

# Que reste-t-il de nos Balint?

Drs RÉGIS MARION-VEYRON<sup>a</sup>, KONSTANTINOS TZARTZAS<sup>a</sup> et MICHAEL SARAGA<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2017; 13: 360-2

**En plus des soins psychiatriques qu'elle propose aux patients souffrant de problèmes somatiques, la psychiatrie de liaison joue un rôle important dans la formation aux aspects relationnels de la pratique médicale. Cette série de trois articles propose une réflexion critique sur ces enjeux et présente certaines des formations mises en place par le Service de psychiatrie de liaison du CHUV. Dans le cadre de la consultation de médecine générale de la Policlinique médicale universitaire, un dispositif inspiré des groupes Balint offre aux médecins assistants un espace pour élaborer leurs expériences cliniques et les transformations identitaires qui accompagnent leur formation. Nous espérons ainsi contribuer à former des médecins capables d'un retour réflexif sur leur pratique et conscients des enjeux personnels et sociétaux qu'elle mobilise.**

## What remains of our Balints?

*In addition to providing psychiatric care to patients with somatic diseases, liaison psychiatry plays a role in the teaching of the relational aspects of medical practice. This series of three articles offers a critical reflection on this topic and examples of educational programs developed at Lausanne University Hospital. In the Department of Ambulatory Care and Community Medicine, an intervention inspired by Balint groups offers to residents in general internal medicine the possibility of working through their clinical experiences and their evolving professional identity.*

## INTRODUCTION

Depuis le début des années 90, la Policlinique médicale universitaire (PMU) accueille une unité de psychiatrie de liaison qui se dédie à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques ou de difficultés psychologiques. Proche de l'esprit des autres consultations spécialisées de la PMU, à savoir la mise à disposition de médecins spécialistes qui conseillent leurs collègues généralistes en cours de formation, cette unité s'en distingue néanmoins par l'importance de son activité d'enseignement, qui porte d'une part sur les aspects multiples de la relation médecin-patient, et d'autre part sur des éléments de psychiatrie importants pour une pratique de médecine générale.

Dans cet article, nous présentons d'abord quelques points de repères historiques qui permettent de mettre en perspective cette activité de psychiatrie de liaison. Nous poursuivons par

la présentation des dispositifs mis en place à la PMU, qui nous paraissent mettre en lumière certaines difficultés, notamment identitaires, des jeunes médecins d'aujourd'hui. Il s'agit ainsi de discuter du rôle joué par la psychiatrie de liaison dans une institution de formation à la médecine générale, dans le contexte plus large des évolutions récentes de la médecine.

## DEUX MOUVEMENTS HISTORIQUES CONCURRENTS

Une figure domine l'arrière-plan de notre propos, celle de Michael Balint.<sup>1</sup> Quelles que soient les références théoriques des psychiatres qui exercent ou ont exercé à la PMU,\* cet auteur a marqué de manière durable le champ de la relation médecin-malade. Sa pensée et les dispositifs de supervision qu'il a proposés, les fameux Groupes Balint, restent un pôle à partir duquel s'orienter.<sup>2</sup> Balint, un élève de Sandor Ferenczi, a surtout insisté sur les phénomènes de contre-transfert en médecine générale, et donc sur l'implication personnelle du médecin dans la relation qu'il engage avec son malade. Plus généralement, c'est bien la référence à la psychanalyse qui a légitimé la position des psychiatres comme spécialistes de la relation, au-delà ou en deçà de la pathologie psychiatrique proprement dite qui constitue le cœur de leur spécialité. Cette prérogative s'est d'ailleurs institutionnalisée dans la sous-spécialité qu'est la psychiatrie de liaison.

Il faut néanmoins reconnaître que la psychanalyse n'a plus aujourd'hui l'influence qu'elle a pu exercer dans les années 50 et 60 aux Etats-Unis et dans le monde occidental,<sup>3</sup> et il nous semble que l'invitation à un travail sur soi en profondeur, qui devrait amener un «changement limité mais significatif dans la personnalité du médecin», est aujourd'hui plus difficile à suivre, voire peut même apparaître un peu scandaleuse. Et il en va peut-être de même quant à la prétention de la psychiatrie à une expertise spécifique dans le domaine de la relation soignant-soigné, une expertise qui lui est aujourd'hui contestée par de nombreux acteurs: infirmiers, accompagnants spirituels, approches transculturelles, soins palliatifs, et, bien sûr, médecine générale.

