

CPGF
Congrès 2015
Paris

Analyse de la pratique : un outil précieux pour le soin
Groupe, famille, institution

Argument d'André Carel :

L'analyse de la pratique n'a jamais fait, de la part du CPGF, l'objet d'une étude clinico-théorique alors même que ses membres en ont une expérience assidue depuis des lustres et qu'elle a contribué au développement de son corpus conceptuel. Or, depuis quelque temps, de nombreux témoignages nous parviennent, qui font état des difficultés grandissantes auxquelles les cliniciens de toutes professions sont confrontés pour maintenir, dans la vie des institutions de soins, cette modalité de l'expérience réflexive. Ce constat est une motivation forte pour explorer l'outil précieux pour le soin, quel que soit la diversité des dispositifs de soin, que représente l'analyse de la pratique, telle qu'elle est mise en œuvre par des cliniciens qui ont l'expérience du travail psychanalytique avec le groupe, la famille et l'institution. Quels sont les objectifs poursuivis, les règles énoncées, les modalités pratiques mises en place, l'art et l'éthique requis, la théorie qui s'en dégage au fil de l'histoire dans notre culture ? Nul doute que, là aussi, il existe une grande diversité de modes d'exercices, par des psychanalystes, de l'analyse de la pratique. Mais tous ces modes ont en commun de chercher à créer les conditions propices qui permettent aux soignants, écoutés au plus près de leur travail quotidien, de prendre en considération la complexité des processus psychiques auxquels ils sont confrontés. Et cela au bénéfice des soignants, de la vie institutionnelle et de la dynamique du soin au service des patients et de leurs familles. Tels sont les enjeux de ce congrès.

Introduction

L'analyse de la pratique est une notion essentielle dans une psychiatrie transférentielle, et plus largement dans le travail portant sur la relation humaine. Sans analyse de sa pratique, pas d'engagement dans une relation entre patient et soignant, que Salomon Resnik se plaît à qualifier de double-transfert, plutôt que de transfert/contre-transfert, pour bien indiquer l'identité de ce qui est échangé sur le plan affectif, tout en ne mélangeant pas les positions des deux interlocuteurs. Mais s'il n'y a pas d'engagement relationnel, quelle est la nature de ce lien entre patient et soignant dans une psychiatrie « lambda », celle qui tend à devenir majoritaire aujourd'hui ? Tout au plus l'illusion pour le soignant peu soucieux de la prise en considération de la métapsychologie freudienne, de comprendre intellectuellement ce qui se passe dans la psychopathologie et/ou dans les circuits neuronaux du patient, sans partage relationnel profond avec lui, reproduisant ainsi le mécanisme défensif prévalent d'intellectualisation construit par l'anorexique, qui vient ainsi indiquer par analogie, l'anorexie transférentielle en question. Quelquefois même, un simple intérêt pour le symptôme présenté appelant une prescription standardisée, sans considérer l'histoire dans laquelle il a surgi ni l'environnement en question, me faisant qualifier ces pratiques déshumanisées de « psychiatrie vétérinaire ». Et il faut bien dire que le récent DSM V risque de faire culminer ces positions encore davantage.

En revanche, lorsqu'un soignant s'engage dans le soin d'un patient, sa fonction d'accueil, ses capacités d'adaptation à la souffrance psychique de l'autre en déshérence, l'activation de sa vie affective personnelle, bref, son appareil psychique est pour partie concerné par cette rencontre : les effets sur sa psyché sont en rapport avec son engagement dans la relation, et cette « aventure transférentielle » constitue la matière même du lien entre patient et soignant. Laisser tout soignant, quel que soit son statut professionnel, sans la certitude qu'il pourra compter sur un lieu, un espace, un groupe, et sur une ou des personnes spécifiées, avec lesquelles déployer les effets que cette

aventure a sur sa propre psyché, est pour le moins désinvolte, et pour le pire, criminel (de l'ordre de l'homicide involontaire, voire du « meurtriel » (Caillot¹)), tant les risques de passages à l'acte sont élevés. Le désormais fameux « burn out » est au bout du chemin de l'absence de prise en considération de ces éléments qui constituent le fond de la relation d'aide, car le soignant sera pris dans les méandres du transfert sans le savoir ou, le sachant, sans en mesurer tous les avatars possibles. Il sera manipulé, sans que ce mot ait une quelconque connotation péjorative, consciemment et/ou inconsciemment par le patient dans le transfert. Dans l'occurrence névrotique, il l'assigne à une place qui peut varier en fonction des scénarios fantasmatiques. Mais dans les autres occurrences psychopathologiques regroupant les pathologies pré-objectales, le soignant peut se retrouver à de multiples fragments de places, nécessitant alors des dispositifs particuliers tels que les constellations transférentielles dont je reparlerai plus avant.

