organisation des systèmes de santé, les médecins invités à s'exprimer sur leurs satisfactions au travail indiquent presque exclusivement le domaine des relations avec les malades¹¹⁷¹¹⁸¹¹⁹. Une enquête qualitative menée au Royaume-Uni auprès d'un échantillon diversifié de médecins a permis un certain nombre de constats : travailler avec des personnes, être aux prises avec leur vie intime, voir leur état de santé s'améliorer, les soutenir dans des moments difficiles, faire quelque chose de positif pour l'humanité restent des éléments gratifiants qui enrichissent la vie professionnelle¹²⁰. Ces résultats sont corroborés par une autre enquête sur les moments significatifs de la vie professionnelle : les médecins ne rapportent pas tant les succès thérapeutiques techniques ou les diagnostics réussis, mais la profondeur des relations, la capacité thérapeutique liée à la seule présence, le partage de l'intimité dans des moments cruciaux de la vie des gens¹²¹. Ainsi, la relation médecin-malade paraît être le plus puissant déterminant de la satisfaction au travail¹²².

Comment interpréter cette quasi-exclusivité ? Le domaine des relations avec les malades constitue-t-il le noyau dur de l'engagement professionnel ? Le cœur de métier serait en quelque sorte épargné par les mutations de la médecine, qui ont rogné sur les autres

¹¹⁴ D Kjeldmand et al., art.cit

¹¹⁵ CR Horowitz et al., art.cit.

¹¹⁶ J Solomon, art.cit.

¹¹⁷ K Fairhurst, C May, What general practioners find satisfying in their work : implications for health care system reform, *Ann Fam Med* 2006 ;4 :500-505.

¹¹⁸ National Physicians Survey, What family physicians find rewarding, *Can Fam Phys* 2007 ;53 :1747.

¹¹⁹ D Kjeldmand et al., art.cit.

¹²⁰ I Watt et al., art.cit.

¹²¹ CR Horowitz et al., art.cit.

¹²² *ibidem*

sources de satisfaction possible des cliniciens : elle trouverait encore refuge dans les relations personnelles qu'ils tissent avec certains de leurs patients. Alternativement, on pourrait suggérer que c'est dans la mesure où ce cœur de métier est menacé que l'insatisfaction est majeure. Mais n'y-t-il pas un certain risque à ne trouver satisfaction que dans le registre relationnel, dont la dimension émotionnelle forte est souvent donnée comme explication ? En 1912, Freud conseillait de prendre modèle sur le chirurgien¹²³. Ce dernier laisse de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, pour poursuivre un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien. Freud ajoutait que la froideur des sentiments est la manière d'être qui crée les conditions les plus avantageuses pour la conduite du traitement. Aujourd'hui, en forçant le trait, les médecins attendent de leurs malades que ces derniers combent leurs attentes relationnelles pour être heureux dans leur travail : nouvelle donne transférentielle!

Globalement, on remarque que la littérature interne à la discipline reste en deçà de la notion de plaisir. Elle évoque surtout l'insatisfaction vis-à-vis du travail, parfois les éléments gratifiants, mais rarement le plaisir de soigner est abordé de front. Comme les termes « plaisir » et « soigner » convoquent une multiplicité de sens, il n'est pas inutile de proposer quelques repères.

Penser le plaisir au travail

Il n'y a de plaisir que corporel, énonçait Milner dans « Le triple du plaisir »¹²⁴. Nous ne le suivrons pas dans cette voie, trop étroite à saisir la notion que l'on cherche à préciser. Pour le dictionnaire *Trésor de la Langue Française*, le sens général de plaisir désigne un état affectif agréable, durable, que procure la satisfaction d'un besoin, d'un désir, ou l'accomplissement d'une activité gratifiante. C'est cette troisième occurrence qui nous retiendra ici. Nous avons fait allusion aux sources inconscientes du plaisir. D'autre part, le « bon plaisir » peut renvoyer à l'autonomie –réclamée et perdue- du médecin dans sa décision, avec sa limite floue du règne de l'arbitraire, qui a servi de justification pour le combat en faveur d'un partage de l'information médicale et des choix. Enfin la référence au principe de plaisir comme abaissement des tensions sources de déplaisirs invite à filer l'analogie avec les tensions éprouvées par les médecins dans leur pratique. Mais le plaisir lié à l'accomplissement d'une activité gratifiante ne peut être résumé à la seule réduction

¹²³ S Freud, Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique (1912) in "La technique psychanalytique", Paris, Presses Universitaires de France, 2007, coll.: Quadrige Grands textes.

