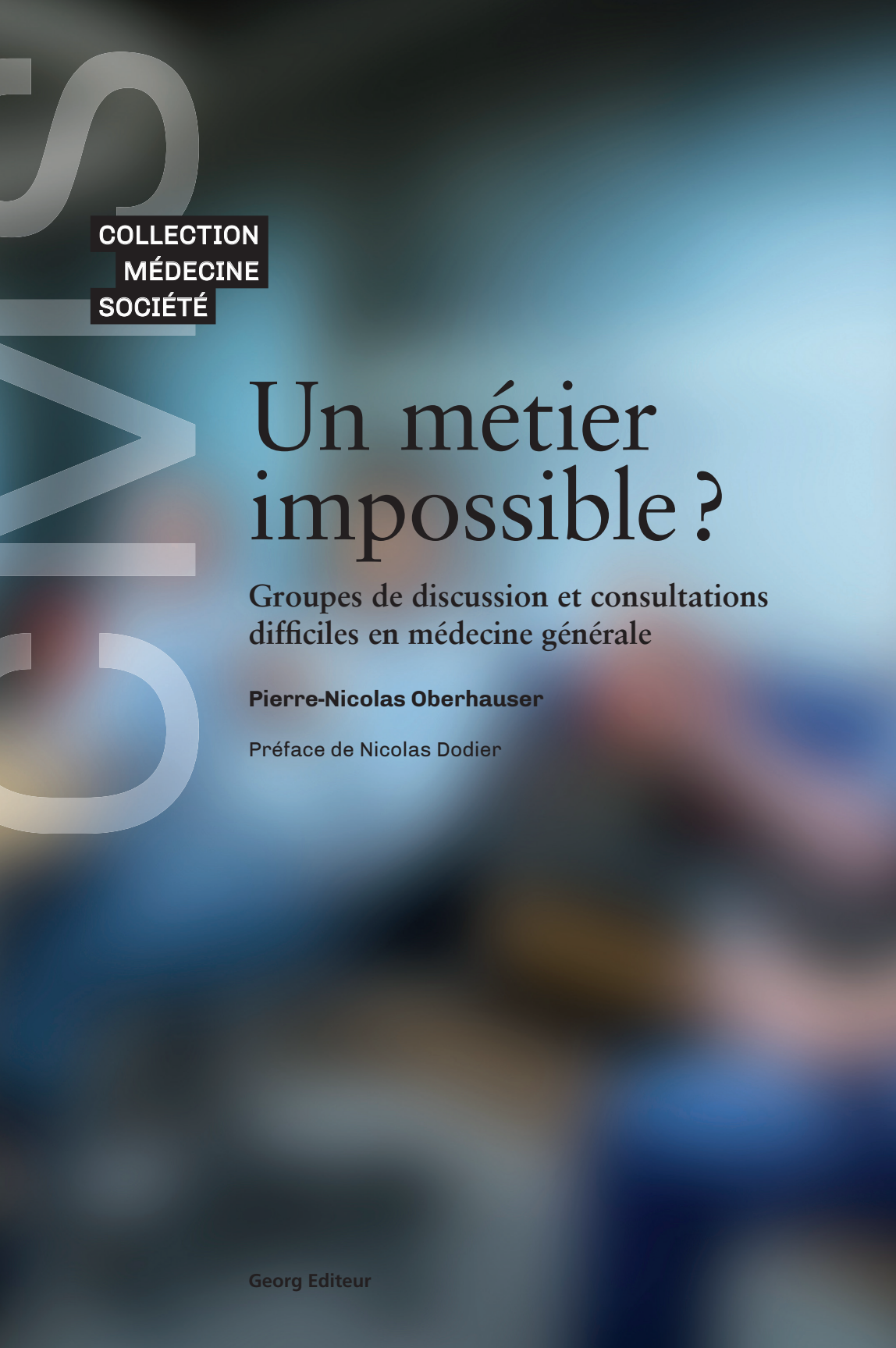


Un métier impossible ?

Groupes de discussion et consultations difficiles en médecine générale

Pierre-Nicolas Oberhauser

Préface de Nicolas Dodier

Georg Editeur

Un métier impossible ?

Groupes de discussion et consultations difficiles en médecine générale

Pierre-Nicolas Oberhauser

Préface de Nicolas Dodier

L'étape prépresse de cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS).

FNSNF
FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Couverture : Jennifer Freuler

Georg Editeur
Genève
www.georg.ch

Suivi éditorial : Mélissa Quinodoz

Pour ses textes © l'auteur 2026

ISBN (papier) : 9782825714010
ISBN (PDF) : 9782825714027

DOI : 10.32551/GEORG.14027

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND
(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)



Un métier impossible ?

Groupes de discussion et consultations difficiles en médecine générale

Pierre-Nicolas Oberhauser

Préface de Nicolas Dodier

Georg Editeur

CMS / Collection Médecine Société

CMS est née en 1999, placée sous la responsabilité d'un Comité de rédaction constitué de personnalités scientifiques d'orientations multiples. Les volumes publiés proposent une réflexion pluridisciplinaire, se rapportant à l'ensemble des questions de santé et de médecine envisagées dans leur sens le plus large. L'accent est mis autant sur les implications pratiques que sur les enjeux théoriques, et sur le croisement pluriel des perspectives, qu'elles soient sociologiques, médicales, juridiques, éthiques ou historiques.
CMS se veut le témoin engagé des débats contemporains sur la maladie, la santé et leurs implications sociales, politiques, économiques ou culturelles, et s'adresse à un public comprenant l'ensemble des professionnel·le·s de la santé et de la médecine et tou·te·s celles et ceux qui se sentent concerné·e·s par ces enjeux.

Comité de rédaction
Anne-Françoise Allaz, Thierry Buclin, Luca Chiapperino, Raphaël Hammer, Céline Mavrot et Claude-François Robert.

Comité de lecture du présent volume
Raphaël Hammer et Claude-François Robert.

Directeur de collection
Yannis Papadaniel

Remerciements

Cet ouvrage est issu d'une thèse de doctorat en sciences sociales soutenue à l'Université de Lausanne en janvier 2022. Ma directrice de thèse, Laurence Kaufmann, a accompagné la progression de ma recherche avec bienveillance et acuité. Ce livre lui doit beaucoup. Mes réflexions ont en outre bénéficié des commentaires des membres du jury qui a évalué ce travail : Nicolas Dodier, Christian Licoppe, Philippe Gonzalez et Régis Marion-Veyron.

Je dois une reconnaissance particulière à Nicolas Dodier, pour la préface qu'il a bien voulu adjoindre à cet ouvrage et pour les nouveaux échanges auxquels cette contribution a donné lieu.

Ma gratitude va également à l'équipe de Georg : Vincent Barras, qui a accueilli ce projet avec enthousiasme ; Yannis Papadaniel, grâce auquel j'ai bénéficié d'un accompagnement éditorial exemplaire ; et Mélissa Quinodoz, dont la rigueur et la précision ont marqué les dernières étapes du processus d'édition. Je sais par ailleurs gré à Raphaël Hammer et à Claude-François Robert pour leurs remarques sur une première version de mon manuscrit.

Je remercie aussi les camarades et proches dont le soutien a compté au long du cheminement qui a mené à cet ouvrage, parmi lesquels Léa Eynaud, Émilie Martini, Chloé Mondémé, Anthony Pecqueux, Justine Scheidegger, Joan Stavo-Debauge et — bien sûr — Léonore Cabin.

Un grand merci enfin à celles et ceux qui ont participé à mon enquête. J'espère avoir honoré leur confiance.

Sommaire

Remerciements 5

Préface de Nicolas Dodier
Le travail sur les incertitudes interactionnelles, levier de la médecine et de la sociologie 13

Introduction 23

Première partie : étude théorique 29

Préambule : genèse de groupes Balint 29
Entre « *social casework* » et psychanalyse 31
Enid Balint et la *Family Welfare Association* 35
Michael Balint, entre psychanalyse et médecine somatique 39
L'influence du modèle hongrois de formation analytique 45
Les enjeux d'une méthode groupale 48
Première ambiguïté : « transfert » ou psychosomatique 55
La psychanalyse comme pensée de la relation 56
La psychanalyse comme modèle étiologique 62
Un héritage partiel, mais une ambiguïté durable 68
Deuxième ambiguïté : formation ou « thérapie » ? 71
« Transformer la personnalité » du médecin 72
Guérir les « malades de la médecine » ? 76
Troisième ambiguïté : une médecine de la « personne entière » ? 79
La crainte d'une extension indue du champ thérapeutique 80
Les groupes comme opérateurs de réflexivité 83
Un dispositif hybride 85

Deuxième partie : obervations empiriques **89**

Introduction **89**

Premier problème. Définir l'intolérable et s'y confronter **100**

1. Faire face au mépris **103**

L'expérience du discrédit **104**

Portés symbolique des actes médicaux **115**

L'identité professionnelle en tant que « performance » située **126**

Groupes de discussion et « perte de face » **128**

2. Faire face à la violence **132**

Face à la violence qui menace, l'angoisse **133**

« Tactiques » des praticiens **142**

De la violence à l'hostilité **149**

Contre l'angoisse et la peur, une réaffirmation du lien social **158**

3. Faire face à la manipulation **160**

Le médecin « manipulé » **161**

Une ressource analytique : Goffman et les « cadres de l'expérience » **172**

« Dé-moraliser » la manipulation **176**

Apories de la (dé)responsabilisation **179**

Deuxième problème. Faire avec l'émotion **183**

1. Définir l'émotion **190**

Un problème de « motivation » **191**

Des émotions à la situation et à l'action **196**

Blocage de l'action thérapeutique et groupes de discussion **200**

Et l'humour ? **204**

2. Contenir l'émotion **209**

Des consultations qui se « répètent » **210**

Exaspération et « travail émotionnel » **214**

Une perspective instrumentale sur l'émotion **219**

Fatigue de l'acteur cynique et entre-soi professionnel **223**

3. Penser l'émotion **227**

Souffrance psychique et médecine générale **228**

L' « empathie » comme « contamination » **239**

Une ressource théorique : Éric Landowski et l' «esthésie » **248**

Débattre de l'émotion « juste » **252**

Troisième problème. Assurer la coordination **254**

1. Parler ensemble **259**

L'interlocution mise à mal **259**

La question des « capacités » **269**

L'effort pour « normaliser » l'interaction **276**

Groupes de discussion et « techniques de communication » standardisées **282**

2. Comprendre ensemble **283**

Communication et « vulgarisation » **285**

Une médecine « transparente » **293**

Ambiguïtés de la « médiation » **299**

Penser la communication des résultats médicaux **312**

3. S'engager ensemble **314**

Un défaut de participation... **315**

...et sa portée morale **322**

Une ressource analytique : Goffman et l' « engagement » dans l'interaction **331**

Le patient « participant » ? **340**

Conclusion
Une recherche, des recherches **343**

Bibliographie **351**

Nous nous retrouvions chaque semaine durant deux heures. Michael demandait : « Qui a un cas ? » Cela signifiait : « Qui veut parler d'un patient qu'il juge difficile ? » Une fois que l'un d'entre nous avait relevé le défi, Michael restait le plus souvent silencieux. Il posait parfois quelques questions. Aucun type de problème clinique particulier n'était exclu ; il n'y avait pas de règle imposant de choisir un patient souffrant d'un trouble psychiatrique. Il me fallut plusieurs séances pour comprendre l'objectif de tout cela. […] Il n'y avait pas d'ordre de passage clairement établi, mais il fallait décrire le cas de mémoire, sans notes. Quand vint mon tour, je n'eus aucune difficulté à penser à des patients qui me préoccupaient.

John Horder (2001), à propos du premier groupe de médecins généralistes formé au Royaume-Uni par Michael Balint, à l'automne 1950.

Préface

Le travail sur les incertitudes interactionnelles, levier de la médecine et de la sociologie

Nicolas Dodier[1]

L'ouvrage de Pierre-Nicolas Oberhauser est une plongée dans la part interactionnelle des consultations médicales. Il en révèle les problèmes, tels que les explorent des médecins qui cherchent par un travail collectif à mieux les définir et à en découvrir les voies de sortie. La réussite du livre tient, comme souvent dans la recherche, à la rencontre d'un dispositif d'enquête et d'un cadre théorique. Le dispositif d'enquête, très inventif, consiste à concevoir une approche sociologique des consultations médicales à partir de la participation du chercheur aux discussions que des médecins généralistes travaillant au sein d'un institut de santé universitaire suisse organisent, dans la tradition des groupes Balint, pour aborder les difficultés qu'ils rencontrent face à certains de leurs patients. Ces séances se construisent, sous la supervision d'un psychiatre, autour d'enregistrements audiovisuels de consultations soumis au groupe par l'un ou l'autre des médecins généralistes, avec l'accord des patients. L'analyse sociologique précise du déroulement des consultations grâce à ces enregistrements se nourrit constamment de l'étude du cours des échanges entre médecins autour des mêmes situations. Le matériau empirique examiné dans l'ouvrage est presque

1 Directeur de recherche émérite à l'INSERM ; directeur d'études à l'EHESS.

exclusivement composé de données d'observations enregistrées. Précisément délimité, ce matériau s'inscrit dans une démarche d'enquête plus large. En effet, l'auteur a par ailleurs observé d'autres groupes de discussion animés par des psychiatres à destination de professionnels de santé ; il a réalisé des entretiens avec des médecins généralistes concernant leur rapport à la psychiatrie et à leurs collaborations avec des psychiatres ; il a accompagné et interrogé sur leurs activités des psychiatres de consultation-liaison. Ces éléments d'enquête complémentaires ont nourri sa réflexion sans être directement mobilisés dans l'ouvrage.

Pierre-Nicolas Oberhauser construit le double niveau d'analyse précédemment évoqué (l'étude des interactions entre médecins et patients, et l'étude des interactions entre médecins revenant sur le déroulement des consultations) depuis une sociologie des interactions très imprégnée des apports d'Erving Goffman, mais ouverte également à l'ethnométhodologie et à la sociologie pragmatique francophone. Le poids du contexte normatif propre à la relation médicale est en outre éclairé par une lecture attentive et personnelle de Talcott Parsons[2]. Une enquête sociohistorique a par ailleurs été menée pour retracer comment le docteur Michael Balint, médecin et psychanalyste d'origine hongroise, et sa femme Enid Balint, formée à l'économie, la sociologie et l'administration publique à la *London School of Economics*, et employée dans une organisation caritative britannique, la *Family Welfare Association*, en sont venus à construire au Royaume-Uni après la Seconde Guerre mondiale, à destination des médecins généralistes, les groupes qui portent leur nom.

L'ouvrage est une contribution importante sur trois fronts. C'est en premier lieu un apport à l'étude plus générale des consultations médicales, à partir d'un dispositif d'enquête tout à fait original. C'est ensuite une contribution — qui faisait jusqu'à présent défaut dans le champ des sciences sociales — à la genèse et à l'analyse du

2 Notons que Pierre-Nicolas Oberhauser a consacré récemment un ouvrage à cet auteur : Oberhauser, Pierre-Nicolas (2024). *Talcott Parsons, contre-enquêtes*. Vulaines-sur-Seine : Éditions du Croquant.

travail mené par les groupes Balint. Si ces groupes sont souvent évoqués lorsqu'il est question des rapports entre médecine et psychologie, ou des dispositifs qui visent à organiser une réflexivité des professionnels sur leurs propres pratiques, ils ont été peu étudiés par les sciences sociales, que ce soit par les historiens ou les sociologues[3]. Cet ouvrage est à ce titre un apport majeur. Il s'accompagne enfin d'une réflexion très pertinente sur les finalités de la sociologie lorsqu'elle s'attache, comme ici, à montrer les dynamiques interactionnelles dans lesquelles sont engagés des professionnels.

Sur le premier aspect, l'étude des consultations médicales, Pierre-Nicolas Oberhauser met en évidence les trois problèmes principaux dont témoignent les médecins généralistes lors des réunions de groupe. Le premier d'entre eux concerne la délimitation de l'intolérable dans les comportements des patients, et la difficulté à trouver des réactions qui pourraient sembler appropriées. Il pose notamment la question du degré de permissivité qui doit être accordé au patient, compte tenu de la part d'irresponsabilité associée au fait d'être malade. Les manifestations de mépris (du patient pour le médecin), les agressions physiques et les conduites manipulatrices sont plus particulièrement abordées. Le deuxième problème renvoie à la difficulté pour le médecin de gérer ses propres émotions lors des consultations (souvent en lien avec les émotions exprimées par les patients), sachant qu'il doit à la fois respecter les impératifs d'une neutralité affective, et l'obligation d'exprimer certaines émotions face au patient ou à ses proches. Toute une section est notamment consacrée à la façon dont les médecins problématisent la notion d'empathie et cherchent comment combiner le fait de devoir laisser place à cette émotion — savoir « être pris », savoir « s'identifier », sont alors perçus comme un attendu de la situation — sans se laisser totalement « contaminer » par celle-ci. L'existence du troisième problème résulte d'une autre caractéristique de la relation médicale, son caractère asymétrique. Il paraît en effet nécessaire aux médecins

3 En dehors de l'étude pionnière, mais qui reste exploratoire, réalisée par Claudine Herzlich au début des années 1980 : Herzlich, Claudine (1984). « Du symptôme organique à la norme sociale. Des médecins dans un "groupe Balint" », *Sciences Sociales et Santé*, 2(1), p. 11-31.

engagés dans ces groupes, non pas de supprimer cette asymétrie, mais de trouver les degrés d'asymétrie qui leur semblent les plus ajustés pour chacune des nombreuses situations pour lesquelles cette question est concrètement posée. Là encore, ce problème se décline en plusieurs facettes : comment gérer la communication avec des patients avec de fortes limitations des capacités cognitives ; comment communiquer les résultats d'examens médicaux ; comment construire un engagement suffisant du patient dans la situation ?

L'ouvrage répond à une forme stricte. Chacun de ces trois grands problèmes identifiés dans les groupes est systématiquement décliné en trois versions, chacune d'entre elles étant exemplifiée par une séance de référence. Des extraits conséquents de chaque séance font d'abord l'objet d'une retranscription détaillée, sans commentaires. S'ensuit une présentation empirique du déroulement de la séance, puis une analyse sociologique précise. Le degré de détail est souvent important. Il est rendu nécessaire par l'intensité interactionnelle qui caractérise chaque séance, qu'il s'agisse de la consultation médicale ou de sa reprise par le groupe. On s'en rend compte par exemple lors de la séance où est problématisée la « puissance des chiffres ». La précision des retranscriptions s'avère ici décisive. Elle permet en effet de comprendre tout ce qui, du point de vue du médecin, différencie sa manière de mobiliser les chiffres lorsqu'il doit informer le patient des résultats médicaux, selon qu'il s'appuie sur des documents papier ou sur un écran partagé en direct avec le patient (pp. 283-314). L'étude de chaque séance fait ensuite l'objet d'une reprise synthétique qui donne une image globale de l'incertitude interactionnelle à l'origine de celle-ci, et des raisons pour lesquelles on retrouve ce type de schéma dans d'autres situations. Ce systématisme dans la présentation ne correspond ni à un souci exagéré de formalisme, ni à une coquetterie d'écriture, mais à la nécessité de rendre compte de la grande complexité des dynamiques interactionnelles entre médecins et patients à travers un schéma général qui, tout en restant en prise sur des situations concrètes observées sur le terrain, obéisse à une architecture d'ensemble claire, mémorisable et remobilisable sur d'autres enquêtes.

Le contenu de ces discussions collectives dépend bien sûr de la façon dont les groupes Balint ont été conçus, de la manière dont ces dispositifs ont été constitués plus localement dans l'institut dans lequel s'est déroulée l'enquête, ainsi que des processus d'appropriation du dispositif par les médecins en cours de séance. Et c'est aussi à ce niveau que l'ouvrage apporte une contribution importante, concernant à la fois les groupes Balint, les relations entre médecine et psychologie, et la place qu'occupent les dispositifs collectifs de retour sur la pratique dans l'organisation et les transformations des pratiques médicales. En complément du dispositif d'observation de l'activité des groupes à l'institut universitaire de santé, Pierre-Nicolas Oberhauser a donc réalisé une enquête sociohistorique sur la genèse des groupes Balint, à partir du rassemblement de nombreux documents. Les résultats de cette enquête occupent la première partie de l'ouvrage. Le livre montre ainsi comment se sont rencontrées au Royaume-Uni après la Seconde Guerre mondiale, au travers du travail mené en commun par les époux Balint, la technique du *social casework*, destinée à développer dans les dispositifs de formation les compétences psychologiques des travailleurs sociaux, et une approche psychanalytique visant à soutenir, notamment dans les hôpitaux généraux, de nouveaux modes de collaboration entre médecins somatiques et psychiatrie. Il met en évidence la nature du travail théorique, mais également le sens de l'expérimentation, qui ont permis de donner forme, dans ces nouveaux dispositifs destinés à des médecins généralistes, à une combinaison originale, influencée par les propositions du psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi, des trois bases que constituent classiquement en psychanalyse l'analyse personnelle, le suivi de cours théoriques, et la participation à des séances de supervision. L'ouvrage montre également de façon intéressante ce que l'organisation concrète de ces discussions entre médecins sous la supervision d'un « *leader* », plus conçu dans les groupes Balint comme un « assistant expert » que comme un « éducateur », doit à la conception anti-autoritaire de la psychanalyse développée par Michael Balint.

L'ouvrage identifie, à partir de cette genèse, les grandes ambiguïtés qui structurent les finalités associées aux groupes Balint. Pierre-Nicolas Oberhauser met l'accent sur une première hésitation fondamentale : la psychanalyse doit-elle influencer la pratique de la médecine générale en éclairant comment jouent les mécanismes de « transfert » (du patient vers le médecin) et de « contre-transfert », ou doit-elle permettre de révéler la part psychosomatique des maladies ? La deuxième ambiguïté porte sur la nature même du changement que l'on souhaite opérer chez ces médecins. S'agit-il d'un processus de « formation », où leur sont transmis des outils qui leur permettent de mieux faire face aux difficultés qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans leur pratique, ou d'une visée proprement « thérapeutique » qui va apporter des changements à leur « personnalité » ? Enfin, dans la mesure où les nouveaux dispositifs visent à soutenir une médecine « orientée vers le patient » plutôt que « vers la maladie », ils font intervenir deux exigences qui semblent mal s'accorder : ouvrir le domaine d'intervention du médecin généraliste à toutes les sphères de l'existence du patient qui peuvent s'avérer pertinentes ; délimiter de façon stricte les interventions médicales, afin d'éviter les risques d'une mainmise indue des médecins sur la vie de leurs patients.

Une partie de la force du livre provient de la juxtaposition des deux parties. Alors que l'on saisit, grâce à la première, la nature des réalités dont se sont préoccupés les concepteurs et organisateurs des groupes Balint, on accède dans la deuxième à ce qui préoccupe de fait les médecins participants. La différence saute aux yeux. Les premiers parlaient le langage du transfert, contre-transfert, personnalité, processus psychosomatiques, les deuxièmes parlent le langage des interactions. Autant la psychanalyse a joué un rôle central dans l'émergence et l'organisation des groupes Balint, autant les catégories et les interprétations qui s'y manifestent en séance y font visiblement peu référence. Cela n'exclut pas que les médecins, dans d'autres arènes, ou pour eux-mêmes, puissent tirer des conclusions d'ordre psychodynamique de ce qui se joue dans les consultations médicales et dans les séances de groupe, mais ce n'est

pas ce langage qu'ils mobilisent dans le cours même des séances. Leurs préoccupations sont clairement d'ordre interactionnel. C'est pour cette raison qu'il existe une convergence aussi forte entre le travail des médecins dans ces groupes et le niveau « interactionnel » où se situe la sociologie de Pierre-Nicolas Oberhauser. Au-delà des finalités que pouvaient (ou peuvent) se donner les promoteurs des groupes Balint, ce que donne à voir le déroulement des séances, c'est la confection d'une expérience partagée de la dimension interactionnelle des situations.

Ce processus s'enclenche généralement à partir d'un sentiment d'échec. Une formule souvent utilisée en témoigne : le médecin qui amène la consultation dans le groupe dit ne plus pouvoir « avancer » avec ce patient. Les séances peuvent alors déboucher sur différentes issues. Une première possibilité est l'apaisement de l'inquiétude du médecin qui a soumis au groupe l'une de ses consultations quant à sa capacité à affronter une situation difficile. Un bon exemple est le cas de ce médecin qui craignait d'avoir perdu la face devant un patient qui semblait le mépriser. Les réactions des collègues devant l'enregistrement tendent à le rassurer (p. 129). Une deuxième issue est l'explicitation plus claire, partagée, des alternatives en présence : par exemple, « cadrer » le patient agressif ou au contraire « ne pas monter en symétrie » (pp. 132-160) ? Une autre issue possible des séances est enfin la formulation de ce que Pierre-Nicolas Oberhauser nomme des « tactiques interactionnelles ». On voit ainsi dans une séance autour des patients agressifs fuser une multitude de propositions dans ce sens. La discussion collective contribue alors à élargir le spectre des actions et attitudes envisageables.

Si les problèmes abordés sont investis par Pierre-Nicolas Oberhauser avec la précision nécessaire que demande la compréhension des dynamiques interactionnelles entre patients et médecins, les leçons qu'il en tire sont formulées avec suffisamment de recul pour interroger ce qu'il en est dans l'ensemble des métiers de service : soins de santé, justice, travail social ou autres. La confrontation au mépris, à la violence physique, le sentiment d'être manipulé, le statut complexe de l'empathie, le réglage subtil du degré de participation

des usagers ou des clients, toutes ces questions dont traite l'ouvrage constituent en effet le quotidien problématique de bien d'autres métiers. Il en est de même concernant la genèse et le fonctionnement des groupes Balint. Si Pierre-Nicolas Oberhauser en montre en effet les spécificités, la façon dont il les étudie invite le lecteur à en resituer la place parmi l'ensemble des dispositifs qui, au sein de l'hôpital, de la médecine, mais également au-delà, ont été construits pour organiser des retours collectifs sur l'activité propices à entrer dans les particularités des situations auxquelles les professionnels sont exposés. Réunions d'équipe, formations ancrées dans des études de cas, groupes de parole, pratiques de supervision : les ambiguïtés des groupes Balint que Pierre-Nicolas Oberhauser met en exergue peuvent constituer autant de points de départ pour une réflexion plus large sur les potentialités et les tensions propres aux dispositifs qui entrent dans ce vaste champ, ainsi que sur les emprunts et les concurrences qui traversent celui-ci.

Quelles finalités se donne la sociologie des interactions telle que la conçoit Pierre-Nicolas Oberhauser dans ce livre ? On est loin d'un rappel à l'ordre des bonnes pratiques, qu'il s'agisse, comme c'est souvent le cas dans les études sur la médecine, de faire valoir des règles de l'éthique médicale, des contraintes d'équité, ou des exigences de scientificité. L'approche interactionnelle défendue dans l'ouvrage pourra paraître par ailleurs bien complaisante pour les groupes Balint, aux yeux de la critique, très présente en sciences sociales, des asymétries ou des inégalités produites et maintenues par les institutions de soins. Les médecins dans ces groupes prennent en effet clairement pour acquise et nécessaire une asymétrie dans la relation médecin-patient, l'un de leurs problèmes étant d'aménager au mieux cette asymétrie. Pierre-Nicolas Oberhauser s'abstient avec constance de prononcer le moindre jugement sur cette position et sur les formats de relation vers lesquels s'orientent dans cette perspective les médecins. L'expérience du terrain a visiblement renforcé chez l'auteur cette distance vis-à-vis de nombreuses formes de critiques des pratiques médicales aujourd'hui en cours dans les sciences sociales. Deux ans d'observation parmi ces groupes l'ont en

effet convaincu que les médecins généralistes sont déjà conscients de ces critiques, et qu'il est opportun, dans ces conditions, d'orienter la sociologie vers d'autres chemins. La voie lui est en quelque sorte indiquée par le déplacement qu'opèrent les médecins eux-mêmes quant à la nature de ce qui apparaît comme un « problème ». Pour la critique dominante des pratiques médicales, un problème est généralement un manquement, que la sociologie se donne pour mission d'objectiver et d'expliquer, par rapport à une attente normative : une inégalité, une asymétrie, un écart à la science, etc. Pour les médecins étudiés, un problème soumis au groupe, c'est tout autre chose : c'est une forme d'indétermination normative, plus ou moins clairement formulée, parfois simplement ressentie, face à des patients perçus dès lors comme « difficiles ». Toute une part de l'enjeu est pour eux de formuler les attentes normatives qui sont justement en jeu dans cette situation, et de concevoir sur cette base un ou des chemins possibles. Un bon exemple de ce déplacement est le statut de l'émotion. De nombreux analystes issus des sciences sociales critiquent les médecins pour leur absence d'émotion (d'autres vont d'ailleurs critiquer les médecins pour leur excès d'émotion, qui pourrait nuire à l'objectivité de leurs jugements). Mais, nous dit Pierre-Nicolas Oberhauser, la question de « l'émotion juste » se pose déjà aux médecins ; elle est même l'un des grands problèmes dont ils traitent en séance. Quelle tâche le sociologue se donne-t-il dans ces conditions ? La direction qu'indique le livre est la suivante : trouver les moyens de décrire correctement les amples développements donnés à ce problème dans les séances collectives, et identifier grâce à cette description les principales dynamiques interactionnelles qui s'y manifestent, à la fois celles qui traversent les consultations amenées devant le groupe, et celles que les médecins, dans la discussion, redoutent (ou tentent) de voir advenir.

Mais cette étape ne tire son sens que parce qu'elle sert un autre horizon. L'objectif suggéré en conclusion de l'ouvrage est en effet, à travers l'étude des « dynamiques concrètes de l'agir », et en renvoyant l'image des ambiguïtés et des alternatives qui émergent dans la pratique, de créer ou d'entretenir une incertitude sur l'action.

Comme Pierre-Nicolas Oberhauser en vient à l'écrire, « l'inquiétude des praticiens quant à leur positionnement face aux patients devrait dans cette perspective être entretenue et valorisée plutôt que réduite » (p. 348). Voilà une formulation qui appelle très certainement d'autres développements[4]. Mais l'auteur brosse déjà une piste. S'il existe, du point de vue de Pierre-Nicolas Oberhauser, au terme de cette enquête, un effet positif de ces groupes, c'est qu'ils placent les médecins dans un processus de recherche « à la première personne », pour reprendre le terme de Laurence Kaufmann. Cette forme de recherche ne les apaise pas, sauf exception, des incertitudes interactionnelles dont ils portent témoignage, et qui forment la trame des problèmes qu'ils soumettent aux autres participants. Les discussions débouchent rarement, nous l'avons vu, sur des résolutions, des règles ou des recommandations, mais plutôt sur un spectre d'alternatives qui répondent généralement à des exigences contraires. Si la participation au groupe n'apaise pas cette incertitude interactionnelle, le travail mené en commun permet de lui donner forme dans un espace d'expérience partagé. Sur cette recherche à la première personne, le sociologue greffe une nouvelle recherche, qui n'apporte ni apaisement ni critique, mais qui trouve, cette fois-ci globalement et à la troisième personne, sur la base de l'ensemble des séances étudiées, une nouvelle formulation à cette incertitude interactionnelle. Si cette formulation peut intéresser directement les médecins, elle s'adresse plus largement à tous ceux qui souhaitent développer des recherches ou une réflexion sur les soins de santé. Plus encore, compte tenu du pouvoir de généralisation dont l'ouvrage est doté, elle pourra à coup sûr servir de levier pour bien d'autres arènes.

4 Il serait intéressant de mettre en perspective les différentes manières par lesquelles les sciences sociales peuvent aujourd'hui s'employer à formuler, non pour les supprimer, mais pour en faire un outil de travail, les incertitudes interactionnelles propres à certains domaines d'activité. À cet égard, le travail de Pierre-Nicolas Oberhauser me paraît dessiner un horizon qui croise mes propres préoccupations dans le cadre d'une recherche que j'ai entreprise sur la médecine humanitaire (Dodier, Nicolas [2024]. « S'ajuster par le bas ou par le haut aux inégalités. Une tension structurante dans la chirurgie humanitaire », *SociologieS* [en ligne], p. 1-18).

Introduction

Comment penser les caractéristiques et enjeux des groupes de discussion à destination des médecins ? Cet ouvrage apporte des éléments de réponse à cette question, de deux façons différentes. La première partie du livre retrace la genèse des groupes Balint et suggère une manière d'en définir la spécificité, à partir d'une analyse approfondie des écrits de Michael et Enid Balint. La seconde partie se compose d'une série d'études empiriques prenant pour objet des séances de discussion entre médecins, envisagées dans la perspective d'une sociologie que l'on dira interactionniste, au sens large. D'un côté comme de l'autre, il s'agit d'offrir des pistes de réflexion concernant un objet relativement peu étudié — plutôt que de formuler de quelconques conclusions, ou même des affirmations bien arrêtées.

Il n'est sans doute pas inutile de délimiter d'emblée le champ d'investigation qui sera exploré ici, en indiquant ce qui fait la spécificité des groupes Balint et de leurs dérivés directs par rapport à d'autres activités et formes de collaboration propres au monde médical. Commençons par donner quelques éléments de définition généraux — imprécis et à certains égards discutables, mais que nous aurons amplement l'occasion de respécifier par la suite. Les groupes de discussion dont il sera question rassemblent des médecins somaticiens sous la supervision de psychiatres ou d'autres intervenants issus des mondes « psy ». Ils amènent celles et ceux qui y participent à évoquer des patients face auxquels ils se sentent démunis ou dépassés, et qu'ils jugent donc « difficiles ». L'enjeu est d'inciter les médecins concernés à thématiser leurs émotions, impressions, hésitations, questionnements, craintes, difficultés, etc.

L'activité de ces groupes se distingue dès lors radicalement de l'exercice de la présentation de cas tel qu'on l'observe ordinairement en médecine. On sait en effet que la présentation de cas exclut ou marginalise *a priori* les préoccupations d'ordre interactionnel ou « relationnel », le rapporteur devant restituer de manière aussi précise et concise que possible l'état du patient et les éléments pertinents de la prise en charge (Anspach, 1988, p. 360-361). Le dispositif en question se différencie aussi des réunions d'équipe ou réseaux devant permettre la coordination des différents intervenants — soignants ou paramédicaux — autour d'un patient dont le suivi est assuré en commun (Ogien, 1987). Il ne s'agit pas pour les médecins présents de se concerter de manière à assurer une prise en charge collective. Par ailleurs, le rapporteur reste seul responsable de son patient, et si des conseils ou recommandations concernant le suivi sont souvent échangés, ces éléments ne sont généralement pas prépondérants dans les discussions collectives.

Ce dernier point appelle deux remarques. La première concerne l'échange de perspectives entre participants. Il faut à cet égard souligner que l'enjeu n'est pas ici de produire « par l'instauration d'une parole collective » une forme d'objectivité « collégiale » qui transcenderait les limitations de la prise en charge individuelle assurée par le praticien concerné, inévitablement entachée d'une certaine subjectivité (Dodier, 2007, p. 141-142). Autrement dit, la discussion en groupe n'a pas pour objectif de produire un avis autorisé sur le patient, sa situation, le déroulement des consultations, l'attitude à avoir face à lui, les démarches à entreprendre, etc. La seconde remarque concerne plus spécifiquement la participation du psychiatre. Dans les termes employés par les psychiatres pour désigner les diverses modalités de leur intervention auprès de professionnels n'appartenant pas au champ de la santé mentale, les séances de ces groupes sont susceptibles de comprendre une part de *supervision* et une part de *liaison*[1].