Très tôt dans la séparation entre Freud et Breuer, la divergence a porté sur la question du transfert et de la nécessité, fût-on le très réputé Breuer, d'en analyser les formes, les contenus et les contours, afin de ne pas se prendre pour ce que le patient croit et projette sur son thérapeute, mais bien pour appréhender le plus finement possible, le rôle que le patient vous fait jouer dans sa propre dramaturgie. Et l'on sait que, dans les graves psychopathologies, si la tentation érotomaniaque est fréquente, elle n'est pas la seule, souvent concurrencée par la dérive persécutrice.

Les avancées de Balint

Mais si Freud nous a ouvert cette possibilité de l'analyse de la pratique en inventant la psychanalyse, c'est Balint qui l'a vraiment développée en instituant un dispositif original de séminaire de supervision et de réflexion, destiné aux médecins généralistes, afin de les aider à penser la relation d'aide avec leurs patients dans une perspective clinique d'orientation psychanalytique, puis, par extension, de régulation chez les professionnels du soin et de la relation : les groupes Balint ont été à l'origine du courant clinique d'analyse des

¹ Caillot, JP., *Le meurtriel, l'incestuel et le traumatique*, Dunod, Paris, 2015.

pratiques professionnelles d'inspiration psychanalytique que l'on trouve aujourd'hui dans le monde de la santé, de l'éducation, du travail social et de la formation des adultes. Il convient de ne pas confondre ces dispositifs avec ceux qui relèvent davantage d'une logique comportementale, orientés vers l'éducation et la rééducation, et reposant sur des protocoles standardisés pour mettre en forme les aléas de la relation.

Je propose de nommer « fonction Balint² » une extension du concept de « groupe Balint » caractérisant le travail sur l'intersubjectivité transférentielle que les soignants rencontrent dans le cadre de leurs professions, et la (trans)formation en profondeur qu'elle permet à tous ceux qui se préoccupent de la relation humaine dans l'exercice de leur profession.

Si Michelle Moreau-Ricaud propose comme modèle pour le groupe Balint celui de « chimère anglo-hongroise³ », c'est pour mieux montrer la double filiation qu'elle y a découverte et dont sa création est issue. D'une part, les expériences tirées des méthodes de groupe et du case-work (le travail de cas), importés des Etats-Unis vers les années 1920 par l'Angleterre, et dont la définition donnée par Mary Richmond est celle de « *procédés qui développent la personnalité grâce à des ajustements établis consciemment d'individu à individu, entre les gens et leur milieu social* » ou celle d'« *art de faire différentes choses pour et avec différentes personnes, en coopérant avec elles pour réaliser à la fois l'amélioration de leur propre état et celui de la société*⁴ ». Ce courant va contribuer à développer une direction de recherche sur les méthodes de groupes qui trouvera son apogée avec Kurt Lewin, avant la deuxième guerre mondiale, et, après elle, un grand développement international. Et d'autre part, les expériences psychanalytiques de Balint à Budapest avec Sandor Ferenczi, Vilma Kovacs et d'autres, puis à Londres avec Rickman et Bion. A noter que John Rickman a été analysé par Ferenczi et a été le premier analyste de Bion. On doit d'ailleurs à ce dernier un ouvrage qui relate ses recherches sur les petits groupes⁵ pendant la guerre 39-

² Delion, P., *La « fonction Balint », sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés*, Conférence inaugurale, Congrès National Balint, Faculté de Médecine de Lille 2, 2006.

³ Moreau-Ricaud, M., *Mickaël Balint, Le renouveau de l'école de Budapest*, Erès, 2000, 178.