¹²⁴ JC Milner, Le triple du plaisir, Paris, Verbier, 1997.

des quantités d'excitation¹²⁵. L'insistance sur ces zones frontières nous éloignerait trop du cœur de notre propos.

La typologie des causes de souffrance au travail, proposée par Christophe Dejours¹²⁶, est répartie sur trois axes qui trouvent leur pertinence dans le champ médical : le *décalage entre le travail prescrit et le travail réel* (qui comporte le « réel du travail », soit « ce qui résiste aux connaissances, aux savoirs, aux savoir-faire, et d'une façon générale à la maîtrise ») ; *la contrainte à mal travailler* ; *le travail non reconnu*. En nous servant de cette tripartition, on peut décliner trois directions dans le plaisir lié au travail médical : plaisir de la mise en œuvre d'une intelligence pratique dans la confrontation au réel complexe des situations de l'homme malade ; plaisir de travailler en accord avec son sens de la responsabilité et avec l'éthique professionnelle ; plaisir de l'accomplissement de soi à travers le travail. Ce sont bien aussi ces plaisirs qui sont directement menacés par la réorganisation managériale des systèmes de santé.

Soigner

La notion de soin est si riche d'une histoire remontant à l'antiquité, qu'il n'est pas possible ici de la déployer¹²⁷. Elle rassemble une disposition et des gestes ou des attitudes ; le *souci de*, l'*attention portée à*, la recherche de l'action réussie, et le *prendre soin*. En médecine le soin est rapporté à des be-soins, nécessités pressantes, du corps. Mais si on prend soin du corps, on soigne aussi quelqu'un : gestes du prendre soin et sollicitude. Lombard signale une autre distinction dans la pensée grecque, entre *epimeleia* et *therapeia*. *Epimeleia* désigne un ensemble d'activités de veille, de surveillance, d'administration, qui reste « conforme à des règles » et suppose des compétences quasi-naturelles. La *therapeia* est un soin nouveau, lié à une connaissance et une pratique spécialisées, celles du médecin, dans son art de soigner le corps, qui se détache de l'*epimeleia*. La notion de soins rassemble ainsi une épaisseur de significations, entre deux extrêmes qui seraient le maintien des conditions d'existence (*to care* en langue anglaise, *pflügen* en allemand) et la mise en

¹²⁵ Signalons au passage que la métapsychologie freudienne trouve son « os » sous la forme du principe de plaisir préliminaire, objection interne à cette théorie de la réduction des tensions. A ce sujet, on se reportera à l'ouvrage de M Constantopoulos, *En-jeux de l'Autre*, Ramonville Saint-Agne / Strasbourg, Erès/Arcanes, coll. Hypothèses, 2009.

¹²⁶ C Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, coll.Points, 2000.

¹²⁷ On se reportera à l'article de J Lombard auquel ce paragraphe doit beaucoup, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique*, e-portique 3 - 2006, Soins et éducation (I), mis en ligne le 8 janvier 2007 (<http://leportique.revues.org/document876.html>. Consulté le 05 juillet 2009).

œuvre de toutes les ressources techniques pour combattre la maladie (*to cure*, heilen) au prix d'une mise entre parenthèses du malade pris comme cible de soins¹²⁸. Canguilhem suggère aussi que, pour faire accueil à la subjectivité de l'expérience vécue du malade, ce serait au médecin de mettre entre parenthèses (et non de répudier) l'objectivité de son savoir¹²⁹. Frédéric Worms propose de distinguer ainsi deux concepts du soin, la relation de soin, plus primitive et plus générale que la médecine (soin relationnel, global, intégratif), et le soin médical spécifique (thérapeutique, partiel, dissociatif)¹³⁰.