1 La sous-spécialité de la psychiatrie plus spécifiquement concernée par ces enjeux est la psychiatre de consultation-liaison, dont le domaine particulier est « la clinique, l'enseignement et la recherche à la croisée de la psychiatrie et de la médecine » somatique (Lipowski, 1986, p. 306).

La supervision implique du psychiatre qu'il donne à son ou ses vis-à-vis « un avis diagnostique ou thérapeutique à propos d'un patient donné, de manière ponctuelle ou répétée, sans rencontrer le patient ». Dans la liaison, l'intervention du psychiatre vise au contraire « davantage l'enseignement ou la sensibilisation que les soins » : l'enjeu ne tient pas à la prise en charge d'un patient spécifique, mais plutôt à la transmission de connaissances, de savoir-faire ou d'expériences concernant les troubles psychiques et leur traitement (Zumbrunnen, 1992, p. 19-20). Dans le cadre des groupes auxquels s'intéresse cet ouvrage, les psychiatres sont donc parfois amenés à donner leur avis diagnostique ou thérapeutique et à transmettre à leurs collègues somaticiens certains savoirs et compétences propres à leur domaine de spécialisation. Mais l'accent est avant tout placé sur la discussion collective et le partage d'expériences entre pairs. Il s'agit essentiellement pour les médecins d'échanger librement autour du cas exposé et des difficultés dont fait état le praticien concerné. Le « *leader* » psychiatre encourage ces échanges et les guide en partie.

Comme je l'ai souligné, ces éléments sont trop généraux et il faut donc les envisager avec prudence. Certains acteurs — en particulier du côté de la psychanalyse — souhaitent distinguer nettement les groupes Balint « orthodoxes » de certaines variations créées plus tardivement, ou plus généralement des dispositifs groupaux apparentés. J'y reviendrai. À ce stade, gardons simplement en tête que les caractéristiques définitoires de ces groupes — et ce que se réclamer de l'héritage de Michael et Enid Balint peut impliquer — font l'objet de débats.

J'ai indiqué que la première partie de cet ouvrage s'intéresse à la genèse des groupes Balint. Le travail théorique ou historico-théorique auquel je me suis employé est d'un genre particulier, et il convient d'en spécifier les attendus. En retraçant au sein des écrits de Michael et Enid Balint les difficultés et dilemmes auxquels ils se sont affrontés, j'en suis venu à isoler certaines « tensions » ou « ambiguïtés » qui me sont progressivement apparues comme caractéristiques de ce dispositif groupal — avec le genre de places interactionnelles

qu'il configure et avec les visées qu'il se donne. Mon argumentation s'articule autour de ces ambiguïtés, dont elle rend successivement compte après avoir spécifié les conditions d'émergence des groupes Balint et ce qu'ils doivent respectivement à leurs deux inventeurs. Cette réflexion me conduit à formuler un genre de modèle ou de conceptualisation de ces groupes qui les réinscrit à la croisée de trois autres ensembles de dispositifs et de pratiques, vis-à-vis desquels ils entretiennent à mon sens une relation ambiguë faite de distance et de proximité : ils tiennent et se distinguent tout à la fois des modules de formation, des groupes de parole, et des pratiques de supervision.

La seconde partie du livre est nettement plus longue que la première. J'y analyse une série de séances de discussion entre médecins, observées dans une institution de santé universitaire suisse romande. Ces analyses reviennent en premier lieu sur les difficultés ordinaires évoquées par les participants quant à leurs interactions avec les patients et au déroulement des consultations. J'ai fait le choix d'étudier de manière approfondie un nombre restreint de séances, qui m'ont paru particulièrement intéressantes. Cette option analytique présente à mon sens l'avantage de rendre quelque chose de l'« atmosphère » ou de l'« ambiance » des séances auxquelles j'ai assisté, entre sérieux, décontraction, humour, préoccupation, soutien, hostilité, tragique, etc. Cette dimension presque « documentaire » me semble ajouter une plus-value descriptive au présent ouvrage, en projetant le lecteur ou la lectrice dans l'ici et maintenant des séances — c'est-à-dire dans leur temporalité propre, faite de détours, d'hésitations et de temps morts. Ce mode d'organisation implique toutefois un certain morcellement de l'analyse, qui reste résolument inductive et refuse de s'élever à un trop haut niveau de généralité. Il s'agit simplement de donner à voir ce à quoi de telles séances de discussion peuvent ressembler, de proposer certaines réflexions informées sociologiquement quant à leur contenu et à leur déroulement, et de s'interroger ce faisant sur les rapports entre raisonnements ordinaires des praticiens et réflexions savantes concernant les pratiques médicales. J'ai organisé cette deuxième partie autour des difficultés dont font état les médecins durant les

séances étudiées, en distinguant les *désordres* interactionnels auxquels ceux-ci sont confrontés, la problématique des *affects* et de leur gestion, et les enjeux relatifs à la coordination ou aux *ajustements* nécessaires entre médecin et patient.

Une dernière remarque s'impose, plus spécifiquement destinée au lectorat sociologique de ce livre. Sur son versant théorique, celui-ci hérite de la sociologie goffmanienne — ainsi que, dans une certaine mesure, de l'ethnométhodologie — et des sociologies pragmatiques francophones[2]. On ne s'étonnera donc pas qu'il soit susceptible de susciter des critiques similaires à celles que se sont diversement attirées ces courants : exclusion du « contexte » et des « déterminants sociaux », oubli de la vocation critique de la sociologie, théorisation excessive, etc. Je reconnais volontiers que de tels reproches ne sont pas toujours dénués de fondement. J'espère cependant que le présent ouvrage se révélera à la lecture moins fastidieux que la répétition *ad nauseam* de ces objections convenues.

2 Le pluriel est ici de mise, puisque les diverses approches sociologiques hétérodoxes que l'on rassemble fréquemment sous ce qualificatif présentent en réalité des dissemblances importantes.

Première partie : étude théorique

Préambule : genèse des groupes Balint

Pourquoi les groupes Balint et les travaux de leurs promoteurs ont-ils jusqu'à présent si peu suscité l'intérêt des sociologues et des historiens ? La résilience de ce dispositif qui a su trouver et renouveler son public malgré de virulentes critiques a en effet de quoi surprendre, et à plus d'un titre (voir par ex. Sowerby, 1977). Cette absence d'intérêt est d'autant plus frappante que les groupes Balint ont constitué au moment de leur apparition une entreprise novatrice, et ont à ce titre eu une importance majeure pour les dispositifs groupaux qui se sont développés par la suite dans les milieux professionnels, en particulier durant ces vingt ou trente dernières années (Nimier, 2008). C'est notamment le cas des groupes d'analyse des pratiques (Michelot, 2015, p. 14-15). L'influence qu'ont exercée les travaux des Balint est très diffuse, et peut être devinée au sein même de pratiques qui se réclament d'autres références théoriques — telles que la psychologie de Carl Rogers, pour les dispositifs d'écoute téléphonique et les groupes de partage qu'ils mettent souvent en jeu (Licoppe, 2006, p. 129-131). S'intéresser aux groupes Balint, c'est donc aussi contribuer à rattacher « les conceptualisations et les méthodes de groupe actuelles » à leurs origines, et se prémunir ainsi contre l'idée selon laquelle les dispositifs observables aujourd'hui constitueraient « une innovation strictement contemporaine » (Maisonneuve & Pinel, 2004, p. 9).

Qui plus est, l'influence des travaux des Balint ne s'est pas limitée aux seules pratiques groupales. D'une part, la réflexion

des Balint et les groupes qui portent leur nom ont à partir de la fin des années 1960 été associés à une certaine critique de la médecine hospitalière et spécialisée. C'est ce dont témoignent notamment les multiples renvois à Balint dans le *Livre blanc des sciences humaines en médecine* rédigé par les étudiants de la Faculté de médecine de Paris en 1968 (Moreau Ricaud, 2000, p. 203). Les auteurs du *Livre blanc* conçoivent ces groupes — qu'ils affirment choisir d'appeler « groupes Balint » jusqu'à ce qu'ils aient « trouvé un nouveau qualificatif plus juste » — comme un pendant pratique à la formation théorique en sciences humaines qu'ils voudraient voir intégrée aux cursus médicaux ([Collectif], 1968, p. 40-41)[1]. Autre exemple : le travail de Michael Balint et de ses collaborateurs est mobilisé par Ivan Illich dans la version définitive de *Medical Nemesis*, publiée à New York en 1976. Illich cite un ouvrage collectif dirigé par Michael Balint sur les « prescriptions répétées » en médecine générale à l'appui de sa dénonciation des prescriptions abusives de la part des médecins et de l'« addiction médicalisée » qu'elles provoquent (Illich, 1976, p. 70). Michael Balint critiquait en effet dans le livre cité par Illich — comme ailleurs — le « mode de pensée soi-disant scientifique » de la médecine hospitalière qui « envisage l'être humain comme une machine biochimique très complexe et éminemment subtile » et ne peut dès lors comprendre les plaintes des patients que comme le signe d'un « défaut » dans cette « machinerie » qu'est le corps humain, qu'il s'agit de localiser et traiter (Balint, 1984 [1970], p. 25).

1 Dans un texte partiellement autobiographique, le psychiatre et psychanalyste Laurent Le Vaguerèse indique que le *Livre blanc* a été « rédigé en grande partie par [s]es soins » après qu'il a « personnellement animé » la *Commission des sciences humaines en médecine* créée à la mi-mai et active « pratiquement jusqu'à la mi-juillet » 1968. Le Vaguerèse souligne que « [d]ès le départ la *Commission des sciences humaines* [a vu] ses discussions alimentées par les analystes formés aux techniques de groupes et tout particulièrement par les *leaders* de groupe Balint », dont Michel Sapir et Ginette Raimbault. Il rapporte que la salle dans laquelle se réunissait quotidiennement la Commission a même accueilli une démonstration de groupe Balint. Le Vaguerèse ferait durant l'été 1968 la connaissance de Michael et Enid Balint, à travers les « *leaders* » de groupes Balint français (Le Vaguerèse, 1992, p. 376-381).

D'autre part, les travaux des Balint ont été au moment de leur publication mobilisés par la sociologie de la médecine en constitution, en particulier en France. Un extrait de *The Doctor, his Patient and the Illness* (1957) apparaît ainsi aux côtés de textes de Goffman et de Talcott Parsons au sein d'un recueil de traductions édité par Claudine Herzlich sous le titre *Médecine, maladie et société*, paru en 1970 (Herzlich, 1970). Dans le même ordre d'idées, Jean Stoetzel articule étroitement les travaux de Parsons et de Michael Balint au moment de rédiger ce qui constitue l'un des premiers textes français de sociologie de la médecine (Stoetzel, 1960). Les écrits des Balint ont ainsi pu servir de ressources aux réflexions sociologiques qui se développaient autour de la médecine et des soins durant ces années en France — où, « [à] la différence des États-Unis, la santé et avec elle la médecine, la maladie et le corps sont longtemps demeurés hors du champ de l'analyse sociologique » (Herzlich & Pierret, 2010, p. 121). Comme nous le verrons, l'intérêt manifesté par ces sociologues n'est guère surprenant au regard de l'importance que prennent dans le travail des Balint les enjeux propres à la relation médecin-patient[2]. Mais il convient avant tout de retracer la genèse des groupes Balint, entre « *social casework* » et psychanalyse. C'est l'objectif de ce préambule.

Entre « *social casework* » et psychanalyse

Les travaux de Michael et Enid Balint — et en premier lieu *The Doctor, his Patient and the Ilness*, traduit en plus d'une dizaine de langues — « ont eu un écho particulier en médecine générale » et constituent aujourd'hui encore une source d'inspiration pour de nombreux praticiens (Bloy & Schweyer, 2010, p. 15). Ce succès n'était pas donné d'avance. Certaines tendances plus générales et anciennes participent cependant à l'expliquer. À partir de la fin

2 Notons aussi en passant un point plus anecdotique mais qui mérite d'être évoqué au regard de l'importance que prend la sociologie goffmanienne au sein de cet ouvrage : Goffman fait lui-même référence à Michael Balint dans *Interaction Ritual* (Goffman, 1967, p. 196-197). Le texte cité par Goffman offre une interprétation psychanalytique des « fêtes foraines » ou « parcs d'attractions » et du plaisir qu'ils suscitent (Balint, 1987 [1959], p. 20).

des années 1920, une série de recherches menées aux États-Unis pointent la nécessité de prendre en charge les troubles psychiques que présenteraient une part importante des patients consultant dans les hôpitaux généraux (pour les textes les plus célèbres, voir Henry, 1929 & Dunbar, 1934). Ces recherches marquent le début de réflexions visant à pallier les effets délétères de la fragmentation grandissante de la médecine en spécialités par la valorisation de théories et de pratiques prenant en considération la conjonction des facteurs psychiques et somatiques dans le développement et le traitement des maladies (Lipsitt, 2016, p. 120-121). On craint aussi que le progrès scientifique et technique n'implique une perte de la dimension « humaniste » de la pratique médicale, considérant l'individu ou la « personne » plutôt que la seule pathologie (Schwab, 1989, p. 246). Ces préoccupations entraînent en retour une valorisation des tentatives de collaboration entre médecine somatique et psychiatrie, essentiellement marquée par deux facteurs : d'une part, le constat selon lequel « […] les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter, qu'ils le veuillent ou non, des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique » ; d'autre part, l'intérêt de certains psychiatres qui voient dans l'hôpital général « un champ d'investigation et d'action fascinant » (Zumbrunnen, 1992, p. 5). On assiste à une certaine institutionnalisation de la médecine psychosomatique et au développement de la psychiatrie de consultation-liaison (Lipowski, 1986, p. 306).

Il s'agit pour les psychiatres ou psychologues impliqués de travailler plus étroitement avec les médecins somaticiens évoluant en contexte hospitalier, mais aussi de les sensibiliser, de les encadrer et de les former pour qu'ils se soucient davantage des potentiels troubles psychiques de leurs patients, des interrelations psychosomatiques et des enjeux psychologiques de la prise en charge médicale. On peut voir dans ces développements un signe parmi d'autres de la « très forte ambiguïté » qui traverse l'organisation moderne des hôpitaux généraux, partagés entre un « principe d'ouverture » à toute demande de soins et un « principe de sélection » engageant à

ordonner et répartir les sollicitations entre services et institutions (Dodier & Camus, 1997, p. 109). La présence de psychiatres et psychologues aux urgences et dans les services de médecine générale ou interne se donne à cet égard comme un moyen d'atténuer certaines conséquences délétères de la césure entre des services généraux ouverts — i.e. directement accessibles aux personnes qui prennent l'initiative de consulter — et des services sélectifs qui recrutent « des patients ajustés aux types de pathologie pour lesquels ils sont spécialisés » et concernant lesquelles ils mènent bien souvent des recherches (Dodier & Camus, 1997, p. 112). À l'époque comme aujourd'hui, l'enjeu était pour les professionnels de déployer des formes d'organisation des soins et de collaboration qui dépassent la seule délégation ou demande d'avis spécialisé, de manière à favoriser une prise en charge intégrée et à contourner le stigmate associé à une intervention explicitement psychiatrique ou psychologique.

L'invention des groupes Balint participe de ces tendances et aspirations, reportées sur les généralistes installés. Ils sont le fruit d'une expérience assez improbable réunissant dans le Royaume-Uni des années 1940-1950 « *social casework* » à l'américaine et méthode hongroise de formation psychanalytique, avec pour toile de fond la naissance du *New Health Service* et une restructuration du champ médical britannique marquée par la montée en puissance des spécialités au détriment de la pratique générale. À la fin des années 1940, une travailleuse sociale britannique et un psychanalyste hongrois — Enid Albu-Eichholtz et Michael Balint, né Mihály Bergsmann — mettent en place entre la *Tavistock Clinic* et le *Tavistock Institute of Human Relations* des groupes de discussion à destination de travailleuses sociales, puis de médecins généralistes. Pensés comme un dispositif de sensibilisation aux aspects psychologiques et émotionnels de leur activité, ces groupes impliquent de ceux qui y participent qu'ils évoquent des patients ou usagers qu'ils ne parviennent pas à aider, dont ils peinent à comprendre les troubles et difficultés, ou simplement qui les mettent à rude épreuve. Le « *leader* » psychanalyste doit

leur offrir des éléments de compréhension quant aux troubles qui affectent les patients considérés, mais aussi et surtout quant aux relations qu'ils entretiennent avec eux. L'initiative connaît un large succès auprès des médecins généralistes britanniques de l'après-guerre, et rencontre rapidement un écho international. Enid et Michael Balint — ils se sont entretemps mariés — poursuivent leur collaboration. Les groupes Balint — comme ils en sont venus à être nommés en France, puis plus généralement — et leurs dérivés font partie depuis maintenant plus de cinquante ans du paysage médical international (Moreau Ricaud, 2000, p. 270)[3].

Le modèle des groupes Balint a donc à l'origine été doublement influencé par le « *social casework* » et les pratiques hongroises de formation analytique. Ces deux influences peuvent être rapportées aux trajectoires respectives d'Enid et Michael Balint. Commençons par Enid Balint. Michèle Moreau Ricaud — la principale spécialiste francophone de Balint, avec André Haynal, Hélène Oppenheim-Gluckman et Judith Dupont — indique que le « *casework* » américain a influencé Enid Balint dans son travail auprès des assistants sociaux, mentionnant en particulier Mary Richmond. On peut en effet relever que la réflexion sur les « *group supervisions* » ou « *group conferences* » est déjà présente très tôt dans le « *social casework* » (voir par ex. Feder, 1932). Moreau Ricaud n'en dit cependant guère plus — et souligne elle-même que « [l]'absence de documents précis, de même que la rareté des indications fournies par Balint lui-même, ne facilitent pas la tâche de qui veut faire la genèse des groupes Balint » (Moreau Ricaud, 2000, p. 222-224). Quoi qu'il en soit, ce sont bien les activités d'Enid Balint qui ont donné leur impulsion initiale aux groupes Balint en devenir.

3 L'existence de l'*International Balint Federation* témoigne de l'intérêt que continuent de susciter les groupes Balint dans le monde médical. Pour un aperçu, voir : www.balintinternational.com. Sur l'histoire de la *Federation*, par l'un de ses acteurs, voir Salinsky, 2002.

Enid Balint et la *Family Welfare Association*

Née en 1903 à Londres, Enid Balint a été formée en économie et en sociologie avec une spécialisation en administration publique à la *London School of Economics* (Balint *in* Rudnytsky, 2000 [1991], p. 1-2). Son passage à l'université dure le temps d'une licence, de 1922 à 1925 (Hopkins, 2004, p. 5-6). Elle fonde ensuite au milieu des années 1930 une école destinée aux enfants des réfugiés juifs allemands ayant trouvé asile au Royaume-Uni, dans le Sussex — où elle vit avec son premier mari, un avocat du nom de Robert Eichholtz (Kahr, 2020, p. 158). Au début des années 1940, elle obtient à Londres un poste de cadre au sein du réseau de *Citizens' Advice Bureaux* mis en place durant la guerre sous l'égide du *National Council of Social Service*, i.e. des agences de proximité destinées — selon les directives officielles de l'organisation — à conseiller les citoyens face à « tout type de problème personnel ou familial », à les informer sur leurs droits, et à les aiguiller vers les institutions les mieux à même des les aider (Richards, 1989, p. 169). Enid Balint est parallèlement employée par la *Family Welfare Association*, une association caritative britannique dont « l'objectif principal » était — selon les termes de Benjamin E. Astbury, qui en a été le directeur à partir de 1930 jusque dans les années 1950 — « la promotion du bien-être de la famille par les méthodes du *social casework* ». Créée en 1869 sous le nom de *Charity Organization Society*, l'association avait été renommée *Family Welfare Association* en 1946[4]. Selon Astbury, l'enjeu premier auquel elle devait faire face au lendemain de la Seconde Guerre mondiale tenait en effet au « problème » que posait la mise à mal de la « vie familiale » par les retombées du conflit et l'industrialisation (Astbury, 1955, p. VII). Cette préoccupation répondait à des inquiétudes plus générales, suscitées par une augmentation perçue comme massive du nombre de divorces dans l'après-guerre. La situation avait donné lieu à la constitution par le gouvernement britannique d'un *Committee on Procedure in*

4 Et elle existe encore aujourd'hui sous le nom de *Family Action*. On peut consulter à cet égard le site internet de l'association, qui comprend un historique retraçant les principales étapes de son développement : www.family-action.org.uk.

Matrimonial Causes, chargé en premier lieu de reformer la prise en charge juridique des demandes de divorce mais dont le rapport définitif soulignait la nécessité pour l'État de faire en amont « tout son possible » pour encourager la réconciliation des conjoints en difficulté. Ce travail de réconciliation qui devait à l'évidence prendre place avant le recours des conjoints à la justice relevait essentiellement du travail social et de ses diverses instances — les auteurs du rapport mentionnant ici, entre autres, les activités de la *Family Welfare Association* (Cretney, 1995, p. 174-176).

C'est là qu'intervient Enid Balint, qui met sur pied à partir de 1946 dans le cadre de la *Family Welfare Association* une série de centres destinés à conseiller les couples mariés en difficulté (Kahr, 2020, p. 161-162). Il s'agissait là d'une entreprise novatrice pour l'époque — et se posait dès lors la question de la formation des *caseworkers* impliquées. Astbury, Enid Balint et leurs collaborateurs étaient en effet convaincus que des compétences nouvelles étaient requises des *caseworkers* — des compétences issues de la psychologie, qui leur permettraient de faire face aux « difficultés émotionnelles » manifestées par leurs clients. Mais comment définir ces compétences et permettre aux *caseworkers* de les acquérir ? La réponse à cette question n'allait pas de soi pour les *caseworkers* et leur hiérarchie, comme l'explique Astbury :

> La question à laquelle était confrontée la *Family Welfare Association* était de savoir comment les *caseworkers* qu'elle employait pourraient acquérir ces nouvelles compétences. La première approche retenue a consisté à organiser une série de séminaires sur la psychologie dynamique et une formation avancée aux méthodes du *casework* pour les membres du personnel de l'association travaillant auprès de clients présentant des difficultés matrimoniales. Il est toutefois vite apparu que cela ne suffisait pas à offrir aux *caseworkers* l'*insight* et l'assurance nécessaires pour faire face à des problèmes familiaux impliquant des difficultés émotionnelles profondément ancrées. C'est alors, en 1948, que l'association a décidé de mettre sur pied une expérience au caractère pionnier. (Astbury, 1955, p. VII)

Astbury parle ici de la création du *Family Discussion Bureau*, une unité « expérimentale » de la *Family Welfare Association* également prise en charge par Enid Balint — dont le modèle allait ensuite

être reproduit. La nouvelle structure devait participer à « concevoir des techniques appropriées » et à « développer une méthode de formation » pour les *caseworkers* face aux « problèmes maritaux » (Astbury, 1955, p. VII-VIII). Pour les membres du *Family Discussion Bureau* nouvellement créé, la psychanalyse semblait offrir les ressources les plus adéquates à cette fin. C'est ce qu'expliquent les collaborateurs d'Enid Balint dans un ouvrage paru en 1955, qui revient sur l'histoire du premier *Family Discussion Bureau :*

> En mettant en place ce nouveau projet, il nous semblait ainsi que l'expérience générale des *caseworkers* devait se doubler d'une compréhension plus profonde des forces émotionnelles et du fonctionnement des relations, de manière à leur permettre d'évaluer les facteurs sous-jacents à l'œuvre dans un mariage lorsque, par exemple, un mari menaçait de quitter son épouse qui s'endettait constamment, ou lorsqu'une femme venait se plaindre de l'irresponsabilité de son mari et de son indifférence face à son foyer et ses enfants. Les *caseworkers* auraient aussi besoin de développer un degré suffisant de sensibilité face aux réactions de leurs clients et à leurs propres réactions pour pouvoir se servir de la relation de *casework* pour les aider, et entretenir cette relation pendant que leurs clients s'efforçaient de trouver leurs propres solutions à leurs problèmes. Le travail des psychanalystes semblait non seulement offrir une théorie adéquate des relations, mais aussi mettre en perspective certains prérequis et principes généraux essentiels pour qui souhaitait apporter une aide réelle à des gens dont les difficultés provenaient de conflits émotionnels. (Bannister *et al.*, 1955, p. 7)

Enid Balint et son équipe sollicitent donc en 1948 l'aide de la *Tavistock Clinic* à des fins de formation. Une telle requête n'avait rien d'évident pour les psychanalystes de l'institution. Il leur fallait en effet se demander — tel que le formule le psychiatre et psychanalyste John D. Sutherland, qui dirigeait alors la *Tavistock Clinic* — « [d]ans quelle mesure la connaissance et l'expérience acquises si laborieusement par les psychanalystes concernant les motivations inconscientes pouvaient [...] être partagées sans risque ». Selon Sutherland, les psychanalystes de la *Tavistock Clinic* furent cependant convaincus par les arguments des membres du *Family Discussion Bureau* en devenir : d'une part, les problèmes que poserait leur activité seraient « encore plus grands » si on leur

déniait une formation et un encadrement adéquats ; d'autre part, leurs clients n'étaient de toute façon pas susceptibles d'obtenir une « aide psychologique » en bonne et due forme. Les *caseworkers* du *Family Discussion Bureau* reçurent donc l'aide qu'elles demandaient — en particulier auprès de l'un des analystes de la *Tavistock Clinic*, Michael Balint, qui manifesta d'emblée un intérêt particulier pour cette « tâche inhabituelle » (Sutherland, 1955, p. IX-X). D'autres analystes contribuèrent également : Sutherland lui-même, mais aussi Alexander T. M. Wilson, Betty Joseph et John Bowlby, entre autres (Eichholz, 1951, p. 498-499).

Enid Balint se forma elle-même rapidement à la psychanalyse : elle avait, semble-t-il, commencé à lire Freud durant la guerre et débuta en 1948 une analyse avec John Rickman, qu'elle poursuivit à la mort de celui-ci avec Donald W. Winnicott (Balint *in* Rudnytsky, 2000 [1991], p. 3). Elle devint elle-même « *training analyst* » en 1963 (Clulow, 1994, p. 301). Pour conclure sur Enid Balint, on peut noter qu'il est difficile de délimiter clairement la part qu'elle a prise aux travaux de son époux. Elle affirme durant un entretien accordé à la fin de sa vie au psychanalyste Peter L. Rudnytsky qu'elle a contribué durant longtemps aux idées de son mari, soulignant qu'ils échangeaient constamment et que Michael Balint a aussi beaucoup emprunté à son propre travail clinique. Elle indique notamment avoir écrit *The Basic Fault* en collaboration avec Michael Balint, mais n'avoir pas voulu le cosigner du fait de ses désaccords avec la réflexion de son mari sur la « régression » et sa place dans l'analyse (Balint *in* Rudnytsky, 2000 [1991], p. 5 & p. 14). Il ne s'agit pas ici de faire le partage entre leurs réflexions et contributions respectives. Mais il importe de relever que leur collaboration semble avoir été particulièrement étroite — ce qui rend d'autant plus justifiées les références à Enid Balint au moment de retracer les origines et le développement des groupes Balint.

Michael Balint, entre psychanalyse et médecine somatique

Qu'en est-il maintenant de Michael Balint et du modèle hongrois de formation analytique ? Michael Balint est né en 1896 à Budapest. Il y entame des études de médecine à dix-huit ans, en 1914 — interrompues par sa mobilisation dans l'armée, avant qu'il ne soit blessé et renvoyé à Budapest en 1916. Il obtient son diplôme de médecine en 1920 (Moreau Ricaud, 2000, p. 50-51). Son intérêt pour la psychanalyse est précoce. Il affirme en effet avoir été « conquis à la psychanalyse à l'âge de vingt-et-un ans, de façon irrémédiable et définitive », après que celle qui allait devenir sa première épouse — la psychanalyste et anthropologue Alice Székely-Kovács, fille de la psychanalyste Vilma Kovács — lui a prêté son exemplaire de *Totem und Tabu* (Balint *in* Haynal, 2012 [1987], p. 174). Il avait, semble-t-il, lu auparavant *Die Traumdeutung* et *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, sans grande conviction (Moreau Ricaud, 2000, p. 53). Il suit en 1919 dans le cadre de ses études de médecine les cours de Sándor Ferenczi, qui allait devenir son analyste (Haynal, 2012 [1987], p. 172). C'est aussi durant cette période qu'il change de nom et se convertit à l'unitarisme, pour des raisons qui restent obscures. Michael et Alice Balint se marient en 1921, avant de partir pour Berlin — respectivement pour y entreprendre un doctorat de chimie et pour y travailler au *Museum für Völkerkunde*. Ils y entament tous deux une formation analytique auprès du même analyste, Hanns Sachs. De retour à Budapest fin 1924, ils poursuivent leur analyse avec Ferenczi (Moreau Ricaud, 2000, p. 61-78).

Plus important pour mon propos, Michael Balint se trouve très tôt engagé dans des expérimentations à la croisée de la médecine somatique et de la psychanalyse. Il évoque ainsi les tentatives qu'il a menées au début des années 1920 pour pratiquer la psychothérapie avec des patients consultant pour des troubles somatiques, à Berlin d'abord — à l'hôpital universitaire de la Charité, auprès du cardiologue Wilhelm His et de l'interniste Hermann Zondek — puis à Budapest à partir de 1924 — sans doute dans la Troisième clinique de médecine interne de la ville, dirigée par l'interniste hongrois Sándor Korányi, et au sein du département de gastro-entérologie

de l'hôpital Bajcsy-Zsilinszky. Ces éléments tendent à montrer que Balint a pratiqué un genre de psychiatrie de consultation-liaison avant l'heure, en plus de compter comme il l'affirme « parmi les pionniers de la médecine psychosomatique » (Balint, 1970, p. 457). C'est en raison des difficultés rencontrées pour exercer cette pratique à l'interface entre médecine somatique et psychanalyse qu'il aurait décidé de travailler avec des médecins généralistes, une telle collaboration se donnant comme une façon de poursuivre sur un mode différent sa réflexion sur la prise en charge psychanalytique de patients consultant pour des troubles somatiques. Michael Balint explique en effet que, dans le département de gastro-entérologie de l'hôpital Bajcsy-Zsilinszky, « [l]a seule pièce utilisable pour la psychothérapie était utilisée également pour la radiologie : il s'agissait d'une petite pièce sombre, sans ouvertures, encombrée par des appareils étranges ». Il indique ainsi avoir réuni — dans les années 1930, toujours à Budapest — « quelques médecins généralistes dans une sorte de séminaire consacré à l'étude des possibilités psychothérapeutiques dans leur pratique quotidienne ». Ces réunions n'ont cependant pu se poursuivre longtemps, du fait de la détérioration de la situation politique en Hongrie : le régime de Miklós Horthy les avait fait surveiller. Ce premier groupe s'est donc rapidement désagrégé — même si Michael Balint raconte que le policier chargé de rapporter à ses supérieurs la teneur des réunions s'était mis à consulter les participants quant à ses problèmes personnels à la fin des séances (Balint, 1970 : p. 457-458)…

Comme le souligne André Haynal, on peut voir derrière ces démarches précoces l'influence de Ferenczi — qui avait été comme je l'ai indiqué l'analyste de Balint et que celui-ci considérait comme son maître à penser (Haynal, 2012 [1987], p. 184). Ferenczi avait en effet travaillé dans divers textes à « sensibiliser les médecins omnipraticiens aux principaux apports de la psychanalyse » (Oppenheim-Gluckman, 2020, p. 179). Il cherchait ainsi en 1923 déjà — dans un texte intitulé « La psychanalyse au service de l'omnipraticien [*A psychoanalysis a gyakorló orvos szolgálatában*] », issu d'une conférence donnée à Košice, dans l'actuelle Slovaquie, où il avait

été invité par le médecin et futur psychanalyste Sándor Lorand — à faire valoir l'importance de la psychanalyse pour les médecins généralistes. Cet apport potentiel se jouait pour Ferenczi sur deux fronts. Le premier concerne les « dynamiques transférentielles » :

> Si beaucoup de méthodes thérapeutiques, dont la cure en maison de santé, se contentent d'apporter aux névrosés un soulagement aussi considérable que provisoire, tout en tendant à renforcer plutôt qu'à relâcher l'attachement au médecin et à l'institution, la psychanalyse, elle, ne cherche pas à éluder l'autre tâche de la psychothérapie qui consiste à dénouer le transfert. […] Pour prévenir tout malentendu, il faut savoir que le transfert est loin d'être toujours positif, c'est-à-dire de caractère tendre. Le rôle des affects agressifs, offensants à l'égard du médecin, est au moins aussi important en psychanalyse […]. L'omnipraticien doit connaître ces faits, car ces phénomènes jouent un rôle capital non seulement en neurologie, mais aussi en médecine générale, de sorte que le praticien qui possède une certaine expérience de la diplomatie psychologique a de meilleures chances de succès que celui dont les connaissances se limitent à la pathologie et à la pharmacologie. (Ferenczi, 1974 [1923], p. 210-211)

Que le « transfert » s'exprime face au généraliste comme face à l'analyste explique l'importance dans la pratique générale de « cette sorte de "*self-made*" psychologie inventée au lit du malade », qui fait la qualité de nombre de « médecins réputés » (Ferenczi, 1974 [1923], p. 206). Ferenczi affirme dans un texte ultérieur que « […] dans le monde de la pratique médicale, le facteur psychologique est pour la thérapie tout aussi important que l'état objectif des organes ». Il ne faut dès lors pas s'étonner que de nombreux médecins aient fait preuve avant Freud d'un « talent », d'un « art » psychothérapeutique, d'une « compréhension intuitive » de leurs patients (Ferenczi, 1982 [1933], p. 117-118 & p. 123). Malheureusement, les études du généraliste ne lui apprennent pas à « doser correctement » le « médicament » que constitue l'« aide psychologique apportée par des paroles amicales, énergiques ou bienveillantes » : il doit le « découvrir par lui-même » (Ferenczi, 1974 [1923], p. 206).

Selon Ferenczi, le second apport majeur de la psychanalyse pour la pratique générale tient à ce qu'elle peut dire de l'étiologie des troubles somatiques. Elle peut en effet aider le médecin de

famille à identifier le rapport entre « maladies organiques » et « affects refoulés » : « Quant à ses *malades organiques,* en particulier lorsqu'il s'agit de malades cardiaques ou pulmonaires, [le généraliste] ne se contentera pas d'expliquer toute aggravation par la fatigue : il essaiera aussi de trouver le rapport entre celle-ci et les affects refoulés » (Ferenczi, 1974 [1923], p. 214, en italique dans l'original). De manière intéressante, Ferenczi souligne également que les apports de la psychanalyse seraient susceptibles de rendre à la médecine générale le rôle qu'elle a perdu face à la « prolifération des spécialités » (Ferenczi, 1974 [1923], p. 213). Puisqu'elle « recommande, dans toute forme de maladie, de traiter le malade aussi bien que la maladie », la psychanalyse invite en effet à dépasser les divisions produites dans le domaine médical par la spécialisation. Elle engage de ce fait à « prendre au sérieux l'expression "traitement individuel du patient" » (Ferenczi, 1982 [1933], p. 121).