⁴ Id., p. 169.

⁵ Bion WR, *Recherches sur les petits groupes*, 1961, Paris, PUF, 1965.

45, et qui conjugue les aspects groupaux et psychanalytiques. En ce qui concerne les origines hongroises des groupes Balint, il est clair que cette préoccupation traverse les débats qui ont lieu au sujet du développement de la psychanalyse dans la perspective ouverte par Freud au sortir de la première guerre mondiale dès 1918 en conclusion du Vème Congrès International Psychanalytique, au cours d'une conférence dans laquelle il dit :

« Pour conclure, je tiens à examiner une situation qui appartient au domaine de l'avenir et que nombre d'entre vous considéreront comme fantaisiste mais qui, à mon avis, mérite que nos esprits s'y préparent. Vous savez que le champ de notre action thérapeutique n'est pas très vaste. Nous ne sommes qu'une poignée d'analystes et chacun d'entre nous, même en travaillant d'arrache-pied, ne peut en une année, se consacrer qu'à un très petit nombre de malades. Par rapport à l'immense misère névrotique répandue sur la terre et qui, peut-être, pourrait ne pas exister, ce que nous arrivons à faire est à peu près négligeable. (...) On peut prévoir qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui leur est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaîtra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose (...). A ce moment-là on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes, qui sans cela, s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la dépravation et la névrose.(...) Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles. (...) Peut-être nous arrivera-t-il souvent de n'intervenir utilement qu'en associant au secours psychique une aide matérielle (...). Tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe (...). Mais quelque soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus

importantes, les plus actives, demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout parti pris. »⁶

J'ai souvent puisé dans ce passage un des éléments de filiation entre la psychanalyse classique et le mouvement de Psychothérapie Institutionnelle, tant Freud insiste sur l'importance de la direction médicale psychanalytique pour orienter valablement les établissements dont il anticipe la création. D'un certain point de vue, Tosquelles dans le public et Oury dans le privé, ont chacun répondu à cette prémonition de Freud. A noter que Tosquelles a été analysé par Sandor Eminder, lui-même psychanalysé par Ferenczi, émigré de Budapest vers Barcelone pour fuir les persécutions nazies. Mais je trouve également qu'il ouvre sur le projet de Balint, puisqu'il propose ses groupes de discussion aux médecins généralistes pour mettre à leur service des « *éléments empruntés à la stricte psychanalyse* », relevant ainsi le défi lancé par Freud lors du congrès de Budapest. Il s'agit de leur proposer d'expérimenter la validité du contre-transfert en situation clinique, pour élargir leurs compétences non plus en ayant recours aux seules connaissances universitaires, mais également en prenant en compte leur propre personnalité, le médecin devenant lui-même, *de facto*, une partie de la réponse thérapeutique. Et pour ce faire, le médecin ne peut procéder que par une réflexion sur sa propre pratique professionnelle, notamment grâce aux analyses de pratiques. Donc si sa personnalité est un des instruments qu'il a à sa disposition pour se mettre en harmonie, notamment émotionnelle, avec son patient, il est utile qu'il la connaisse un peu mieux, et qu'il la modifie dans le sens d'une capacité d'accueil de la souffrance de l'autre, physique et psychique, d'un assouplissement de son fonctionnement relationnel et d'une plus grande liberté de pensée, tous ces changements résultant d'une prise en compte du fonctionnement psychique inconscient. Et pour ce faire, Balint a créé les groupes qui portent désormais son nom.

Mais si ces groupes ont de tels objectifs pour les médecins qui y participent, cela ne se fait pas d'un coup de baguette magique. Plusieurs « ingrédients » sont nécessaires.

Dans un « groupe Balint », il est intéressant de créer une atmosphère telle que chaque membre puisse supporter le choc de ce qu'il va

⁶ Freud, S., *La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1975, pp.140-141.

découvrir, et qui peut remettre en cause une partie de ses croyances antérieures. Pour y aider les participants, le leader « *permet à chacun d'être lui-même, de s'exprimer à sa propre manière et à son heure, en attendant le bon moment*⁷ ». Mais les médecins qui participent au groupe ne peuvent le découvrir progressivement qu'en expérimentant eux-mêmes ces éléments vécus. Personne ne peut le leur imposer. Ce sont les processus d'identification entre les membres du groupe et avec le leader qui le rendront possibles. « *Si le leader peut accepter la critique, et est prêt à apprendre quelque chose de son groupe, une réelle psychothérapie est démontrée en acte dans la situation hic et nunc pour la plus grande libération de tous les participants*⁸ ». Et dans cette découverte, pas de privilèges pour l'un ou l'autre des statuts des personnes présentes.