En parallèle de ce déclin de l'importance de la psychanalyse dans les pratiques de médecine générale, et sans qu'un lien direct puisse être fait, on peut relever une insistance croissante sur la prise en charge de nombreuses maladies psychiatriques en médecine de premier recours, qui implique l'acquisition par le médecin généraliste de connaissances objectives au sujet des troubles psychiatriques. A l'instar des autres spécialités, le plus serait le mieux, c'est-à-dire qu'il faudrait en savoir toujours davantage pour être à même de gérer une prise en charge au cours de laquelle un trouble psychiatrique ou une difficulté relationnelle envahit la scène thérapeutique. Il est difficile de résister à cette tendance et il ne s'agit pas de la réfuter non plus: nous relevons que nos plus jeunes collègues

<sup>a</sup> Consultation de psychiatrie de liaison, PMU, Avenue du Bugnon 44, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup> Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Les Allières, Avenue de Beaumont 23, 1011 Lausanne

regis.marion-veyron@chuv.ch | michael.saraga@chuv.ch  
konstantinos.tzartzas@chuv.ch

\* Le Pr Marco Vannotti y portera une attention particulière dès son arrivée dans les années 90, alors qu'il est formateur dans l'approche systémique.

généralistes sont nombreux à avoir travaillé six mois ou plus dans une unité psychiatrique, ce qui ne peut qu'être profitable à leur carrière... et à leurs patients!

## DÉSÉQUILIBRES

Ce double mouvement historique impliquerait donc un relatif désintérêt pour les aspects relationnels au profit d'une approche rationnelle, scientifique, des troubles psychiatriques en médecine de premier recours. Les choses sont cependant plus complexes, car si les enjeux inconscients de la dimension relationnelle ont en effet tendance à disparaître de l'horizon d'intérêt en médecine, on voit par contre se développer un discours insistant sur l'importance d'une bonne « communication ». Les « communication skills », émancipés de la référence psychanalytique à l'inconscient et au travail du négatif, se proposant comme solution « pleine » pour combler les « besoins » des patients et des professionnels, peuvent contribuer à une mise en catégories, pour ne pas dire en boîtes, d'une relation thérapeutique qu'on pourrait vouloir plus vivante. En offrant aux étudiants puis aux médecins débutants ou avancés des outils toujours plus standardisés pour gérer la relation avec le patient et prendre en compte sa souffrance psychique, la psychiatrie de liaison pourrait ainsi en arriver à se trahir. De ce danger, il est possible de se prémunir en veillant à resituer toujours la question de la communication comme celle d'une relation dans un contexte, mobilisant des enjeux dont les acteurs ne sont pas nécessairement conscients, plutôt que comme une compétence technique de plus à maîtriser.<sup>4</sup>

Il ne s'agit pas ici de chercher à complexifier les choses par goût de la contradiction mais bien à s'interroger: quel est le prix d'un effort de standardisation de la dimension intersubjective de la relation thérapeutique? Au-delà de toute réponse tranchée, nous pensons que l'importance du vécu émotionnel des médecins généralistes et son impact sur leur travail clinique est une intuition fondamentale qui garde toute sa pertinence, 60 ans après la parution de l'ouvrage princeps de Balint.<sup>5</sup>

## NOUVELLES PRATIQUES, NOUVEAUX ENJEUX IDENTITAIRES

Dans le contexte institutionnel de la PMU, la référence à Balint n'a ainsi pas été abandonnée. Elle a plutôt évolué, au fil des ans, dans les dispositifs mis en place pour la mettre au travail. Le format actuel est celui d'une rencontre mensuelle, au cours de laquelle les animateurs (une médecin généraliste avancée et deux psychiatres d'orientation psychanalytique) interviennent à tour de rôle, en utilisant un support réflexif de leur choix (extrait de film, article de presse, livre,...), sur un thème dont le lien avec la pratique médicale peut être plus ou moins direct. Les participants sont ensuite invités à associer librement à partir de cette présentation.