Comme nous le verrons, ces éléments sont sur la forme comme sur le fond très proches des réflexions ultérieures des Balint concernant la pratique générale. Mais on peut d'ores et déjà souligner que Michael Balint évoque dans des textes qui précèdent largement l'invention des groupes Balint — publiés respectivement dans deux revues médicales hongroises, *Terápia* et *Gyógyászat*, en 1926 et 1930 — la portée psychothérapeutique de toute pratique médicale, prenant notamment l'exemple de la grande visite. C'est la « psychothérapie involontaire et inconsciente » pratiquée par les médecins qui permet d'expliquer que, dans bien des cas, « le traitement correct échoue lorsqu'il est donné par certains médecins, alors qu'il s'avère efficace s'il est prescrit par un autre » (Balint, 2000 [1926], p. 257-259). Michael Balint reprendra par la suite de manière encore plus claire Ferenczi sur ce plan, évoquant le médecin en tant qu'il constitue lui-même un « médicament » dont il faut « étudier la pharmacologie » : le médecin doit savoir « se prescrire » correctement (Balint, 1996 [1957], p. 12, traduction modifiée). Il souligne dans son texte de 1926 que les compétences psychothérapeutiques dont sont susceptibles de faire preuve « inconsciemment » les généralistes ne s'adaptent pas aux besoins individuels des

patients, justement parce qu'elles ne sont pas conscientisées et pratiquées délibérément. Ce sont dès lors les patients qui sélectionnent d'eux-mêmes un médecin dont l'attitude leur convient en fonction des « dynamiques transférentielles » qui les animent — cette « autosélection » permettant aux médecins de se cacher les limites de leurs méthodes. Cette part de psychothérapie que comprend forcément la médecine générale implique que la psychanalyse doit « trouver une place à la fois dans la formation des médecins et dans la pratique clinique, une place très importante, peut-être une place énorme » (Balint, 2000 [1926], p. 258-259 & p. 266).

Michael Balint déplore par ailleurs que les médecins tendent à se focaliser sur les « altérations pathologiques » des « fonctions partielles » plutôt que sur le patient lui-même, adoptant indûment le genre de perspective qui prévaut dans la recherche biomédicale. Plus encore, lorsque leurs patients ne guérissent pas suivant cette approche centrée sur les désordres des « fonctions partielles », les médecins les rendent bien souvent responsables de cet échec en les catégorisant comme « "nerveux" » et font de leur mieux pour « s'en débarrasser au plus vite ». Il n'est donc guère surprenant que les patients consultent des « guérisseurs » de toutes sortes qui sont quant à eux prêts à les « aider "subjectivement" », à leur offrir une aide « qui est bien plus proche de l'art de guérir que ce que croit et soutient la génération actuelle de médecins ». Il s'agit dès lors que les médecins généralistes transforment leur manière de penser : plutôt que de travailler à résoudre les désordres des « fonctions partielles », ils doivent « revenir à l'homme entier ». La psychanalyse est susceptible de les aider à opérer un tel changement de perspective (Balint, 1985 [1930], p. 6-9). On a là en germe les idées qui seront au principe des groupes Balint — qui se donnent à cet égard comme une entreprise collective aussi bien que comme une démarche individuelle : en amenant les participants à remanier leurs pratiques et leurs raisonnements, il s'agit bien de transformer la médecine en général. C'est ce qui a pu faire la pertinence critique des groupes Balint pour certains acteurs des mouvements contestataires de la fin des années 1960, comme je l'ai déjà indiqué.

Cet intérêt ancré pour la médecine générale explique aussi que le dispositif initialement conçu par Enid et Michael Balint à l'intention des *caseworkers* ait été si rapidement proposé à des médecins, dès l'automne 1950. Sa pertinence pour la pratique générale était aux yeux de Michael Balint encore plus manifeste. Celui-ci ne manquait pas d'arguments pour en justifier l'usage en médecine, comme en témoigne l'un des premiers textes qu'il publie sur ses « séminaires ». Il y fait d'abord valoir l'importance des troubles psychiques dans la pratique générale, affirmant qu'« au moins un quart du travail du médecin généraliste consiste en de la psychothérapie pure et simple » (Balint, 1954a, p. 115). Or, la formation que reçoivent les généralistes ne les prépare pas adéquatement à cette tâche : la « psychologie "de sens commun" » dont ils peuvent se prévaloir n'est pas suffisante. Pour Michael Balint, le généraliste qui fait face sans formation aux troubles psychiques de ses patients peut être comparé au chirurgien qui chercherait à mener une opération en utilisant des outils grossiers, tels qu'un « ébauchoir » ou un « tournevis ». Bien sûr, bon nombre de généralistes sont réticents à assumer la responsabilité d'un travail psychothérapeutique avec leurs patients, au titre que cela leur prendrait trop de temps. Mais pour Michael Balint, cet argument est fallacieux : en fait, un accompagnement psychothérapeutique bien mené peut faire gagner du temps au patient comme au médecin — et se révéler du même coup bénéfique au *National Health Service*. Il est par ailleurs clair que l'offre psychiatrique est largement insuffisante à satisfaire la demande. Et on déplore souvent les effets néfastes de l'intervention du psychiatre sur la relation entre le généraliste et son patient.

Pour toutes ces raisons, il est selon Michael Balint essentiel d'initier les généralistes à la psychothérapie — et des cours classiques ne sauraient se prêter à cette tâche, dans la mesure où il s'agit d'enseigner un « savoir-faire » plutôt que de simples connaissances (Balint, 1954a, p. 115). D'où la pertinence supposée des « *case conferences* » proposées par les Balint. Ces arguments ont pu trouver un écho particulier — chez les généralistes et plus largement — dans le

contexte particulier de l'après-guerre au Royaume-Uni, alors que la médecine générale paraissait délaissée par le *National Health Service* nouvellement créé, que le célèbre *Collings Report* était venu dénoncer les conditions et pratiques de travail des généralistes, et que ceux-ci s'organisaient pour constituer le *Royal College of General Practioners* (Bar-Haim, 2018, p. 118). Le succès du dispositif proposé par les Balint et de leurs idées auprès des généralistes allait être considérable. Quelque vingt ans plus tard, un éditorial de la revue du même *Royal College of General Practitioners* consacré à Michael Balint pouvait ainsi affirmer de *The Doctor, his Patient and the Illness* qu'il devait être considéré comme « le plus important livre sur la médecine générale publié durant ce siècle ». L'éditorial ajoutait que la médecine générale « ne sera[it] jamais plus la même » à la suite de la parution de l'ouvrage, qui lui avait « offert une justification théorique » et avait ainsi permis aux généralistes de « rejeter la relation d'infériorité » qui caractérisait précédemment leurs rapports avec les spécialistes. Le texte se conclut sur ces mots : « […] nous pensons que ce que Freud a été pour la psychiatrie, Michael Balint va le devenir pour la médecine générale » (Pereira Gray, 1972, p. 133-135). On voit à quel point la réflexion des Balint a pu compter pour des médecins généralistes désireux de repenser et de revaloriser leur activité et leurs compétences face à la médecine spécialisée.

L'influence du modèle hongrois de formation analytique

Venons-en maintenant au modèle hongrois de formation analytique, dont vont hériter les groupes Balint. On peut d'abord se reporter à ce qu'en dit Michael Balint lui-même dans un texte du début des années 1950, qui revient sur les origines des groupes Balint :

> Le seul cursus de formation systématique à la psychothérapie est le système psychanalytique. […] Celui-ci se compose de trois parties distinctes : l'analyse personnelle, des cours théoriques, et un travail pratique supervisé. Sous la forme classique du système telle qu'elle a été élaborée à Berlin et s'est imposée dans le monde entier, ces trois volets sont maintenus clairement séparés les uns des autres. […] La seule exception à cette méthode est le système hongrois, avec son insistance sur le fait que la supervision du premier ou des premiers cas du candidat soit réalisée par l'analyste auprès

> de qui est réalisée l'analyse personnelle. Cette différence a de nombreuses répercussions importantes. Celle qui nous intéresse ici est la suivante. Dans le système berlinois, un accord tacite existe quant au fait que le contre-transfert du candidat sur son patient ne sera pas traité dans le cadre de la supervision et laissé plutôt à l'analyse personnelle. L'accent est donc placé durant la supervision sur la compréhension des spécificités de la psychodynamique du patient, une tâche qui s'exprime ordinairement par la question standard : « Qu'est-ce que le patient cherche à transmettre à son analyste ? » Dans le système hongrois, les interrelations entre transfert du patient et contre-transfert de l'analyste sont au centre de l'attention dès le début et y restent. Ce que l'on étudie, c'est l'interaction entre ces deux transferts, c'est-à-dire la manière dont ils s'influencent et se modifient l'un l'autre. Il n'est pas aisé d'intégrer ce genre de supervision dans le système classique avec sa claire séparation de la supervision et de l'analyse personnelle. L'examen du phénomène du transfert conduit inévitablement [dans le système hongrois] à celui des schèmes réactionnels habituels du candidat, i.e. de ses conflits et difficultés personnels, de ses problèmes irrésolus et souvent inconscients. Ce modèle [hongrois] de supervision comprend donc toujours des éléments d'analyse personnelle, son objectif étant d'amener le candidat à être au moins conscient de ses réactions automatiques et des angoisses qui les causent, même si elles peuvent rester irrésolues dans un premier temps. (Balint & Balint, 1955, p. 135)

En parlant de « supervision », Michael Balint vise ici les analyses « conduite[s] par un analyste en cours de formation et dont il rend périodiquement compte à un analyste expérimenté qui le guide dans la compréhension et la direction de la cure » (Laplanche & Pontalis, 2002 [1967], p. 353). Les psychanalystes en sont progressivement venus à considérer ces analyses dites « de contrôle » ou « sous contrôle » comme indispensables à la formation analytique. L'année 1922 marque à cet égard un basculement, avec le « *Bericht über die Berliner Psychoanalytische Poliklinik* » de Max Eitingon et l'accent qu'il place sur la pratique « sous contrôle ». Comme le montre la citation précédente, l'enjeu tient pour Michael Balint à la place faite dans l'« analyse de contrôle » au « contre-transfert » de l'analyste. En séparant clairement travail analytique sous supervision et analyse personnelle, la méthode berlinoise laisse de côté les « interrelations entre le transfert du patient et le contre-transfert de son analyste » : le « transfert » du patient est abordé dans le cadre de la supervision

et le « contre-transfert » de l'analyste est travaillé durant l'analyse personnelle. Au contraire, dans la méthode hongroise, « [c]e qui est étudié est l'interaction de ces deux transferts, c'est-à-dire comment ils s'influencent et se modifient l'un l'autre » (Balint & Balint, 1955, p. 135).

Les Balint renvoient ici à deux textes : un texte de l'analyste hongroise Vilma Kovács, que j'ai évoquée précédemment, et un texte de Michael Balint sur la formation analytique. Intitulé « Analyse didactique et analyse de contrôle [*Kiképző analízis és kontroll analízis*] », l'article de Kovács est bien connu des psychanalystes. Initialement paru en 1933 en hongrois dans un ouvrage collectif publié à l'occasion du soixantième anniversaire de Ferenczi — ouvrage auquel ont également contribué Alice Balint et Michael Balint —, il a rapidement été traduit en allemand puis en anglais. Ce texte marque justement la spécificité de l'approche hongroise, en mettant l'accent sur l'identification des manifestations « contre-transférentielles » dans le cadre des analyses réalisées sous supervision (Kovács, 1936 [1933], p. 349). S'il est pour Kovács nécessaire que l'analyste du candidat soit également en charge de l'« analyse de contrôle », c'est justement parce qu'il « est le mieux à même de saisir le contre-transfert de son élève pendant qu'il travaille avec son premier patient » (Moreau Ricaud, 2004, p. 117). Paru en 1948 dans l'*International Journal of Psycho-Analysis*, l'article de Michael Balint sur la formation analytique reprend et défend les propositions de Kovács quant à la conduite de l'« analyse didactique » et de l'« analyse de contrôle » par le même analyste. Pour lui, le « système hongrois » est tout simplement meilleur (Balint, 1948, p. 166). Ce texte avait clairement une dimension conjoncturelle : le modèle hongrois de formation analytique avait été proscrit par l'*International Psycho-Analytical Association* en 1947 (Bacal, 2016, p. 145).

En quoi les groupes Balint héritent-ils de ces réflexions ? Ce point a laissé perplexes certains commentateurs — à la manière du médecin généraliste et psychanalyste René Gelly, qui affirme que l'on « ne voit pas, *a priori*, ce qui rapproche tellement les deux systèmes » (Gelly, 1982, p. 46). L'enjeu tient simplement au fait qu'il s'agit d'un genre de supervision qui prend en premier lieu pour objet

le « contre-transfert » du praticien, avec pour objectif de lui faire mieux percevoir ses réactions émotionnelles face à ses patients et la manière dont ils y réagissent. C'est ce qu'explique Michael Balint dans le texte précédemment cité :

> Quand nous avons débuté notre premier dispositif de formation avec le *Family Discussion Bureau* […], nous étions confrontés au problème suivant : comment former des travailleuses sociales confrontées aux problèmes matrimoniaux de leurs clients pour qu'elles développent une certaine vigilance et une certaine sensibilité vis-à-vis des processus inconscients — sans pour autant leur offrir la méthode éprouvée de l'analyse personnelle ? […] Face à ce problème, j'ai décidé de faire usage de mon expérience du système de supervision hongrois et de développer une formation à la psychothérapie basée principalement sur l'étude attentive du contre-transfert des praticiennes à partir de méthodes groupales. Puisque je voulais examiner en détail le contre-transfert des praticiennes, je devais créer des conditions dans lequel il se manifesterait le plus librement possible. C'est pour cette raison que j'ai proscrit l'usage de notes écrites durant les discussions de cas. La praticienne devait rapporter librement ses expériences avec le client concerné, d'une manière rappelant l'« association libre », ce qui permettait toutes sortes de distorsions subjectives, d'omissions, d'ajouts, d'interpolations subséquentes, etc. (Balint & Balint, 1955, p. 135)

Comme l'indique Michael Balint dans un article publié durant la même période dans le *British Journal of Medical Psychology*, l'objectif premier du dispositif est ainsi d'aider les participants à identifier leurs réactions « contre-transférentielles » face à leurs clients ou patients, et à les maîtriser pour les adapter aux besoins spécifiques de ceux-ci (Balint, 1954b, p. 39-40). On voit donc ce que les groupes Balint tirent du modèle hongrois de formation analytique. Mais pourquoi former des groupes plutôt que de s'en tenir à des supervisions individuelles ?

Les enjeux d'une méthode groupale

Michèle Moreau Ricaud note que l'enjeu était avant tout économique : il s'agissait d'éviter aux médecins « une formation longue, intense, coûteuse, comme la psychothérapie » (Moreau Ricaud, 2000, p. 175). Le choix d'une méthode groupale tient en partie à l'histoire du dispositif : les groupes Balint sont initialement venus remplacer

des cours plus classiques, et non des formations individuelles. C'est ce qu'indique Michael Balint lui-même, affirmant que des « cours de psychothérapie » à destination des professionnels ont été dispensés à la *Tavistock Clinic* « durant plus de vingt ans », avec un succès limité (Balint, 1954a, p. 116). Face à ces cours, les « séminaires » mis en place par Michael et Enid Balint avaient selon ceux-ci l'avantage de « déplacer l'accent de l'"enseignement [*teaching*]" à l'apprentissage [*training*], en utilisant des méthodes de groupe de manière à réaliser dans une certaine mesure, quoique sans doute pas complètement, les changements nécessaires dans les attitudes personnelles » des participants (Balint, 1954a, p. 116). C'est aussi ce qui transparaît dans le récit qu'offrent les collègues d'Enid Balint des premiers groupes organisés dans le cadre du *Family Discussion Bureau :*

> Au commencement du projet, les *caseworkers* ont approché le Dr Michael Balint pour lui demander de leur enseigner les bases de la psychodynamique de la famille. Il leur a répondu : « Pas d'enseignement, mais organisons des séances de discussion de cas. » […] Dès le début, des rencontres hebdomadaires ont eu lieu entre les *caseworkers* et le consultant qui les aidait à développer leur compréhension des relations humaines, non par un enseignement théorique mais par la discussion des cas auxquels elles étaient effectivement confrontées. (Bannister *et al.*, 1955, p. 11)

Mais le choix des méthodes de groupe s'explique aussi par l'environnement intellectuel dans lequel évoluait alors Michael Balint (Moreau Ricaud, 2000, p. 176). Il faut en effet se rappeler qu'à partir du début des années 1940, divers psychanalystes britanniques — dont notamment Wilfred R. Bion et John Rickman — ont mis en place des groupes de discussion à vocation thérapeutique (Rayner, 1994 [1990], p, 299-300). Dans un entretien réalisé en août 1965 à l'Université de Columbia par la psychanalyste Bluma Swerdloff et publié bien plus tard dans l'*American Journal of Psychoanalysis*, Michael Balint raconte qu'il en est venu à s'intéresser à la conduite de groupes à la suite de sa rencontre avec Bion à son arrivée à la *Tavistock Clinic*. Il semble qu'il a d'abord essayé de mettre en place des groupes thérapeutiques d'inspiration psychanalytique à destination de jeunes psychiatres intéressés par la psychodynamique mais ne pouvant

accéder à l'analyse pour des raisons financières. Il aurait cependant vite abandonné ce projet : les participants étaient collègues et destinés à le rester pour longtemps, ce qui entravait la libre expression de leurs problèmes personnels (Balint *in* Swerdloff, 2002 [1965], p. 395).

Outre ces raisons économiques et historiques, on peut aussi mentionner les arguments plus théoriques formulés par les Balint pour justifier le choix d'un dispositif groupal face aux méthodes de formation individuelles. Michael Balint évoque ainsi la possibilité pour le « *leader* » psychanalyste d'observer entre les participants au groupe des « dynamiques transférentielles » qui ne le prennent pas directement pour objet (Balint, 1950, p. 122). Le groupe permet d'étudier des manifestations « contre-transférentielles » diverses, puisqu'il fait intervenir trois relations distinctes : I) la relation entre le praticien et le patient ou client dont il évoque le cas ; II) la relation entre le praticien et le « *leader* » du groupe ; III) la relation entre le praticien et les autres participants. C'est en premier lieu le « contre-transfert » du praticien face à celui dont il a la charge que vise à faire émerger le travail du groupe — la méthode la plus efficace à cet égard étant « la confrontation des méthodes individuelles du [praticien] avec celles de ses collègues du groupe ». Les réactions contrastées des participants à ce que dit le praticien du cas qu'il évoque doivent lui permettre de distinguer ce qui, dans son attitude et ses émotions, tient de sa propre « personnalité »[5].

5 On notera que la réflexion des Balint anticipe sur ce point largement les démarches d'« autoconfrontation croisée » employée en psychologie du travail, dont l'enjeu est de « nouer un dialogue entre des professionnels » à partir d'une « trace vidéo de l'activité » telle qu'elle est diversement réalisée par chacun (Clot, 2015, p. 233). Ce faisant, il s'agit — pour reprendre les termes d'un texte considéré comme fondateur dans l'emploi de cette méthode — de faire émerger la « spécificité » des « positions » respectives des professionnels face à l'activité à partir des « controverses » que suscite la confrontation des manières de faire objectivées par l'enregistrement audiovisuel (Faïta, 1996, p. 48). Dans les groupes Balint comme dans l'autoconfrontation croisée, l'objectif est de reproblématiser l'activité en faisant émerger la part personnelle ou idiosyncrasique des actions ou de l'attitude de chacun : on a d'un côté comme de l'autre des modalités de « confrontation aux traces de l'activité » qui « mettent [...] en jeu une forme particulière de réflexivité » en appelant une comparaison entre démarches professionnelles (Cahour & Licoppe, 2010, p. 243). Dans les termes d'Yves Clot, cette comparaison permet de faire apparaître l'activité des professionnels impliqués « pour ce qu'elle est : seulement comme l'une des activités possibles dans l'ensemble de celles qui auraient pu être accomplies ou pourraient l'être » (Clot, 2015, p. 233).

Dans cette perspective, les supervisions individuelles que proposent parallèlement les Balint aux participants ne sont qu'une mesure subsidiaire, destinée à les soutenir et les aider à prendre conscience de l'état d'avancement de leur réflexion plutôt qu'à les former (Balint & Balint, 1955, p. 136-138). Ces supervisions individuelles — qui avaient été mises en place à la fin du premier semestre de séances groupales, à la demande des médecins concernés — ont d'ailleurs été abandonnées après quelques années (Gosling, 1966, p. 6).

On peut conclure ces remarques sur les raisons expliquant le recours à une « méthode de groupe » en revenant sur la manière dont les Balint envisagent le rôle que doit y jouer le « *leader* » psychanalyste. Ils insistent à de multiples reprises sur un point : le rôle du « *leader* » n'est pas celui d'un « mentor » ou d'un « enseignant », mais d'« assistant expert [*expert assistant*] ». Les participants doivent assumer le plein contrôle — et la pleine responsabilité — de la prise en charge thérapeutique, même en ce qui concerne ses aspects psychologiques : le médecin généraliste reste « celui qui mène le bal [*the one running the show*] » (Balint, 1954a, p. 117). On peut relever à cet égard un anti-autoritarisme plus ou moins explicite dans les réflexions des Balint, qui se reporte sur leur manière de définir le rôle de l'analyste et du « *leader* » de groupe. Michael Balint pouvait ainsi fustiger à la fin des années 1940 ce qu'il percevait chez les analystes responsables de la formation comme un attrait pour le « secret » conférant une dimension « ésotérique » au savoir psychanalytique, ainsi qu'un certain « dogmatisme » et même des velléités « autoritaires ». Il décelait en retour chez les candidats une tendance à faire preuve de « soumission face à ces attitudes dogmatiques et autoritaires sans beaucoup de protestations », et de façon plus générale « un comportement trop respectueux » à l'endroit de leurs enseignants. Pour Michael Balint, l'« analyse de contrôle » tend à transformer le candidat en « prosélyte fervent » des théories de son formateur et du groupe auquel il appartient — alors qu'elle devrait au contraire lui permettre de « se libérer » et de « se montrer à la fois critique et tolérant » des méthodes et idées psychanalytiques. Mais si l'on

peut reprocher aux candidats d'« être trop facilement impressionnés et dépendants, de ne pas formuler honnêtement leurs critiques, de trop respecter [les analystes], de prêter une confiance aveugle à la parole de leur maître et de s'identifier sans esprit critique à ses idées et opinions », la faute en revient d'abord à leurs formateurs (Balint, 1948, p. 167 & p. 170-172). Michael Balint ajoute dans un texte légèrement plus tardif que le candidat qu'il s'agit de former est « indépendant et même en quelque sorte peu respectueux » de ses enseignants (Balint, 1954c, p. 162)[6].

Les Balint développent des réflexions du même ordre concernant le rapport entre « *leader* » psychanalyste et médecins généralistes. On peut à cet égard considérer, à la manière d'Erich Fromm, que l'« esprit humaniste et anti-autoritaire » qui caractérise leur perspective psychanalytique se retrouve dans leur réflexion sur les groupes Balint (Fromm, 1974, p. 7-8). Comme je l'ai indiqué, les Balint s'opposent à l'adoption du rôle d'« éducateur » dans le rapport des psychiatres aux généralistes. Ils préfèrent envisager leurs « séminaires » comme un genre de formation passant par une « recherche » en première personne, individuelle et collective. Pour les Balint, le « message » psychanalytique « ne peut être transmis [...] par une hiérarchie ou par un enseignement, mais toujours par une expérimentation » : c'est la raison pour laquelle ils parlent de « *training cum research seminars* » — en « un latino-anglais maladroit », comme le note André Haynal (Haynal, 2005 [2002b], p. 399). Comme c'est le cas pour l'analyse, l'enjeu d'une telle formation n'est pas son hypothétique complétion : elle se donne plutôt comme un processus de « recherche » continu (Balint, 1954c, p. 158). Ces éléments apparaissent de manière particulièrement nette dans un texte de Michael Balint intitulé « *Psycho-Analysis and Medical Practice* », initialement paru dans l'*International*

6 Ces prises de position doivent être rapportées à la position particulière de Michael Balint dans le champ psychanalytique de l'époque, globalement divisé entre les partisans d'Anna Freud et ceux de Melanie Klein. Michael Balint a fait partie de ces membres de la *British Psychoanalytical Society* refusant de prendre parti entre les deux factions, nommés d'abord « *Middle Group* » *puis* « *Independants* » (Rayner, 1994 [1990], p. 2).

Journal of Psycho-Analysis en 1966. Il y indique que deux rôles « fondamentalement différents » s'offrent au psychanalyste qui veut transmettre certaines de ses compétences à ses collègues non-spécialistes :

> Dans la perspective qui est la mienne, deux rôles assez différents s'offrent à nous. Le premier rôle est celui qu'impliquent les dispositifs de formation décrits par des intitulés du type : « Éducation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie pour les médecins généralistes et spécialistes non-psychiatres ». Si nous entrons dans le domaine sous cette bannière, nous adopterons le rôle d'éducateurs. Ce type de formation est très largement présent aux États-Unis et a été mis en œuvre avec un succès mitigé au Royaume-Uni. L'autre type de formation, que j'ai développé à Londres, est bien décrit par une formulation que nous avons employée dès le début : « Séminaires de discussion concernant les problèmes psychologiques dans la pratique médicale ». Nous rôles dans ce cadre est celui de *leader* d'une équipe de recherche. Ces deux rôles sont fondamentalement différents […]. (Balint, 1982 [1966], p. 14, en italique dans l'original, traduction modifiée)

Pour Balint, l'adoption d'une position d'« éducateur » par le « *leader* » psychanalyste se justifie d'autant moins qu'il n'est pas du tout certain qu'une technique développée pour répondre aux exigences particulières de la situation analytique fonctionne dans des conditions différentes, telles que celles de la consultation générale. La « technique » dont a besoin le médecin généraliste n'est pas celle de l'analyste, et encore moins une « forme superficielle ou édulcorée » de celle de l'analyste. L'enjeu est dès lors de passer de l'« enseignement [*teaching*] » à la « recherche » : il s'agit pour le psychanalyste de découvrir avec les médecins ce dont ils ont besoin. Et au-delà même de cette démarche collective de recherche, Balint souligne la nécessité de rendre le médecin « capable de faire par lui-même des découvertes » (Balint, 1982 [1966], p. 17-19 & p. 27).

On voit comment les caractéristiques du dispositif de formation que constituent les groupes Balint ont pu être définies en lien avec une certaine pensée de la relation pédagogique, d'inspiration évidemment psychanalytique. Mais la réflexion des Balint sur le rapport entre « *leader* » psychanalyste et participants ne se limite pas à cette dimension pédagogique. Elle se déploie aussi en référence à

la position particulière de la médecine générale face aux autres spécialités médicales. Si les psychiatres doivent éviter de se mettre dans le rôle de l'enseignant et les généralistes dans celui de l'élève, c'est qu'une intervention directe du psychiatre dans le cas considéré aura toutes les chances d'interférer avec la relation thérapeutique et de nuire à l'assurance du généraliste (Balint, 1954a, p. 117). Or, cette assurance est cruciale. Une trop grande déférence du généraliste à l'endroit des spécialistes qu'il sollicite risque en effet de conduire à un genre de dilution de la responsabilité des soignants impliqués — une situation que Michael Balint nomme « collusion de l'anonymat [*collusion of anonymity*] » dans *The Doctor, his Patient and the Illness*[7]. Si le généraliste s'en remet tout à fait aux spécialistes, leur collaboration risque bien de donner lieu à une situation dans laquelle plus aucun soignant n'assume réellement la prise en charge et ses conséquences : « *Des décisions vitales sont prises sans que personne s'en sente vraiment responsable.* » (Balint, 1996 [1957], p. 87, en italique dans l'original). En refusant d'adopter la position de l'expert qui dirait au généraliste que faire, il s'agit donc aussi pour le « *leader* » de groupes Balint de lutter contre certains effets délétères de l'organisation contemporaine des soins.

7 On peut sans doute rejoindre Donald W. Winnicott pour affirmer que l'expression de « *collusion of anonymity* » est peu convaincante. Mais celle que Winnicott propose de lui substituer — la « dispersion des agents responsables [*the scatter of responsible agents*] » — ne l'est guère plus (Winnicott, 1958, p. 426).

Première ambiguïté : « transfert » ou psychosomatique ?

Nous avons précédemment suivi les trajectoires respectives d'Enid et Michael Balint jusqu'à leur rencontre et à l'invention des groupes Balint. J'ai ce faisant offert un ensemble de précisions sur les caractéristiques de ce dispositif groupal. Mais il convient d'en dire un peu plus sur leurs attendus et leur déroulement. On peut commencer par se tourner vers un texte du début des années 1950, déjà mentionné plus haut, dans lequel Michael Balint décrit avec une certaine précision le fonctionnement des groupes :

> Nous avons commencé par mettre des annonces dans la presse médicale pour des « cours d'introduction à la psychothérapie à destination des médecins généralistes ». Tout médecin intéressé était admis à l'un des cours, chacun comprenant en moyenne huit à douze praticiens. Les cours duraient un semestre et consistaient en des séances de discussion de cas de deux heures chacune. Aucun enseignement théorique systématique n'était dispensé. On demandait dès le début aux praticiens de décrire n'importe quel « cas psychologique » qu'ils avaient eu à prendre en charge récemment, et la discussion était maintenue aussi concrète que possible — au sens où elle devait concerner les problèmes individuels des patients en question. Certains médecins en eurent rapidement assez : un ou deux abandonnèrent durant le premier semestre, et quelques autres à la fin de celui-ci. Les autres […] en demandèrent davantage. Pour offrir cette formation supplémentaire, on poursuivit les séances de discussion de cas hebdomadaires mais en prolongeant chaque séance d'une rencontre tutorale concernant les aspects principaux de la psychodynamique, basée principalement sur des concepts psychanalytiques. Les deux événements prenaient place le même après-midi, et duraient de 14h à 17h ou 17h30. (Balint, 1954a, p. 116)

On a là une description très concrète des groupes Balint : il s'agit de groupes de discussion de cas — les rencontres sont généralement désignées sous les termes de « *case conferences* » ou de « *case seminars* » — rassemblant durant une ou deux heures une dizaine de participants sous la direction d'un « *leader* » psychanalyste. On aura noté que Michael Balint affirme ici inviter les médecins généralistes à « décrire n'importe quel "cas psychologique" qu'ils [ont] eu à prendre en charge récemment » (Balint, 1954a, p. 116). Il

faut souligner à cet égard que Michael et Enid Balint semblent avoir pensé dès l'origine de manière très inclusive la dimension « psychologique » ou « psychothérapeutique » de la pratique des médecins généralistes. Tel qu'ils les envisageaient, les « cas psychologiques » ne concernaient pas forcément des patients souffrant de troubles psychiques diagnostiqués. L'enjeu était plutôt pour les Balint d'évoquer des patients « présentant actuellement des difficultés, qui ne recouvraient pas la santé comme ils l'auraient dû et qui causaient des maux de tête à leurs médecins » (Balint-Edmonds, 1984, p. 3).

La psychanalyse comme pensée de la relation

En quoi cette « sensibilisation » des généralistes à la dimension « psychologique » de leur activité devait-elle consister ? Nous avons déjà partiellement répondu à cette question en évoquant la méthode hongroise de formation analytique et la problématique du « contre-transfert ». Mais cette réponse n'est pas suffisante. La formation « psychologique » des médecins tend en effet à être pensée par les Balint à deux niveaux distincts — correspondant aux deux grandes perspectives portées sur la médecine somatique par la psychanalyse, que rappelle Enid Balint dans un texte datant des années 1970 : une perspective « relationnelle », qui prend pour objet la relation entre médecin et patient ; une perspective psychosomatique, visant les rapports entre corps et psychisme (Balint, 1977, p. 35). Le premier ensemble d'arguments, que nous avons déjà évoqué, met l'accent sur la sensibilisation des médecins à leurs propres attitudes et ressentis ainsi qu'aux émotions et comportements des patients durant les consultations. Michael Balint affirmait en 1939 dans un article coécrit avec Alice Balint que « la situation analytique est le résultat de l'interaction entre le transfert du patient et le contre-transfert de l'analyste, compliqué par les réactions produites en chacun par le transfert de l'autre sur lui » (Balint & Balint, 1985 [1939], p. 218). Ce sont bien ces « interactions », telles qu'elles se manifestent en médecine générale, que visent à étudier les groupes Balint — l'accent étant d'abord placé sur le « contre-transfert » du médecin, puisque les autres réactions « transférentielles » ne peuvent être clairement

ressaisies sans qu'il ait été identifié au préalable. Le travail des participants sur leurs propres réactions « contre-transférentielles » — éminemment nécessaire dans une perspective psychanalytique pour qui veut développer des compétences psychothérapeutiques — donne à la formation une portée particulière. En effet, parce qu'elle suppose de parvenir à discerner et à maîtriser le « contre-transfert », celle-ci « n'implique pas seulement d'apprendre quelque chose de nouveau, mais requiert inévitablement aussi un changement limité, quoique considérable, dans la personnalité du médecin [*a limited, though considerable, change in the personality of the doctor*] » (Balint, 1954b, p. 38). Cette formulation — le « changement limité, quoique considérable, dans la personnalité du médecin », qui apparaît pour la première fois sous la plume de Michael Balint en 1954 — va devenir incontournable dans la description et la promotion des groupes Balint.

Quelques précisions s'imposent quant à la notion de « contre-transfert ». On sait qu'elle a fait l'objet de débats majeurs en psychanalyse. Ont été en particulier différenciés le « transfert » de l'analyste sur son patient — que l'analyse qu'il a lui-même effectuée devrait lui permettre de contenir — et les réponses émotionnelles provoquées chez l'analyste par son patient (Rycroft, 1968, p. 25). Cette seconde dimension a été formalisée en 1950 par la psychanalyste anglo-allemande Paula Heimann dans un texte célèbre intitulé « *On Counter-Transference* » — qu'anticipent dans une certaine mesure les propositions d'Alice et Michael Balint dans l'article que j'ai évoqué précédemment. Heimann envisage le « contre-transfert » comme la « réponse émotionnelle de l'analyste à son patient au sein de la situation analytique », et elle considère qu'il constitue « l'un des outils les plus importants pour [le] travail » de l'analyste (Heimann, 1950, p. 81). Dans cette perspective, les émotions de l'analyste sont ressaisies comme autant d'indices de ce que son patient fait généralement ressentir aux autres, et donc des « *patterns* » relationnels qu'il tend à reproduire face à ses vis-à-vis. On retrouve des éléments similaires chez Michael et Enid Balint : ils invitent à considérer les réactions émotionnelles du thérapeute — analyste ou médecin — à

la fois comme une manifestation de son propre « contre-transfert » et une réaction au « transfert » du patient. Michael Balint souligne ainsi :

> [...] si le médecin ressent quelque chose tandis qu'il soigne son malade, il ne doit en aucun cas agir d'après ses sentiments mais s'arrêter et les considérer comme un symptôme possible de la maladie de son patient. Dans ce cas, le fait que le médecin éprouve tels sentiments signifierait que le patient les suscite et les provoque, et que le médecin pourrait bien être une victime — peut-être consentante — qui ne peut s'empêcher de répondre de cette manière à son patient. (Balint, 1982 [1966], p. 21, traduction modifiée).

