

# Préface

## à l'édition française

Simon-Daniel Kipman\*

**I**NTRODUIRE un livre auprès de lecteurs que l'on sait attentifs à la réflexion sur le métier est une tâche délicate, et la première tentation est de fuir... En même temps, il nous faut assumer, assurer des tâches que l'on a soi-même choisies ou acceptées.

Si les mécanismes de défense contre l'angoisse sont le socle de la vie psychique, si donc nul ne s'en passe, si l'angoisse motrice à dose supportable peut très vite devenir paralysante, il faut (mais il ne suffit pas) sans cesse revenir à ces mécanismes de défense à l'œuvre dans chacun d'entre nous pour faciliter ou invalider notre activité professionnelle.

On ne peut plus se contenter de traquer ces mécanismes chez le malade, comme autant de freins à la « bonne » démarche thérapeutique : réticence, toute confiance, fuite dans la guérison, bénéfices secondaires de la maladie, etc.

---

Président-fondateur de la Fédération française de psychiatrie ; directeur des Affaires médicales de la Fondation de Rothschild ; auteur du *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale* (Doin, septembre 2005) et de *De l'usage des passions* (à paraître chez Doin).

Il faut donc s'y mettre : *Comment ça va, docteur?* est, à ce titre, un livre passionnant. Il brasse des tas d'idées et ne peut que trouver un ou des échos chez l'ancien consultant que je suis. Et, à plus forte raison, chez tous ceux qui, de près ou de loin, sont confrontés aux consultations médicales. Car il ne serait pas inutile que les malades et leurs familles s'informent sur tout ce que déclenche, chez un soignant, une « simple » consultation. Il ne s'agit jamais de ne délivrer qu'un avis, plus ou moins pré programmé, comme sur Internet ou dans la médecine mécanique basée sur l'évidence.

La dimension « relationnelle » de la consultation était (j'emploie ce terme au passé et à dessein) bien connue en psychiatrie. J'ai même déjà écrit à ce propos (la consultation psychiatrique), et je me suis aperçu après coup qu'un bon nombre des questions posées pouvaient s'adresser à l'ensemble de la médecine, à l'ensemble des médecins.

Les auteurs pour aller au-delà du simple constat de l'importance de l'implication personnelle (et inconsciente) du soignant dans le travail soignant s'appuient sur la méthode non pas inventée, mais rationalisée et corrélée à la théorie psychanalytique de Michael Balint. En effet, ce constat (le soignant est, en tant que personne, avec son inconscient, son histoire, sa formation et son arrière-plan socioculturel tout autant qu'avec son patrimoine génétique) est fait depuis longtemps, même si des défenses collectives contre l'angoisse poussent périodiquement à l'oublier, et si, tout aussi périodiquement, il nous faut le rappeler fortement, révolutionnant une médecine quelque peu réactionnaire.

Bien avant Balint même, dans la tradition hippocratique, on savait l'importance du lien et du respect de l'Autre, que l'autre soit le malade, son groupe socio-familial, ou qu'il soit l'apprenti soignant ou le maître guidant.

Balint a apporté une méthode d'exploration (comme Freud a apporté une méthode d'exploration de l'incons-

cient), et s'est appuyé sur une théorie (la psychanalyse) qu'il voulait, pour qu'elle soit audible et diffusable, implicite.

La référence n'est plus implicite. La psychanalyse, en tant que théorie générale du psychisme, continue à être interrogée dans sa place et son rôle dans la formation et l'exercice psychiatrique, et maintenant médical. C'est tout le sens de cette « médecine de la personne ».

Il faut donc aller au-delà, et explorer le rôle fonctionnel des mécanismes de défense contre l'angoisse, suscités, réveillés, renforcés par l'exercice médical, et examiner quels sont leurs rôles : positif de protection du médecin contre la panique qui peut le saisir face à un malade « compliqué » (mais ne le sont-ils pas tous ?), et de protection du malade contre les tentatives d'envahissement affectif par le médecin (un des aspects de la toute-puissance médicale fantasmatique). Négatifs, comme le retrait du médecin au nom de la neutralité ou de la pseudo objectivité de l'*Evidence Based Medicine*, et en faveur des examens para-cliniques de plus en plus sophistiqués, de plus en plus chers et de plus en plus déshumanisés (j'aimerais, qu'un jour on étudie le scanner sous cet angle : comme source d'angoisse privant le patient de tout contact humain pendant l'examen).