Ce dispositif a permis de faire émerger des vécus tantôt contrastés, tantôt mieux partagés par les participants. Nous soulignons ici une thématique insistante: le rôle du médecin

aujourd'hui, sa crédibilité et sa posture face aux attentes de plus en plus pointues et diverses des patients. Intimement liés à ce thème, des sentiments de désarroi, de perplexité, parfois d'agacement, apparaissent très souvent. Cette observation se trouve confirmée par un phénomène semblable dans un autre lieu de travail avec nos collègues, des supervisions par vidéo où nous examinons en groupe restreint un entretien clinique réalisé dans leur consultation quotidienne.

Le souci de créer un espace où nos collègues généralistes puissent prendre une distance critique par rapport à leur pratique s'ouvre ainsi sur la question de leur identité professionnelle. Cette interrogation est accompagnée de sentiments ambivalents envers le passé, tantôt envisagé comme le repoussoir d'une médecine paternaliste et inhumaine, tantôt avec la nostalgie d'un âge d'or révolu. Ainsi, très peu d'entre eux souhaitent, ou imaginent possible, un retour en arrière mais beaucoup éprouvent un désarroi palpable face aux connaissances qui sont attendues d'eux et aux tâches de plus en plus variées et nombreuses qu'ils doivent accomplir.

Notre réflexion et le dispositif que nous avons proposé à la PMU ne prétendent nullement trancher sur un thème aussi délicat. Nous estimons plus modestement qu'il nous incombe d'offrir à nos collègues un lieu où penser les enjeux qui soutiennent leur pratique quotidienne de la manière la plus incarnée possible. Par ailleurs, nous assumons aussi les nouvelles exigences de compétences et connaissances psychiatriques au cours de divers ateliers et formations. En complétant ainsi ces enseignements plus objectifs par une réflexivité sur les enjeux de la relation soignant-soigné dans notre monde contemporain, nous voulons défendre une perspective dynamique des « communication skills », qui ne peuvent pas être conçus comme des recettes universelles, décontextualisées, fixes et atemporelles.

## CONCLUSION

Nous constatons qu'un dispositif inspiré par le groupe Balint, mais dont les modalités s'en écartent considérablement, fait émerger chez les médecins généralistes un questionnement qu'on peut bien situer dans la lignée des travaux de Balint. Ce questionnement a évolué: la société autour d'eux et « en eux » ne parle plus de la même manière. Elle est porteuse d'attentes explicites et d'autres plus souterraines, parfois clairement contradictoires (pensons par exemple à la nécessité de prendre du temps dans la rencontre thérapeutique tout en attendant du médecin qu'il ne fasse plus attendre personne à la porte de son cabinet, comme le préconisait récemment la manchette d'un journal populaire). Balint parlait de la fonction « apostolique » du médecin, qui se charge de la mission probablement impossible de convertir ses patients aux vues de la médecine. Les clercs que nous sommes toujours à notre insu ont sans doute toujours le feu sacré, mais sans Eglise identifiable autour d'eux, ni dans leur tête. Le psychiatre de liaison peut prendre ces enjeux au sérieux en construisant avec ses collègues généralistes un lieu où travailler et penser ensemble. Sans dogmes, ni dieux, mais peut-être en s'inspirant de ceux qui l'ont précédé.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Les aspects contextuels et relationnels de la pratique médicale sont essentiels à un travail clinique de qualité
- Les dispositifs de formation proposés par la psychiatrie de liaison visent à favoriser une prise de conscience de ces enjeux chez les praticiens et le développement d'une attitude critique et réflexive sur leur implication

1 Haynal A, Falzeder E, Roazen P (dir.). Dans les secrets de la psychanalyse et de son histoire. Paris: PUF, 2005, p. 391-422.  
2 \* Launer J. Collaborative learning groups. Postgrad Med J 2015;91:473-4.  
3 Zaretsky E. Le siècle de Freud, une histoire sociale et culturelle de la psychanalyse. Paris: Albin Michel, 2008 (2004).

4 Stiefel F, Bourquin C. Communication in oncology: Now we train – but how well? Ann Oncol 2016;27:1660-3.  
5 \*\*Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot, 1996 (1957).

\* à lire  
\*\* à lire absolument