Dès lors que le médecin parvient à reconnaître les dynamiques « contre-transférentielles » qui l'animent, il sera mieux à même d'identifier les émotions qu'éveillent en lui les réactions « transférentielles » du patient. Plus il sera conscient de ce que suscitent généralement en lui certaines situations, relations ou attitudes, mieux il pourra appréhender la spécificité de ce qui se joue face à un patient donné[8].

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces éléments dans les pages qui suivent. Il suffit pour l'instant de souligner que, malgré leur centralité dans l'argumentaire des Balint, ces propositions sur le « contre-transfert » du médecin n'épuisent pas leur réflexion sur la relation thérapeutique et ses enjeux. Les Balint développent en effet une véritable pensée de la maladie, proposant de l'envisager « comme circulation intersubjective, comme matière d'échange entre le soigné et le soignant » — pour reprendre ici les termes du psychanalyste Jean-Paul Valabrega, qui a traduit *The Doctor, his Patient and the Illness* et a semble-t-il conduit à la même période le premier groupe Balint organisé en France (Valabrega, 1962, p. 45). Il s'agit de faire place à la dimension proprement « relationnelle » — au sens où elle intervient dans le cadre de la relation thérapeutique

8 Ce sont ces propositions psychanalytiques — pourtant assez élémentaires — que semble ne pas saisir le sociologue Thomas Osborne, qui affirme que les groupes Balint invitent les médecins à se focaliser sur leur « personnalité » parce que celle-ci « détermine[rait] tout » dans la relation thérapeutique (Osborne, 1993, p. 184).

— de la définition de ce qui affecte le patient, qui déborde forcément les seuls repères diagnostiques mobilisés par le praticien :

> [Ces observations] suffisent à montrer comment la maladie apparaît dans la relation thérapeutique — c'est-à-dire, essentiellement, sa dimension intersubjective. […] Le malade communique, présente, envoie (« offre », dit Balint) ses symptômes au médecin. Ces symptômes sont ensuite retournés au patient avec certaines significations. Ils sont retenus ou rejetés, inclus dans une explication proposée au malade. Puis il y a des *déplacements* : dans le dialogue de nouveaux symptômes apparaissent et sont à leur tour traités comme les premiers. Tout cela aboutit à une prescription qui traduit ce que le médecin propose au malade comme cause de sa maladie, ce qu'il lui donne en échange des symptômes offerts. La maladie apparaît donc comme circulation intersubjective, comme matière d'échange entre le soigné et le soignant. À la question : qu'est-ce qui circule entre malade et médecin ? On peut répondre : c'est la maladie. (Valabrega, 1962, p. 45, en italique dans l'original).

Dans cette perspective, « la relation du malade au médecin fait intrinsèquement et essentiellement partie de la maladie » — au sens où « ce n'est pas seulement la description, l'étude, et, bien entendu, le traitement de la maladie » qui dépendent de la relation thérapeutique, mais bien « sa définition même » (Valabrega, 1962, p. 27). Le patient peut rejeter, accepter, transformer ce qui lui dit le médecin de ce qui l'atteint : avant qu'une définition de la maladie soit acceptée de part et d'autre, le patient « *offre* ou *propose* diverses maladies à son médecin », en fonction de ses symptômes, des signes cliniques qu'il croit identifier, de ses origines sociales, de ses connaissances médicales, ou de ses angoisses (Balint, 1987 [1955], p. 204, en italique dans l'original). D'abord « inorganisée », la maladie trouve à se préciser et se concrétiser dans ce jeu d'« offres » et de « réponses » — un jeu qui peut arriver très vite à son terme ou au contraire être sans cesse relancé, dès lors qu'une définition claire et partagée du diagnostic et du traitement adéquat ne parvient pas à être arrêtée par le médecin et son patient (Balint, 1996 [1957], p. 26-27). Dans cette perspective, on ne saurait penser la maladie sans référence à la relation thérapeutique, puisque c'est dans l'échange entre médecin et patient qu'elle trouve à être identifiée et nommée comme telle. Autrement dit, c'est

essentiellement par le biais de la relation thérapeutique que le réel de la maladie entre dans l'ordre du symbolique. La relation thérapeutique donne une forme située à la maladie, dépendante d'un contexte sociohistorique qui informe la nosographie disponible au praticien et les catégories ordinaires du patient.

Telles que les envisagent les Balint, les « réponses » du médecin aux « offres » de son patient dépendent beaucoup de ce qu'ils nomment sa « fonction apostolique » : un ensemble de « standards » ou de normes concernant ce qu'implique le fait d'être malade et la manière dont les patients devraient se comporter. Voici ce que dit Michael Balint de cette notion dans le premier texte où elle apparaît, initialement paru dans le *Lancet* en 1955 :

> La réaction du médecin à n'importe quelle proposition de maladie est très complexe. En examinant cette réponse, nous nous sommes rendu compte qu'elle dépendait en premier de ce que l'on pourrait appeler la « fonction apostolique » du médecin. Nous voulons dire par là que chaque médecin a un ensemble de croyances assez arrêtées quant à ce qui constitue une maladie acceptable ou non, quant au degré de douleur, de souffrance, de peur et de privation qu'un patient devrait tolérer et aux circonstances dans lesquelles il peut attendre qu'on l'aide ou le soulage, quant aux désagréments que le patient est en droit d'infliger à ceux qui l'entoure et quant aux personnes qu'il peut ou non importuner, etc. Ces croyances ne sont presque jamais formulées explicitement, mais elles n'en sont pas moins très prégnantes. Elles poussent le médecin à s'efforcer de convertir, dans la mesure du possible, tous ses patients à ses standards, et de les amener à être malades et à guérir en accord avec ceux-ci. (Balint, 1987 [1955], p. 204)

On voit donc ce que recouvre la notion de « fonction apostolique ». Mais pourquoi « apostolique » ? Michael Balint employait déjà ce terme dans deux textes légèrement antérieurs concernant la formation analytique, que j'ai mentionnés précédemment. Dans le premier texte, paru en 1948, il évoque avec ironie la « succession apostolique » pour désigner les générations d'analystes issues de Freud (Balint, 1948, p. 170). Il reprend cette expression quelques années plus tard, en 1954, en lui offrant une signification plus précise. Il parle désormais de « succession apostolique » pour désigner l'« introjection » acritique par le candidat de la tradition analytique

que représente son analyste. Et il critique « l'intolérance, le sectarisme et la fureur apostolique » à laquelle conduit cette « introjection » sans distance ni nuance (Balint, 1954c, p. 161). L'emploi d'un lexique religieux vient ici désigner un « zèle » déplacé, une « foi » dogmatique virant aisément à l'autoritarisme.

C'est bien ce que vise Michael Balint en parlant de la « fonction apostolique » des généralistes. Comme l'indique Michèle Moreau Ricaud, cette notion vient sanctionner le fait que « le médecin se comporte vis-à-vis de ses patients comme s'il disposait d'un savoir "révélé" sur la manière dont ils doivent se comporter ou guérir » (Moreau Ricaud, 2000, p. 183). Un passage de *the Doctor, his Patient and the Illness* illustre bien ce point :

> *Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients*. C'est ce qui nous a suggéré le nom de « fonction apostolique ». (Balint, 1996 [1957], p. 228, en italique dans l'original)

Cette réflexion concernant la « fonction apostolique » se retrouve évidemment dans les objectifs attribués par les Balint à leurs « séminaires ». Ceux-ci doivent aussi aider le médecin à prendre conscience de ses « convictions » — qui « influencent profondément, voire déterminent » son attitude face au patient — et à s'en distancier suffisamment pour « écouter » réellement son patient et l'envisager « avec sympathie mais aussi avec détachement » (Balint, 1957, p. 1015-1016). En devenant « conscient de la force de sa propre "fonction apostolique" », le médecin peut « se lib[érer] progressivement de sa portée compulsive » (Balint, 1969, p. 206). Le travail sur les réactions émotionnelles du médecin se double ici d'un effort d'objectivation de ses convictions idéologiques — sans d'ailleurs que l'un et l'autre puissent être tout à fait dissociés. D'un côté comme de l'autre, l'opérateur de la mise à distance attendue tient à la confrontation du médecin aux attitudes et commentaires de ses pairs durant les séances : la variété des réactions et l'écart entre elles permettent de faire apparaître ce qu'elles ont ou non d'idiosyncrasique. Dans

les termes du psychanalyste André Missenard, la « diversité d[es] interventions » doit permettre au médecin de « mieux situer le cas et se situer lui-même » (Missenard, 1982, p. 252). En identifiant sa « fonction apostolique » et ses « “réponses” émotionnelles », le médecin doit se trouver mieux à même « d'identifier et de contrôler ses réactions [face au patient], qui seraient sans cela automatiques » (Balint, 1969, p. 206). Ce travail doit aussi lui permettre de percevoir avec plus de clarté les propres convictions du patient concernant la médecine et la maladie, et les dynamiques « transférentielles » qui l'animent dans la relation thérapeutique.

La psychanalyse comme modèle étiologique

Les groupes Balint se donnent donc comme un outil d'objectivation des réactions « contre-transférentielle » des médecins et de leur « fonction apostolique », et doivent permettre de penser les dynamiques « relationnelles » à l'œuvre dans la définition — et donc dans la prise en charge — de la maladie. Mais les objectifs attribués au dispositif ne s'arrêtent pas là. Comme je l'ai indiqué, on trouve en effet chez les Balint un second ensemble d'arguments concernant les apports de leurs « séminaires » à la pratique générale, qui dessinent un projet différent. Ce projet est ancré dans une conception étiologique psychosomatique qui se déploie autour de la notion de « défaut fondamental [*basic fault*] ». Cette notion apparaît elle aussi en 1955, dans l'article déjà cité ci-dessus (Balint, 1987 [1955], p. 219). Elle sera ensuite développée dans *The Doctor, his Patient and the Illness*. De quoi s'agit-il ? On peut d'abord se tourner vers l'article de 1955, qui en offre une formulation succincte :

> Si j'ai raison, la psychanalyse est sur le point de développer une nouvelle conception relative à ce que l'on peut nommer une « maladie fondamentale [*basic illness*] » ou peut-être un « défaut fondamental [*basic fault*] » dans la structure biologique de l'individu, impliquant à divers degrés son esprit et son corps à la fois. L'origine de ce défaut fondamental, si l'on suit cette théorie, peut être retracée jusqu'à une discrépance considérable, dans les premières années ou possiblement les premiers mois formateurs de l'individu, entre ses propres besoins et l'attention et les soins disponibles

> aux moments appropriés [*the care and nursing available at the relevant times*]. Cette discrépance crée un état de déficience dont les conséquences ne sont que partiellement réversibles. Quoique l'individu puisse s'y ajuster adéquatement et même très adéquatement, la trace de ces expériences précoces perdure et contribue dans une large mesure à ce que l'on appelle sa constitution, son individualité ou sa tournure de caractère, à la fois au sens psychologique et au sens biologique. La cause de cette discrépance précoce peut être congénitale, i.e. les besoins du nouveau-né peuvent être excessifs, ou environnementale, tels des soins insuffisants, négligents, hasardeux, angoissés, trop protecteurs ou simplement marqués par une incompréhension de l'enfant. Si cette approche théorique s'avère correcte, alors tous les états pathologiques des années subséquentes, les « maladies cliniques », doivent être considérés comme des symptômes ou des exacerbations de cette « maladie fondamentale », produite par les diverses crises qu'a traversées le développement — à la fois externe et interne, psychologique et biologique — de l'individu. (Balint, 1987 [1955], p. 219-220)

Ce passage se retrouve à l'identique dans *The Doctor, his Patient and the Illness*, paru deux ans plus tard. Apparaissent cependant dans cet ouvrage deux éléments absents dans l'article de 1955, qui permettent de mieux en saisir la portée. Michael Balint y fait d'une part référence à Georg Groddeck — pionnier de la médecine psychosomatique à l'endroit duquel il entretenait une admiration avouée (Balint, 1990 [1957], p. 255). Dans une brève recension traitant conjointement de la traduction en anglais de *Das Buch vom Es* (1923) et d'un recueil de textes de Groddeck, il indiquait ainsi de ce premier ouvrage qu'il était « l'un de [s]es livres préférés, peut-être le tout premier écrit médical qui a pris au sérieux l'idée selon laquelle des maladies qui nous apparaissent comme somatiques ou organiques sont causées par des émotions, sont en fait les expressions d'émotions non comprises ou mal interprétées » (Balint, 1951, p. 250). Michael Balint inscrit clairement sa réflexion sur le « défaut fondamental » dans cette lignée. D'autre part, *The Doctor, his Patient and the Illness* introduit certaines précisions quant à la manière dont cette « discrépance considérable » entre les besoins du nourrisson et les soins qui lui sont portés interagit avec des facteurs environnementaux dans le développement des états pathologiques — ce qui vient complexifier quelque peu l'étiologie

psychosomatique assez sommaire que laisse envisager la citation précédente. Michael Balint ajoute en effet, directement après ce passage sur lequel se concluait le texte de 1955 :

> Si nous admettons cette idée, la controverse à propos de l'origine externe ou interne de la maladie trouve une résolution faisant intervenir une série de facteurs complémentaires. Plus l'un des facteurs intervient, moins l'influence de l'autre se fait sentir. Le tableau qui émerge ainsi est celui d'un conflit entre les possibilités de l'individu et l'environnement dans lequel il évolue. Supposons que le « défaut fondamental » n'a pas été trop sévère et a permis à l'individu de se développer plutôt adéquatement, i.e. de s'adapter à une gamme assez large de conditions sans que cela résulte pour lui en une tension exagérée. Mais que la tension s'accroisse brusquement ou qu'elle touche à des zones en lien avec le « défaut fondamental », et l'individu se trouve face à une difficulté qui peut s'avérer insurmontable. (Balint, 1996 [1957], p. 272-273, traduction modifiée)

Comme l'indique Michèle Moreau Ricaud, la maladie est ici rapportée à certaines « qualités » ou « caractéristiques » de « la personnalité du patient ». Plus précisément, elle marque la « réactualisation » sous une « forme clinique » de certaines « difficultés existentielles » qu'a rencontrées l'individu dans les premières années de son existence — qu'il s'agisse d'une inadéquation entre ses besoins et les réponses de son environnement, physique ou social, ou d'un trauma survenu « à un point précoce de son développement » (Moreau Ricaud, 2006, p. 67). Cette réactualisation est cependant dépendante de facteurs environnementaux qui en influencent la forme et plus fondamentalement la survenue : elle n'intervient que lorsque l'individu est débordé dans ses capacités d'adaptation face à des conditions adverses.

Pour bien comprendre cette réflexion psychosomatique, il faut encore dire quelques mots de l'appareil théorique dans lequel s'inscrit la notion de « défaut fondamental ». Celui-ci n'a pas fait l'objet d'une publication de la part de Michael Balint avant la fin des années 1950 — avec la parution dans l'*International Journal of Psycho-Analysis* d'un article intitulé « *The Three Areas of the Mind. Theoretical Considerations* », dont le contenu a été repris dix ans plus tard dans *The Basic Fault* (Balint, 1958). Michael Balint y distingue

deux « zones » du psychisme, en lien avec la théorie du développement qu'il formule au prisme des relations d'objet : la « zone du défaut fondamental » — qui correspond à une forme « primitive » de relation, strictement dyadique, intervenant déjà dans la phase préœdipienne — et la « zone œdipienne ou génitale » — qui implique des relations dont la structure est « triangulaire » ou triadique, au sens où y interviennent au moins deux objets en plus du sujet. L'enjeu de la situation œdipienne tient à un conflit, l'exemple-type étant celui de l'interdiction par une figure d'autorité — externe ou intériorisée — d'une forme ou une autre de gratification (Balint, 2003 [1968], p. 30). Au contraire, puisque la configuration préœdipienne à laquelle correspond le « défaut fondamental » déploie une relation purement dyadique, le problème qu'elle pose tient à l'absence de l'objet et au manque qu'elle crée chez le sujet. C'est la raison pour laquelle Michael Balint parle de « défaut » : il fait doublement référence à la défaillance de l'adulte dans la petite enfance — qui a « fait défaut » ou « été en défaut » vis-à-vis de l'enfant — et au sentiment des patients concernés « d'avoir en [eux] un défaut » qui « doit être réparé ». Si ce « défaut » est « fondamental [*basic*] », c'est d'abord qu'il concerne une « zone » primitive du psychisme et une configuration relationnelle « élémentaire ». Mais c'est aussi que « l'influence de ce défaut est considérable », au sens où elle « s'étend probablement sur toute la structure psychobiologique du sujet, impliquant à des degrés divers aussi bien son psychisme que son corps » (Balint, 2003 [1968], p. 40-41). On rejoint ici les remarques que comprennent l'article de 1955 précédemment cité et *The Doctor, his Patient and the Illness* :

> Ainsi le concept de défaut fondamental nous permet-il de concevoir comme les symptômes d'une même entité étiologique non seulement les différentes névroses (peut-être aussi les psychoses), les troubles du caractère, les maladies psychosomatiques, etc., mais aussi — comme le relèvent les expériences menées dans le cadre de notre recherche sur la pratique de la médecine générale — un grand nombre de maladies « cliniques » courantes. Je veux dire qu'une maladie « clinique » peut disparaître sous l'effet de différentes expériences affectives — dont le traitement médical — pour laisser la place à un trouble psychologique spécifique, et *vice versa*. (Balint, 2003 [1968], p. 41-42, traduction modifiée).

La notion de « défaut fondamental » désigne donc une atteinte de cette strate fondamentale du psychisme qui se constitue durant la phase préœdipienne dans des relations dont la structure est encore « élémentaire », c'est-à-dire dyadique. Cette atteinte est de l'ordre de la « déficience » intime plutôt que du « conflit » à résoudre ou du « besoin pulsionnel » susceptible d'être satisfait. On devine que ces réflexions donnent lieu à des considérations relatives à la technique analytique. Suivant qu'ils relèvent de la phase préœdipienne ou œdipienne, les troubles manifestés par le patient impliquent en effet de l'analyste qu'il adopte des stratégies différentes — d'autant que les atteintes relevant du « défaut fondamental » n'offrent pas le même genre de prise à la symbolisation, touchant aux fondements du psychisme et à des épisodes très précoces de la vie du nourrisson (Balint, 2003 [1968], p. 29 & p. 41, traduction modifiée). Michael Balint s'inspire ici des célèbres réflexions de Ferenczi sur la « confusion des langues » entre adulte et enfant, mais aussi et surtout de la typologie des dynamiques et approches psychologiques proposée par John Rickman (Rickman, 1957 [1951]). Dans les termes de Rickman, la relation dyadique entre « *caregiver* » et enfant correspondant à la « zone du défaut fondamental » est de l'ordre de la « *two-person psychology* », alors que les conflits de la phase œdipienne opèrent sur le mode triadique — en particulier autour de la configuration enfant-mère-père, évidemment — propre à la « *three-person psychology* » (Balint, 2003 [1968], p. 51-52).

Michael Balint souligne dans *The Doctor, his Patient and the Illness* que les médecins généralistes ne peuvent et ne devraient pas aller trop loin dans leurs tentatives diagnostiques : en raison des « nombreuses restrictions que lui impose sa pratique », le généraliste ne sera que « rarement » en mesure d'examiner de près « la nature et l'étendue du défaut fondamental » (Balint, 1996 [1957], p. 287, traduction modifiée). Qui plus est, la notion de « défaut fondamental » ne figure plus dans les travaux consacrés par Michael Balint aux rapports entre psychanalyse et pratique générale après la publication de cet ouvrage — même si ce thème est par ailleurs resté central dans sa réflexion psychanalytique (Balint, 1974, p. 215). Des

éléments connexes continuent cependant de s'y exprimer, en premier lieu autour de la notion de « diagnostic en profondeur [*diagnosis in depth*] » qui apparaît dès 1961 dans *Psychotherapeutic Techniques in Medicine* (Balint & Balint, 1966 [1961], p. 160-161). Elle sera rapidement remplacée par celle de « diagnostic d'ensemble [*overall diagnosis*] » (Balint, 1982 [1966], p. 19-20). On peut évoquer ici ce que dit Michael Balint de cette notion dans ses textes de la fin des années 1960, qui en offrent les définitions les plus éclairantes.

La définition qu'il propose du « diagnostic d'ensemble » s'inscrit dans le cadre plus général d'une double distinction : une première distinction entre médecine « centrée sur la maladie » et médecine « centrée sur le patient » ; une seconde distinction entre deux « classes » d'« états pathologiques », que Michael Balint rapproche respectivement des deux genres de médecine précités (Balint, 1969, p. 206-207). La « Classe I » correspond aux cas dans lesquels « une "maladie" localisable peut être identifiée ». Le médecin établit alors un « "diagnostic traditionnel" » sur la base duquel est instaurée une « "thérapie rationnelle" ». C'est « le domaine propre du spécialiste, de la médecine scientifique ou hospitalière ». La « Classe II » concerne au contraire « les personnes qui n'ont pas de maladie localisable, mais qui sont elles-mêmes "malades" ». Même « [l]'examen scientifique le plus exact ne peut identifier un défaut [*fault*] localisable » chez les patients concernés. Les diagnostics posés faute de mieux « ne renvoi[ent] qu'à des états temporaires ou non pertinents, et non à la pathologie réelle ». Le jeu des « "offres" » et des « "réponses" » entre médecin et patient conduit le plus souvent à un « "accord" non pertinent », au sens où il n'entretient pas de rapport direct avec l'origine effective du problème, et se trouve donc sans cesse relancé. Michael Balint souligne les effets délétères d'une pratique de la médecine « centrée sur la maladie » dans les « états de Classe II » — qui tend à « distraire l'attention du patient des troubles qui affectent sa personnalité et des conflits [dont il fait l'expérience] en la focalisant sur des rapports non pertinents concernant l'état et les fonctions de ses organes » (Balint, 1969, p. 206-207). Dans cette perspective, l'un des apports des « séminaires » à

destination des médecins généralistes mis en place par Enid Balint et lui-même tient justement à la possibilité de promouvoir une nouvelle « orientation » dans la « pensée médicale », qui devrait valoriser le « diagnostic d'ensemble » au moins autant que le « diagnostic traditionnel ». Michael Balint affirme explicitement que « [c]e diagnostic d'ensemble et la thérapie qu'il appelle constituent la véritable médecine psychosomatique ». Il est dès lors justifié de considérer que les « séminaires » destinés aux généralistes participent à offrir à la médecine psychosomatique une « place adéquate et juste » dans le monde médical (Balint, 1968, p. 268 & 272)[9].

Un héritage partiel, mais une ambiguïté durable

On s'en doute, ces éléments psychosomatiques interviennent désormais assez peu dans les argumentaires en faveur des groupes Balint — même chez les psychanalystes. Ce sont plutôt les éléments relatifs à la relation médecin-patient et ses enjeux qui sont mis en avant. Notons toutefois que certains lecteurs et lectrices des Balint ont pu faire une place considérable à la psychosomatique dans leurs réflexions sur les groupes Balint. C'est notamment le cas de Franck Faure — un médecin généraliste et psychanalyste bordelais — dans un ouvrage intitulé *La doctrine de Michael Balint*. Faure considère en effet que « la spécificité de la formation Balint par rapport à d'autres formations psychologiques » tient à la « sensibilisation » du médecin à la possible présence chez son patient d'« *une atteinte du "défaut fondamental"* » — atteinte qu'il doit savoir « repérer » même s'il revient à l'analyste de l'identifier clairement ou de la « corriger » (Faure, 1978, p. 106, en italique dans l'original). Il regrette que cette « spécificité » soit « encore si mal comprise » et « soumise à des distorsions fâcheuses », ce qu'il attribue à deux facteurs : d'une part, « la

9 Les remarques de Michael Balint concernant la nécessaire dimension psychosomatique de la prise en charge en médecine générale restent généralement assez théoriques. Mais elles peuvent prendre une tournure très concrète dans certaines études de cas, comme lorsqu'il s'interroge sur la possibilité que le glaucome développé par une patiente âgée puisse constituer « un état psychosomatique », soulignant que « l'éventualité que la tension, détournée [dans le cas de la patiente en question] de toutes les autres sphères de la vie, vien[ne] s'accumuler dans les yeux, ne doit pas être totalement exclue » (Balint, 1976 [1973], p. 43).

méconnaissance pure et simple de la pensée de Balint » ; d'autre part, « la résistance inconsciente de nombreux "*leaders*" de formation freudienne orthodoxe — ce qui est le plus souvent le cas sur le continent européen — devant la théorie du Défaut fondamental » (Faure, 1978, p. 107, la majuscule est de l'auteur). L'œuvre de Michael Balint doit pour Faure être interprétée comme une « doctrine originale tendant à découvrir une *compréhension unifiée du phénomène de l'être malade* », dont la « pièce maîtresse » tient à la théorie du « défaut fondamental » (Faure, 1978, p. 95 & p. 107, en italique dans l'original). Manifestement, peu de commentateurs seraient aujourd'hui prêts à suivre Faure sur ce point. Michèle Moreau Ricaud ne consacre que quelques lignes à la problématique du « défaut fondamental » dans *Michael Balint. Le renouveau de l'École de Budapest* (Moreau Ricaud, 2000, p. 184). André Haynal l'aborde bien, mais sans en évoquer la portée psychosomatique : il s'en tient aux aspects développementaux et à leurs enjeux pour la technique analytique (Haynal, 2012 [1987], p. 148-150). Et si Hélène Oppenheim-Gluckman revient plus longuement sur cette notion, elle en conclut surtout que les « hypothèses » de Michael Balint « semblent floues » — opposant à cet égard ses travaux à ceux de Pierre Marty et des psychanalystes de l'École psychosomatique de Paris plus généralement (Oppenheim-Gluckman, 2006, p. 118).

On a donc, dans la réflexion des Balint sur leurs « séminaires », une certaine ambiguïté entre deux visées diversement inspirées par la psychanalyse : d'une part, promouvoir la ressaisie « réflexive » des dynamiques « transférentielles » propres à la relation thérapeutique, un accent particulier se trouvant placé sur les émotions du médecin à l'endroit de son patient ; d'autre part, réformer dans une certaine mesure la « pensée médicale » en y introduisant certains éléments de psychosomatique psychanalytique. Comme je l'ai souligné, cette seconde visée n'est que peu présente dans les réflexions contemporaines sur les groupes Balint — et elle ne trouve guère à s'exprimer dans les groupes que j'ai eu l'occasion d'observer. On peut cependant considérer que cette ambiguïté traduit une opposition plus fondamentale entre deux rôles ou « fonctions »

susceptibles d'être occupés par le psychiatre face aux généralistes ou aux médecins somaticiens dans le cadre des groupes Balint et des dispositifs apparentés.

Quoiqu'il ne soit pas toujours possible de trancher clairement, un certain partage s'opère en effet entre des apports relevant : I) d'une réflexion sur la relation thérapeutique et ses enjeux, sur sa dimension émotionnelle, voire sur certaines dynamiques interactionnelles de bas niveau intervenant durant les consultations ; et II) de la transmission de connaissances psychiatriques spécifiques relatives à certains troubles ou pathologies, de la schizophrénie à la dépression en passant par les troubles alimentaires ou les addictions. Les éléments composant le premier ensemble se donnent comme des *compétences* ou des *savoir-faire* en lien avec une forme de sensibilité difficile à objectiver. Les apports relatifs au second ensemble apparaissent au contraire comme autant de manifestations d'un *savoir* psychiatrique à la validité (relativement) inquestionnée, et donnent ainsi lieu à des séquences interactionnelles proches du cours ou de l'exposé. J'ai pu observer cette dualité durant mon travail de terrain. Son importance pour les interactions du « *leader* » psychiatre avec les médecins généralistes tient en particulier au fait que l'asymétrie épistémique existant entre les participants n'est pas toujours évidente en ce qui concerne le premier ensemble d'éléments — les généralistes pouvant souhaiter revendiquer pour eux-mêmes une forme d'expertise concernant les aspects relationnels de la pratique médicale (Bloy & Schweyer, 2010, p. 16).

Deuxième ambiguïté : formation ou « thérapie » ?

Dès les premiers groupes à destination des travailleuses sociales, une inquiétude se fait jour chez les organisateurs concernant la possibilité que le dispositif n'attire « des personnes qui espèrent y trouver une solution à leurs propres difficultés personnelles » (Bannister *et al.*, 1955, p. 22). Les Balint font état de préoccupations similaires relativement aux médecins généralistes. Michael Balint affirmait ainsi à la fin de sa vie :

> Bien entendu, la route était longue à parcourir et semée de difficultés à résoudre avant de pouvoir établir un schème utilisable. Nous débutâmes par la publication dans la presse médicale d'une annonce d'un « Séminaire de discussions sur les problèmes psychologiques en médecine générale ». Comme on pouvait s'y attendre, dans le premier groupe de médecins que nous attirâmes, il y avait un nombre important de grands malades, de médecins névrosés ou psychotiques qui espéraient tirer de ces discussions une solution à leurs difficultés personnelles. Quand ils comprirent que cette attente ne serait pas satisfaite, la plupart d'entre eux nous quittèrent désappointés. Cependant, je fus capable de réunir exactement quatorze médecins de 1950 à 1953 pour former le noyau d'un groupe de recherches. (Balint, 1970, p. 458)[10]

Comme je l'ai indiqué, les années 1940 voient le développement au Royaume-Uni de dispositifs groupaux à vocation thérapeutique sous l'impulsion de divers psychanalystes. La guerre et ses impératifs poussent les analystes à développer un intérêt marqué « pour les groupes, pour les phénomènes institutionnels et communautaires », qui se manifeste en particulier dans les expériences groupales menées entre 1942 et 1948 à l'hôpital militaire de Northfield,

10 Les premiers « séminaires » des Balint étaient présentés de manière assez déroutante dans les documents officiels de la *Tavistock Clinic* — qui évoquent des « [s]éminaires de discussion concernant les problèmes psychologiques des médecins généralistes [*Discussion seminars on psychological problems of general practitioners*] » (document disponible sur le site de la *British Psychoanalytical Society* : www.psychoanalysis.org.uk). À suivre Michael Balint, il s'agirait là d'une erreur puisqu'il soutient que, « dès le tout premier [séminaire] en 1950 », les groupes ont été « annoncés dans la presse médicale sous le titre de "Séminaires de discussion concernant les problèmes psychologiques dans la pratique médicale (ou générale)" » (Balint, 1969, p. 202).

dans la périphérie de Birmingham (Rayner, 1994 [1990], p. 19). Les « expériences de Northfield » — auxquelles participent notamment Wilfred R. Bion, John Rickman et Sigmund H. Foulkes — mettent l'accent sur les vertus thérapeutiques de groupes dont les activités, les objectifs et l'organisation sont largement placés sous la responsabilité de leurs membres (Harrison & Clarke, 1992, p. 706). Dans ce contexte, il est indispensable pour les Balint de clarifier le statut de leurs « séminaires » : ils doivent marquer la différence entre groupes de formation et groupes thérapeutiques. Cet effort passe d'abord, comme on l'a vu dans les extraits restitués ci-dessus, par la sélection des participants. Mais il s'exprime surtout dans le mode d'organisation des groupes eux-mêmes, tel que le décrivent les Balint. Ceux-ci affirment ainsi s'efforcer « d'éviter que soient discutées au sein du groupe des émotions d'une nature personnelle et intime, c'est-à-dire [...] de laisser le groupe se transformer en une entreprise ouvertement thérapeutique [*an openly therapeutic venture*] » (Balint & Balint, 1955, p. 136).

« Transformer la personnalité » du médecin

Les Balint travaillent donc à distinguer thérapie et formation. Les choses se compliquent cependant lorsqu'ils s'efforcent de définir plus clairement les objectifs qu'ils attribuent à leurs « séminaires ». En effet, comme je l'ai souligné, il s'agit pour eux en cherchant à faire émerger le « contre-transfert » du médecin de susciter une « transformation "considérable mais limitée" » de sa « personnalité » sans qu'il ait à « traverser une longue analyse personnelle » (Balint & Balint, 1955, p. 136-137). En parlant de « transformation de la personnalité », ils veulent désigner un « accroissement de la prise de conscience et du contrôle de soi-même » qu'ils envisagent comme indispensable à l'action « psychothérapeutique » dont ils souhaitent rendre capables les médecins (Balint & Balint, 1966 [1961], p. 110). Évidemment, cette idée d'une « transformation de la personnalité » par le travail en groupe ne va pas sans poser problème au regard du refus des Balint d'envisager leurs « séminaires »

comme un dispositif d'ordre « thérapeutique ». N'entre-t-on pas résolument, avec l'idée qu'il s'agit de transformer la « personnalité » des médecins, dans le domaine propre à la psychothérapie ? C'est en tout cas l'avis d'un certain nombre de commentateurs, dont Michèle Moreau Ricaud :

> Ces groupes ont une finalité implicite : le changement de la personnalité du médecin dans son travail [...]. À cet égard, ce groupe a selon moi une *fonction psychothérapeutique*, même si le processus ne vise qu'« un changement limité quoique considérable de la personnalité du médecin », et même si nombre des usagers de ces groupes leur dénient cette fonction. C'est sans doute que beaucoup font semblant de ne pas voir. Ou craignent de voir, préférant rester non pas à la frontière du préconscient mais dans le conscient et le factuel. (Moreau Ricaud, 2000, p. 167, en italique dans l'original).

Les Balint se rendent manifestement compte que la nature et les enjeux de cette « transformation "considérable mais limitée" » de la « personnalité » du médecin qu'ils prétendent produire méritent d'être clarifiés, en particulier au vu de leur refus d'attribuer à leur dispositif une visée « thérapeutique ». Michael Balint va s'y atteler dans *The Doctor, his Patient and the Illness*. Il y introduit une distinction entre le « transfert public et manifeste [*public overt transference*] » et le « transfert privé et caché [*private hidden transference*] » du médecin, indiquant que seul le premier est abordé dans le cadre des séances de discussion (Balint, 1996 [1957], p. 331, traduction modifiée)[11]. Le passage en question mérite d'être reproduit ici :

> On peut se faire une idée approximative du but que nous poursuivons en évoquant la distinction fondamentale entre formation et thérapie. Cette différence correspond à peu près à celle qui existe entre le fait d'atteindre le transfert public et manifeste du médecin pris individuellement et celui de toucher à son transfert privé et caché. Le transfert public et manifeste peut apparaître avec évidence à l'ensemble du groupe. Il constitue d'ailleurs

11 Jean-Paul Valabrega a choisi de rendre les deux termes de la distinction par « transfert manifeste évident » et « transfert latent, caché » — ce qui a pour inconvénient de faire disparaître l'opposition « public » ou « professionnel » *vs* « privé », pourtant centrale ici.