Grâce à la méthode Balint, on peut se rendre compte que la consultation est le point central de l'activité médicale, à la fois moment « exquis » où tout se joue, dans un grand mouvement où se mêlent raisonnement déductif, et intuition largement infiltrée d'affectivité, mobilisée de manière consciente et inconsciente. Et dans le même mouvement de terrain, l'observation de ce qui motive traitement et soins.

Le médecin en consultation est donc soumis à de fortes pressions (de toutes sortes, depuis les exigences administratives et juridiques, jusqu'aux codes de bonnes pratiques, en passant par le contrôle des résultats et leur économie, ce que savent bien tous les syndicalistes médicaux ; mais aussi

attente anxieuse des patients, de leur famille, auxquels il faut bien ajouter les soucis quotidiens, la contamination des consultations par les consultations antérieures difficiles...). Il lui faut donc impérativement « diminuer la pression », ou alors c'est le risque qu'une consultation suffise à épuiser son homme, ou que le soignant soit emporté par un maelström psycho-affectif qu'il ne contrôle pas. Or, soigner n'est ni faire une bonne œuvre (voir par exemple les dérives de la « victimologie » ou les traîtrises d'une morale médicale par trop envahissante, parfois sous couverture religieuse ou sectaire...), ni s'identifier au malade (même si une identification partielle est souhaitable pour entrer dans ses défenses, mais en parallèle ou en concurrence avec les identifications partielles professionnelles, porteuses de rituels et d'habitudes elles-mêmes défensives).

Mais ces pressions dont il doit se défendre, le médecin doit aussi impérativement les mieux percevoir ne serait-ce que pour mieux s'en déprendre. La disponibilité, l'attention, future flottante, n'est pas un positionnement de nature, cela s'apprend et se rode...

« Comment », disent les auteurs, « des médecins généralistes peuvent-ils faire face à des situations si complexes et à des patients si stressés ? » Cela m'évoque, bien sûr, le mot de W.R. Bion « le psychanalyste » où, ici, le médecin, est un personnage ordinaire mis dans une situation extra ordinaire. Toute sa formation, balintienne en particulier, cherche à le mettre, par des biais, des trucs, et des défenses mieux aménagées, à la hauteur de cette situation complexe. Je ne dis pas autre chose quand je plaide pour l'accès des médecins à ce que j'appelle la pensée complexe, à plusieurs inconnues, à plusieurs paramètres...

J'ajoute aussi que dans cette médecine de la personne, qui regroupe tout ce qui se fait, sur le plan médical, pour la personne du malade, par des personnes (soignantes ou aidant

naturels), et avec des personnes (les mêmes et ou les intervenants dans la vie des malades), dans cette médecine « pour, par, avec », dont nous avons fourni un modèle dans *Le manifeste pour une psychiatrie de la personne* (Doin 2008). Cette médecine a expérimenté depuis longtemps une voie d'approche particulière : celle des groupes balint (qui y ont gagné leur minuscule, pour y inclure les groupes d'inspiration balintienne, dits balintoïdes, plus ou moins centrés sur des sujets particuliers).

Ce livre ajoute donc une marche indispensable, et nécessaire à la médecine de la personne, en revalorisant l'impact du contre-transfert, y compris dans ses aspects les plus défensifs, dans le travail soignant.