Il est alors légitime de s'interroger : si plaisir de soigner il y a, est-il plutôt du côté de l'*epimeleia* ou de la *therapeia*, du *care* ou du *cure* ? Nous avons vu plus haut que les médecins associent leurs satisfactions professionnelles aux relations qu'ils tissent avec les malades. On serait alors tenté de répondre que le plaisir est situé avant tout du côté de la relation de soin, plutôt que du côté du soin technique.

Il nous semble plus judicieux, et plus proche de la réalité du terrain, de s'appuyer sur l'étendue signifiante des termes de *soin* et de *soigner*, pour souligner l'unité de la *technê* médicale, qui tient ensemble ces deux extrêmes, et de tenter d'y saisir quelle forme de plaisir s'y trouve associée. Remarquons aussi que la relation de soin –tout au long du continuum entre *care* et *cure*- est fondamentalement dissymétrique, ce qui ne va pas sans poser question quand est remise en cause cette dissymétrie dans la figure émergente de l'usager partenaire. En effet, cette dissymétrie, accusée de mettre l'accent sur la domination et la vulnérabilité, l'abus de pouvoir et la dépendance, est aussi la disposition qui « active », véritable cause efficiente, la mise en acte de la sollicitude et de la compétence.

¹²⁸ G Canguilhem, Le statut épistémologique de la médecine, In, Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, Paris, Vrin, 1994.

¹²⁹ G Canguilhem, Puissance et limites de la rationalité en médecine, In Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, Paris, Vrin, 1994.

¹³⁰ F Worms, Les deux concepts du soin, Vie, médecine, relations morales, Esprit, janvier 2006, 141-156.

LE PLAISIR ASSOCIE À LA TECHNÊ

Les sources antiques de la technê

La médecine de l'antiquité grecque est le lieu où est pensée et pratiquée l'articulation du savoir et des actions concrètes qui modifient la vie des hommes¹³¹. Elle fournit à Platon et Aristote les notions de caractère spécifique (*eidōs*, en référence aux types de maladies), de vertu (*aretè*, construite sur la santé), de juste milieu. La philosophie influence aussi la médecine : penser la causalité, la nécessité, la proportion, se fonder en tant que savoir, concevoir les régimes comme des conduites appropriées. Chez Aristote, savoir et savoir-faire sont rapprochés au sein de la *technê* (τεχνή)¹³² médicale, savoir d'ordre pratique qui tire vers la science tout en restant ancré dans l'expérience et l'observation, « modèle original d'une articulation entre le savoir et la pratique, où celle-ci n'est pas seulement l'application de celui-là mais sa condition même »¹³³. Il faut posséder le savoir sur les maladies et leurs remèdes, mais l'essence de la médecine ne s'accomplit que dans la pratique du soin. Aux deux dimensions du soin (prendre soin de la personne, traiter la maladie) s'ajoute donc celle de la connaissance.

Voici quelques notations d'Aristote sur les *technê* qui nous paraissent avoir gardé toute leur pertinence aujourd'hui. La *technê* se règle sur l'objet : même s'il a une connaissance du bien en soi qu'est la santé, le médecin n'exerce la médecine que sur des cas particuliers¹³⁴, en se guidant selon les circonstances¹³⁵. On ne l'apprend et ne l'acquiert qu'en la pratiquant : ceci nécessite des efforts, une pratique assidue¹³⁶. La pratique de la *technê* suppose des décisions précédées de délibération, parce que les choses qu'elle traite peuvent être modifiées par l'action et parce que leur issue particulière ne peut être précisée à l'avance¹³⁷. Une bonne délibération n'est pas une science (on n'a plus à chercher quand on sait), n'est pas la finesse intuitive (qui se passe de raisonnement), mais rectitude à distinguer le but à poursuivre, les moyens à employer, et le moment dans lequel il faut

¹³¹ J Lombard, Aristote et la médecine, Paris, L'Harmattan, 2004.

¹³² La *technê* désigne le mode d'être qui, dirigé par la raison (règle) vraie, vise à une production. Selon les traductions, on trouvera dans les textes français « art » ou « technique ». La *technê* médicale est particulière en ce qu'elle ne vise pas une production d'objet matériel.

¹³³ J Lombard, Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin, art.cit.