> l'une des préoccupations des participants, qui doivent s'y adapter à chaque réunion, en le soutenant, en le critiquant, en se laissant influencer par lui, en le rejetant, etc. Mais seul le médecin connaît son contre-transfert privé — et peut-être même n'en a-t-il pas conscience. Modifier ce contre-transfert privé nécessiterait une étude plus approfondie de la personnalité du médecin, qui équivaudrait à une forme de thérapie. (Balint, 1996 [1957], p. 331, traduction modifiée)

On retrouve ici l'idée selon laquelle il faudrait éviter de toucher dans le cadre des « séminaires » à des émotions « de nature personnelle et intime » (Balint & Balint, 1955, p. 136). Comme le souligne Enid Balint dans un texte plus tardif, des « limites » claires sont placées au travail en groupe : les « problèmes privés du médecin » ne sont pas abordés, et « seules ses difficultés professionnelles avec son patient sont discutées » (Balint, 1977, p. 40). Il s'agit donc, par le « travail en groupe », d'offrir « une possibilité de changement pour la part professionnelle de la psyché, c'est-à-dire pour un secteur défini et limité de la vie psychique » — i.e. pour la « personnalité professionnelle du médecin » ou la « part professionnelle de la personnalité du médecin » (Missenard, 1982, p. 261-262). La « transformation » attendue des participants reste cependant à certains égards « considérable » — voire inatteignable ou insupportable. Michael Balint indique ainsi que la participation aux séminaires s'est avérée dans certains cas périlleuse pour les participants : certains médecins étaient trop « immatures » et d'autres psychologiquement trop « fragiles » pour la supporter. Avant que ne soit introduite une sélection dans les participants, plusieurs médecins ont subi « une décompensation », et il a fallu « conseiller à certains d'entre eux d'arrêter la formation et de solliciter l'aide d'un thérapeute » (Balint, 1957, p. 1017). Ces difficultés ont d'ailleurs conduit Michael Balint et ses collaborateurs à s'interroger sur les critères de « sélection » susceptibles d'être mobilisés pour encadrer la participation à leurs « séminaires » (Balint, 1966). L'atteinte au « contre-transfert professionnel » du médecin n'est donc pas anodine.

Les auteurs qui abordent ultérieurement cette question vont suivre dans les grandes lignes cette distinction entre ce qui relèverait d'une part « professionnelle » et d'une part « privée » de la psyché des médecins (voir par ex. Lagueux, 2013, p. 48-49). C'est notamment le cas du psychanalyste Howard Bacal, qui a été analysé et supervisé par Michael Balint. Pour Bacal, l'apport des groupes Balint peut être conçu comme un ensemble de « changements dans le "moi professionnel" ». Il s'agit là de la « partie de sa personnalité » que le médecin « utilise quand il répond aux besoins de ses patients ». Cependant, selon Bacal, le fait de laisser intouché le « contre-transfert privé » des participants n'est en définitive pas souhaitable, du moins pas dans tous les cas. Un participant à un groupe Balint lui aurait affirmé avoir grandement progressé dans sa pratique médicale à la suite d'un travail psychothérapeutique entrepris par ailleurs. Pour Bacal, cette expérience est révélatrice : il considère qu'il serait pertinent de proposer au moins à une partie des généralistes impliqués un travail proprement « thérapeutique », mettant en jeu leur « contre-transfert privé » (Bacal, 1972, p. 376-377). L'enjeu tient ici à l'ampleur ou à la « profondeur » du travail réalisé sur le « contre-transfert » des médecins. S'il s'agit pour les médecins de prendre conscience de leurs réactions émotionnelles face aux patients, la distinction entre ce qui relève du professionnel et ce qui relève du privé peut être mise en question : un travail thérapeutique « privé » peut clairement avoir un impact positif sur la sensibilité ou l'« *insight* » du praticien dans le cadre de son activité[12].

12 Au regard des objectifs qui lui sont fixés, l'idée de suppléer ou prolonger la formation en groupes Balint par un travail psychothérapeutique individuel n'a rien de particulièrement surprenant — et semble relativement répandue. Sans manifestement être au fait de ces débats, Isabelle Baszanger relevait ainsi dans un texte issu de sa thèse de doctorat le rapport « ambigu » à la psychanalyse des jeunes médecins généralistes français auprès desquels elle avait enquêté, marqué par un rapprochement entre groupes Balint et démarche psychothérapeutique personnelle : « S'établit en effet, pour certains [médecins], une sorte d'homologie entre un recours à une formation de groupe centrée sur les relations médecins-malades et qui, explicitement, se définit comme une formation professionnelle, et la nécessité d'une psychothérapie individuelle qui aurait, de surcroît, un effet formateur pour le médecin généraliste. » (Baszanger, 1983, p. 283).

Guérir les « malades de la médecine » ?

La discussion se complexifie encore un peu avec le développement progressif d'une nouvelle manière d'envisager la portée « thérapeutique » des groupes de discussion. Celle-ci va de manière de plus en plus fréquente être pensée directement en lien avec les difficultés que les médecins rencontrent dans le cadre de leur activité, plutôt qu'au prisme de la formation « psychothérapeutique » qu'ils devraient réaliser. On trouve un exemple frappant de ce déplacement dans un texte publié en 1982 par un « *leader* » de groupes Balint bien connu en France, Michel Sapir. Il y souligne la nécessité de thématiser et étudier plus directement la question des vertus « thérapeutiques » des groupes de discussion. C'est que la « psychothérapie » constitue selon lui « le produit honteux » des groupes Balint — et se tient dès lors hors du champ des réflexions les concernant (Sapir, 1982, p. 185). Or, il lui paraît important de clarifier ce point pour répondre aux critiques qui envisagent les groupes Balint comme un dispositif thérapeutique dévoyé, fonctionnant comme « un refuge de marginaux ou de malades fuyant diverses thérapies ». Pour Sapir, il est évident qu'il n'en est rien, et que « le taux de malades psychiatriques ou psychopathologiques graves n'est pas supérieur dans ces groupes à ce qu'il est dans l'ensemble du corps médical ». Il s'interroge cependant sur ce qui peut conduire les médecins à intégrer un groupe Balint. Selon lui, si on ne peut taxer les participants d'être « malades au sens habituel du terme », « on doit se demander s'il ne s'agit pas de *malades de la médecine* » (Sapir, 1982, p. 189-190, en italique dans l'original). Ici, le dispositif groupal apparaît explicitement comme un soutien ou une ressource susceptibles d'être mobilisés par des médecins confrontés à certaines difficultés professionnelles. Les groupes Balint auraient bien une portée « thérapeutique » — mais celle-ci concernerait les maux propres à l'activité médicale. C'est ce que l'on retrouve dans des contributions plus récentes faisant des groupes Balint une réponse

possible à l'« épuisement professionnel » des médecins (Moreau Ricaud, 2016, p. 75)[13].

On assiste donc à un déplacement entre deux manières d'envisager la portée « thérapeutique » des « groupes Balint : d'abord, comme un prérequis à l'exercice d'une forme de « psychothérapie » en médecine générale ; ensuite, comme un outil à disposition des médecins face aux vicissitudes de leur activité. Les deux propositions ne sont pas forcément incompatibles. On peut considérer que l'aide apportée aux médecins est susceptible de leur permettre de remplir plus adéquatement leur fonction de thérapeutes. Il n'empêche que l'accent est d'un côté placé sur la formation et les soins prodigués aux patients, et de l'autre sur le soutien apporté aux praticiens eux-mêmes. On a donc ici une seconde ambiguïté dans le fonctionnement des groupes Balint et les objectifs qui leur sont attribués, relative à leur statut « pédagogique » ou « thérapeutique » — encore complexifiée par la diversité et l'évolution de la signification attribuée à ces termes. Le cadre général fait consensus : il s'agit de venir en aide aux praticiens face à des patients qu'ils jugent « difficiles » à différents titres, notamment en les amenant à thématiser leurs émotions ou ressentis et en confrontant leur perspective sur les situations concernées à celles de leurs collègues. Mais les manières de qualifier l'aide en question divergent. S'il paraît réducteur de parler de « groupes de soutien », la visée du dispositif ne se laisse par ailleurs que difficilement ressaisir en termes de formation seulement. Cette ambiguïté se retrouve sans doute de manière assez générale dans les groupes de discussion à destination des professionnels de

13 On trouve dans la littérature consacrée aux groupes Balint d'autres manières encore d'envisager la dimension « thérapeutique » du dispositif. Ainsi, le psychiatre et psychanalyste français Charles Brisset parle de « *psychothérapie professionnelle* du médecin » dans les groupes Balint pour désigner le fait de « soigner le médecin de sa maladie professionnelle, qui est la science considérée non seulement comme une technologie, mais comme une idéologie limitée aux sciences expérimentales » (Brisset *in* Caïn, 1994, p. 33-34, en italique dans l'original). La pratique groupale apparaît ici comme un genre de « thérapie » au sens où elle permettrait aux médecins de se libérer d'un certain « scientisme ».

l'aide ou du soin[14]. Nous verrons qu'elle est en tout cas bien présente dans les groupes que j'ai eu l'occasion d'observer, qui oscillent entre divers formats de participation et donnent ainsi à voir différentes manières d'envisager la pertinence du dispositif. Si ce sont les visées de formation et de supervision qui sont mises en avant sur le plan institutionnel, le déroulement effectif des groupes ne s'y résume pas. S'y mêlent en effet conseils voire directives quant à la prise en charge des patients, partage d'expériences professionnelles difficiles ou éprouvantes, témoignages de soutien ou de sympathie, plaintes à l'égard de l'institution ou critiques des apories propres à l'organisation moderne des soins, transmission de connaissances ou de compétences, etc.

14 On l'identifie ainsi très clairement dans le compte rendu que fait Christian Licoppe des « groupes de parole » mise en place par l'association d'assistance téléphonique aux personnes en détresse dont il a étudié les activités. Si ces groupes doivent permettre aux bénévoles de « digérer les appels difficiles », il s'agit aussi et surtout de leur « faire prendre conscience de la manière dont [leur] écoute [peut] avoir été encombrée par [leur] propre histoire ». Le dispositif groupal met ainsi en jeu la « personne entière » des bénévoles et doit — selon les termes du responsable de l'association — leur offrir « "les moyens d'accès à [leur] propre croissance" » (Licoppe, 2008, p. 7-8).

Troisième ambiguïté : une médecine de la « personne entière » ?

Nous avons vu plus haut que les Balint en sont venus dans le courant des années 1960 à différencier médecine « centrée sur la maladie » et médecine « centrée sur le patient » (Balint, 1969, p. 206). Dans un texte de la même période, Michael Balint et ses collaborateurs font état des difficultés rencontrées au moment de nommer le genre de médecine qu'ils souhaitent valoriser. Ils affirment avoir employé, puis abandonné l'expression de « "médecine de la personne entière [*whole-person medicine*]" », peu pratique et trop ambitieuse (Balint, Ball & Hare, 1969, p. 249). C'était notamment le qualificatif utilisé en 1961 dans *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*, dans un passage éloquent qui nous fait revenir aux éléments précédemment évoqués à propos du « diagnostic en profondeur » :

> Comme leur contact prolongé avec leur malade les pousse — du moins ceux qui ne sont pas complètement sous l'influence de la médecine hospitalière — à considérer davantage l'homme que ses « maladies », les techniques qu[e les médecins généralistes] doivent employer auront toujours une forte dimension psychosomatique et ne se prêteront pas à une validation sur le mode de l'expérience en double aveugle. Il leur faudra créer de nouveaux critères, un genre différent d'objectivité scientifique que l'on pourrait nommer *pathologie de la personne entière ou médecine de la personne entière* [whole-person pathology or whole-person medicine], et dont la tâche première sera de comprendre le sens pour le malade des plaintes et maladies qu'il offre à son médecin. La visée de la thérapie sera alors de *permettre au patient de se comprendre lui-même*, de trouver une meilleure solution au problème qui se présente à lui et de parvenir ainsi à l'intégration qui n'a pu encore se réaliser ou qui s'est défaite à la suite d'une perturbation de la relation qui l'unit à son environnement. Voici la place de la psychothérapie en médecine. (Balint & Balint, 1966 [1961], p. 167, traduction modifiée, en italique dans l'original)

Dans le texte précédemment mentionné, Michael Balint et ses collaborateurs indiquent qu'ils ont finalement retenu les expressions de « médecine orientée vers le patient [*patient-oriented medicine*] » ou de « médecine centrée sur le patient [*patient-centred medicine*] » (Balint, Ball & Hare, 1969, p. 249). Les Balint font figure

de pionniers dans l'usage de cette terminologie — même si ces expressions peuvent être rapprochées de sources plus anciennes, et notamment de la « *client-centred therapy* » de Carl Rogers (Nolte, Merkur, Anell & Lind 2017, p. 100)[15]. Mais l'emploi qu'ils en font est assez spécifique. Pour eux, il existe trois différences principales entre « médecine orientée vers la maladie » et « médecine orientée vers le patient » : I) la « médecine orientée vers la maladie » suppose un « observateur objectif et non-impliqué », alors que les données sur lesquelles s'appuie la « médecine orientée vers le patient » ne peuvent être rassemblées que par « un observateur participant ou impliqué » ; II) la « médecine orientée vers la maladie » pense en termes de pathologies affectant une ou plusieurs fonctions ou parties du corps, alors que la « médecine orientée vers le patient » pense « en termes de problèmes de la personnalité, de conflits et de relations humaines perturbées, aussi bien qu'en termes de maladies physiques » ; III) les deux approches de la médecine impliquent l'instauration d'une relation différente avec le patient, en particulier parce que les informations sur lesquelles se fonde la « médecine orientée vers le patient » proviennent essentiellement de ce que le patient est susceptible de communiquer à son médecin (Balint, Ball & Hare, 1969, p. 250). On retrouve ici encore certaines des réflexions restituées précédemment.

La crainte d'une extension indue du champ thérapeutique

Le point qui m'intéresse plus particulièrement tient à une remarque figurant dans le même texte directement à la suite de ces précisions, où les auteurs indiquent que certains participants aux « séminaires » qu'ils ont mis en place sont « mal à l'aise » vis-à-vis de « cette approche qu'ils envisagent comme une

15 Toujours dans le même texte, Michael Balint et ses collègues affirment en note que c'est le psychiatre écossais William M. Millar qui leur a suggéré l'expression de « *patient-centered medicine* », et que l'idée qu'elle cherche à transmettre a été « partiellement anticipée » au sein d'un article intitulé « *Typical Medical Students* », paru en 1964 dans le *British Medical Journal* (Balint, Ball & Hare, 1969, p. 249, *infra*). Comme son titre l'indique, ce texte différencie plusieurs « types » d'étudiants en médecine en fonction de leurs intérêts et perspectives sur les pratiques thérapeutiques — et évoque le « *patient-cent[e]red graduate* » (Walton, Drewery & Phillip, 1964, p. 747-748).

interférence injustifiée [*an unwarranted interference*] dans la vie privée du patient » (Balint, Ball & Hare, 1969, p. 251). Cette remarque me semble essentielle. Elle montre qu'à l'époque même où les Balint cherchaient à théoriser leur « médecine de la personne entière » ou « centrée sur le patient », avec le « diagnostic d'ensemble » qu'elle suppose, certaines réserves se faisaient jour chez les participants à leurs « séminaires » quant à l'extension du domaine de l'intervention thérapeutique qu'impliquait une telle perspective. Les Balint se posaient eux-mêmes des questions similaires. Michael Balint se demandait ainsi à la même période s'il était bien raisonnable d'exiger des généralistes qu'ils se livrent aux « diagnostics d'ensemble » qu'il avait en vue. Devaient-ils en assumer la responsabilité, ou au contraire la laisser à d'autres professionnels, « psychologues, psychiatres, enseignants, sociologues, voire ecclésiastiques » ?

La question est évidemment rhétorique. Michael Balint considère bien que le généraliste doit accepter la responsabilité d'établir de tels « diagnostics d'ensemble » — et qu'il peut être tenu pour responsable de ce qui survient s'il ne le fait pas (Balint, 1968, p. 271-272). Malgré tout, on trouve fréquemment chez les Balint des remarques qui tendent à indiquer que la délimitation du nouveau champ d'investigation et d'action qu'ils veulent attribuer aux généralistes ne va pas pour eux sans poser certains problèmes. Leur travail auprès des « *casworkers* » du *Family Discussion Bureau* les avait déjà poussés à des interrogations comparables. Il leur apparaissait en effet difficile de définir le degré d'investissement dont les « *casworkers* » devaient faire preuve vis-à-vis des problèmes de leurs clients, et la possibilité pour elles de pratiquer une forme de psychothérapie (Balint, 1959, p. 194). De même, dans un entretien accordé à la psychanalyste Juliet Mitchell peu avant sa mort, Enid Balint s'en prenait au « *psychobabble* » dont pouvaient se rendre coupables des médecins généralistes croyant ou prétendant connaître quelque chose à la psychanalyse (Balint *in* Balint & Mitchell, 1993, p. 222)…

Si ces remarques et les hésitations qu'elles expriment ont une importance particulière, c'est qu'elles anticipent l'une des principales critiques que se sont attirées les groupes Balint. On en trouve un exemple frappant dans l'un des seuls textes proprement sociologiques écrits à propos de ce dispositif, celui qu'a publié Claudine Herzlich en 1984, basé sur l'observation ethnographique prolongée d'un groupe Balint. Herzlich affirme ainsi du groupe qu'elle a étudié :

> Les praticiens, dans leurs discussions, affirment fréquemment qu'avec la formation et l'évolution progressive qu'elle entraîne dans leur comportement, leur « pouvoir médical » s'estompe. Ils insistent sur le rôle actif rendu au malade : celui-ci, par la connaissance accrue de lui-même et la meilleure compréhension de son état, est désormais en mesure de jouer un rôle positif dans sa guérison. Néanmoins on ne peut qu'être sensible au fait que toute limite du champ d'intervention médical tend ici à s'estomper. D'autre part, s'il est certain que les formes « brutales » du pouvoir médical — du type de celui qui s'exerce à l'hôpital par exemple — n'ont pas de place dans une telle relation avec le malade, en revanche l'influence du praticien sur le patient peut être d'autant plus grande que celui-ci se sent en effet « écouté » et qu'il perçoit que tous les aspects de sa vie sont désormais pris en compte par l'expert total — du corps et du psychisme, du symptôme et de la parole — qu'est devenu le médecin. (Herzlich, 1984, p. 23)

Dans les termes de Talcott Parsons, l'enjeu tient à la mise à mal de la « spécificité fonctionnelle » censée caractériser normativement le « rôle » social de médecin (Parsons, 1964 [1951], p. 435). Dès lors que « toute limite du champ d'intervention médical tend […] à s'estomper », le généraliste devient un « expert total » susceptible de s'immiscer dans « tous les aspects de [l]a vie » du patient. Ainsi, dans la perspective d'une « sociologie de la déviance et du contrôle social », les groupes Balint et les pratiques auxquels ils invitent les médecins marquent « une démultiplication des instances de contrôle » sur le patient (Herzlich, 1984, p. 23-24).

On comprend les inquiétudes de Herzlich. De manière intéressante, elles résonnent fortement avec un passage de l'un des textes de Sándor Ferenczi que j'ai évoqués précédemment. Ferenczi écrivait en effet en 1923 de la pertinence de la psychanalyse pour la médecine générale :

> La psychanalyse se propose également, entre autres, de *rendre peu à peu au médecin de famille le rôle important qui lui revient dans la vie de la famille*, rôle dont la prolifération des spécialités au cours du siècle dernier l'a amené à s'écarter. Si le médecin ne limite pas son savoir à la vie physique mais l'étend également à la vie psychique, sa connaissance systématique des hommes le rétablira dans son rôle de conseiller de la famille pour toutes les décisions importantes à prendre. Lors d'un mariage, il ne se bornera pas à rechercher la syphilis dans le sang du fiancé ou les gonocoques dans son sperme, mais il devra également déterminer si la vie psychique des fiancés présente cette harmonie réciproque qui est le seul garant d'un mariage paisible et heureux, découvrir si elle ne dissimule pas les germes de conflits graves, voire de névroses. (Ferenczi, 1974 [1923], p. 213, en italique dans l'original)

On peut donc rejoindre Herzlich pour considérer que, sur le plan normatif, la possibilité que les pratiques encouragées par les Balint conduisent à une extension indue de l'autorité médicale doit être envisagée sérieusement. Mais il me paraît essentiel de relever que ces préoccupations ne sont pas qu'externes au dispositif. Comme on l'a vu, cette problématique a constitué un enjeu à la fois théorique et pratique pour les Balint — qui soulignent que les praticiens avec lesquels ils ont travaillé s'en sont également inquiétés. Herzlich s'est d'ailleurs elle-même rendu compte que les médecins du groupe qu'elle observait s'interrogeaient sur « leur rôle en tant qu'agents de contrôle social » et sur les limites à fixer à leur intervention auprès des patients, quoiqu'elle choisisse de minimiser l'importance de ce point (Herzlich, 1984, p. 24).

Les groupes comme opérateurs de réflexivité

Même s'ils tendent à encourager les généralistes à se charger de responsabilités accrues face à leurs patients, les groupes Balint peuvent aussi être envisagés comme des opérateurs de mise en question des limites du champ médical — et plus spécifiquement des limites du champ propre à la médecine générale face aux autres « spécialités », en particulier face à la psychiatrie. Autrement dit, malgré leur pertinence critique, les remarques de Herzlich — et d'autres critiques des groupes Balint — ne peuvent guère prétendre à une forme d'extériorité au regard de ce qui se déroule dans les

groupes. Les préoccupations de l'analyste rejoignent ici celles des acteurs. On peut à mon sens être prêt à concéder à ces critiques une certaine pertinence sans pour autant nier que les acteurs impliqués les prennent déjà en charge à leur façon, au moins partiellement. S'il importe de s'interroger sur la possibilité que ces dispositifs encouragent plutôt qu'ils ne mettent en cause les rapports de force à l'œuvre dans les interactions thérapeutiques, il faut aussi chercher à retracer « comment les acteurs, conscients de certaines [de ces asymétries], tentent de construire une économie acceptable de l'ensemble des forces engagées dans la pratique » (Dodier, 2014, p. 29). Les sociologues n'ont pas l'apanage de la critique des pratiques de soins et des formes d'autorité qu'elles mettent en jeu[16].

Il est clair que les médecins eux-mêmes sont souvent portés à s'interroger sur les limites à fixer à leur action thérapeutique. C'est aussi ce que j'ai pu constater dans le cadre de mes observations. La dynamique propre à ces interrogations se devine déjà dans les ambiguïtés propres à l'idée de « médecine de la personne entière ». En fait, si on tend à l'envisager positivement parce qu'elle s'oppose à une médecine « techniciste » et « réductionniste », une perspective thérapeutique visant la « personne entière » agite déjà le spectre d'un empiétement sur la liberté et le « territoire personnel » des patients, au sens de Goffman. C'est ce que celui-ci relevait à sa manière dans *Asylums*. Le passage en question vise plus spécifiquement la psychiatrie et l'hôpital psychiatrique, mais les commentaires de Goffman concernent en fait toute pratique de soins soucieuse de considérer la « personne entière » :

> De très nombreuses institutions compilent des dossiers concernant leurs membres. Mais dans la grande majorité d'entre elles, une bonne part des

16 Il n'est à cet égard pas sans intérêt de relever que les auteurs du *Livre blanc des sciences humaines en médecine* — dont il a déjà été question plus haut — s'inquiétaient une bonne quinzaine d'années avant Herzlich que la formation « psychologique » dispensée aux médecins somaticiens par le biais notamment des groupes Balint ne fasse de ceux-ci des « dictateur[s] des esprits » en plus d'être les « despote[s] du corps », les amenant à imposer à leurs patients « [leur] propre morale comme [leur] propre philosophie ». Pour les auteurs du *Livre blanc*, il était possible de parer à ce danger en « insuffl[ant] [dans la formation médicale] l'esprit révolutionnaire qui pousse le médecin à aider son malade à reconstruire sa personnalité propre » ([Collectif], 1968, p. 22).

> attributs socialement signifiants [des individus concernés] ne peuvent être inclus dans ces dossiers que de manière indirecte, parce qu'ils ne sont pas officiellement pertinents [au regard des critères de l'organisation]. Au contraire, puisque les hôpitaux psychiatriques peuvent légitimement prétendre agir sur la « personne entière », ceux qui y travaillent n'ont pas à se fixer de limites quant à ce qu'ils considèrent comme pertinent [concernant les informations à recueillir et compiler sur les individus] […]. C'est un fait historique surprenant que des gens préoccupés par la promotion des libertés civiles dans d'autres domaines de la vie consentent volontiers à donner au psychiatre un pouvoir discrétionnaire complet sur son patient. On croit apparemment qu'en accroissant les pouvoirs donnés aux administrateurs et thérapeutes médicalement qualifiés, on fait en sorte que les intérêts des patients soient mieux servis. À ma connaissance, les patients n'ont pas été consultés en la matière. (Goffman, 1984 [1961], p. 144, *infra*)

Dans le cadre des groupes que j'ai observés, les interrogations des médecins sur ce qui relève ou non du domaine médical et de leur propre champ d'intervention présentent ainsi une double face. D'un côté, des démarches telles que le fait de ne pas se limiter aux seuls aspects somatiques de la prise en charge, de s'interroger sur les difficultés à caractère non ou paramédical que traverse le patient, de chercher à identifier des troubles ou problèmes qu'il n'aurait pas forcément évoqués par lui-même, etc., se donnent comme autant de manifestations d'un souci louable : ces efforts montrent que le médecin se préoccupe « réellement » du patient. De l'autre côté, ces mêmes démarches apparaissent comme des initiatives mal placées, traduisant — pour reprendre à nouveau les termes de Claudine Herzlich — une situation dans laquelle « toute limite du champ d'intervention médical tend […] à s'estomper » (Herzlich, 1984, p. 23). En faire « plus », c'est alors en faire « trop » : « jouer au psy », ou tout simplement se laisser « déborder » par la situation.

Un dispositif hybride

Les trois ambiguïtés que nous avons évoquées — entre réflexion sur la relation ou les émotions et transmission de connaissances psychiatriques définies, entre formation des généralistes et « thérapie », entre incitation à une prise en charge plus inclusive et mise en garde contre une extension indue du champ médical — traversent

l'histoire des groupes Balint. On peut se dire qu'elles ne sont pas purement contingentes — et doivent plutôt être rapportées aux caractéristiques du dispositif en lui-même, qui font à la fois sa spécificité et sa proximité vis-à-vis d'autres pratiques et configurations.

La première ambiguïté renvoie ainsi au rapport entre les groupes Balint et des formations plus classiques, aux résultats plus aisément formalisables. On a vu que les groupes Balint devaient pour leurs promoteurs pallier les limites de telles formations en mettant l'accent sur le caractère pratique et réflexif des échanges entre pairs — mais qu'ils en conservaient néanmoins quelque chose, ne pouvant tout à fait se départir d'une dimension de transmission de connaissances psychiatriques ou psychanalytiques. La deuxième ambiguïté pousse au contraire à s'interroger sur la relation qu'entretient ce dispositif particulier aux groupes de parole explicitement thérapeutiques. J'ai évoqué les difficultés rencontrées à cet égard par les Balint et leurs disciples au moment de caractériser la nature du travail réalisé dans le cadre des groupes, qu'ils rapprochaient mais tenaient à différencier des démarches psychothérapeutiques groupales. Enfin, la troisième ambiguïté met en jeu le lien entre groupes Balint et pratiques courantes de supervision. À la manière de l'analyse « de contrôle » dans la formation des psychanalystes, la supervision traduit ordinairement l'acquisition progressive par le supervisé des compétences et savoir-faire propres au superviseur — le premier devenant à terme capable d'occuper la place du second. Dans le cas des groupes Balint, l'écart est voué à subsister puisque le dispositif ne vise évidemment pas à changer en psychiatres les médecins généralistes.

On peut à mon sens se représenter la spécificité des groupes Balint en les appréhendant à la croisée de ces trois autres ensembles de dispositifs et de pratiques, vis-à-vis desquels ils entretiennent une relation ambiguë faite de distance et de proximité : ils tiennent et se distinguent tout à la fois de la formation, des groupes de parole et des pratiques de supervision. Sans référence à cette pluralité et à ces ambiguïtés, il est difficile de comprendre le genre de groupes dont je rends compte dans la seconde partie de cet ouvrage. Elles en informent en effet largement les caractéristiques et attendus, parfois à l'insu des

principaux intéressés. On peut également se dire que ces ambiguïtés contribuent à nourrir le scepticisme et les réticences qu'ont pu et peuvent encore rencontrer ces dispositifs : déjouant les définitions et qualifications hâtives, ils tendent à se révéler difficiles à défendre et à valoriser — en particulier dans une perspective gestionnaire, soucieuse d'efficience et de rentabilité. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce point.

Deuxième partie : observations empiriques

Introduction

Les données analysées dans la seconde partie de cet ouvrage proviennent essentiellement de séances de discussion collective durant lesquelles des médecins généralistes évoquent sous la supervision d'un « *leader* » psychiatre les difficultés qu'ils rencontrent face à certains de leurs patients, dans la tradition des « groupes Balint »[1]. Elles ont été récoltées dans une institution de santé universitaire située en Suisse romande, comprenant notamment un service d'urgences et une consultation générale, que je nommerai simplement ici la Policlinique. Les séances en question étaient organisées par des psychiatres de consultation-liaison. J'ai assisté sur une période de deux ans à une cinquantaine de ces rencontres, en prenant activement des notes

1 J'ai par ailleurs réalisé un ensemble d'observations et d'entretiens connexes, qui m'ont permis de mieux situer et comprendre les activités et interactions analysées. J'ai suivi d'autres groupes de discussion animés par d'autres psychiatres, rassemblant des spécialistes hors psychiatrie — oncologues et radio-oncologues, en particulier — et d'autres professionnels de la santé, afin de me faire une idée plus claire du statut et des spécificités des groupes que j'avais étudiés. J'ai mené des entretiens avec des médecins généralistes — hospitaliers et installés — sur leur rapport à la psychiatrie et leur collaboration avec les psychiatres. J'ai écouté des enregistrements de séances individuelles de supervision réalisées par des psychiatres et psychologues à l'attention d'oncologues. J'ai interrogé des psychiatres de consultation-liaison sur les différents aspects de leur activité, et les ai accompagnés dans diverses tâches en lien avec leurs interventions auprès des soignants. Ces démarches ont informé ma perspective et mes arguments, même si les diverses données empiriques qu'elles m'ont permis de récolter n'apparaissent que très peu de manière explicite dans ce livre.

d'observation et en les enregistrant à l'aide d'un magnétophone. Elles débutaient généralement par la présentation d'un extrait d'enregistrement audiovisuel de consultation réalisé par l'un des médecins présents[2]. Les participants y discutaient essentiellement de patients fréquentant la consultation générale qu'ils jugeaient « difficiles », i.e. des patients face auxquels ils rencontraient des difficultés qu'ils disaient volontiers « relationnelles » mais qu'ils peinaient souvent à définir plus clairement. Les patients concernés présentaient parfois des troubles psychiques diagnostiqués, mais ce n'était de loin pas toujours le cas. Les séances duraient environ une heure et rassemblaient d'ordinaire une dizaine de médecins, parmi lesquels on comptait des chefs de clinique et des médecins assistants. Elles faisaient partie du parcours de spécialisation de ces derniers en tant que généralistes[3]. Les praticiens concernés par mon enquête étaient donc des médecins en formation post-graduée ou des généralistes récemment diplômés qui partageaient l'essentiel de leur temps entre le service des urgences et la consultation générale de la Policlinique. Les séances observées ont impliqué au total huit groupes d'une dizaine de généralistes et un petit groupe de psychiatres. Elles avaient lieu une fois par mois pour chaque groupe.

J'ai organisé mes analyses autour des difficultés évoquées par les médecins dans le cadre de ces séances de discussion, en y distinguant trois « problèmes » majeurs. Le premier « problème » se rapporte au déroulement des consultations et au maintien du

2 Les médecins impliqués avaient au préalable sollicité l'accord de leurs patients pour la réalisation et l'emploi de ces enregistrements à des fins de formation et de recherche, et leur avaient soumis un formulaire de consentement. Ma propre enquête a par ailleurs été visée par *SwissEthics*, l'organisation faîtière des commissions d'éthique de la recherche sur l'être humain en Suisse.

3 On se rappellera qu'en Suisse, les médecins assistants sont les porteurs d'un diplôme fédéral de médecine qui effectuent une formation post-graduée selon les critères fixés par la *Fédération des médecins suisses* (FMH) et les diverses sociétés de spécialités médicales. Leur statut est plus ou moins équivalent à celui des *residents* des pays anglophones et des internes français. Les médecins assistants peuvent accéder au statut de chefs de clinique adjoints après avoir exercé pendant deux ans au moins la même spécialité dans un établissement assurant leur formation, et à celui de chefs de clinique après avoir obtenu leur diplôme de spécialistes. Concernant ces éléments de contexte, on pourra se référer au site internet de la section vaudoise de l'*Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique* : www.asmav.ch.

« cadre » — selon l'expression employée par les médecins — face à certaines perturbations interactionnelles. Les interrogations des médecins renvoient à cet égard à une difficulté centrale : il s'agit pour eux de *définir l'intolérable* dans le cadre de la consultation et de *s'y confronter*. Par cette formule, j'entends un double travail : un travail de définition et de délimitation de ce qui doit ou non être considéré comme acceptable de la part des patients ; un travail de réflexion autour des réactions qu'appellent de la part des médecins les comportements en question, qu'ils soient en définitive envisagés ou non comme tolérables. Le deuxième « problème » concerne les émotions — celles des patients, mais aussi celles des médecins eux-mêmes. Dans un ensemble de situations, l'enjeu est en effet pour ces derniers de *faire avec les émotions* suscitées par la maladie, par le traitement et par la relation médicale. Le travail de définition, de gestion et de réflexion réalisé par les participants autour de leurs émotions et de celles des patients prend dès lors une large place dans les séances de discussion. Enfin, le troisième « problème » renvoie aux enjeux de la « collaboration » entre médecin et patient dans les consultations et plus généralement dans la prise en charge médicale. Il s'agit pour les médecins d'*assurer la coordination* entre leurs patients et eux-mêmes en (re)spécifiant les caractéristiques de la division du travail — interactionnel, épistémique, thérapeutique, décisionnel, etc. — en vigueur au sein de la relation médicale. Ce dernier faisceau de questionnements met essentiellement au travail les problématiques connexes de la « participation » et de l'« autonomie » des patients.

Les trois grands volets empiriques de cette seconde partie du livre sont consacrés aux différents « problèmes » définis ci-dessus. Je souligne que ceux-ci doivent être envisagés comme une série d'orientations analytiques plutôt que comme une liste au sein de laquelle les différentes séances auxquelles j'ai assisté et les thématiques qu'y abordent les médecins pourraient simplement être classées. Les orientations en question s'entrecroisent bien souvent concrètement au sein d'une même séance. À cet égard, la structure retenue pour cette deuxième partie présente une dimension d'arbitraire. Qui plus

est, je ne prétends aucunement avoir ressaisi dans leur diversité les difficultés interactionnelles que rencontrent les médecins face à leurs patients, ou même seulement celles dont ils parlent dans le cadre des groupes étudiés. À mon sens, ce mode d'organisation des données permet cependant de thématiser certaines des préoccupations centrales des médecins quant aux aspects interactionnels ou « relationnels » de leur activité. Il rend ainsi manifeste une série de tensions axiologiques et normatives majeures qui travaillent de l'intérieur les pratiques médicales contemporaines.