# Préface des auteurs

John Salinsky & Paul Sackin

**M**ÊME SI, aujourd'hui, les médecins sont formés aux techniques de communication et encouragés à étudier les interactions de leurs relations avec les patients à travers des enregistrements vidéo, trop de consultations laissent encore les praticiens et les patients avec un sentiment d'amertume. Cela arrive lorsque le patient vient réveiller chez le médecin des sentiments gênants qu'il ne reconnaît ni ne comprend. Incapable de gérer ces sentiments, il développe souvent de puissants mécanismes de défense dans le but de se protéger. Ces défenses, essentielles si le docteur veut survivre et continuer de fonctionner professionnellement, le privent tout simplement d'une écoute empathique lorsqu'elles deviennent excessives. Dans ce genre de situation, le médecin sait parfaitement ce qu'il doit faire pour terminer la consultation dans de bonnes conditions, mais se trouve incapable de le faire parce qu'il ne peut tout simplement plus se mettre au diapason de son patient.

Ce livre s'appuie sur le travail d'un groupe de médecins généralistes qui se sont rencontrés régulièrement pendant cinq ans afin d'analyser les défenses surdimensionnées et l'échec de l'empathie qu'ils constataient dans leurs consulta-

tions quotidiennes. La méthode de travail est basée sur celle, bien connue, des études de cas dite « Méthode Balint ». Elle a été développée par Michael Balint, psychiatre et psychanalyste, qui a travaillé avec des groupes de médecins généralistes à Londres, dans les années cinquante et soixante, pour comprendre la dynamique des relations médecin-malade.

Notre groupe se composait de dix médecins confirmés, dont deux ont fait fonction d'« animateurs » ou d'« intermédiaires ». Chaque membre de ce groupe a présenté des situations dans lesquelles il s'est senti embarrassé, perturbé, dépassé, que ce soit pendant ou après la consultation. À la fin de chaque présentation, le groupe examinait ce qui s'était passé dans la relation entre le médecin et son patient, se penchant plus particulièrement sur ce qui apparaissait comme des défenses de la part du praticien pour se protéger contre un engagement émotionnel avec son patient. Nous nous sommes aperçus que ce désengagement émotionnel peut survenir à la vitesse de la lumière, avant même que le médecin lui-même ne réalise ce qui se passe. Nous avons admis que, dans certains cas, ce désengagement est nécessaire pour garantir au médecin sa fonction, mais nous avons aussi observé que, souvent, ces défenses sont excessives ou inappropriées, privant le médecin et le patient de la possibilité de partager des émotions dans un but thérapeutique.

De là sont issues des séries de questions afin de nous aider à comprendre ce qui se passe. Nous voulions, en particulier, savoir si l'attitude du patient « aurait provoqué la même réaction chez un autre médecin » ou si le médecin mobilise des défenses parce que ce que vit son patient entre en résonance avec une douleur liée à sa propre histoire. Cela nous a amenés à une introspection plus profonde que ce qui se pratique habituellement dans les groupes Balint.

Il fut souvent difficile, voire impossible, de comprendre l'origine d'une douleur personnelle réveillée par la personnalité de

l'un de nos patients, mais il fut possible d'identifier le cadre défensif et le type de patients qui les génèrent. Nous avons été en mesure d'identifier des « signaux d'alerte » – certains, de nature personnelle ; d'autres qui pouvaient trouver une application générale – capables de nous avertir, à l'avenir, qu'une défense inappropriée se met en place. Le fait de les sentir venir permet de pouvoir les modifier – de manière à être plus réceptif à nos émotions et à celles de notre patient – avant qu'il ne soit trop tard.

Dans les chapitres qui suivent, nous décrivons des consultations où la relation médecin-malade a été chahutée et comment la réaction de défense mise en place par le médecin s'est dressée en travers de la communication émotionnelle. Nous donnons également un aperçu de notre méthode de travail sur certains cas et tentons de lui donner un sens. Dans les derniers chapitres, nous avançons quelques propositions sur les moyens pratiques dont le médecin dispose pour accroître sa capacité à comprendre et modifier ses propres défenses. Bien que notre groupe n'ait été composé que de médecins, son travail s'applique à tous les professionnels de la santé en contact avec des patients. Nous espérons qu'ils trouveront intérêt et valeur à notre travail et à nos conclusions.