« *Les généralistes et les spécialistes d'une part, et les psychanalystes de l'autre, se tendent la main d'égal à égal pour entreprendre l'étude de nombreux problèmes qui demeurent posés devant nous*⁹ ».

Quelques mots de mes expériences de formation

Lorsque, jeune étudiant en médecine, je suis « tombé » en psychiatrie, je sortais d'une pénible expérience, celle d'avoir traversé mes études sans avoir l'impression d'avoir rencontré le médecin que j'avais idéalisé au point de souhaiter ardemment pratiquer ce métier moi-même. Seul un réanimateur médical, le Pr. Philippe Alquier, qui savait respecter les patients même dans le coma, m'avait inspiré le sentiment d'une proximité avec mon projet personnel et professionnel. Aussi, lorsque je fis mon stage en psychiatrie et que j'y découvris des soignants, médecins et infirmiers, sensibles à ce que disaient les patients, y compris les plus fous, se remettant en cause dans leur fonctionnement personnel et institutionnel, transformant radicalement les conditions du soin en psychiatrie, me dis-je aussitôt que c'était bien ce genre de médecine là qui m'intéressait. Et finalement je suis resté en psychiatrie, je ne l'ai compris que bien plus tard, ...pour mieux m'y soigner !. Très vite au cours de mes stages en psychiatrie, je pus participer à un groupe d'analyse de pratiques, animé par un

⁷ Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1960, 325.

⁸ Balint, M., *Psychanalyse et pratique médicale*, in Moreau Ricaud, op., cit., p181.

⁹ Balint, M., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 253.

psychanalyste, Norbert Le Guérinel, qui était également ethnologue africaniste, et qui ouvrit mes perspectives professionnelles de manière radicale. Freud et Lévi-Strauss. Dans ce groupe il y avait quelques infirmiers, un psychologue et le médecin-chef. Même ce dernier pouvait parler d'un suivi psychothérapique de patient, parler de ses difficultés, de ce qu'il ressentait, et tout cela sans que personne n'ait l'envie de le remettre en cause dans sa fonction de responsabilité. Cette expérience est restée pour moi très importante car elle m'a apporté l'idée que l'enseignement de la médecine passait à côté de quelque chose de fondamental, ce que j'appris plus tard à repérer, à nommer et à travailler dans mes participations à une expérience fondatrice, les relations transférentielles. Plus avant dans ma formation, j'eus l'énorme chance de rencontrer puis d'être supervisé par François Tosquelles. Il me dit à quelque occasion qu'il avait eu l'opportunité de proposer, dans les années 1935, des groupes d'étudiants en médecine lors de leurs premiers stages hospitaliers, à la faculté de Médecine de Reus en Catalogne, alors qu'il était encore jeune médecin et psychanalyste en formation ; il y avait alors constaté l'importance pour la suite de la formation médicale de cette possibilité offerte de pouvoir parler en groupe avec un psychanalyste de ce que ça vous fait d'être en contact avec des patients qui viennent là pour leur corps souffrant, mais qui sont toujours également porteurs d'une souffrance psychique, souvent sans même le savoir. Dans tout le mouvement dit de « Psychothérapie Institutionnelle » qu'il a contribué à créer avec Jean Oury, et beaucoup d'autres, l'attention est portée sur les processus destinés à faciliter l'assouplissement des soignants, à augmenter leurs qualités d'accueil du patient, non pas comme c'est souvent le cas aujourd'hui, sous la forme d'une sorte de politesse feinte et qui est tout, sauf spontanée (cela fait bien entendu l'objet de savants protocoles et de questionnaires de satisfaction !!!), mais vraiment intériorisée, et pour tout dire, leurs capacités à participer à une constellation transférentielle authentique, dans laquelle le contre-transfert de chacun soit travaillable et aboutisse à transformer et à modifier en profondeur les manières « d'être-avec » autrui. Plus tard encore, après une longue et difficile psychanalyse personnelle, je fus formé à l'observation directe des bébés selon la méthode d'Esther Bick. Dans les groupes en question, on y travaille les observations que deux de ses membres vont chacun faire chez un