En simplifiant quelque peu les enjeux dont il sera question, on peut en effet considérer que les « problèmes » en question renvoient à trois points d'achoppement centraux de l'activité médicale telle que nous la connaissons : la *permissivité* accordée ou non au patient du fait de son état et de sa situation particulière ; le contrôle de l'*affectivité* en tant qu'enjeu majeur de la relation médicale ; l'*asymétrie de conditions* entre le médecin et son patient et ce qu'elle devrait impliquer pour leurs interactions[4]. Comme l'indiquent les formulations retenues ici, ces grands traits de la médecine moderne et des relations qu'elle configure entre médecins et patients se donnent moins comme des exigences normatives clairement définies, partout valables et aisément applicables que comme des nœuds problématiques suscitant par définition des tensions et dilemmes souvent difficiles à réduire. À cet égard, les analyses présentées dans le cadre de ce livre illustrent le déploiement situé et toujours contingent d'une configuration relationnelle instituée — un déploiement fait d'habitudes pratiques et d'attachements moraux, d'ajustements interactionnels largement préréflexifs et tacites, mais aussi de troubles et d'incertitudes que les médecins parviennent avec plus ou moins d'aisance à exprimer verbalement.

Il n'est sans doute pas inutile de relever que l'activité des généralistes de la Policlinique se prêtait particulièrement bien à des interrogations concernant les difficultés rencontrées par les médecins

4 Les lectrices et lecteurs avertis auront reconnu les consonances en partie parsoniennes du lexique employé ici. N'en déplaise au sens commun sociologique contemporain, l'œuvre de Parsons est encore riche d'enseignements.

face à leurs patients, du fait de la diversité et de la complexité des cas traités. Fondée à la fin du XIXe siècle en tant que dispensaire offrant sur une base bénévole des consultations médicales gratuites aux « nécessiteux », la Policlinique conserve quelque chose de cet esprit. La consultation générale est ouverte à tous — mais elle est surtout le recours de patients qui n'ont pas pu ou su trouver de généraliste installé. La population traitée comprend une part de patients au profil assez « classique », que l'on s'attendrait à rencontrer en cabinet. Mais on y trouve aussi une proportion considérable de patients polymorbides et/ou en situation de grande vulnérabilité, polytoxicomanes ou migrants par exemple. Surtout, les patients jugés « difficiles » par les médecins y sont notoirement nombreux. Ces caractéristiques ont rendu la Policlinique spécialement intéressante au regard des questionnements exposés ci-dessus.

Cependant, compte tenu du caractère relativement large des enjeux traités, on pourra toujours contester à mes réflexions la généralité qu'elles pourraient revendiquer — en invoquant les spécificités de mon terrain d'enquête, son caractère éminemment local, les limites intrinsèques des données récoltées, ou à plus forte raison le périmètre très restreint des matériaux empiriques directement soumis à une analyse approfondie. J'assume volontiers ces limitations, qui sont en partie inévitables en ce qui concerne une enquête impliquant l'observation *in situ* d'activités sociales. Il est clair qu'une recherche portant sur la même thématique mais prenant pour objet d'autres acteurs — des médecins spécialistes ou même des généralistes installés — aboutirait à des résultats sensiblement différents. Cet ouvrage n'a d'autre ambition que de proposer une perspective spécifique sur un objet général, en l'ancrant dans des observations empiriques réalisées sur un terrain clairement circonscrit et qui m'a paru se prêter adéquatement à cette tâche. Les orientations analytiques proposées ne prétendent évidemment pas clore l'enquête. Elles se sont avérées intéressantes pour rendre compte des données recueillies dans le cadre de ma recherche. Mais cette utilité locale, forcément limitée, ne préjuge pas de leur pertinence dans d'autres contextes et face à d'autres enjeux.

Toujours en ce qui concerne la généralité à laquelle peuvent prétendre mes analyses, quelques précisions s'imposent quant au statut qu'entretiennent les pratiques que j'ai observées vis-à-vis des « groupes Balint » tels qu'ils sont ordinairement envisagés. Ces pratiques présentent en effet trois différences majeures vis-à-vis du format groupal généralement considéré comme « standard ». D'abord, même s'ils étaient psychiatres d'orientation « psychodynamique » et s'inspiraient des travaux de Michael et Enid Balint, les « *leaders* » des groupes concernés par mon enquête n'étaient pas psychanalystes. Ensuite, l'emploi d'enregistrements audiovisuels ne fait pas partie du dispositif tel qu'il a initialement été conçu — et entre dans une certaine mesure en confrontation avec son principe, puisque les Balint soulignaient l'importance de la présentation de cas sans support écrit, sur un mode rappelant l'« association libre ». Enfin, dans la mesure où ils rassemblaient des médecins généralistes en contexte hospitalier, les groupes que j'ai étudiés n'avaient « pas la stabilité et la durée » des « groupes Balint » que l'on peut dire « classiques », « regroupant des médecins praticiens installés » (Zumbrunnen, 1992 : p. 59).

Ces différences ne sont à mon sens pas déterminantes. On peut en effet considérer qu'il s'agit simplement là de modalités d'« actualisation » ou d'« appropriation » du dispositif, qui n'y perd pas ses propriétés définitoires (Barbot & Dodier, 2018 : p. 295). À l'appui de cette position, il faut souligner que les caractéristiques originelles des « groupes Balint » ont été diversement nuancées ou remises en cause par les Balint eux-mêmes sur les trois points concernés. Ainsi, quoique de nombreux « *leaders* » contemporains insistent sur la nécessité d'être psychanalyste pour conduire un « groupe Balint », Michael Balint n'était lui-même pas si catégorique : il affirmait plutôt que les « *leaders* » devaient être « recrutés parmi les psychanalystes formés ou, au moins, parmi les psychiatres d'orientation psychodynamique » (Balint, 1966 : p. 35). Ensuite, les Balint ont introduit à la fin des années soixante — sur un mode expérimental — l'usage d'un « formulaire » dans le cadre de leurs « séminaires », pour inciter les participants à rassembler et compiler certaines

informations de manière plus systématique (Norell, 1976 [1973] : p. 17). Ils abandonnaient ainsi l'idée d'une restitution sur le mode de l'« association libre ». Enfin, Michael Balint a mis en place au début des années 1960 au *University College Hospital* de Londres des « séminaires » à destination d'étudiants en médecine (Balint, Ball & Hare, 1969 : p. 249). Enid Balint se réjouissait à la même période que les « groupes Balint » commencent à trouver une place plus générale dans les cursus de formation post-graduée (Balint, 1974 : p. 219-220). Le fait que les participants soient recrutés parmi les généralistes installés n'était donc pas primordial pour eux.

On a donc de bons arguments pour relativiser l'importance des différences que présentent les groupes que j'ai observés par rapport au format « standard » des « groupes Balint ». Malgré tout, l'enquêteur ne saurait faire fi de ces distinctions, d'autant que de nombreux acteurs participant à faire vivre ces dispositifs groupaux y tiennent fermement (Oppenheim-Gluckman, 2006 : p. 124-125)[5]. Je souligne donc qu'au regard du matériau empirique que j'ai étudié, je ne me targue à aucun moment d'avoir mené une

5 Les acteurs concernés s'inquiètent généralement d'un oubli des origines et des repères psychanalytiques propres au dispositif, qui perdrait ainsi sa spécificité et sa pertinence : les « risques » de « déviation des buts originels de la méthode » sont pour eux « très réels » (Haynal, 2005 [2002a] : p. 415). On notera à ce propos qu'en plus de faire naître ou d'influencer d'autres dispositifs groupaux et de donner lieu à diverses « adaptations », les « groupes Balint » ont également trouvé à « s'hybrider » avec d'autres méthodes. Ainsi, la psychanalyste marseillaise Anne Caïn a élaboré à partir de 1970 ce qu'elle a nommé le « psychodrame-Balint », mélange de « psychodrame analytique de groupe » et de « groupe Balint » dans lequel les participants rejouent leurs consultations en les « mettant en acte » collectivement (Caïn, 1994 : p. 34-37). Dans la perspective de ses promoteurs, le « psychodrame-Balint » trouve une part importante de sa pertinence dans la possibilité de redéployer par le « jeu » quelque chose de la « relation de corps à corps » entre soignant et soigné durant la consultation (Caïn, 1994 : p. 37-38). Anne Caïn évoque au sein du livre qui présente sa méthode les réticences que celle-ci a suscitées chez des soignants qui ne concevaient pas que l'on puisse « se permettre de changer un détail quelconque dans une technique très au point » et la « traitèrent de parjure eu égard au Maître, Michael Balint » (Caïn, 1994 : p. 15). Concernant les risques de « dévoiement » des « groupes Balint » et des dispositifs groupaux apparentés, on peut se dire qu'il y aurait surtout à s'inquiéter de leur ressaisie par les institutions dans une perspective purement managériale (Ravon, 2009 : p. 119). Ces dispositifs peuvent en effet être employés pour compenser des conditions de travail qu'il s'agirait plutôt d'améliorer ou pallier certains « problèmes institutionnels » bien réels, ou encore être transformés en « outil[s] de management et de cadrage des compétences » (Ravon, 2009 : p. 119-120).

enquête qui restituerait en toute généralité les caractéristiques ou le fonctionnement des groupes Balint ou des dispositifs groupaux apparentés. Du fait de la nature de mon terrain d'enquête, je ne peux me prévaloir de dépeindre de manière représentative les pratiques groupales inspirées par le travail des Balint dans le champ médical.

J'aborderai encore une question dans cette introduction avant de laisser place aux analyses empiriques que j'ai réalisées : celle de leur portée critique. Ce point présente à mes yeux une certaine importance. Je m'en expliquerai en revenant sur un épisode vécu. À l'occasion d'une conférence donnée au sein de l'institution qui accueillait alors mon travail d'observation, sur le mode de la « restitution aux enquêtés », l'un des psychiatres qui y avaient assisté me fit part d'une certaine déception face à mon compte rendu. S'il était d'accord avec ses collègues pour avaliser la fidélité de mes descriptions et la pertinence de mes analyses, il regrettait que je ne sois pas plus critique face aux interactions observées et aux attitudes des soignants. Je me montrais à son avis « trop gentil » à l'endroit de ses pairs. L'un des rôles du sociologue en observation dans le monde médical n'était-il pas justement de pointer les erreurs et manquements des soignants ?

Ce reproche n'était pas infondé. Dans cette enquête qui vise avant tout à ressaisir l'organisation endogène des activités et des situations, la critique n'est effectivement pas première. Plutôt qu'à dévoiler les intérêts, stratégies ou biais grevant les pratiques de soins, j'ai cherché à expliciter certaines « conditions concrètes de l'agir » des acteurs concernés par mon enquête, en lien avec les situations dans lesquelles ils se trouvent placés et les « systèmes actanciels » qu'elles configurent, ainsi qu'à mettre en évidence les « ajustements » auxquels ils se livrent « dans le cours détaillé de leurs actions » (Dodier & Baszanger, 1997, p. 62). J'ai aussi voulu montrer les compétences critiques que déploient ces acteurs eux-mêmes — des compétences qui ne sont évidemment pas sans rapport avec celles des analystes, sociologues ou non, mettant en jeu des questionnements, des problématisations et des ressources

comparables. Comme l'affirmait Luc Boltanski il y a longtemps déjà, « [...] dans l'ordre du social, la réalité que connaissent les acteurs et la réalité que dévoile le chercheur ne sont pas des mondes opaques l'un pour l'autre » (Boltanski, 2011 [1990], p. 54).

J'ai diversement cherché à rendre compte de ces homologies et résonances entre raisonnements savants et argumentations ordinaires au sein de mes analyses empiriques. Il s'agissait ainsi de participer à montrer que les référentiels employés pour critiquer la médecine et les médecins ne sont bien souvent pas étrangers aux praticiens — qui s'en servent eux-mêmes pour évaluer leurs propres comportements et ceux de leurs collègues, ainsi que leurs conditions de travail et la réalité institutionnelle dans laquelle ils évoluent. Dire cela, ce n'est évidemment pas conclure à l'insignifiance de ces référentiels ou à l'inanité des dénonciations qu'ils arment. C'est cependant inciter à les employer de manière moins naïve et clivée — i.e. sans reconduire le fantasme, rassurant ou gratifiant pour l'analyste, qu'une délimitation franche pourrait être tracée entre monde social et critique sociologique. En raison de ce positionnement et de ces objectifs, mon enquête paraîtra sans doute à certains sociologues faire montre d'une complaisance coupable à l'endroit de la médecine et plus encore de la psychiatrie[6]. Tel que je l'envisage, j'ai plutôt travaillé à éviter tout à la fois la « confusion des langues » entre disciplines et l'« annexion d'un champ par l'autre » (Marion-Veyron, 2005, p. 20).

6 On doit à Eva Illouz d'avoir mis en mots de manière particulièrement franche et triviale — dans un petit livre consacré à ce qu'elle nomme le « capitalisme émotionnel » — la vulgate sociologique toujours vivace à l'encontre des mondes « psy », dont l'orientation générale aurait pour triple effet de contraindre à l'objectivation de soi et d'autrui, de « neutraliser la lutte des classes en la dissolvant dans le langage des émotions et de la personnalité », et de « pathologiser la vie ordinaire » en constituant les individus « normaux » en « sujets malades à soigner » (Illouz, 2006, p. 40, 74-75 & 88). J'ai eu l'occasion de récolter d'innombrables déclinaisons de ces trois lieux communs — aliénation, dépolitisation et pathologisation — en réaction à mon travail ou plus banalement à la mention de mon terrain de recherche. Je ne conteste évidemment pas la pertinence de ces entrées critiques en ce qui concerne certains contextes et certaines situations. Mais je ne peux approuver leur emploi indiscriminé pour définir en toute généralité la posture que devrait adopter la sociologie à l'égard des pratiques et théories « psy ».

Malgré tout, il me semblerait inexact d'affirmer de ma démarche qu'elle n'a pas de portée critique. Celle-ci se reflète en premier lieu dans le choix de l'objet étudié, même s'il s'est progressivement révélé et affirmé sur le terrain — puisque, comme l'a relevé Max Weber en son temps, c'est d'abord là qu'intervient l'orientation axiologique du chercheur. Elle apparaît aussi dans le choix des méthodes employées. Si j'ai procédé comme je l'ai fait, c'est bien que ces dispositifs groupaux m'ont paru mériter que l'on s'y attarde et que l'on rende compte descriptivement de ce qui s'y joue. Les raisons de mon intérêt sont simples. Quels qu'en soient par ailleurs les limites et les ratés, ces dispositifs me semblent propices à déployer au sein du monde médical des modalités ordinaires d'auto-investigation des activités. Les formes de distanciation et de « recherche » qui en découlent peuvent être dites endogènes ou internes à double titre. D'abord, elles partent de l'expérience et des préoccupations des participants. Ensuite, elles font essentiellement jouer le ressort de problématisation très simple que constitue la variation — chez les participants eux-mêmes et telle qu'ils peuvent la constater — de leurs pratiques, attitudes, réactions, convictions, etc., face à certaines situations professionnelles.

Cette manière d'envisager les activités que j'ai observées n'est pas antécédente à mon enquête. Elle en est l'un des résultats. Si elle présente bien une portée critique, c'est que ces dispositifs groupaux sont loin de faire l'unanimité — dans les milieux médicaux et au-delà. La conférence précédemment évoquée fut riche en enseignements à cet égard également. Prenant la parole à la suite de mon intervention, un autre participant — psychiatre lui aussi — m'indiqua en substance que les dispositifs dont je cherchais à rendre compte lui paraissaient peu scientifiques, désordonnés et, n'étant évidemment pas facturables aux assurances, inutilement coûteux en temps et en argent. L'évidente alternative, à la fois plus rigoureuse, plus efficace et directement disponible, était de leur substituer des modules de formation visant diversement la place des troubles psychiques en médecine somatique et les aspects « communicationnels » de la pratique médicale. On viendrait ainsi remplacer des groupes de

discussion aux principes mal définis et aux résultats difficilement objectivables par des formations ciblées délivrant aux médecins ou plus généralement aux soignants des « *guidelines* » claires, relativement faciles à appliquer et présentant l'insigne avantage d'être « fondées sur des preuves »[7]. De telles « *guidelines* » ne découlaient-elles d'ailleurs pas pour une part de recherches « qualitatives » pouvant se réclamer des méthodes sociologiques ?

Ma réponse fut la suivante. Quels que soient l'intérêt et la pertinence potentiels de telles formations, elles ne peuvent prétendre remplacer des dispositifs qui tendent à susciter le doute et l'interrogation en rendant manifeste la diversité des manières de faire et des attitudes plus qu'ils ne cherchent à imposer des certitudes et à arrêter de « bonnes pratiques ». Le genre de « réflexivité » qu'ils promeuvent ne pourra que paraître insuffisant aux partisans de critiques plus radicales des pratiques et institutions de soins. À l'inverse, les tenants d'une médecine résolument « scientifique » verront dans ces discussions libres des ratiocinations sans rigueur ni résultats concrets. Ces deux perspectives me paraissent manquer les bénéfices potentiels de ces dispositifs qui mettent les soignants en position de sujets dans la discussion des activités thérapeutiques et de leurs enjeux. Je m'en tiens à ce jugement, que me semblent appuyer les analyses qui suivent.

7 De telles prises de position vis-à-vis des groupes de discussion du type de ceux que j'ai observés doivent être rapportées au déploiement depuis quelques décennies d'une « psychiatrie-psychologie des preuves » visant à répondre aux critiques « si souvent portées à l'encontre du monde psy » concernant « son arbitraire et sa fausse scientificité ». Les origines psychanalytiques de ces dispositifs groupaux sont ici déterminantes : même s'il ne s'agit pas forcément pour les critiques de les renier tout à fait, elles entrent fortement en tension avec les formes de scientificité et les modes d'administration de la preuve que privilégient les démarches « *evidence-based* » (Dodier & Rabeharisoa, 2006, p. 72-74).

Premier problème. Définir l'intolérable et s'y confronter

Les trois séances analysées dans le cadre de cette première partie manifestent diverses formes d'atteinte à la relation médicale telle qu'elle est vécue par les médecins. Les réactions qu'appellent de telles situations se donnent généralement chez les praticiens dans le lexique du « cadre » et de sa nécessaire « préservation » : il s'agit de « maintenir » ou de « défendre » le « cadre » de la consultation. On verra que cette expression ordinaire n'est pas sans pertinence dans la perspective d'une sociologie interactionniste. C'est bien le « cadre » au sens goffmanien qui est mis à mal dans ces situations, les interactions concernées n'apparaissant plus tout à fait ou plus seulement comme des interactions « thérapeutiques ». L'enjeu tient aussi, réciproquement, au « *self* » que peuvent ou non projeter les interactants en situation. Plus généralement, comme je l'ai indiqué, le « problème » qu'illustrent ces trois séances renvoie à la nécessité pour les médecins de *définir l'intolérable* dans le comportement des patients et de *s'y confronter*. Il leur faut dans un ensemble de situations statuer sur ce qu'ils doivent ou non accepter de la part de leurs patients. Mais ils doivent aussi trouver des manières de se confronter à l'« intolérable », dès lors qu'il survient — c'est-à-dire s'efforcer de composer avec ce qui, dans le comportement des patients, fait effraction en suscitant chez eux peur, colère ou humiliation.

À cet égard, les séances de discussion sont parfois insuffisantes. C'est ce que révèle avec particulièrement d'acuité l'une des séances auxquelles j'ai assisté, dont il sera incidemment question dans les pages qui suivent mais que je n'analyserai pas directement. Au terme de cette séance au demeurant assez ordinaire, l'un des participants évoque par association un patient dont il a la charge : tout comme le patient dont le cas a été discuté collectivement, le patient en question est adepte de *MMA* — les *mixed martial arts*, un sport de combat réputé particulièrement violent, dont les compétitions sont interdites dans plusieurs pays, en France notamment. Sans l'affirmer explicitement, le médecin

qui a pris la parole sous-entend que la carrure imposante de son patient et ce qu'il savait de sa pratique sportive ont contribué à lui faire accepter de réaliser l'examen que celui-ci lui demandait. Quelques minutes plus tard, la séance prend une tournure inattendue. L'un des médecins assistants présents profite en effet de ces remarques pour partager une expérience personnelle que le superviseur qualifiera ensuite de « traumatisant[e] », et qui l'a très manifestement été pour le médecin concerné. En un récit de prime abord assez flou, énoncé de manière trop ramassée et elliptique pour être d'emblée intelligible, celui-ci raconte comment un patient dont il s'occupait s'est fait poignarder sous ses yeux par un homme ayant fait irruption dans la salle de consultation — qui s'est ensuite avéré être un proche du patient agressé. À la suite de cette intervention, le superviseur requalifie rapidement cet épisode en tant qu'il marquerait « une effraction de choses extrêmement graves et rares », suggère au médecin assistant qu'ils pourraient « en reparl[er] les deux », et désigne de manière plus ou moins explicite le groupe de discussion comme un lieu inapproprié pour le récit de telles expériences « extrême[s] ». Autrement dit, l'ampleur du « traumatisme » que devine — ou croit deviner — le superviseur à la manière dont le médecin assistant se rapporte à l'événement rend pour lui pertinent le recours à d'autres espaces et formats de discussion.

Ainsi, tous les comportements « intolérables » ne se prêtent pas à être partagés dans le cadre des séances que j'ai observées. On entrevoit ici en creux une caractéristique transversale de ces discussions collectives : pour être adéquatement reçues dans le cadre des groupes de discussion, les difficultés exprimées par les participants doivent pouvoir être rapportées à des expériences professionnelles ordinaires, diversement partagées par les participants. Elles doivent se prêter à l'opération de typification implicite qui sous-tend la ressaisie de ce qui vient d'être dit sur le mode du :

« *J'ai moi aussi vécu une situation semblable…* »[8]. Ce critère exclut *a priori* les expériences trop idiosyncrasiques, par leur nature ou leur intensité, pour être appréhendées par les autres participants comme semblables ou du moins comparables à leur propre vécu professionnel. Évidemment, la similarité ou la comparabilité des expériences se (re)jouent en situation et les associations proposées par un médecin peuvent sembler ténues, voire injustifiées aux autres participants. Les frontières de ce qui est partageable ne sont jamais tout à fait données d'avance. Les séances fonctionnent ainsi comme un espace où les participants peuvent éprouver — au double sens de « ressentir » et de « mettre à l'épreuve » — ce qui dans leurs expériences professionnelles respectives est identique ou semblable. S'opère donc durant les séances une distinction entre des expériences partagées par les participants du fait de leur pratique médicale, autour desquels les uns et les autres peuvent « élaborer », et des expériences individuelles, dont il ne paraît guère pertinent de discuter dans ce contexte. À ce titre, on peut considérer que les groupes de discussion participent à doter la catégorie de « médecin » d'un contenu expérientiel pour les participants, en leur permettant d'identifier ce qu'ils vivent ou non en commun.

Les trois séances dont il va être question dans les pages qui suivent montrent donc des médecins qui se trouvent confrontés à des comportements qu'ils jugent « problématiques », voire « inacceptables », et s'interrogent sur la manière dont ils devraient y réagir. La première séance fait intervenir ce qui apparaît aux yeux des participants

8 Dans un texte consacré à l'analyse de séances de thérapie de groupe, Roy Turner avance un argument similaire, en montrant comment les participants introduisent les « problèmes » dont ils vont parler de manière à rattacher leur énonciation aux tours de parole qui la précèdent directement. Il note ainsi que « les "problèmes" — ou en tout cas les formulations que les patients offrent de leurs problèmes — sont façonnés interactionnellement à d'importants égards ». Mais pour Turner, l'enjeu est simplement que les participants se donnent ainsi « une voie d'accès à la conversation » (Turner, 1972, p. 383-384). Il aurait pu relever que la manière de définir les problèmes en jeu permet plus généralement de les rapporter aux thématiques dont il est pertinent de discuter dans ce cadre — un cadre qui est à la fois celui de la thérapie en général et de la séance concernée en particulier — et contribue ainsi indissociablement à (re)définir *in situ* les frontières de ces thématiques localement pertinentes.

comme un « déni de reconnaissance » à l'endroit de l'un de leurs collègues, un jeune médecin assistant « mis en échec » par un patient durant la consultation dont il leur fait visionner un enregistrement. La deuxième séance nous conduira à nous interroger sur la menace de la violence physique telle que les médecins en font l'expérience. Enfin, la troisième séance nous permettra de questionner les enjeux de la confiance des médecins envers leurs patients, en montrant comment le sentiment d'être « manipulés » peut affecter les praticiens — et donc l'interaction thérapeutique. Prises ensemble, ces trois séances donnent à voir un genre particulier de difficultés interactionnelles que rencontrent face à leurs patients les participants aux groupes de discussion étudiés. Elles offrent aussi un aperçu de la forme spécifique de « soutien » que peuvent offrir ces groupes aux médecins.

1. Faire face au mépris

Une première manière d'envisager les difficultés que peuvent rencontrer les médecins — et plus généralement les soignants — face à leurs patients est de se rappeler que les consultations prennent parfois la forme d'une lutte entre médecin et patient, « où chacun cherche à prendre la main » pour imposer son opinion, son agenda, ses attentes, ses préoccupations, etc. (Membrado, 2014, p. 57). Au-delà de problèmes pratiques liés à la prise en charge et ses impératifs, de telles situations engagent pour les médecins des enjeux de « reconnaissance », comprise ici de manière restrictive comme cette forme d'« estime sociale » qui permet aux individus de « se rapporter positivement à leurs qualités et à leurs capacités concrètes » (Honneth, 2000 [1992], p. 206). À cet égard, la consultation se donne comme un espace où les médecins sont susceptibles ou non de faire valoir une identité professionnelle définie positivement par des compétences et connaissances valorisées. Dans un contexte marqué par une forte hiérarchisation des spécialités médicales, de telles « mise[s] à l'épreuve de leurs compétences » sont particulièrement prégnantes pour les généralistes : elles tendent à les renvoyer « sans cesse » à la « précarité de leurs savoirs » face à des spécialistes supposément plus compétents (Membrado, 2014, p. 60). L'existence de

ces difficultés implique en retour une certaine manière de considérer et de juger les patients. Comme l'indique la sociologue Monique Membrado, les patients tendent sur ce plan à se répartir pour les médecins en deux camps :

> D'une certaine manière, il y a ceux ou celles qui contribuent à les valoriser, à souligner les aspects positifs de leur action, et ces autres patients qui les renvoient à leur impuissance, au sentiment de leur solitude dans un paysage médical dominé par le paradigme scientifique. (Membrado, 2014, p. 60)

Les « bons » patients sont dans cette perspective ceux face auxquels les généralistes peuvent faire voir et valoir ce qu'ils envisagent comme leurs compétences et connaissances propres — et non être réduits au simple rôle de prescripteurs ou de « pivots » relayant certains problèmes ou plaintes vers les spécialistes compétents. Ce sont ces éléments que je vais approfondir dans l'analyse qui suit.

L'expérience du discrédit

Commençons par décrire la séance que nous allons étudier. Elle rassemble dix participants, en comptant le superviseur. Aux dires du médecin assistant qui le rapporte, la sélection du cas en question s'est faite de manière presque fortuite : il voulait aborder « un cas normalement hyper intéressant », mais la patiente concernée a manqué deux consultations d'affilée et il n'a donc pas pu la solliciter pour un enregistrement (T2). Il a retenu la vidéo qu'il présente finalement parmi une série de consultations qu'il a filmées *a priori* sans raison particulière. Il dit dans un premier temps l'avoir choisi parce qu'il était « un petit peu mal à l'aise éventuellement » durant la consultation (T2). Il s'agit là d'un euphémisme, comme on le verra : les marqueurs d'atténuation employés ici par le médecin assistant ne rendent pas justice à la force des sentiments qu'il évoquera par la suite. En fait, la séance comprend des prises de position assez vives de la part de l'ensemble des participants. C'est que, comme le souligne le superviseur au moment de conclure, les médecins présents semblent « s'identifie[r] très vite » au médecin assistant, sans doute parce qu'il s'agit là d'une situation « très classique de [la Policlinique] » (T209).

Tel que le décrit le médecin assistant, le patient dont il a choisi de parler est suivi à la consultation générale pour « un diabète de type 2 […] [d]e longue date, insulino-requérant » (T6). Il est par ailleurs « connu pour un trouble bipolaire, traité […] par une médecin psychiatre en ville », qu'il voit « toutes les deux semaines » (T6). Comme cela deviendra rapidement clair, les problèmes de santé du patient sont toutefois restés au second plan durant la consultation dont le médecin assistant projette un extrait — et c'est bien là le problème, pour les participants. Ce point apparaît déjà en filigrane dans la description du cas proposée initialement par le médecin assistant. Celui-ci commence par évoquer une rencontre préalable avec le patient en question, inhabituelle parce que le patient a fait irruption dans son bureau sans s'annoncer à la réception. Il décrit ensuite la consultation en affirmant avoir été « surpris » par la tournure qu'elle a prise (T6). Le patient n'ayant pas formulé de demande particulière au moment de prendre rendez-vous, le médecin assistant s'attendait à réaliser « un contrôle de santé » (T6). Or, ce n'était « pas vraiment un contrôle de santé » que désirait le patient (T6) :

MDC = le médecin en charge du cas[9]

T6	MDC :	[...] C'est un patient que j'avais aux urgences il y a quelques mois euh... Aux urgences [*de l'hôpital attenant à la Policlinique*], et pis je l'ai retrouvé en fait parmi mes patients euh... De la consult' générale. Et pis y a deux semaines il était venu tout d'un coup sans s'annoncer euh... Il a toqué, il a ouvert la porte pour me dire [*rires parmi les participants*] : « Ah j'ai besoin d'une ordonnance euh... » C'était un peu particulier, disons. Pis je... Ben vu qu'il était là, j'ai fait. Par contre, euh... « Faut vous annoncer

9 La catégorisation explicite des interactants est ici nécessaire afin d'indiquer à qui attribuer chaque tour de parole. Comme l'a souligné Rod Watson, en attachant ainsi aux acteurs certaines « catégories » ou « identités » sociales, le travail de transcription vient dans une certaine mesure redoubler — et parfois trahir — l'organisation endogène des interactions (Watson, 1997, p. 52). Il s'agit là d'un point important. Mais cette difficulté ne me semble pas trop porter à conséquence dans le cadre du présent travail, dans la mesure où la question des catégories rendues pertinentes par les situations et les interactions y sera amplement thématisée.

> à la réception la prochaine fois. » J'avais fait une ordonnance, pis là il est revenu genre deux semaines après euh... Pour une demande euh... Enfin y avait pas vraiment de demande, pis je me suis dit : « C'est un contrôle de santé. » Et puis euh... En fait j'étais un peu surpris parce que c'était pas vraiment un contrôle de santé qu'il voulait. Et puis je connaissais pas son dossier... Parfaitement bien disons, j'étais pas préparé euh... J'étais pas préparé par rapport à sa demande pour cette consultation particulière. Et pis voilà, j'étais un petit peu surpris. Heureusement il y a du coup quand même quelque chose euh... À voir. Alors si jamais c'est un patient qui est connu pour un trouble bipolaire, traité... Suivi par un médecin psychiatre en ville, toutes les deux semaines. Sur le plan somatique, c'est surtout un diabète de type 2 euh... De longue date, insulino-requérant, euh... Voilà. C'est ça le contexte.

Ici, comme en témoignent les rires des participants et les remarques du médecin assistant (« C'était un peu particulier, disons. » ; « J'étais un peu surpris. », T6), l'attitude du patient telle qu'il la décrit marque d'emblée une série d'écarts vis-à-vis des attentes implicites qu'ils entretiennent quant au comportement ordinaire des patients. D'une part, le patient survient « tout d'un coup » dans le bureau du médecin, « sans s'annoncer » au préalable à la réception, et ouvre la porte de lui-même, sans attendre qu'on lui réponde. L'« apparition » sur le « territoire personnel » d'autrui — au sens de Goffman — n'est évidemment pas « une simple occurrence perceptive qui pourrait indifféremment être remarquée ou ignorée, elle "fait" des choses et produit des effets imbriqués, d'ordre attentionnel, moral et pragmatique » (Licoppe, 2010, p. 133). C'est bien la raison pour laquelle de telles « apparitions » sont normativement et écologiquement régulées. D'autre part, le patient prend rendez-vous sans formuler de demande particulière — ce qui laisse supposer qu'il ne souhaite rien de plus qu'un contrôle de santé —, alors qu'il attend effectivement quelque chose de précis du médecin.

Ce faisant, il prend le médecin de cours (« J'étais pas préparé par rapport à sa demande pour cette consultation particulière. », T6).

À la suite de ces quelques remarques — et après avoir résolu un problème technique lié aux haut-parleurs devant diffuser le son de l'enregistrement —, le médecin assistant enclenche la vidéo. Comme on va le voir, la projection présente ici deux particularités : d'une part, le médecin assistant l'accompagne de plusieurs commentaires, offrant des explications complémentaires concernant son interaction avec le patient ; d'autre part, la vidéo suscite à de multiples reprises les rires des participants. Il s'agira aussi de comprendre ce qui provoque leur amusement, qu'ils vont eux-mêmes amplement thématiser. Je restitue ci-dessous l'entier de la transcription correspondant à l'extrait diffusé dans la séance, mais la scinde en plusieurs parties de manière à en ressaisir de manière plus précise et lisible les différents aspects pertinents pour l'analyse :

PAT = le patient

MDC = le médecin en charge du cas

T15	PAT :	On m'a envoyé ça… [*Il tend une liasse de documents au médecin assistant.*] Et pis je dois… [*pause*]
T16	MDC :	Alors… 20 mars, ça vous avez reçu d'abord en premier. [*Le médecin assistant consulte un feuillet parmi les documents que lui a remis le patient.*] « Nous vous remercions… »
T17	MDC :	[*Il hausse la voix pour couvrir le son de l'enregistrement.*] C'est une demande de rapport médical de l'AI [*l'assurance-invalidité*] en fait. Pis je savais pas qu'il était à l'AI… Enfin qu'il va demander l'AI.
T18	MDC :	« …notre courrier du 28 novembre. » Donc c'est la troisième fois je pense.
T19	PAT :	C'est la troisième fois.
T20	MDC :	« Veuillez nous rendre le rapport médical demandé. » [*Il poursuit la lecture en murmurant.*] Ok c'est un rapport médical dont ils ont besoin. Et puis là…

T21	MDC :	[*Il hausse à nouveau la voix par-dessus le son de l'enregistrement.*] En fait il m'a sorti tous les papiers en même temps…
T22	MDC :	Ok. Ils ont besoin d'un rapport médical. Euh… Actuellement vous travaillez ?
T23	PAT :	Non je travaille pas parce que je prends beaucoup de médicaments… Que m'a donnés le psychiatre.
T24	MDC :	D'accord. Euh… Et pis effectivement il me semblait que j'avais vu aussi que vous étiez en arrêt à 100 %… C'est votre psychiatre hein qui vous a ?…
T25	PAT :	Oui, c'est mon psychiatre, parce que je prends beaucoup de médicaments.
T26	MDC :	Il vous a fait un arrêt de travail au long cours ?
T27	PAT :	Ouais.
T28	MDC :	D'accord. Il est prévu jusqu'à quand ?
T29	PAT :	De toute façon euh… Chaque année il…
T30	MDC :	Ah ! C'est tout le temps comme ça en fait ? Euh… Alors… Je vais juste voir… Et votre psychiatre il vous suit ?… Où ? Ici ? Ou bien à [*nom d'une institution de santé*] ? Ou euh ?…
T31	PAT :	Euh… À [*nom d'une autre institution de santé*].
T32	MDC :	À [*nom de l'institution de santé mentionnée par le patient*]. D'accord. Alors… Je vais juste voir s'il a déjà mis une note quelque part… [*Il consulte le dossier informatisé du patient.*] En fait je l'ai pas. La dernière fois que vous l'avez vu c'était quand ? Le psychiatre ?
T33	PAT :	Hier.
T34	MDC :	Hier ?
T35	PAT :	Oui.
T36	MDC :	D'accord. C'est… Il s'appelle comment ?
T37	PAT :	Madame [*nom de la psychiatre*].
T38	MDC :	Madame [*nom de la psychiatre*]. C'est une psychologue ou un psychiatre ?
T39	PAT :	Psychiatre.