¹³⁴ Aristote, Ethique à Nicomaque, 1097a. De nombreuses traductions existent, dont celle de J Barthélemy Saint-Hilaire revue par A Gomez-Muller (publiée dans le Livre de Poche ; 1992), et celle de R Bodéüs (publiée par Flammarion, 2004). La numérotation des paragraphes est celle de l'édition Flammarion.

¹³⁵ ibidem, 1104a.

¹³⁶ ibidem, 1103a.

¹³⁷ ibidem, 1112 a et 1112b.

agir¹³⁸. N'est-ce pas la description de ce qui fait encore aujourd'hui l'essence de la pratique clinique ? Et n'est-ce pas aussi ce qui est réellement menacé, bien davantage que la seule autonomie du praticien ?

Mais revenons au plaisir, tel qu'Aristote l'articule à la *technê*. Nos actions configurent nos modes d'être¹³⁹, qui en retour orientent nos actions¹⁴⁰. Celles qui sont conformes à la vertu sont source de plaisir¹⁴¹. Aristote insiste : non seulement le plaisir qui se joint à l'action est un principe de jugement de sa qualité, mais il est nécessaire d'y être attentif¹⁴². Car le plaisir propre à l'acte accroît son énergie ; on juge d'autant mieux les choses et on les pratique avec d'autant plus de précision qu'on les fait avec plus de plaisir¹⁴³.

La médecine comme *technê*

La notion antique de *technê* forme un cadre fécond pour penser la pratique de la médecine¹⁴⁴, y compris dans son actualité bouleversée par la multiplicité des dispositifs qui l'innervent : *evidence-based medicine*, biotechnologies, procédures et protocoles, gouvernance gestionnaire. Ce cadre est à même de réunir ce qui est souvent présenté comme une opposition irréductible : science *versus* art, technicité *vs* relation, savoirs certifiés *vs* expérience accumulée, etc. La *technê* est ce nouage qui ne minore aucun des « ingrédients » nécessaires : des connaissances certifiées (la théorie médicale) ; une implication subjective, car la confrontation au réel (le cas particulier, dans sa complexité) oblige à d'autres ressources que celles de la science, elle appelle à une inventivité qui prend appui sur les savoirs tacites, incorporés par une longue familiarisation avec l'objet du travail¹⁴⁵ ; le jugement réfléchissant ; la construction de soi. Sans pouvoir ici tout développer, donnons quelques pistes qui viennent étayer la compréhension du plaisir de soigner.

¹³⁸ *ibidem*, 1142b.

¹³⁹ Notre habitus dirait Bourdieu, voir plus loin.

¹⁴⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, 1103b.

¹⁴¹ *ibidem*, 1104b.

¹⁴² *ibidem*, 1105a.

¹⁴³ *ibidem*, 1175a.

¹⁴⁴ Jean-Paul Resweber, *Le soin, affaire de technê et de tact*, in JP Resweber (dir), *Les gestes de soin*, Les cahiers du portique, Ed du Portique, 2003, p. 85-103.

¹⁴⁵ Incorporé signifie que le corps du médecin est en jeu, car c'est lui qui écoute, examine, mémorise, anticipe.

La *technê* médicale nécessite le savoir faire de l'art : « Seul ce que l'on ne possède pas l'habileté de faire, même si on le connaît de la manière la plus parfaite, relève de l'art »¹⁴⁶. La théorie médicale est connaissance du général, mais dans la clinique, c'est le particulier, dans sa complexité qui fait cas : nécessité de mettre en œuvre la faculté de juger réfléchissante qui permet de remonter du particulier au général¹⁴⁷. L'accord que l'on peut trouver entre le contingent et les lois générales, est source d'un plaisir très remarquable¹⁴⁸. Le savoir-faire ajusté au cas est alors un savoir-y-faire, que Resweber nomme tact¹⁴⁹.

Le plaisir de soigner n'est lié prioritairement ni à la beauté du soin (même si bien travailler, c'est du beau travail), ni à ce que le soin soit agréable (même si sa fin est orientée vers le confort du corps et de l'esprit), mais parce que, pour le soignant investi dans son champ, soigner est ce qu'il veut. « Or vouloir quelque chose et trouver une satisfaction à son existence, c'est-à-dire y prendre quelque intérêt, cela est identique »¹⁵⁰. Un des prolongements de la volonté bonne est culture de sa propre curiosité, dont la racine « cura » est commune au soin et au souci. La curiosité est « accueil de la complexité et désir de la connaître, de la comprendre »¹⁵¹.