bébé et ses parents chaque semaine. Le leader est là pour aider les membres du groupe à parler de cette expérience incomparable, non seulement en ce qui concerne le bébé, les interactions entre lui et son ou ses parents, mais également l'observation de son propre contre-transfert : qu'est-ce que ça me fait ressentir de voir le bébé faire ci ou ça ? Lorsqu'un tel groupe est vivant, cette formation permet de retrouver des qualités proches de celles d'un groupe Balint.

En avançant dans ma pratique avec les équipes avec lesquelles j'ai pu travailler, je me suis rendu compte que ce que nous arrivions à instaurer dans une équipe de soin de pédopsychiatrie pouvait être transposé, avec certaines précautions, aux partenaires avec lesquels nous travaillions. Ainsi dans l'exercice de la psychiatrie de secteur, nous arrive-t-il d'être en contact avec de très nombreux partenaires de différentes catégories professionnelles, et il est maintenant fréquent dans ma pratique de proposer des groupes réguliers de discussions de cas, aussi bien avec les pédiatres, les psychologues, les juges d'enfants, les éducateurs de prévention, de la protection judiciaire de la jeunesse, des travailleurs sociaux, des professionnels de la petite enfance, des sages femmes et des puéricultrices de PMI, et souvent interdisciplinaires. A chaque fois je suis surpris de la richesse que ce dispositif recèle en lui, sur les plans de l'éclaircissement voire de l'élucidation de cas complexes, sur celui de la formation pratique des personnels soignants et, *in fine*, sur un langage commun qu'il permet d'instaurer, et évidemment sur les possibilités de décentrement, de pas de côté, d'analyse du contre-transfert qu'il rend authentiquement efficace dans la pratique médicale et soignante. Il s'agit d'une aide concrète à la relation soignants- soignés qui peut transformer en profondeur la qualité de son exercice.

Je ne développerai pas toutes les expériences au cours desquelles je me suis dit que, décidément, Mickaël Balint avait eu une sacrée intuition ! Mais c'est véritablement ce qui m'a conduit à l'idée de « fonction Balint ».

La fonction Balint ?

Dans le développement des pratiques sectorielles, les réunions sont devenues de véritables instruments de travail des rencontres avec les partenaires du patient dans la cité. Et ce n'est pas le moindre des

intérêts de cette politique de secteur que d'avoir permis de parler des patients avec ceux qui les suivent au long cours, parmi lesquels les médecins de famille et les pédiatres occupent une place centrale. Aussi, de multiples réunions ont elles lieu désormais, qui « tirent » notre pratique vers une fonction que je qualifie volontiers de « *fonction Balint* », en référence à cet auteur¹⁰, qui a su très tôt mettre en place des groupes avec les médecins généralistes, comme nous l'avons déjà évoqué, pour leur permettre d'envisager une autre lecture de leur relation avec certains patients, et donner ainsi une place aux « échanges affectifs » qui, sinon, infléchissent notre « hypothèse de travail » (Bion¹¹) dans le sens de l'une des hypothèses de base inconscientes (Bion en propose trois : dépendance, couplage et attaque-fuite) que ce patient vient à révéler chez le soignant. La fonction Balint est donc le résultat d'un travail fait sur la relation entre un soignant, un pédagogue, un travailleur social, et son « patient », dans un groupe qui se réunit régulièrement sans que celui qui le supervise ait à rencontrer directement le patient en question. Il s'agit en quelque sorte de laisser émerger chez le professionnel l'entièreté de ses compétences dans la durée de la relation, plutôt que de l'engager à demander son avis à un expert et ainsi à se soustraire au problème relationnel contenu dans la difficulté mise en évidence par la rencontre, qui, elle, appartient aux caractères spécifiques du fonctionnement de ces deux personnes. Inutile de dire que les liens sur lesquels ont lieu les déclinaisons de cette fonction Balint sont non hiérarchiques ou « transversaux » (Guattari¹²) et demandent essentiellement l'instauration de relations de confiance. Mais la confiance ne se décrète pas, elle se gagne, ou elle se perd, et pour ce faire, il est intéressant de réfléchir sur les rapports hiérarchiques dans une équipe ou entre équipes complémentaires. Peut-on parler facilement de ce qui nous angoisse dans une réunion lorsqu'une personne de statut hiérarchique différent, et pour tout dire, supérieur, est présente ? Puis-je évoquer les sentiments très négatifs voire franchement hostiles que j'éprouve envers tel patient ? Puis je révéler sans dommages pour moi que si ça continue, je vais foutre cet enfant par la fenêtre ? Puis-je parler sans crainte de rétorsion sur le patient