T40	MDC :	Un psy... Une psychiatre. Ok. Parce qu'effectivement, elle serait plus apte à répondre à... À ça. Euh... Vu que c'est elle qui vous fait les arrêts de travail, c'est ça ?
T41	PAT :	Oui.
T42	MDC :	Ouais. Ok.
T43	PAT :	Mais elle, elle a fait le nécessaire pour [*nom de l'institution de santé mentionnée précédemment*].
T44	MDC :	D'accord. Elle, elle a fait le nécessaire de son côté.
T45	PAT :	Ouais.

Avant de revenir sur le contenu de l'échange, quelques remarques s'imposent quant aux commentaires que formule le médecin en charge du cas à l'attention de ses collègues durant la séance. De quelle nature sont-ils ? Goffman explique dans *Frame Analysis* le malaise que tend à susciter chez l'individu la confrontation à un enregistrement sonore ou audiovisuel de lui-même par le fait qu'il se trouve alors privé de place légitime dans l'interaction : il ne peut prétendre au rôle d'observateur, puisque c'est lui-même qui parle ou agit — mais en même temps, ce n'est pas « réellement » lui-même qui parle et agit. En fait, Goffman pense manifestement à des situations dans lesquelles la contribution enregistrée peut prétendre remplacer la part prise dans l'interaction par l'individu. Il n'en offre pas d'exemple concret, mais évoque une situation qui lui paraît similaire : un orateur rejoint un événement politique durant lequel il doit délivrer un discours juste après que ledit discours a été prononcé à sa place par le maître de cérémonie, convaincu qu'il ne viendrait pas. L'individu se trouve dans de tels cas victime d'une « duplication du *self* » qui rend « superflu » le « rôle qu'il s'apprêtait à jouer » dans l'interaction (Goffman, 1986 [1974], p. 357-358).

Les situations qui nous occupent ici ne s'organisent à l'évidence pas de la même manière : l'enregistrement n'y fonctionne pas comme un substitut aux actes ou aux paroles du médecin concerné

durant la séance elle-même. Certes, la diffusion de la vidéo peut provoquer un certain malaise chez les praticiens. Mais il ne s'agit pas du malaise auquel songe Goffman, qui résulte du fait de se voir dépossédé de sa place interactionnelle dans la situation concernée. Au contraire, comme le montrent les prises de parole du médecin assistant dans l'extrait précédent, le rôle de « commentateur » est dans les séances analysées directement disponible aux médecins présentant un enregistrement de leurs consultations. Ce rôle y est d'autant plus facile à adopter pour les praticiens qu'il fait jouer l'« autorité de la première personne » accordée à l'individu par la sémantique ordinaire des concepts d'action et des états mentaux quant à ses propres croyances, désirs, intentions, ressentis, etc. (Kaufmann, 1999, p. 237-238). Le médecin concerné est manifestement le mieux placé pour expliciter ce qu'il pensait, ressentait, souhaitait faire ou espérait accomplir lors de la consultation que restitue la vidéo. L'enregistrement audiovisuel rend bien dans une certaine mesure le médecin filmé « présent » durant la séance, même si cette « présence » n'est pas celle de « "l'être ici et maintenant" » (Licoppe, 2012, p. 1). Mais la forme particulière de « présence » que déploie la vidéo dans les séances analysées ne met pas en péril la participation des médecins concernés à l'interaction, bien au contraire. En faisant intervenir « le droit pour le sujet à avoir le dernier mot pour ce qui concerne les descriptions de sa propre expérience », elle invite plutôt le médecin concerné à réagir (Licoppe, Draetta & Delanoë, 2013, p. 281).

Évoquons maintenant le contenu de l'extrait retranscrit ci-dessus. Durant cette phase initiale de la consultation, la raison de la venue du patient se précise. Comme l'explique le médecin assistant durant la séance, le patient attend de lui qu'il réponde à « une demande de rapport médical de l'[assurance-invalidité] » (T17). Mais le patient ne formule pas cette attente de manière explicite : il tend simplement les documents et rappels qu'il a reçus au médecin assistant, qui doit identifier par lui-même ce dont il est question et le genre d'action qu'appelle la situation (« Ok c'est un rapport médical dont ils ont besoin. », T20). D'où une certaine

confusion, que le médecin assistant vient justifier *a posteriori* en commentant : « En fait il m'a sorti tous les papiers en même temps… » (T21). Le médecin assistant cherche ensuite à préciser le contexte dans lequel s'inscrit la demande du patient, en lui posant une série de questions concernant diversement sa situation professionnelle actuelle (T22), la nature de son arrêt de travail (T24, T26 & T28), et son suivi psychiatrique (T30, T32, T36 & T38). Cette première phase concernant la rédaction d'un rapport médical s'achève sur une dernière question du médecin assistant, qui met implicitement en doute la pertinence de la demande que lui adresse le patient : « Une psychiatre. Ok. Parce qu'effectivement, elle serait plus apte à répondre à… À ça. Euh… Vu que c'est elle qui vous fait les arrêts de travail, c'est ça ? » (T40). Le médecin assistant n'aurait pas à se charger du rapport puisque la cause de l'invalidité dont fait état le patient est psychiatrique. Le patient lui indique — ici encore, de manière implicite — que son rapport est également requis (« Mais elle, elle a fait le nécessaire […]. », T44). La formulation porte évidemment une accusation voilée : le redoublement du pronom vient souligner que le médecin assistant n'a de son côté pas « fait le nécessaire ».

On peut à ce stade formuler une première remarque : si le médecin garde l'initiative dans la succession des paires questions-réponses, son action se donne néanmoins à un autre niveau comme une *réaction*, marquée par un temps de retard ou un écart à combler. C'est d'abord manifeste lorsque le médecin assistant prend connaissance des documents administratifs, dont il doit interpréter le contenu face à un patient qui semble au fait de ce dont il s'agit. Mais c'est plus évident encore lorsqu'il apparaît que la psychiatre a déjà rédigé son rapport et que la contribution du médecin assistant se fait donc attendre (T44). On a là sans doute l'une des raisons du « malaise » dont faisait initialement état le médecin assistant durant la séance (T2). Mais le fait que le médecin paraisse pris de court ou se soit senti insuffisamment « préparé » — comme il l'a annoncé précédemment (T6) — ne suffit pas à résumer ce qui se joue ici, comme on va le voir.

Le médecin assistant aborde ensuite avec le patient la question de la médication :

MDC = le médecin en charge du cas

PAT = le patient

T46	MDC :	D'accord. Et puis actuellement… Effectivement, les médicaments que vous prenez c'est… Remeron [*un antidépresseur*], Topamax [*un médicament utilisé pour prévenir les crises d'épilepsie ou de migraine*]…
T47	PAT :	Il me manque… J'ai plus d'ordonnance pour ça… [*Le patient sort de sa poche une boîte en carton qu'il tend au médecin assistant.*]
T48	MDC :	[*Il hausse encore une fois la voix pour couvrir le son de l'enregistrement.*] En fait il dit qu'il lui manque une ordonnance pour euh… C'est des aiguilles pour la glycémie.
T49	PAT :	C'est ça qu'il me manque. L'ordonnance elle me manque.
T50	MDC :	Juste celui-là ?
T51	PAT :	Oui. Que ça.
T52	MDC :	Ouais. Ok. [*Il se saisit de la boîte posée par le patient sur le bureau.*] Accu-Chek FastClix. [*Il s'agit d'un autopiqueur servant à la mesure de la glycémie chez les patients diabétiques.*]
T53	PAT :	C'est ça qui me manque.
T54	MDC :	D'accord.
T55	PAT :	Ça c'est pour le stylo.
T56	MDC :	Mmh, mmh. [*Il tape au clavier.*] Fast… Clix. [*pause*] Ok. Mais effectivement, moi j'ai pas reçu de demande de leur part. Normalement ça arrive chez moi. [*Il tourne l'écran de son ordinateur en direction du patient.*] Voyez, là j'ai votre dossier, et pis ça arrive chez moi et pis je fais le rapport. Mais c'est vrai que… Ça s'est perdu quelque part je pense. Euh… Donc je vais m'occuper du rapport AI.
T57	PAT :	J'ai informé le médecin qui était là avant.

T58	MDC :	Ah !
T59	PAT :	Et pis j'ai dit qu'ils avaient besoin pour prendre une décision, et pis après rien du tout. [*rires parmi les participants*]
T60	MDC :	D'accord. Là j'ai rien. Bon après c'est… Eux ils vont recevoir quelque chose, ça va encore prendre du temps pour euh… Votre psychiatre a aussi envoyé un rapport de son côté.
T61	PAT :	Oui pour la psychiatre il y a pas de problème, le seul problème c'est chez vous. [*rires parmi les participants*]
T62	MDC :	Ouais. D'accord. Ben écoutez je peux faire ça sans problème. Euh… Faut que je fasse une copie aussi du coup. [*Il montre le document qu'il doit photocopier.*] Alors… [*rires parmi les participants*] Scanner. Je vais scanner la page. [*rires parmi les participants*] Je note bien. [*rire général*] Ça vous pouvez reprendre. L'ordonnance ben je vous ferai pour ça. Euh… À part ça est-ce qu'il y a d'autres choses particulières que vous souhaitez discuter aujourd'hui ?
T63	PAT :	Non non, ça va. [*rires parmi les participants*] Enfin… Pour le… Pour le diabète…

Le médecin assistant va ensuite poursuivre sur cette dernière remarque concernant le diabète. Mais avant d'aborder la suite de l'enregistrement, arrêtons-nous un instant sur ce second extrait. On a cette fois-ci deux séquences interactionnelles bien distinctes, avec dans un premier temps la question de la médication (T46-T55) puis un retour à la problématique du rapport médical à verser au dossier du patient (T56-T63). Nous reviendrons plus loin sur le premier point — i.e. la demande d'ordonnance —, au moment d'évoquer ce qu'ont à en dire les participants à la séance. Concernant le rapport médical, on peut déjà noter que la critique formulée par le patient à l'encontre de la Policlinique se fait plus claire : il s'agirait d'un problème de coordination, le patient ayant évoqué le rapport avec le médecin qui l'avait jusque-là pris en charge à la consultation générale (« J'ai informé le médecin qui était là avant. », T57 ; « […]

ils avaient besoin pour prendre une décision, et pis après rien du tout. », T59). L'écart entre la psychiatre — qui « a fait le nécessaire », pour reprendre les termes employés précédemment par le patient (T43) — et les médecins de la Policlinique apparaît aussi plus nettement : « […] pour la psychiatre il y a pas de problème, le seul problème c'est chez vous. » (T61). À ce stade, le malaise du médecin assistant est manifeste — d'où les rires de ses collègues, qui semblent trouver amusants ses efforts pour assurer le patient qu'il fera ce qu'il attend de lui (« Je note bien. », T62). Relevons aussi les éclats de rire que suscite la réponse négative du patient à la dernière question du médecin assistant ci-dessus (« À part ça est-ce qu'il y a d'autres choses particulières que vous souhaitez discuter aujourd'hui ? », T62). Très clairement, le patient ne souhaite ici solliciter le médecin assistant que pour la rédaction du rapport médical et le renouvellement d'une ordonnance — et c'est bien là l'enjeu pour les participants, comme ils l'expliqueront plus loin.

On peut faire ici une première synthèse des éléments que donne à voir cette situation. Comme souvent, le « malaise » du médecin assistant est déclenché par le fait d'être relégué dans son interaction avec le patient à des tâches peu valorisées, qui touchent essentiellement au pôle administratif de son activité. Il correspond ainsi à une expérience de discrédit, un déni de reconnaissance qui vise ce qui fait aux yeux des médecins généralistes le cœur de leur activité : les actes « techniques » et la sollicitude ou le « soutien » qu'ils peuvent apporter aux patients (Membrado, 2014, p. 54). Le point n'est pas simplement ici celui du caractère agréable ou non de la consultation, et de la sympathie du médecin pour son patient. C'est plus fondamentalement la possibilité d'« exister » face à lui en tant que médecin « de plein droit » qui est en jeu. Je reprends ici les réflexions de l'anthropologue François Flahault, qui affirme de la reconnaissance qu'elle est « une facette ou un moment des processus au gré desquels les êtres humains produisent et soutiennent leur existence psychique, leur sentiment d'exister » (Flahault, 2009, p. 461). Dans cette perspective, on peut considérer que l'identité professionnelle des médecins est dans une certaine mesure symboliquement remise en jeu à chaque consultation — les médecins

les plus vulnérables à cet égard étant *a priori* ceux dont la socialisation professionnelle est encore en cours et ceux dont le statut au sein du monde médical est le plus précaire, tels les généralistes.

Portée symbolique des actes médicaux

J'omets ici une partie de la retranscription (T64-T92). Dans l'extrait correspondant, le médecin assistant aborde la question des futurs rendez-vous du patient à la Policlinique et auprès des spécialistes. Consultant le dossier informatisé du patient, il se rend compte que le patient est supposé revenir à la Policlinique pour une nouvelle consultation avec lui moins de deux semaines plus tard (T70). Il s'agit manifestement d'une erreur, ce qui fait rire de plus belle les médecins présents. Le médecin assistant convient avec le patient d'annuler ce rendez-vous (T78-T81). À la suite de cela, il en vient finalement à l'état de santé du patient. C'est la dernière partie de la consultation projetée durant la séance — et de loin la plus intéressante — que nous allons maintenant aborder :

MDC = le médecin en charge du cas

PAT = le patient

PSY = le psychiatre

CDC = une cheffe de clinique

T92	MDC :	[...] Euh... J'avais juste une chose, en fév... C'était en février, vous me disiez que vous étiez essoufflé quand vous montiez les escaliers. C'est toujours le cas, ou ça va mieux ?
T93	PAT :	Ouais ça va... Ça... Enfin je me suis fait mal au pied...
T94	MDC :	Ouais.
T95	PAT :	Mais c'est avec le diabète...
T96	MDC :	Vous pensez que c'est en lien avec le diabète peut-être ?
T97	PAT :	Faut qu'ils regardent ça. Parce que je sais qu'il faut pas... [*incompréhensible*]

T98	MDC :	Ouais ouais. C'est possible. Il faut pas se blesser, effectivement. Si vous faites des plaies, ça peut être plus facilement infecté.
T99	PAT :	C'est pour ça, il faut qu'ils regardent ça.
T100	MDC :	Vous voulez que je jette un coup d'œil déjà ?
T101	PAT :	Non non, ça va. [*rire général*]
T102	MDC :	Là ça va. Ok. [*pause*] On a fait une prise de sang… C'était quand la dernière ? Je vous avais vu aux urgences à la fin du mois de… Avril, je sais pas si vous vous souvenez ? Pis là on avait fait une prise de sang aussi. Et pis effectivement qui était… Pas vraiment, spécifique, elle était plutôt bonne. Mais… Des bons chiffres.
T103	PAT :	Ouais ça va. [*rires parmi les participants*]
T104	MDC :	Donc je pense pas que ça vaut la peine d'en refaire euh… Rapidement. Y a une chose chez vous qui était déjà connue il y a une année, c'est… Le bon cholestérol, qu'il vous manque dans le sang.
T105	PAT :	Ouais.
T106	MDC :	Le mauvais il est bien. [*rires parmi les participants*] Mais le bon cholestérol, y a pas assez chez vous. Ça s'appelle le HDL [*high-density lipoprotein*], on en trouve surtout dans certains poissons. D'accord ? Je sais pas si vous mangez du poisson ? Saumon ?…
T107	PAT :	Euh… [*rire général*]
T108	MDC :	Ouais, il faut privilégier les poissons.
T109	PAT :	C'est pour la vitamine D ?
T110	MDC :	Non, c'est pas la vitamine D, c'est le HDL, c'est un… Une graisse. Une graisse qui est importante dans le corps. Plus y a cette bonne graisse, moins y a de place pour le mauvais cholestérol. D'accord ? Pis y en a aussi dans l'huile de colza. Si vous cuisinez ou faites des salades, vous pouvez mettre de l'huile de colza. [*rires parmi les participants*] La fleur jaune. Ça y en a aussi pas mal. Il faut privilégier effectivement tout ce qui est fruits et légumes. Manger un peu moins de viande grasse, de viande rouge. Et puis est-ce que vous faites un peu de sport ? Enfin, vous marchez beaucoup par jour ?

T111	PAT :	Ah oui je marche beaucoup, comme ça.
T112	MDC :	Alors il faut continuer à marcher beaucoup, normalement on recommande une demi-heure par jour.
T113	PAT :	Largement ça.
T114	MDC :	Vous arrivez ? Alors il faut continuer. Vous fumez ?
T115	PAT :	Non.
T116	MDC :	Vous avez fumé avant ?
T117	PAT :	Oui.
T118	MDC :	D'accord. Pis là vous avez arrêté ?
T119	PAT :	Ouais.
T120	MDC :	Donc ça c'est très bien, ça permet en fait de... De... De réguler un petit peu les graisses dans le sang, de ne pas fumer. Si vous fumez effectivement ça peut... Avec le cholestérol, le mauvais cholestérol, ça peut se déposer au niveau des veines et puis boucher.
T121	PAT :	D'accord.
T122	MDC :	Mais là c'était le souffle. Mais vous avez arrêté, c'est très bien.

Comme le préciseront ensuite les participants et comme tend à l'indiquer leur hilarité durant la projection, cette séquence est pour eux extrêmement significative. Elle illustre un double ensemble de difficultés étroitement intriquées, renvoyant évidemment aux relations qu'ils entretiennent avec leurs patients mais aussi, en arrière-fond, à celles qui les lient aux spécialistes avec lesquels ils partagent les prises en charge. C'est ce que je vais montrer en revenant sur les commentaires subséquents des participants. Mais avant cela, on peut d'ores et déjà souligner la force du bref échange qui voit le patient décliner la proposition du médecin assistant de « jeter un œil » à sa plaie (T100-T101), quand bien même il vient de dire qu'il lui paraissait nécessaire qu'on l'examine (« Faut qu'ils regardent ça. », T99). Le « ils » employé par le patient fait référence aux médecins de la consultation de diabétologie, évoqués plus haut

(T82-T88). Il n'est sans doute pas exagéré d'affirmer que tout l'enjeu de cet extrait de consultation tel qu'il apparaît aux médecins rassemblés tient dans le « Non non, ça va. » que réplique ici le patient au médecin assistant (T101).

Que disent les participants de l'extrait projeté ? Ils commencent par s'interroger sur le début de la consultation : a-t-elle vraiment commencé ainsi, ou le médecin assistant a-t-il préféré ne pas leur en montrer les premières minutes (T128 & T130) ? Le médecin assistant répond que l'entretien s'est effectivement ouvert sur cet échange autour des documents que lui tend le patient (T131). Une cheffe de clinique commente : « Ça commence bizarrement, quoi. » (T132). Le médecin assistant avait de quoi être « surpris » (T133). Mais il avait aussi de bonnes raisons de se sentir « un peu mal à l'aise », puisque « [c]'est [la Policlinique] qui a fait faux » (T140). Ce n'est toutefois pas que leur surprise et un certain malaise qu'évoquent les participants. Leurs remarques pointent dans deux autres directions, liées mais distinctes : le sentiment d'inutilité que peuvent produire de telles situations chez le médecin concerné ; la portée comique de l'échange, qui prend des allures de « sketch » (T143). L'extrait suivant illustre bien ces deux dimensions :

CC1 = la cheffe de clinique

CC2 = un autre chef de clinique

MA1 = un médecin assistant

T142	CC1 :	[...] j'ai déjà eu aussi ce sentiment de... D'être un peu une secrétaire. C'est un rendez-vous médical mais en fait il dit ce qu'il veut sur l'ordonnance et pis euh... Et pis les papiers qu'il faut faire... Et pis quand on... Vient sur le côté médical il veut pas qu'on regarde ses pieds... [*Elle poursuit à mi-voix.*] On se demande à quoi on sert, quoi.
T143	CC2 :	Moi je trouve que ça illustre effectivement assez bien le... Plus le... Le boulot, c'est presque un peu un sketch sur le travail qu'on fait des fois au...

T144 MA1 : Des fois... Ouais.

T145 CC2 : C'est ça qui fait presque un peu rire, c'est qu'on a l'impression que c'est... Que c'est vraiment un sketch sur le travail qu'on doit faire des fois au cabinet [*rires parmi les participants*]. Avec un patient qui est à la fois... Bon au début y a pas gr... Énormément de choses à analyser, parce que toi t'es en train de chercher tes trucs. Pis là on se rend compte... À la fois il a l'air un peu perdu déjà lui, pis en même temps... Toi ben du coup dans tout ce qu'il t'amène euh... La complexité entre retrouver les consult', savoir si la demande a déjà été faite, où est-ce qu'on en est, ben voilà tu... Toi-même après tu cherches et pis c'est compliqué... Pis du coup ça fait un... Une espèce... C'est vrai, ça a l'air d'être un truc un peu... Presque euh... Comme ça... Souligner le côté des fois un peu euh... Ri... Qui a l'air un peu ridicule, du boulot qu'on fait en fait.

Malgré son caractère assez déplaisant, prenons au sérieux l'association posée ici entre le sentiment d'inutilité (« On se demande à quoi on sert, quoi. », T142) et celui d'être mis dans la position d'« une secrétaire » (T142). Dans la prise de parole de la cheffe de clinique, une série d'activités sont identifiées comme peu congruentes, voire franchement désajustées au regard du cadre censé structurer l'interaction, celui du « rendez-vous médical » (T142) : la rédaction de l'ordonnance, dans la mesure où elle se fait pratiquement sous la dictée du patient ; la gestion des « papiers » en lien avec le dossier destiné à l'assurance-invalidité, puisque c'est là aussi le patient qui dit simplement « ce qu'il veut » (T142) ; le refus de l'examen proposé par le médecin, qui aurait permis à l'échange de rebasculer « sur le côté médical » (T142). La comparaison avec ce que serait — supposément — l'activité d'« une secrétaire » semble tenir à deux traits de la position du médecin face au patient telle qu'elle est redécrite ici : d'abord, le médecin est cantonné à des tâches d'écriture, l'examen physique ayant été écarté ; ensuite, il réalise ces tâches à la demande expresse du patient, et non de sa propre initiative. Autrement dit, le médecin est empêché d'agir comme tel (avec le refus de l'examen

physique), et il se voit contraint de réaliser sous le contrôle direct du patient certaines tâches dont la responsabilité devrait lui revenir (avec l'ordonnance et la constitution du dossier). C'est de cela autant que de la confusion suscitée par les demandes du patient que découle le caractère « ridicule » de la situation tel que le souligne ensuite le second chef de clinique (T145). Si l'on reprend les réactions des médecins à la diffusion de l'extrait audiovisuel, on peut en effet constater que ce sont les passages qui contreviennent le plus manifestement à la dynamique « ordinaire » des interactions entre médecin et patient qui suscitent les rires des participants. C'est par exemple le cas lorsque le médecin assistant commente une prise de sang réalisée antérieurement en indiquant qu'elle a donné de « bons chiffres » (T102), voulant dire par là que les résultats n'avaient rien d'inquiétant, et que le patient lui répond : « Ouais ça va. » (T103). Les conclusions à tirer d'une prise de sang relèvent évidemment du domaine de compétence du médecin, et n'appellent pas de commentaire particulier de la part du patient, *a priori* incapable d'en faire sens. Au regard du tour qu'a pris la consultation, cette simple remarque se donne déjà comme une forme de contestation de l'asymétrie (épistémique) supposée exister entre le médecin assistant et le patient au regard de l'interprétation des résultats médicaux, d'où les rires des participants.

On touche ici à une problématique très présente dans mes observations. Dans le compte rendu de la situation offert par la cheffe de clinique, le médecin assistant est — symboliquement — dépossédé de sa « catégorie d'appartenance » ou de son « identité » de médecin parce qu'il est empêché de réaliser les activités qui lui sont associées, ou forcé de les accomplir de manière impropre : il est mis dans une position de « secrétaire » (T142)[10]. C'est particulièrement mani-

10 Si cette « dépossession » peut être dite « symbolique » et si elle est vouée à rester cantonnée à cette situation d'interaction particulière, c'est évidemment que les (non-)actualisations situées de la catégorie de « médecin » présupposent logiquement une « appartenance » antécédente à la catégorie, administrée par la « collectivité auto-organisée » que constitue la profession médicale. Comme l'indique Lena Jayyusi, « [d]ans le cas de la catégorie de "médecin", l'appartenance catégorielle est supposée déjà présente [*pre-present*] au moment où la catégorie est effectivement employée [...] » dans l'interaction (Jayyusi, 1984, p. 64).

feste concernant la proposition du médecin assistant d'examiner le patient. Le fait est qu'une activité — ici, l'examen physique — peut jouer un rôle prépondérant dans l'(auto-)attribution d'une « catégorie » à celui ou celle qui la réalise : c'est l'idée d'« activité liée à une catégorie » (Sacks, 1972, p. 221-224). Dans le cas qui nous occupe, la proposition d'examen énoncée par le médecin et son refus par le patient sont extrêmement révélateurs à cet égard. L'examen physique, qui rompt avec les interdits barrant ordinairement l'accès au corps d'autrui hors des relations intimes, constitue en effet une prérogative des soignants et en premier lieu des médecins. Il est l'un des actes dont la réalisation permet le plus manifestement aux médecins de se donner à voir comme tels, en identifiant réciproquement les personnes qu'ils examinent comme des patients. L'activité configure ainsi une relation particulière, la relation médicale ou plus généralement thérapeutique, qui réunit un médecin/soignant et un patient/soigné[11]. Dès lors, dans la mesure où il admet lui-même avoir besoin d'être examiné par un médecin, le refus de l'examen par le patient dans la situation analysée présente intrinsèquement des conséquences considérables sur le plan relationnel : le patient refuse d'entamer une séquence interactionnelle où il apparaîtrait explicitement comme tel, i.e. dans laquelle les rapports qu'il entretiendrait avec son vis-à-vis seraient très clairement d'ordre thérapeutique. La fin de l'extrait, avec la discussion autour du régime alimentaire du patient, de son activité physique et des méfaits du tabac, apparaît à cet égard comme une tentative — assez maladroite — de la part du médecin assistant pour réinstaurer une relation proprement médicale avec le patient, dans le champ pour le moins étroit qui lui est laissé par le partage de la prise en charge entre le diabétologue, la psychiatre et lui-même. En invitant le patient à manger du « saumon » (T106), des « fruits et légumes » (T110), à « marcher » (T110), ainsi qu'à s'abstenir de fumer (T114-T122), le médecin assistant formule effectivement une série de recommandations

11 On peut en effet considérer, à la manière du psychanalyste Jean-Paul Valabrega, la relation thérapeutique comme une « donnée anthropologique première » instanciée dans diverses formes culturellement spécifiques : « relation chamanistique », « relation médicale », « relation analytique », etc. (Valabrega, 1962, p. 98-101).

« médicales » au patient. Mais elles touchent trop au sens commun pour faire une différence effective dans la dynamique de l'échange — d'où, encore une fois, les rires des participants.

Pour développer plus avant ces éléments, abordons encore un autre extrait dans lequel les participants reviennent plus explicitement sur les enjeux de la consultation dont ils discutent. L'échange en question fait suite à une remarque très explicite du superviseur, remarque qui cadre particulièrement bien avec ce qui a été avancé jusqu'à présent puisque le comportement du patient s'y voit redécrit comme un genre de déconsidération ou de dévalorisation de la relation thérapeutique : « Je veux dire, c'est quand même une relation extrêmement importante entre un patient et son médecin, et il arrive : "Docteur, le rapport ?" » (T178). Comme on l'a vu, si le médecin ne peut pas clairement s'identifier comme tel dans l'interaction, c'est bien la possibilité d'envisager la relation qu'il entretient à son vis-à-vis comme une relation proprement médicale qui est mise à mal. En réponse à la remarque du superviseur, la cheffe de clinique qui évoquait précédemment son sentiment d'être prise dans de tels cas pour « une secrétaire » thématise la portion congrue laissée au médecin généraliste lorsque les aspects plus directement « médicaux » d'une prise en charge sont assurés par des spécialistes (T179) :

CC1 = la cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

CC3 = une autre cheffe de clinique

T179	CC1 :	Et pis surtout que lui, on a l'impression que… Il a un diabète, il est suivi par le diabéto'. Il a un problème psy', il est suivi par le psy. Et pis en fait nous on fait les ordonnances et les papiers ! [*rire général*] Ça résume bien ça. Et pis nous en plus on s'emmêle un peu les pinceaux parce que… En l'occurrence on doit faire que ça, et pis on n'a même pas réussi. [*rire général*]
T180	PSY :	Et pis : « Bonne journée, Monsieur ! », quoi.
T181	CC3 :	« Pis on se revoit dans deux semaines ! On sait

> pas pourquoi mais… » [*rire général*] [*pause*] J'sais pas si ça vous arrive, mais des fois j'essaie de me dire quand même que ben… On a une formation où on nous conseille d'examiner les patients et pis des fois j'essaie d'utiliser ça… Ben… Je remarque en regardant la vidéo que je suis un peu dans la même situation des fois, pis je me dis… Ben… « Vu que c'est la première fois qu'on se voit, je propose que je vous examine brièvement juste pour avoir une première idée, vu que… » Enfin… J'essaie de dire ça pour un peu ramener à la médecine. [*Plusieurs participants acquiescent.*]

Remarquons d'abord l'emploi du pronom « On » par la cheffe de clinique, qui participe à atténuer la critique que pourrait constituer ses propos à l'encontre du médecin assistant (« […] on doit faire que ça, et pis on n'a même pas réussi. », T179) mais aussi à identifier ce qui est en jeu comme un problème partagé, concernant les médecins généralistes en tant que collectif professionnel se démarquant des spécialistes. Sans surprise, les tâches dévolues ici au médecin assistant face à ses collègues spécialistes — que la cheffe de clinique désigne en parlant « [d]es ordonnances et [d]es papiers » (T179) — sont présentées comme peu valorisantes : c'est bien parce que les généralistes pourraient s'attendre à se charger d'activités et de responsabilités autrement plus complexes et importantes qu'il y a de quoi en rire. Mais c'est surtout le dernier tour de parole qui importe ici. En indiquant qu'il aurait été pertinent d'ouvrir la consultation en proposant au patient de l'examiner, la seconde cheffe de clinique va clairement dans le sens de ce que j'ai pointé précédemment. Face à une interaction qui tend à perdre son caractère proprement médical, l'examen — du fait de son statut particulièrement marqué d'« activité liée à une catégorie », celle de médecin — permet de réinstaurer efficacement une configuration relationnelle de type médecin-patient. Pour reprendre les termes de la cheffe de clinique, il permet de « ramener à la médecine » (T181). La manière dont les participants envisagent le refus de l'examen physique par le patient s'accorde donc bien avec mon analyse. Pour eux, le médecin assistant aurait pu se montrer

« un tout petit peu plus directif » et dire au patient quelque chose du type : « “Non mais oui, c’est important quand même que je regarde vos pieds, si vous avez mal euh…” » (T182-T183).

Ces éléments permettent de formuler deux remarques générales quant à la portée « symbolique » des actes médicaux réalisés dans le cadre des consultations. La première concerne les enjeux de l’accès au corps des patients. Parsons a été le premier à mesurer toute l’importance de ce point, relevant que le médecin traverse des situations impliquant de manière prépondérante l’intimité des patients : certaines « informations confidentielles concernant la vie privée » des patients, mais aussi et surtout leur corps. Évoquant l’accès au corps octroyé au médecin, Parsons indique dans le célèbre chapitre de *The Social System* consacré à la médecine :

> […] les occasions et le degré d’exposition du corps et de contact corporel sont soigneusement régulés dans toutes les sociétés, et très fortement dans la nôtre. Voir une personne nue dans un contexte où cela n’est pas usuel, ainsi que toucher et manipuler son corps, constitue un « privilège » qui appelle une explication […]. Il est essentiel au médecin d’avoir accès au corps de son patient pour pouvoir assurer sa fonction. En effet, certaines des manipulations qu’il est amené à réaliser […] ne seraient permises à aucune autre personne par la plupart des individus [...]. (Parsons, 1964 [1951], p. 451-452)

Puisque l’accès au corps se donne comme une prérogative des médecins — ou, dans une certaine mesure, des soignants —, l’examen physique et les manipulations corporelles ont une dimension « performative » vis-à-vis du rôle de médecin et de la relation médicale. L’examen vient réaffirmer en situation une configuration relationnelle proprement « médicale » parce qu’il constitue dans une certaine mesure une « violation » au regard d’un rapport ordinaire au corps, « violation » éminemment caractéristique de la relation thérapeutique et qui contribue ainsi à la distinguer des autres relations de service. Il s’agit d’un moment très spécifique, durant lequel le patient « accepte de se défaire de son statut de sujet actif pour devenir un objet d’inspection et d’investigation » (Heath, 2006, p. 187). Quoique les médecins ne soient en général pas clairement conscients de cette

portée « symbolique » ou capables de l'expliciter, la situation analysée montre qu'ils peuvent en ressentir très concrètement les effets.

Une seconde remarque touche à la hiérarchisation des activités que réalisent les médecins généralistes. Il est important de souligner que cette hiérarchisation est étroitement liée à la place des généralistes dans la division du travail médical ou plus généralement thérapeutique. On peut se tourner sur ce point vers certaines réflexions toujours pertinentes d'Everett C. Hughes autour de la problématique du « sale boulot [*dirty work*] », qui concernent directement la médecine. Hughes relevait en effet que « [s]i le médecin jouit d'un prestige important […], ce n'est pas tant en lui-même qu'en vertu de la place qu'il occupe dans un modèle particulier de la division du travail médical, en vigueur à un moment donné », qui lui permet de déléguer à d'autres certaines tâches envisagées comme moins respectables (Hughes, 1993 [1956], p. 307)[12]. La possibilité d'une telle « délégation » dépend évidemment de la hiérarchie en vigueur dans le monde médical, mais elle contribue en retour à réaffirmer celle-ci. Ce raisonnement rend bien compte de la manière dont les participants semblent envisager la situation en question ici : le médecin assistant subit une forme de déclassement dans ce qu'il est amené à réaliser les activités dont n'ont pas voulu se charger ses collègues spécialistes, trop occupés à accomplir des tâches « proprement médicales ». Ce sentiment chez les généralistes d'être ceux auxquels on délègue certains actes et responsabilités nécessaires mais peu valorisés joue une part importante dans cette expérience du « discrédit » que j'ai évoquée. L'enjeu tient sans doute au moins autant à cette répartition hiérarchisée des tâches entre « spécialités » qu'à la nature des tâches en question.