Cette expérience a été, pour tous ceux qui y ont participé, très formatrice. Elle leur a permis de développer leur capacité de partager de façon positive les émotions de leurs patients dans un but thérapeutique. Nous espérons que les lecteurs de ce livre trouveront nos « découvertes » non seulement intéressantes, mais qu'elles leur permettront également de transformer leurs consultations quotidiennes.

# Préface

## des animateurs du groupe

Michael Courtenay

COMME aucun travail de recherche n'a été entrepris depuis longtemps par un groupe Balint anglais, le groupe dont ce livre décrit le travail a voulu combler ce manque. Après avoir travaillé plusieurs mois sur le thème des urgences, les membres du groupe se sentaient insatisfaits parce qu'ils avaient besoin d'aborder des sujets plus en rapport avec des cas qu'ils désiraient présenter. Cela nous a conduits à relever le défi lancé par Tom Main<sup>1</sup> en 1978 lors du *Balint Memorial Lecture*. Le fait que le groupe soit assez mature pour ne pas jeter l'éponge après dix-huit mois de travail, ni abandonner pour avoir à lâcher son idée d'origine, en dit long sur son degré d'investissement.

Du point de vue des animateurs, ce groupe est original sur plusieurs plans. Nous avons eu particulièrement conscience de l'engagement de ses membres qui y consacraient régulièrement la moitié de leur week-end. Nous gardions toujours à

---

(1) Main T. (1978) *Some medical defences against involvement with patients*. J Balint Soc. 7 : 3-11. Le texte est publié en appendice de cet ouvrage.

l'esprit que l'existence d'un groupe aussi subtil était une occasion rare et ne devait en aucun cas être gaspillée. Les deux animateurs, en tant que médecins généralistes non psychanalystes, ont senti la nécessité de gagner la confiance du groupe à chaque étape. Michael Balint, dans son livre princeps *Le médecin, son malade et la maladie*<sup>2</sup>, stipule que l'animateur doit essayer de « s'immerger » dans le groupe. Cependant, les deux animateurs que nous étions, avaient débuté dans le même groupe conduit par Balint lui-même, et n'avaient pas repéré dans sa façon d'animer la prédominance de « l'immersion ». Armés de ses intentions écrites, nous pensions qu'il était plus judicieux de fonder l'animation de ce groupe sur un contrat tacite de responsabilité entre pairs.

Sous la pression d'un ou deux membres, le travail a commencé à se focaliser sur la contribution du médecin dans l'étude de la relation médecin-malade, cheville ouvrière du travail Balint. C'était inévitable, les défenses du médecin étant le sujet de l'étude, sans surprise, il y eut des réserves au début vis-à-vis du choix de cette orientation. Les premières présentations de cas ont semblé très « intellectuelles ». Elles paraissaient refléter des tentatives délibérées d'abattre les barrières entre le médecin et le patient « difficile ». Ce n'est que lorsqu'un membre du groupe fut si exaspéré par un patient, au point de ne pratiquement plus pouvoir contenir ses émotions, que le groupe eut le courage de reconnaître la nécessité de se protéger dans certaines situations. Une fois cette nécessité bien comprise, les choses avancèrent, lentement mais sûrement. Aidé de temps en temps par les plaisanteries

---

(2) Balint M. (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*. Pitman, London 2<sup>e</sup>, 1964 ; Millenium edition, 2000. Churchill Livingstone, Edinburgh. En français : Balint Michael: *Le médecin son malade et la maladie*. Paris, Payot (1996)

des animateurs comme des participants, l'enthousiasme a grandi dans le groupe avec la prise de conscience que certaines défenses des médecins proviennent des événements de leur propre vie. Loin d'être toujours traumatisante, cette compréhension était souvent personnellement libératrice et professionnellement satisfaisante.