Le soin est donc orienté par un vouloir et une finalité. A rebours de l'application au cas particulier d'une règle générale comme dans le raisonnement théorique, le médecin a comme point de départ la chose visée : dans le raisonnement pratique, le principe *est* l'objectif, et le point d'arrivée est l'action¹⁵². Le moment délicat du raisonnement pratique est de bien expliciter les fins visées dans les prémisses, et c'est là qu'intervient la perspicacité de l'agent¹⁵³. Probablement aussi intervient une forme de *mêtis*, cette forme « d'intelligence engagée dans la pratique, affrontée à des obstacles qu'il faut dominer en rusant pour obtenir le succès dans les domaines les plus variés de l'action ». « Lestée de tout le poids de l'expérience acquise », elle maîtrise le moment favorable pour intervenir, elle est multiple et diverse, elle est en « connivence avec le réel »¹⁵⁴. L'intelligence

¹⁴⁶ E Kant, Critique de la faculté de juger, Paris, Vrin, 1984, §43.2.

¹⁴⁷ *ibidem*, Introduction IV.

¹⁴⁸ *ibidem*, Introduction VI.

¹⁴⁹ JP Resweber, *art.cit.*

¹⁵⁰ E Kant, *op.cit.*, §4.

¹⁵¹ J Strauser, Soins, souci, curiosité, in JP Resweber (dir), Les gestes de soin, *op.cit.*, p.19-43.

¹⁵² Aristote, Ethique à Nicomaque, 1139b.

¹⁵³ Sur cette question, voir V Descombes, Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique, Paris, Seuil, 2007.

¹⁵⁴ M Detienne et JP Vernant, Les ruses de l'intelligence. La *mêtis* des Grecs, Flammarion, coll. Champs/essais, 2009.

pratique de la situation du patient suppose une éducation de l'écoute et de la parole¹⁵⁵. La connivence avec le réel indique que le médecin est immergé dans son champ, son art de faire est du registre de la tactique, et non de la stratégie qui suppose une extériorité surplombante et le calcul possible des rapports de force¹⁵⁶.

Cette tactique du tact s'étaye aussi sur des savoirs tacites, alors que le raisonnement et l'intelligence pratiques orientaient nos représentations vers un agent « pur sujet » d'actions volontaires résultant d'une délibération rationnelle. Pierre Bourdieu est ici une autre source d'inspiration, avec les notions d'*illusio* et d'*habitus*. Il nomme *illusio* la manière d'être engagé dans un champ¹⁵⁷, l'investissement de l'agent, le fait d'être « pris au jeu »¹⁵⁸. L'*illusio* est entretenue par un jeu d'échange de biens symboliques : celui qui donne sait que son engagement généreux sera probablement reconnu comme tel. Se sentir doté d'une mission sociale, être projeté vers des fins, procurent un bonheur dans l'action qui excède la rémunération¹⁵⁹. Nous incorporons (c'est une véritable connaissance par corps) une connaissance pratique, qui est à l'œuvre dans un grand nombre de décisions ordinaires¹⁶⁰. Les agents sociaux sont dotés d'*habitus*, inscrits dans les corps par l'expérience. L'agent engagé dans une pratique habite son monde comme un habit, il a le sens du jeu et sa relation à la fin concernée n'est pas un calcul d'utilité. Le sens pratique est coïncidence de l'*habitus* et du champ : les choses à faire « comme il faut » n'ont plus besoin d'être totalement constituées en impératifs conscients. Exercer *avec bonheur* (subjectif et objectif, c'est-à-dire à la fois avec plaisir et aisance efficace) suppose d'avoir incorporé les gestes de la pratique. L'*habitus* engendre des pratiques ajustées, adéquates, appréciées. Il nous semble possible d'affirmer que la médecine est un de ces champs spécifiques où se transmet et se façonne un *habitus*. L'enjeu des mutations actuelles qui l'affectent, et qui sont stigmatisées comme la cause principale du malaise des médecins, ne tient-il pas aux modifications qu'elles font subir à l'*habitus* traditionnel ? Bourdieu indique d'ailleurs que

¹⁵⁵ JF Malherbe, Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues; Rapport d'expert à l'intention du Comité spécial du Sénat du Canada sur les drogues illicites, 2002. <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-F/library-f/malherbe-f.htm> (page visitée le 21 septembre 2009).