¹⁰ Moreau Ricaud, M., *Michael Balint, le renouveau de l'école de Budapest*, Erès, Ramonville, 2000.

¹¹ Bion, WR., *Recherches sur les petits groupes*, PUF, Paris, 1965.

¹² Guattari, F., *Psychanalyse et transversalité : essai d'analyse institutionnelle*, Maspéro, Paris, 1972.

des affects très positifs, voire amoureux, que je ressens de sa part ou que j'éprouve à son égard ? Si la réponse à ces questions apparemment banales est positive, alors la fonction Balint est « symboliquement efficace », je vais pouvoir livrer les vraies questions que je me pose, et éventuellement avancer dans la connaissance de mes ressorts conscients et inconscients en tant qu'ils portent les effets de la relation transférentielle. Si elle est négative, alors, je conseille à ceux qui sont dans cette situation de ne pas parler de leurs situations problématiques sous peine de devenir victime de perversions narcissiques voire institutionnelles, dont Racamier a très bien parlé, et de chercher ailleurs, c'est à dire en dehors de leur environnement professionnel non aidant, des solutions pour dérouler les effets de leurs aventures transférentielles, et dès qu'ils le peuvent à quitter ce milieu délétère. Quand de « bons liens » fonctionnent dans de tels groupes d'analyse de pratiques, ce sont de véritables *opérateurs de prévention de la souffrance psychique* aussi bien pour le patient qui en bénéficie que pour celui qui le soigne ; et de surcroît, les adresses au psychiatre et au psychanalyste se raréfient singulièrement en devenant plus pertinentes, sans compter que la signification de cette adresse aux « psy » perd son caractère habituel de rejet plus ou moins conscient. Par exemple dans une circulaire ministérielle consacrée à la prévention périnatale que connaît parfaitement André Carel, il est rappelé que ce sont les soignants de première ligne (généraliste, sage femme, obstétricien) qui doivent assumer l'accueil de la souffrance psychique accompagnant les problèmes physiques qui concernent la grossesse et la naissance, par exemple au cours d'une consultation spécifique du quatrième mois, et non pas adresser aux « psy » tous les problèmes « humains », ceux qui sont tout simplement en rapport avec les réaménagements psychiques qu'une grossesse, et surtout la venue d'un enfant, génèrent. Il en va de l'éthique des professionnels de la relation d'assumer l'entièreté de ce qui s'y passe en première intention, quitte à demander de l'aide dans les cas complexes, pour tenter d'en répondre.

Les constellations transférentielles

Avant de conclure, je voudrai envisager quelques réflexions qui tiennent à la spécificité de nos pratiques. J'ai souligné à plusieurs