La règle de base de ce travail a consisté à essayer de répondre aux questions spécifiques élaborées par le groupe dans sa recherche de la nature des défenses mises à jour dans les cas rapportés. Dans le même ordre d'idées, les aspects intellectuels et émotionnels du travail de la relation médecin-malade n'étaient pas séparables et, du même coup, n'étaient plus envisagés comme une inévitable source de conflit. Cependant, cela n'éclairait en rien les difficultés dues au rapprochement des domaines habituellement séparés du professionnel et du privé. Dans le travail Balint classique, le monde intérieur ou intime du médecin est considéré comme un territoire interdit. Dans ses séminaires avec les généralistes, Michael Balint a cherché à établir une frontière entre formation et thérapie. Nous, les animateurs de ce groupe de recherche, ressentions de l'anxiété à l'évocation de ce souvenir. Si les animateurs-analystes évitaient à tout prix d'entrer dans le monde intime des médecins, les animateurs-généralistes iraient-ils marcher là où les anges eux-mêmes craignaient de s'aventurer ? L'une des tâches les plus importantes des animateurs a toujours consisté à s'assurer qu'une obligation excessive ne pesait pas sur chaque médecin. Jusqu'à quel point l'exposition de facteurs personnels chez les membres du groupe devait-elle être limitée ? En fait, certains membres exerçaient une pression constante en encourageant les autres à être plus audacieux, souvent par le biais d'un exemple. Les animateurs parvenaient habituellement à tempérer cette pression, en rappelant explicitement que personne n'était obligé de s'exposer. Une seule fois, nous avons dû suspendre la discussion d'un cas,

autant à cause d'une contrainte de temps que de la possibilité d'une « surexposition ».

Du point de vue des animateurs, les bénéfices de ce travail ont été énormes. L'opportunité de faire face au défi d'avoir à gérer les effets des mondes intérieurs des participants dans leur travail avec les patients, ouvrait une dimension toute nouvelle de compréhension de ce qui est à l'œuvre dans la relation médecin-malade. Prendre la responsabilité de contenir l'éventuelle trop grande exposition de participants prêts à se dévoiler dans l'intérêt de leur travail avec les patients a été un énorme privilège. L'élévation du niveau de concentration de l'animateur nécessaire pour faire face à cette autre dimension du travail du groupe a accru le degré de satisfaction même si c'était extrêmement épuisant.

Michael et Enid Balint m'ont dit une fois qu'il fallait cinq ans à un médecin pour récolter le plein bénéfice du travail de groupe. C'est la première fois en tant qu'animateurs que nous avons travaillé avec un groupe qui a accompli son parcours complet. Que tous ses membres semblent en être sortis indemnes et avec un meilleur *insight*<sup>3</sup> a été pour nous une grande source de satisfaction, pour ne pas dire de soulagement. Très souvent, les animateurs auraient aimé consulter leur « mentor », feu Tom Main. Nous en sommes arrivés à penser qu'il aurait souri de nos efforts.

---

(3) On appelle *insight* le processus par lequel le sujet se saisit d'un aspect de sa propre dynamique psychique presque méconnue de lui (extrait de la définition de Roger Perron dans le *Dictionnaire international de psychanalyse* Alain de Mijolla Calmann-Lévy 2002 Paris).

# I

## La consultation

Les lecteurs reconnaîtront sans doute les patients présentés dans nos séminaires par les médecins généralistes.

J'ai regardé son dossier avant d'inviter Ian à entrer. Mon cœur s'est serré un peu en voyant qu'il avait subi de longues investigations à l'hôpital universitaire pour une sclérose en plaques (SEP). D'autre part, inscrit sur la liste des patients du cabinet depuis deux ans, il n'avait été vu que deux fois. Je pensais qu'il était peut-être en rémission et donc pouvoir le voir rapidement. Ian m'apparut charmant, calme et intelligent. Sa femme l'accompagnait et, elle aussi, semblait agréable et raisonnable bien qu'elle soit presque la seule à parler. Ian se présentait comme ayant tout un cortège de symptômes; lui et sa femme insistaient discrètement sur la nécessité de faire quelque chose pour eux. Dès que j'essayais de comprendre un symptôme, une douleur de la face par exemple, ils passaient à un autre symptôme et j'étais dans l'incapacité de dégager une conduite à tenir, quelle qu'elle soit. Vingt minutes passèrent. Ils continuèrent à être très

« raisonnables ». « En réalité, je ne crois pas à une SEP moi-même, docteur. » À ce moment-là, je ressentis un nœud à l'estomac. Ian et sa femme allaient-ils rester toute la matinée dans mon bureau ? Pourquoi moi, un médecin généraliste plutôt compétent, avec vingt ans d'expérience derrière moi, n'ai-je pas su m'y prendre avec cette consultation ?