¹⁵⁶ Sur cette opposition entre stratégie et tactique, voir M de Certeau, L'invention du quotidien, tome I, Les arts de faire, Paris, Gallimard, Coll. Folio/essais, 2002.

¹⁵⁷ P Bourdieu, op.cit.

¹⁵⁸ P Bourdieu, Raisons pratiques ; Sur la théorie de l'action, Paris, Seuil, 1994.

¹⁵⁹ P Bourdieu, Méditations pascaliennes, op.cit, p.344.

¹⁶⁰ Ceci me semble intéressant car à trop insister sur la délibération rationnelle de l'homme prudent (sorte de dérive intellectualiste de la pensée aristotélicienne), on s'éloigne des pratiques ordinaires des médecins (ou de tout autre agent).

« le degré de satisfaction intime » des agents dépend moins de leur pouvoir effectif que des possibilités d'épanouissement de leur habitus autorisé par le fonctionnement du champ dans lequel ils évoluent¹⁶¹.

Quand, requis de répondre à la demande de soin¹⁶², le médecin fait usage de toutes les composantes de la *technê*, le plaisir de soigner associé à son acte n'est pas lié à un seul registre, mais à leur alliage réussi. Il n'est pas nécessaire que le malade exprime une quelconque reconnaissance, ni que la relation soit riche en émotions, ni que la maladie diagnostiquée soit un « beau cas », ni qu'il y ait eu une prouesse thérapeutique. Le médecin soigne la personne en soignant le corps, il soigne aussi son travail de soignant, et ce faisant il prend soin aussi de lui-même. Le plaisir est alors associé à l'accomplissement de son travail, dans toutes ses dimensions, sans exclusive. Résister au présent requiert de n'en abandonner aucune.

¹⁶¹ P Bourdieu, Méditations pascaliennes, op.cit, p.217.

¹⁶² C'est la spécificité de la position médicale, comme l'ont dit J Lacan (La place de la psychanalyse dans la médecine, Conférence et débat du Collège de Médecine à La Salpêtrière : Cahiers du Collège de Médecine 1966, pp. 761 à 774. Texte sur <http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php>) et M Foucault (Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?, Dits et écrits III, Paris, Gallimard, 1994, p. 40-58).

Sociodrame et psychodrame analytiques : formation et soin, deux processus qui se font écho

Liliane GOLDSZTAUB

Maître de conférences en psychopathologie clinique

Psychologue clinicienne

Psychanalyste

Il s'agit de montrer les différences et les intérêts spécifiques, dans le domaine du soin et de la formation, des deux dispositifs proposés par le sociodrame et le psychodrame analytique.

Un éclairage sur les processus mis en œuvre dans ces deux pratiques, montre comment les processus de soin ou de formation se mettent en exercice de manière sous-jacente.

La communication porte sur les différences, les limites et les pertinences, selon les lieux, les demandes et les groupes.

Les processus en exercice et leurs intérêts y sont développés.

Les fonctions du groupe dans les processus de symbolisation, de signifantisation et d'imaginarisation sont dépliées.

Nous voyons ainsi comment la théâtralisation, le mouvement corporel, le cadre analytique sont au service de la parole et des représentations psychiques.

Les enjeux identificatoires et transférentiels traversant un groupe mettent en lumière la position subjective.

Ainsi par des exemples cliniques, et en reprenant quelques points essentiels des dispositifs, je tente de montrer comment ces praxis ouvrent à la question du soin ou de la formation....ou comment la formation a des effets thérapeutiques.

Bibliographie

CAIN J. « Identification et identité. De l'un aux autres et inversement » dans *L'Identification, l'autre c'est moi*, Paris, Tchouss 1978.

FLORENCE J., *L'identification dans la théorie Freudienne*, Bruxelles, FUSI, 1984.

FREUD S. (1900) *Die Traumdeutung, L'interprétation des rêves*(traduit par I. Meyerson), Paris, PUF, 1993.