reprises qu'il existait différentes situations tenant aux formes que prend le transfert dans la psychopathologie de chaque patient. Le modèle de la cure-type correspond à des indications précises, et n'est pas, loin s'en faut, exportable dans toutes les circonstances transférentielles. Il requiert la présence d'un psychanalyste qui accueille un patient souhaitant entreprendre une psychanalyse. Le psychanalyste, au cours de son « apprentissage » va participer à des supervisions en individuel et en groupe, dans lesquelles il devra soumettre sa pratique à la critique de ses aînés, afin de se forger sa propre expérience en appui sur un ou plusieurs tiers. Ces expériences d'analyse de pratiques sont relativement codifiées et contribuent à la formation du psychanalyste de façon rigoureuse et approfondie. Dans les psychopathologies autistiques ou psychotiques, le transfert est dissocié (Oury) ou autistique (Delion), et le dispositif de la cure-type n'est pas transposable tel quel. En appui sur les travaux de Racamier¹³, de Tosquelles¹⁴, de Oury¹⁵, il est intéressant de travailler, dans l'institution qui accueille ces patients gravement malades, au sein de *constellations transférentielles*¹⁶. Qu'en est-il ? Chaque soignant partage des expériences avec le patient, contenant une part singulière qui produit chez le soignant un contre-transfert spécifique. La constellation transférentielle est l'ensemble des personnes qui sont en contact avec le patient, et sur lesquelles il « transfère ». Lors de la réunion de la constellation transférentielle, chaque membre peut évoquer son contre-transfert de façon libre, même s'il est radicalement différent de celui d'un autre soignant. Ces clivages internes du patient projetés dans son transfert dissocié sur les membres de la constellation transférentielle aboutissent généralement, lorsqu'ils ne sont pas pris en considération, à des clivages institutionnels à l'origine de la majeure partie des problèmes posés aux équipes soignantes dans les établissements de soins. Lorsqu'ils peuvent être élaborés et perlaborés dans le cadre de ces réunions particulières d'analyse de la pratique, alors une fonction contenante opère pour le patient qui, dépassant les clivages, lui permet d'intérioriser les éléments ainsi « réparés » de la dissociation mise en évidence dans la constellation transférentielle. Ce

¹³ Racamier, P.C., *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris,

¹⁴ Tosquelles, F., *De la personne au groupe*, Erès, Toulouse, 1995.

¹⁵ Oury, J., *Hiérarchie et sous-jacence, Séminaire de Sainte Anne 1991-1992*, Institutions, coll. Boîte à outils, 2014.

¹⁶ Delion, P., *Accueillir, soigner la souffrance psychique de l'enfant*, Albin Michel, Paris, 2013.

groupe spécifique d'analyse de pratique comporte une dimension directement thérapeutique pour le patient par le biais d'une contenance retrouvée.

Bien sûr, les groupes d'analyse de la pratique comportent tous, au moins pour partie, une fonction de constellation transférentielle, mais cette fonction semble surtout compter dans les équipes accueillant des personnes présentant de graves pathologies psychiatriques.

Conclusion

Pouvoir faire passer cette idée au cours des formations qui concernent la pratique de la relation humaine, thérapeutique bien sûr, mais aussi pédagogique, juridique, éducative,...me semble une gageure de notre temps qu'il faut relever.

Mais ces savoirs féconds ne doivent pas se cantonner aux formations initiales, elles doivent infuser les pratiques de la relation humaine en général et conduire à la mise en place de dispositifs rendant possible leur exercice dans toutes les équipes qui en ont un besoin crucial. Comment un instituteur peut-il, dans sa classe de trente enfants, se livrer à une analyse de sa pratique s'il ne dispose pas de telles avancées ? Comment un juge des enfants, confronté tous les jours à des problèmes conflictuels majeurs, peut-il répondre avec une suffisante assise aux enjeux dont il est la solution pour partie ? A fortiori, comment un soignant, dont le métier est précisément de répondre des aléas de la subjectivité des patients psychiatriques qu'il accueille, pourrait-il fonctionner sans disposer de groupes d'analyse de sa pratique dignes de ce nom ? Il n'aura échappé à personne que c'est à un moment de l'histoire sociétale contemporaine où s'installe progressivement une sorte de « République des faux self » (Delion), renforcée par une post-démocratie médiatique pervertissante, que chacun de nous a le plus besoin de s'appuyer sur l'authenticité de ce qu'il est pour avancer dans sa relation au monde, et tout particulièrement dans celui de la psychothérapie. Il est de notre devoir de défendre cette conquête majeure au service de la qualité de nos métiers de « psychistes » (Tosquelles) si nous voulons continuer à assumer l'accueil et le soin de tous ceux qui souffrent de troubles psychiques suffisamment graves pour avoir besoin du recours à nos compétences professionnelles, et j'y insiste à nouveau avec Balint, également à nos compétences personnelles.