\*\*\*

Par une chaude après-midi d'été un homme fringant, d'à peu près mon âge, se présenta avec assurance en me serrant la main. Il m'exposa clairement la présence de symptômes persistants au niveau des voies respiratoires supérieures. Il était particulièrement gêné en faisant sa gymnastique. Il dit avoir arrêté de fumer ses trente à quarante cigarettes par jour trois mois auparavant. En bon docteur, je lui demandai si autre chose le préoccupait (ou avais-je perçu d'autres pistes ?). Il me répondit alors simplement qu'il n'avait plus aucune « joie de vivre ». Je l'entendis, acquiesçai, mais retournai aux symptômes respiratoires. Espérant les écarter pour revenir à sa tristesse, je l'auscultai et j'eus la surprise d'entendre des sifflements pulmonaires, accompagnés de signes de rhinite allergique. Au lieu d'évoquer de l'asthme, je lui expliquai que le sifflement dépendait du rhume des foies et conseillai un antihistaminique. Revenant à son manque de « joie de vivre » qui ne m'apparaissait pas un problème urgent, je découvris rapidement un certain nombre de choses. Jamais marié, il se trouvait peut-être, du point de vue sentimental, à la croisée des chemins. J'évoquai un probable rapport avec ce qu'il ressentait. Je lui prescrivis un antihistaminique puis m'arrangeai pour lui proposer de continuer l'entretien deux semaines plus tard.

Il revint un après-midi où le thermomètre marquait 33° C, son nœud de cravate à peine desserré. L'antihistaminique

## *Ça va, docteur ?*

l'avait bien soulagé. Nous retournâmes à l'autre problème et je lui demandai beaucoup pour obtenir peu. Originaire du Somerset comme ses deux frères, il ne parlait de ses émotions à personne. Pourtant, il avait été hospitalisé brièvement dans le privé six ou sept ans auparavant pour un état de stress. On lui avait proposé d'intégrer un groupe de thérapie mais il avait refusé. Il travaillait maintenant comme consultant indépendant à la *City*, ne gagnant pas grand-chose. Il avait eu une mauvaise expérience au travail des années auparavant. Oui, il essaierait bien quelque chose comme le Prozac, mais il imaginait la psychothérapie trop chère pour lui. Je me sentis tout désigné pour m'occuper de lui. À ma manière personnelle, je lui proposai une demi-heure d'entretien, une ou deux fois par quinzaine et, de façon anodine, allai pêcher dans mon tiroir l'équivalent de deux semaines de Prozac pour le lui donner.

\*\*\*

Charlotte a largement occupé mon esprit depuis qu'elle a rejoint notre cabinet il y a quatre ans. Elle est venue d'Irlande épouser un jeune homme que j'imaginai possiblement homosexuel. Mais le copain du jeune homme disparut, la jeune fille arriva et consulta rapidement pour tout une série de symptômes bruyants : maux de gorge et douleurs partout, lombalgies, maux de tête et douleurs de règles... Elle se plaignait de ses maux de manière si impulsive et si frénétique que j'étais abasourdi par le flot de symptômes. Mes associés commencèrent à me demander : « Quand vas-tu faire quelque chose pour Charlotte ? » Par la suite, après de multiples consultations hospitalières pour ses problèmes gynécologiques, elle eut une grossesse extra-utérine qui nécessita une salpingectomie. Cela acheva de la rendre encore plus anxieuse. Elle avait peur de ne plus jamais avoir d'enfants.