FREUD S. (1921) » Psychologie des foules et analyse du moi », dans Esais de psychanalyse, Paris Payot, 1981.

FREYMANN J.R. La naissance du désir, Toulouse, arcanes-ères, 2005.

GOLDSZTAUB L. Sociodrame et psychodrame analytiques, de l'art de jouer aux billes, Arcanes-Eres, Toulouse, 2009

LACAN J. (1961-1962) Le séminaire livre IX, L'identification, inédit.

LACAN J. (1963-1964) Le séminaire livre XI, les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Paris, le Le Seuil, 1973.

MORENO J.L. , Psychotérapie de groupe et psychodrame, Paris, pUf, 1987

ROBINSON B. psychodrame et psychanalyse, jeux et théâtre de l'âme, Louvain, De Boeck, Université, coll. Bibliothèque de pathoanalyse », 1998

Malaise chez les soignants

Claude ESCANDE

Psychologue, Psychanalyste, Professeur associé Université de Strasbourg

Ce qu'on désigne aujourd'hui de « crise » des systèmes financiers n'est sans doute qu'un moment de passage qui traverse les sociétés néolibérales déjà gravement affectées d'une crise de valeurs et des biens. Ces crises superposées ainsi que les logiques de l'idéologie capitaliste ont envahi tous les champs de la société jusqu'à l'éducation, la culture et la santé.

Dans le monde de la santé et notamment en psychiatrie les politiques soignantes désormais centrées sur l'efficacité, les résultats comptables, l'évaluation ne sont pas sans effets sur les patients et les professionnels en difficultés voire en souffrance.

Les plaintes des soignants et leur malaise entendus dans des groupes de réflexion, de supervision ou d'analyse des pratiques révèlent une autre dimension qui ne vise aucune réparation, ni aucune attente de guérison.

Le concept de « réaction » permet d'appréhender les plaintes d'un autre point de vue, plus institutionnel et plus collectif et c'est cette hypothèse que nous mettrons en discussion à l'occasion de notre communication.

LISTE DES INTERVENANTS

FRANCOISE HURSTEL

Professeur émérite de psychologie Clinique Université de Strasbourg, leader de groupe Balint

MAURICE HENNIAUX

Psychiatre, psychanalyste, Lille, membre de la Société Psychanalytique de Paris, leader de la Société Médicale Balint

MICHELLE MOREAU RICAUD

Psychologue, Psychanalyste, Paris, membre de l'Association internationale d'histoire de la Psychanalyse, leader de la Société Médicale Balint, membre du 4^e groupe

DANIEL LEMLER

Psychiatre, psychanalyste, Strasbourg, membre du collège directeur de la FEDEPSY, Président du Groupement des Etudes de Psychanalyse, leader de groupe Balint

MICHEL DELBROUCK

Médecin, psychothérapeute, Charleroi-Belgique, vice président de la Société Balint Belge

MARIE-FREDERIQUE BACQUÉ

Psychologue, psychanalyste, Professeur de psychopathologie clinique Université de Strasbourg, leader de la Société Médicale Balint

PHILIPPE JAURY

Médecin généraliste, Paris, Professeur associé de médecine générale Université René Descartes, leader de la Société Médicale Balint

GUY EVEN

Médecin généraliste, Champigny, coordinateur du département de psychologie médicale Paris XII (Créteil), Leader de la Société Médicale Balint

JEAN-RICHARD FREYMAN

Psychiatre, psychanalyste, Strasbourg, président du collège directeur de la FEDEPSY

DOMINIQUE DELFIEU

Médecin généraliste, Paris, attaché au service d'oncologie AHPH hôpital Saint-Louis

CATHERINE JUNG

Médecin généraliste, Strasbourg, Maître de conférences associée de médecine générale faculté de médecine Université de Strasbourg

JEAN-CHRISTOPHE WEBER

Médecin interniste, Professeur des universités, chef du service de médecine Hôpitaux Universitaires de Strasbourg NHC médicale A

LILIANE GOLDSZTAUB

Psychologue, psychanalyste, Maître de Conférences universitaire de psychopathologie clinique Université de Strasbourg

CLAUDE ESCANDE

Psychologue, psychanalyste, Maître de Conférences associé de psychopathologie clinique Université de Strasbourg

MARIE-ANNE PUEL

Médecin généraliste, Paris, Leader de la Société Médicale Balint

JEAN MACLOUF

Médecin généraliste, Limoges, Leader de la Société Médicale Balint

ALEXANDRE FELTZ

Médecin généraliste, Strasbourg, vice président de la Communauté Urbaine de Strasbourg

JEAN PATRICK CHAUVIN

Médecin généraliste, auteur de *Quand la maladie nous enseigne*, fondateur de la médecine des actes, Paris

ALAIN CASSE

Psychiatre, psychanalyste, thérapeute de groupe, Strasbourg

MUSTAPHA MESLEM

Psychologue, psychanalyste, membre du GRAL, leader de la Société Médicale Balint, Le Havre



JACQUELINE MENAUT

Médecin du travail, Pau

MARIE-CHRISTINE KOPFERSCHMITT-KUBLER

Médecin pneumologue, praticien hospitalier, hôpital de Hautepierre Strasbourg

Comités du congrès

Société Médicale Balint 	Faculté de Psychologie 
Comité scientifique et d'organisation	
Mme Katherine ATGER, infirmière, directrice institut de formation soins infirmiers de Reuilly (Paris 12 ^e) membre du conseil d'administration Leader de groupe Balint	Pr. Marie-Frédérique BACQUÉ psychologue, psychanalyste, Professeur des Universités Leader de groupe Balint
Dr. Jean Daniel GRADELER, médecin généraliste, membre du conseil d'administration	Claude ESCANDE Professeur associé, psychologue, psychanalyste Leader de groupe Balint
Dr. Philippe GUILLOU , médecin généraliste, président la Société Médicale Balint	Liliane GOLDSZTAUB maître de conférences universitaire, psychologue, psychanalyste Animatrice de groupe
Dr. Maurice HENNIAUX , psychiatre et psychanalyste membre du conseil d'administration Leader de groupe Balint	Pr. Serge LESOURD psychologue, psychanalyste, Professeur des Universités Animateur de groupe
Pr. Philippe JAURY , médecin généraliste membre du conseil d'administration Leader de groupe Balint	Claude SCHAUDER Professeur associé, psychologue, psychanalyste Leader de groupe Balint
Dr. Marie Anne PUEL, médecin généraliste, réd. en chef du bulletin de la Société Médicale Balint Leader de groupe Balint	
Dr. Michel NICOLLE , médecin généraliste , maître toile du site internet la Société Médicale Balint Leader de groupe Balint	
Dr. Jean MACLOUF , médecin généraliste, trésorier de la Société Médicale Balint Leader de groupe Balint	
Mme Sylvie SVETOSLAVSKI , psychologue, psychanalyste, vice présidente de la Société Médicale Balint Leader de groupe Balint	
Dr. Louis VELLUET , médecin généraliste, psychanalyste, conseiller scientifique de la SMB Leader de groupe Balint	
SECRÉTARIATS	
Mme Aurélie SENSEVE, Secrétaire de la Société Médicale Balint	Mme Sandrine AMÉ Secrétaire de la faculté de psychologie

Avec tous nos remerciements aux intervenants, aux membres des comités du congrès qui ont permis la réalisation d'un projet, aux participants, adhérents ou non de la Société Médicale Balint, concernés par les enjeux de la relation thérapeutique, aux étudiants de psychologie clinique de la faculté de Psychologie de Strasbourg, qui auront contribué au succès de ce congrès.

Mille merci à Aurélie Sensève et Sandrine Amé, nos secrétaires, pour leur aide constante et précieuse.

Derrière nous deux, c'est aussi une région, un département, une ville et son université qui nous ont soutenu très concrètement, avec une contribution budgétaire importante, pour offrir à tous les participants les meilleures conditions d'accueil.

Merci aussi à Jacques Lescanne qui avec un peu d'avance avait posé quelques interrogations la semaine précédent le congrès, comme une sorte de préambule aux débats futurs, que nous plaçons donc, comme il se doit à la fin de notre ouvrage. Puisque comme le disait Michael Balint : « lorsque l'on pose des questions, on n'obtient que des ... réponses. »

Merci à toutes et tous.

Marie-Frédérique Bacqué & Philippe Guillou