12 C'est notamment de ces remarques d'Everett C. Hughes que s'inspire le travail d'Eliot Freidson, qui envisage dans son *Profession of Medicine* le maintien d'une position dominante au sein de la division du travail de soin et l'« autonomie » qu'elle assure quant aux tâches réalisées comme les caractéristiques fondamentales de la profession médicale — et des professions plus généralement, concernant leurs domaines d'activité respectifs (Freidson, 1970, p. 187). Comme on le voit ici, les enjeux de la hiérarchie entre les médecins et les autres soignants — ceux que Freidson nomme les « paraprofessionnels » — se rejouent en partie au sein même de la profession médicale, dans les relations entre « spécialités ».

L'identité professionnelle en tant que « performance » située

Ces différentes interventions offrent l'image de généralistes susceptibles d'être considérablement « déstabilisés » (T183) par leurs patients, lorsqu'ils peinent à se donner à voir et se faire reconnaître comme médecins dans le cours de consultations pourtant « ordinaires ». En effet, si les « identités » ou les « catégories d'appartenance » d'emblée pertinentes dans le cadre des interactions en question sont bien celles de médecin et de patient, celles-ci peuvent être diversement actualisées et investies par les participants. Durant la consultation dont il a été question ici, les sentiments négatifs dont font diversement état le médecin assistant et ses collègues tiennent aux nombreuses marques interactionnelles traduisant le refus du patient de s'inscrire avec le médecin dans ce qui constituerait à leurs yeux une « véritable » interaction thérapeutique. Ce point est particulièrement manifeste lorsque le patient décline cet examen physique dont il vient pourtant d'admettre la nécessité. Mais il apparaît plus généralement dans le déroulement de l'interaction. Si le médecin est effectivement sollicité en tant que tel, ce n'est que sur le versant d'une expertise clinique — avec le renouvellement de l'ordonnance et le rapport nécessaire à la demande d'assurance-invalidité — qui configure son vis-à-vis en « cas » à évaluer plutôt qu'en patient à écouter et conseiller. La possible dimension thérapeutique de la rencontre est exclue au profit du seul impératif d'expertise. Qui plus est, comme le note l'un des participants, l'accès du patient à l'assurance-invalidité dépendra essentiellement de l'évaluation que fera la psychiatre de ses troubles psychiques : selon toute vraisemblance, le dossier rédigé par le médecin assistant ne « va pas changer grand-chose » à l'accueil qui sera réservé à sa demande (T208). Ainsi, même dans ce travail au demeurant peu valorisant d'expert, le travail du médecin assistant se donne comme un « complément » redoublant celui de sa collègue spécialiste — et qui n'aura probablement guère d'incidence.

Ces éléments invitent à formuler deux remarques. On peut d'abord souligner que l'opportunité de « se sentir médecin » dépend dans une large mesure de l'attitude des patients dans le cadre des

consultations, susceptibles de faire ou non place au genre de contributions que les médecins associent le plus directement à leur identité professionnelle. Autrement dit, les efforts des médecins pour faire exister face à leurs patients une « définition de la situation » en tant qu'interaction thérapeutique, comprenant une réelle dimension de soin, peuvent être diversement battus en brèche par leurs vis-à-vis. Cependant, comme je l'ai déjà indiqué, les contraintes auxquels les médecins doivent faire face à cet égard ne sont pas que situationnelles. La possibilité ou non d'instaurer ce genre de rapports avec les patients dépend en effet de la manière dont leur activité — dans le cas qui nous occupe, celle de médecins généralistes rattachés à une institution de santé publique — s'articule avec celles d'autres professionnels, en particulier les médecins spécialistes, et répond à certains impératifs administratifs. À cet égard, il paraît clair que la « qualité » de la relation médicale n'est pas qu'affaire d'affinités interpersonnelles ou de compréhension « empathique » : elle est éminemment dépendante du « réseau de soins » concerné et de la manière dont les activités et responsabilités thérapeutiques s'y trouvent réparties.

Ainsi, la consultation peut ou non être le lieu d'une reconnaissance des compétences que cherchent à valoriser les médecins. Dans la situation considérée, le fait d'être strictement cantonné à une fonction d'expertise clinique ne peut guère être satisfaisant pour le médecin assistant. On rejoint ici certains des questionnements de Nicolas Dodier dans l'ouvrage qu'il a consacré à la médecine du travail. Dodier s'y intéresse en effet à la manière dont les médecins du travail envisagent les individus auxquels ils sont confrontés : le « cadrage » employé par le médecin est-il celui de l'expertise administrative, de la clinique ou du conseil à un « sujet autonome » (Dodier, 1993a, p. 326) ? Il met ce faisant l'accent sur les formes de singularité ou d'individualité que font ou non émerger ces « opérations de cadrage » du côté des personnes prises en charge. Il s'agit pour lui de ressaisir « les opérations par lesquelles un médecin cadre l'individu empirique qui entre dans son horizon d'action » (Dodier, 1993a, p. 30). On pourrait prolonger cette analyse en indiquant

que les diverses activités des médecins configurent non seulement de formes différentes de (non-)singularité chez leurs vis-à-vis, mais aussi des schèmes relationnels distincts. L'activité fait non seulement émerger un « patient », mais aussi un « médecin » différents. À la pluralité des « états » que présentent les individus sous le « regard médical » répondent en effet les postures, prérogatives et tâches diversement attachées aux médecins dans les situations considérées. Le médecin appelé à rédiger un rapport à destination d'une instance officielle pour un patient se voulant autonome et « détaché » n'est pas le médecin appelé à rassurer ou consoler un patient désemparé. Si les opérations de « cadrage » réalisées par les médecins sont effectivement cruciales, il paraît ainsi pertinent de les rapporter à des dynamiques relationnelles et interactionnelles qui concernent aussi bien les praticiens que leurs vis-à-vis. D'une part, les transformations du « regard » médical agissent sur l'observateur comme sur l'observé : en envisageant son patient d'une façon ou d'une autre, le médecin se considère lui-même différemment. D'autre part, le patient peut résister au genre de « cadrage » que cherche à instaurer le médecin — et les opérations de « cadrage » doivent donc être envisagées comme une forme de co-construction interactionnelle. C'est bien ce que j'ai cherché à montrer ici[13].

Groupes de discussion et « perte de face »

On touche avec l'analyse de cette première situation à ce qui constitue sans doute l'enjeu fondamental et la caractéristique principale des discussions collectives entre médecins que j'ai observées dans la perspective d'une sociologie préoccupée par ce que Goffman a nommé les enjeux « rituels » des interactions — i.e. ce que nos actes et paroles disent de nous-mêmes, d'autrui, et des relations

13 On peut rapporter l'écart en jeu ici à celui qui sépare la notion goffmanienne de « cadre » de celle de « cadrage de l'individu » proposée par Dodier à partir de Goffman (Dodier, 1993a, p. 30). En effet, alors que l'on se situe avec Goffman sur le plan de la situation, c'est le regard porté sur l'individu par le médecin/expert qui intéresse Dodier. Ma perspective opère d'une certaine façon un retour à Goffman. Il faut à mon sens rapporter le « regard » médical aux configurations interactionnelles dans lesquelles il s'inscrit et qui lui permettent de se déployer.

qui nous lient les uns aux autres (Goffman, 1967, p. 19). Pour bien comprendre ce point, on peut se référer à une remarque de Goffman dans *The Presentation of Self* concernant l'importance que prend pour les acteurs amenés à livrer une « performance » face à une « audience » la possibilité d'en discuter ensuite en aparté :

> Quand les [*performers*] se rendent en coulisse, là où les membres de leur audience ne peuvent ni les voir ni les entendre, ils dénigrent très régulièrement ceux-ci d'une façon qui rompt radicalement avec le traitement qui leur est réservé en face à face. Dans les emplois de service par exemple, les clients traités de manière respectueuse durant la performance sont souvent ridiculisés, caricaturés, maudits, critiqués, ou font l'objet de commérages quand les *performers* sont en coulisse […]. Parfois, bien sûr, c'est l'opposé du dénigrement qui survient : les *performers* vantent les mérites des membres de leur audience d'une façon qui serait inadmissible en leur présence. Mais le dénigrement caché semble bien plus commun que les éloges cachés, peut-être parce que le dénigrement permet de maintenir la solidarité de l'équipe que forment les *performers* en marquant aux dépens des absents l'estime mutuelle qu'ils se portent et de composer la perte d'estime de soi qui peut survenir lorsque le *performer* doit se montrer malgré lui accommodant face aux membres de son audience. (Goffman, 1972 [1959], p. 169)

C'est ce dernier point, concernant l'« estime de soi », qui doit ici retenir notre attention. Face à de nombreux patients, les médecins se trouvent régulièrement dans des situations d'embarras ou de « perte de face », au sens de Goffman : leurs prétentions à posséder une certaine « identité », certaines compétences, certaines connaissances ou une certaine « sensibilité » se voient discréditées interactionnellement (Goffman, 1967, p. 108). La discussion entre pairs se donne dès lors pour les praticiens comme un espace interactionnel dans lequel les effets de telles « pertes de face » peuvent être atténués ou adoucis, notamment lorsque celles-ci sont « recadrées » sur le mode de l'humour ou de la dénonciation critique. Comme je l'ai souligné dans l'introduction de cette sous-partie, ces difficultés sont particulièrement prégnantes pour les généralistes du fait de leur position spécifique au sein de la hiérarchie médicale et des diverses fonctions qu'ils sont amenés à jouer face aux patients (Membrado, 2014, p. 54-55). À cet égard, ce n'est sans doute pas un hasard si ces

dispositifs groupaux ont rencontré un succès particulier auprès des généralistes — quoique ce succès s'explique aussi par le fait qu'ils permettent à ceux-ci de mettre en valeur les compétences « relationnelles » et la forme de sensibilité dont ils se targuent souvent pour se distinguer positivement des spécialistes. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point.

L'entre-soi professionnel joue ici un rôle majeur : dans les échanges entre collègues, c'est une identité professionnelle partagée — ou, pour le dire autrement, l'appartenance mutuelle à la catégorie sociale de « médecin » — qui se trouve ratifiée et renforcée à nouveaux frais. Cela ne signifie évidemment pas que les séances ne présentent pas en outre une pertinence « pratique » au regard des troubles particuliers dont souffrent les patients considérés, notamment sur le plan psychologique ou psychiatrique, et des problèmes que pose leur prise en charge. Mais cette dimension « pratique » ne saurait seule rendre compte de l'intérêt que trouvent les séances pour les médecins — qui évoquent d'abord, au moment de décrire les bénéfices du dispositif, la forme particulière de « soutien » ou de « réassurance » qu'il leur apporte. Les groupes de discussion viennent apaiser et réconforter des médecins marqués par certaines formes de « discrédit » et de déni de reconnaissance : ils leur permettent de « sauver la face » *a posteriori* en ressaisissant les difficultés qu'ils traversent comme des problèmes professionnels communs et « normaux » plutôt que des déficiences ou incapacités idiosyncrasiques. Le « soutien » que constituent pour les médecins ces dispositifs groupaux et les difficultés qui le rendent nécessaire peuvent ainsi être pensés sur un mode strictement sociologique, en référence à certaines dynamiques interactionnelles objectivables mais aussi à des enjeux de reconnaissance qui présentent une dimension structurelle relative à la hiérarchie médicale et à la division du travail entre praticiens.

Ces remarques invitent à aborder un dernier point. Il est en effet important de souligner que, si la discussion entre pairs peut permettre d'atténuer les effets cuisants d'une « perte de face » face à un patient « difficile », les séances de groupe ne sont elles-mêmes pas

exemptes d'enjeux de « reconnaissance ». Les participants craignent ainsi que leurs collègues ne mettent en cause leurs manières de faire et d'agir en consultation — ainsi que, plus banalement, leur choix de présenter tel ou tel enregistrement au groupe. Dans le premier extrait présenté ci-dessus, le médecin assistant introduit la vidéo qu'il va diffuser en affirmant qu'il n'était « pas préparé par rapport à [l]a demande » du patient et a été « un petit peu surpris » par celle-ci (T6). Il thématise ensuite les difficultés rencontrées dans le cadre de la consultation comme un genre d'avantage pour la discussion au sein du groupe de discussion (« Heureusement il y a du coup quand même quelque chose euh… À voir. », T6). On a là un exemple de l'inquiétude que suscite chez certains participants — en particulier ceux qui ont rejoint la Policlinique depuis peu — la perspective de soumettre un cas à leurs collègues, avec l'idée qu'une situation mal choisie pourrait sérieusement compromettre la discussion. Mais la confrontation au regard de leurs collègues se donne aussi pour les médecins comme une mise à l'épreuve des compétences manifestées en consultation. La diffusion des extraits audiovisuels configure ces collègues en « audience » ou en « spectateurs » d'une « performance » qu'ils sont dans une certaine mesure amenés à juger — quoique les repères sur lesquels s'appuient de tels jugements et leurs modalités d'expression soient souvent moins évidents et catégoriques qu'en ce qui concerne d'autres activités professionnelles, faisant par exemple intervenir des habiletés « manuelles » (Dodier, 1993b, p. 121-122). À la fin de la séance considérée ici, le médecin assistant revient explicitement sur ce point, indiquant qu'il s'est « mis une certaine pression aussi, comme quoi [il] devai[t] performer comme y avait la vidéo » mais que la situation a déjoué ses attentes (T160). Les médecins qui participent aux groupes sont donc soumis à deux exigences en tension : s'il s'agit de présenter une situation dans laquelle se manifeste un problème prêtant à débat ou du moins à réflexion, ils doivent aussi prendre garde à ne pas se montrer trop en difficulté ou trop « incompétents ». Au soulagement d'avoir une consultation « difficile » à présenter peut ainsi répondre l'inquiétude de ne s'être pas montré à la hauteur de la situation. Il va

de soi que la réaffirmation d'une identité professionnelle commune dans le cadre des discussions collectives dépend dans une certaine mesure des compétences diversement manifestées et reconnues par les participants. Cette forme de reconnaissance professionnelle n'est donc pas inconditionnelle[14].

2. Faire face à la violence

En France, les préoccupations relatives à la violence contre les soignants ont donné lieu depuis une vingtaine d'années à un ensemble de mesures politiques et institutionnelles — dont la création en 2005 d'un *Observatoire National des Violences Hospitalières*, auquel a succédé en 2012 l'*Observatoire National des Violences en milieu de Santé* (Carra & Ridel, 2017, p. 448). En Suisse, cette problématique n'a pas suscité une réponse coordonnée à l'échelle nationale ou même cantonale. Mais on rencontre chez les professionnels des préoccupations similaires, alimentées par certains cas d'agression particulièrement graves parfois relayés par les médias. La séance que je vais maintenant évoquer touche à ces enjeux. Il s'agit d'une séance un peu particulière au regard du déroulement habituel des rencontres auxquelles j'ai pu assister, puisqu'elle n'a pris appui ni sur la narration d'un cas spécifique ni sur le visionnage d'un extrait de consultation. Si aucun cas n'a été présenté ce jour-là, c'est que les médecins présents — ils étaient douze, en comptant le superviseur — ont justement choisi de consacrer plutôt cette heure de discussion à la violence physique et verbale dont il leur arrive de faire l'objet. Ils ont ainsi été amenés

14 On peut relever que le choix des enregistrements projetés n'est pas toujours laissé aux participants dans les dispositifs groupaux qui y recourent. Les méthodes d'auto-confrontation (croisée) en « clinique de l'activité » encouragent par exemple une présélection des extraits discutés (Clot, 2006 [1999], p. 144). On peut cependant s'interroger sur les bénéfices d'une libre sélection des enregistrements par les participants, que ce choix ait ou non fait l'objet d'une réflexion sérieuse. D'une part, la libre sélection permet aux professionnels qui rencontrent des difficultés qu'ils ne parviennent à résoudre seuls de solliciter l'avis de leurs pairs dans un cadre contrôlé et institutionnellement reconnu. D'autre part, lorsque le choix est moins réfléchi, les extraits discutés peuvent faire émerger des divergences et désaccords dans les manières de faire et d'envisager la consultation que ne soupçonnaient pas jusqu'alors les participants. À noter qu'Enid Balint s'est également interrogée en son temps sur les effets de la (non-)sélection des cas pour le déroulement de ses « séminaires » (voir Balint, 1967 & 1969).

à évoquer durant la séance diverses situations dans lesquelles ils se sont sentis « agressés », voire en danger. Ces témoignages vont nous permettre de réfléchir aux dynamiques particulières qui caractérisent pour les médecins de telles situations, et aux ressources dont ils disposent pour y faire face. Il s'agira ainsi de ressaisir certains jeux de « définitions de la situation » et configurations relationnelles propres aux interactions vécues par les médecins comme « violentes » et à la manière dont ils y réagissent[15].

Face à la violence qui menace, l'angoisse

La décision d'aborder durant la séance le thème de la violence fait suite au témoignage d'un jeune médecin assistant lors d'une rencontre précédente du groupe — que j'ai brièvement évoquée dans l'introduction de cette première partie empirique — concernant une agression au couteau dont il a été témoin durant une consultation. Le chef de clinique responsable du groupe rappelle ces éléments en ouvrant la séance, avant d'inviter les participants à évoquer leurs expériences de patients « très énervé[s] », qui ont pu se montrer intimidants « physiquement ou verbalement » (T29) :

CC1 = le chef de clinique

T29	CC1 :	Est-ce que là, pendant une consultation, que ce soit aux urgences ou pendant le suivi en médecine générale, ça vous est arrivé d'être confrontés à un patient… Enfin voilà, qui est très énervé, qui par exemple peut se montrer imposant euh… Que ce soit physiquement ou verbalement, vous vous faites insulter parce que vous faites pas ce qu'il voudrait, il aimerait

15 Sur le plan normatif, il est sans doute nécessaire de distinguer l'expérience « subjective » d'une « violation » — i.e. l'acte d'autrui m'atteint et me blesse — de sa ressaisie « objective » en tant que « violence » — i.e. cet acte doit être collectivement défini comme intolérable et fermement combattu. Mais cette distinction n'a guère d'importance pour mon propos : je ne me positionnerai pas moi-même sur les comportements qu'il faudrait ou non juger acceptables de la part des patients à l'endroit des médecins, du fait notamment de l'asymétrie qui caractérise ordinairement la relation médicale. Ma perspective est essentiellement descriptive : je cherche à ressaisir les difficultés que rencontrent les médecins eux-mêmes, telles qu'ils les envisagent.

une ordonnance et pis vous lui donnez pas… Est-ce que ça vous est arrivé justement d'avoir ce genre de situations ? Pis comment vous avez géré ? C'est plutôt ce genre de situations auxquelles… Euh dont moi je trouve intéressant de discuter.

Cette demande va donner lieu à un débat autour du genre de contributions effectivement attendues dans le cadre de la discussion, en lien avec leur caractère plus ou moins « ordinaire » ou « partagé » : il faut qu'elles soient susceptibles d'être d'une manière ou d'une autre mises en relation avec ce que vivent les autres participants face à leurs patients. Sont dès lors exclues les expériences trop idiosyncrasiques ou exceptionnelles, qui ne pourraient que difficilement faire l'objet d'une telle mise en relation — on rejoint ici les remarques formulées dans l'introduction de cette première partie. À la suite de cet échange, le chef de clinique en charge du groupe reformule la question qu'il aimerait voir traitée dans le cadre de la discussion :

CC1 = le chef de clinique

T41 CC1 : C'est vrai que c'est aussi savoir à quel moment on devrait cadrer, ou plus accepter, ou se plier… C'est vrai que c'est des situations où on sent que ça commence à se tendre, on commence à… Justement, à avoir peut-être un peu peur, parce qu'on sait pas trop ce qui va se passer en face.

Notons d'emblée la forme particulière d'hésitation qui apparaît ici, et qui trouvera par la suite l'occasion de s'exprimer de manière plus explicite. On distingue dans la prise de parole du chef de clinique deux réactions possibles face à une situation qui « commence à se tendre » : « cadrer ou ne plus accepter » et « se plier » (T41). Adoptons ici la perspective du philosophe Pierre Livet, qui propose de penser notre « espace affectif » en envisageant conjointement nos attitudes face à la situation dans laquelle nous sommes pris et les

émotions suscitées par celle-ci. On peut en suivant cette approche considérer que ces deux réactions — « cadrer » *vs* « se plier » — se donnent comme deux réponses possibles à une même transformation « défavorable » de l'interaction. Le fait de « cadrer » correspondrait à une réponse « active » allant dans le sens de « rejeter » ou de contrer cette transformation, s'accompagnant d'une certaine colère. Le fait de « plier » manifesterait au contraire une réponse « passive », marquant une acceptation de la transformation en tant qu'elle serait irrépressible et se caractérisant par une certaine peur face à ce qui pourrait survenir ensuite (Livet, 2002, p. 45). On relèvera que c'est la peur qui domine dans la manière dont le chef de clinique présente l'alternative — la colère n'est pas mentionnée. Mais cette interprétation qui situe la réaction du médecin entre peur et colère est corroborée par la prise de parole subséquente du superviseur, qui reformule la proposition du chef de clinique en invitant les médecins présents à décrire des situations concrètes plutôt qu'à en rester au niveau des « généralités » (T42) :

PSY = le psychiatre

CC1 = le chef de clinique

T42	PSY :	[...] Si on avait un... Un autre exemple, où vraiment, vous vivez cet entre-deux : « Non mais c'est pas possible, je le sors avec un pied au derrière, ce patient... » Ou au contraire : « J'ai peur. » Si vous en avez une qui vous vient ? Parce que c'est à partir de là je trouve qu'on peut réfléchir à ce qu'on fait, ce qu'on fait pas, comment on se sent... Plutôt que des... Trop des généralités. Parce que par exemple avec des patients où y a un problème psychiatrique et pis que vous voyez seuls, y a deux-trois trucs : par exemple comment on s'assied dans la pièce. Mais j'ai peur que ce soit trop des généralités. Enfin peut-être que vous en avez pas, hein ! Ce serait plutôt heureux...
T43	CC1 :	Moi j'en ai une... Euh... Bon ça reste un patient un peu psychiatrique... Monsieur [*nom du patient*], ça te dit quelque chose ?

T44 PSY : Euh… C'est un monsieur qui avait été suivi par le docteur [*nom d'un médecin*] et différentes personnes il y a longtemps ?

T45 CC1 : Ouais.

T46 PSY : Ouais ça me dit vaguement quelque chose.

T47 CC1 : Mais qui avait déjà justement lui été… Mais avant que moi je reprenne le suivi, où y avait eu déjà des menaces de violence… Il avait une arme à la maison, et pis il avait… C'est un patient qui est… Très particulier, qui est assez exigeant sur ce qu'il veut, qui triangule beaucoup, il fait une partie de ce qui est médecine générale, *check-ups* à l'extérieur, mais il vient ici surtout pour les certificats et d'autres choses, ce qui est toujours un peu délicat… Pis déjà une fois il avait proféré des menaces parce qu'on donnait pas satisfaction à certaines demandes, et pis il disait qu'il avait un fusil à la maison, des choses comme ça, pis donc… Quand j'avais repris les notes de l'assistante précédente, c'était mis : « Attention, patient potentiellement dangereux, etc. » Ce qui fait que… Je le savais, mais depuis que moi je l'ai rencontré, c'était toujours euh… Enfin toujours cordial, et pis ça allait bien, mais peut-être parce que j'avais jamais eu trop besoin de le frustrer… Pis y a justement quand même une fois où tout d'un coup j'ai essayé de remettre en question ces histoires de certificats, parce que ça me posait problème dans la manière de procéder, et pis effectivement tout d'un coup ça a un peu vir… Ça a un peu vrillé, il a commencé à élever un peu le ton, à s'énerver, à tenir des discours qui étaient… Malheureusement un peu déconnectés de la réalité, mais je pouvais pas forcément le raisonner… Pis à devenir… Justement, un peu physiquement… Alors c'était pas directement envers moi, mais il a pris ses tas de feuilles de certificats, pis il a tout déchiré, il a commencé à lancer des choses… Pis c'est vrai que… Je dois dire qu'à ce moment-là, moi je savais pas trop comment réagir, quand même… Je savais si je devais essayer de le calmer, ou si… Parce que j'avais l'impression qu'en fait en essayant de le calmer tranquillement, de pas monter en symétrie… Euh… Il… C'est comme s'il prenait de plus en plus le dessus, pis il…

> Il commençait à contrôler, et pis c'est lui qui faisait ce qu'il voulait, pis moi j'étais un peu… Je pouvais plus rien faire. Pis je savais pas si y avait un moment où tout d'un coup j'aurais dû être plus ferme, tout d'un coup de dire… Bon d'ailleurs après ouais c'est quand même ce que j'ai fait, donc j'ai dit : « Non mais écoutez, là ça va pas, ça je peux pas tolérer, si ça va comme ça, maintenant on arrête. » Pis finalement, ben ça c'était un peu calmé, mais justement j'avais cet entre-deux où je savais pas quelle attitude adopter, entre être un peu plus conciliant pour le calmer, ou bien si je devais au contraire me montrer plus autoritaire pour cadrer en disant que là ça jouait pas… Et pis j'avais de la peine à cerner à partir de quel moment, ou sur quels critères j'aurais dû changer d'attitude… Encore faut-il pouvoir, parce que c'est vrai qu'il… Sur le moment quand même, j'avais cette notion que le type était dangereux, etc. Donc y avait quand même un petit sentiment de peur qui s'installe quand tout d'un coup on le voit qui commence à… À devenir un petit peu plus… Plus énervé. Pis je… C'est vrai que ça je trouvais pas forcément facile de savoir… Comment réagir, à quel moment on doit cadrer, et à quel moment on doit plutôt faire profil bas, pis laisser, pas monter en sym… On nous dit toujours qu'il faut pas monter en symétrie, etc. Mais en même temps je voyais que si je disais rien, que je réagissais pas, ça commençait à… Ça partait en cacahuète, et pis il devenait de plus en plus… À lancer ses trucs et… Je me disais que ça pouvait devenir menaçant pour moi aussi. [*pause*] Donc je sais pas si… Si t'aurais des conseils par rapport à… [*rire*] Par rapport à des situations où… Ouais, sur quelle base tout d'un coup on peut se dire : « Là, ça va pas aller. » ? Où est-ce qu'on doit mettre des limites ? Comment les mettre ? Est-ce qu'il faut oser ? Est-ce qu'il faut simplement laisser les gens… Partir, se calmer ?

En réponse à l'intervention du superviseur, le chef de clinique revient sur le déroulement d'une consultation particulière, qui correspond étroitement au questionnement qu'il a évoqué précédemment

(T47). Il reformule en effet, à partir d'une situation spécifique, la difficulté qu'il a déjà exprimée de manière plus générale et abstraite : face à l'emportement, la colère, voire la violence d'un patient, comment réagir ? On le voit bien, ce questionnement est tout sauf dépassionné : l'enjeu est en premier lieu de surmonter une forme de tétanie, de paralysie de l'action liée à la peur que suscite le comportement du patient. Durant la consultation que décrit le chef de clinique, le patient « pren[d] de plus en plus le dessus » et « commen[ce] à contrôler » l'interaction (T47). Il « fai[t] ce qu'il v[eut] » et le médecin ne « p[eut] plus rien faire » (T47). Ce point permet de comprendre pourquoi le chef de clinique n'a pas évoqué plus tôt la possibilité d'une réponse par la colère : sa réaction première face au débordement dont il fait état ici est d'en avoir peur, la colère apparaissant comme une réaction seconde à laquelle il pourrait se contraindre si elle lui paraissait pertinente pour mieux contrôler le déroulement de l'interaction (« Donc y avait quand même un petit sentiment de peur qui s'installe […] C'est vrai que ça je trouvais pas forcément facile de savoir… Comment réagir, à quel moment on doit cadrer […]. », T47). La possibilité de la colère apparaît pour le médecin dans l'après-coup — au contraire du superviseur, dont on peut supposer qu'il vit certaines situations similaires sur un mode plus combatif (« "Non mais c'est pas possible, je le sors avec un pied au derrière, ce patient…" », T42).

On a donc un questionnement prenant pour objet les mérites respectifs d'une réponse spontanément privilégiée — essayer de « calmer » le patient, ne pas « monter en symétrie » (T47) — et une réponse dispréférée, manifestement plus difficile à mettre en œuvre — il s'agit d'« oser » mettre des « limites » au patient (T47). La série de questions par laquelle le chef de clinique termine son intervention ouvre cependant sur une troisième possibilité, qui se rapproche du premier type de réaction mais qui n'en présente à première vue par les inconvénients : « partir » et laisser le patient « se calmer » (T47). Notons que cette solution n'apparaît pas d'emblée dans le discours du chef de clinique, ni plus généralement dans les interventions des médecins présents. C'est que, face à l'emportement des patients, la fuite ne se donne pas forcément pour les médecins

comme une réponse plus évidente que les deux autres réactions évoquées. L'extrait suivant va nous permettre d'approfondir ce point. La possibilité de « passer la porte » y est en effet directement thématisée par le chef de clinique, sans qu'elle apparaisse comme une issue facile ou véritablement appropriée (T54) :

PSY = le psychiatre

MA1 = le médecin assistant

CC1 = le chef de clinique

T52	PSY :	Ok. Je sais pas, des avis ? Sur comment… Sur ce que dit [*prénom du chef de clinique*]. Vous feriez quoi ? Bon tu nous as dit déjà ce que t'as fait, pis apparemment ça a bien marché, de le cadrer un peu.
T53	MA1 :	Moi je m'assurerais quand même que la porte est derrière moi et non de l'autre côté, comme ça se fait dans les prisons, quand le patient commence à… À monter d'un cran comme ça… Je veux dire, la meilleure chose c'est de s'assurer qu'on est pas très loin de la porte et puis…
T54	CC1 :	Mais le problème là aussi, c'est… Ok t'es pas très loin de la porte, mais à quel moment tu passes la porte ? Est-ce que tu… Continues, mais au risque de… Parce qu'une fois que le conflit s'ouvre, ben du coup t'arriveras plus à la porte, ou alors… Donc… C'est toujours ces moments où on est un peu sur le fil, où on sait plus trop… Est-ce qu'on est… On s'écrase et on regarde ce qui se passe ? On fait sortir la personne ? Nous on sort pis on part en se disant : « Je reprendrais l'examen que quand y aura un Securitas [*i.e. un agent de sécurité*] devant la porte et qu'on sera deux. » ? C'est difficile, souvent on a tendance à continuer, à essayer de chercher une solution, pis… Moi j'avais quand même peur d'arriver tout d'un coup au moment où c'est trop tard, pis je me fais agresser, pis voilà…
T55	MA1 :	Personnellement, je pense que si on sait pas trop quoi faire… Peut-être sortir, histoire de… Voilà… Assurer déjà sa propre sécurité, et voir par la suite comment le patient réagit.

Comment comprendre cet échange ? L'enjeu tient à mon sens à l'indécision que traduit la question du chef de clinique à son collègue médecin assistant : « [...] à quel moment tu passes la porte ? » (T54). Après quelle manifestation d'agressivité la fuite deviendra-t-elle nécessaire et justifiée ? À quel moment le médecin pourra-t-il légitimement penser que la situation risque de dévier vers la violence physique ? Quand doit-il se résoudre à interrompre ses efforts pour poursuivre la consultation, « calmer » le patient ou le « cadrer » ? Le déploiement graduel de l'interaction vers une violence qui n'est jamais que potentielle avant d'avoir éclaté implique qu'il est difficile pour les praticiens de savoir quand « passer la porte ». Cette décision s'avère sans doute plus difficile encore pour deux raisons. D'une part, l'interaction thérapeutique implique une certaine permissivité quant aux modes d'expression retenus par le patient, dont on peut concevoir qu'il soit dépassé par ce qui lui arrive et débordé par ses émotions. Décider de ce qui est véritablement « intolérable » ou non peut se révéler d'autant plus complexe pour les médecins qu'ils se sentent justement tenus de faire preuve d'une « tolérance » relative à l'endroit de leurs patients. D'autre part, la fuite implique une requalification manifeste ou « publique » de l'interaction entre médecin et patient en tant que situation d'agression — ou, du moins, d'agression potentielle. Elle présente ainsi une portée « performative » : « passer la porte », c'est aussi marquer interactionnellement le déplacement d'une « définition de la situation » à une autre[16]. Le départ précipité du médecin vient requalifier pour les interactants ce qui se joue entre eux en rendant manifeste sa conviction d'être en danger. Le médecin qui choisit la fuite devra assumer cette requalification

16 Comme l'indique Georg Simmel, au contraire de « la simple paroi inarticulée », « la porte parle » : permettant l'ouverture, elle dit d'autant mieux la « clôture ». Simmel insiste sur le mouvement qui va de l'intérieur vers l'extérieur et valorise l'*exit* en tant qu'il marque la redécouverte ou la reconquête d'une « liberté ». Mais il envisage unilatéralement cette « liberté » comme un « déploiement hors des limites de l'être-pour-soi isolé » — et non à partir de ce que le mouvement vers l'extérieur permet de laisser derrière ou dedans... On peut s'étonner que Simmel finisse ainsi par penser l'ouverture sans la clôture, alors que tout le point de son bref texte est de montrer que l'action de lier « suppose toujours » celle de délier et inversement (Simmel, 1988 [1909], p. 159 & 162-163).

et ses conséquences, face au patient et plus généralement. Pour toutes ces raisons, on peut comprendre que les médecins hésitent à prendre la fuite — une hésitation que ne réduit pas le fait de se tenir « pas très loin de la porte […] » (T53).

Ainsi, la fuite n'apparaît pas plus que les autres réactions évoquées ci-dessus comme une réponse simple ou évidente à la menace de la violence. Cette indétermination de l'action pertinente me paraît expliquer la pénibilité de ces situations pour les médecins même lorsqu'elles ne se soldent pas effectivement par une agression. Explicitons quelque peu cet argument. La violence à l'encontre des soignants survient généralement à la suite d'« interactions ordinaires dans une situation structurée par des tensions » (Carra & Ridel, 2017, p. 461). Les médecins sont donc appelés à anticiper ce qui va suivre et à s'interroger sur les actions appropriées, des tentatives pour influencer un patient qui s'emporte à la fuite en passant par le recours à un agent de sécurité. La prise en compte de la temporalité des situations est essentielle ici. La caractérisation *a posteriori* d'une interaction comme « violente » tend à occulter le fait que le cours futur de la situation reste toujours incertain sur le moment — ce qui donne à tort ou à raison aux médecins le sentiment qu'ils sont susceptibles de l'infléchir. C'est bien ce que montre la situation décrite précédemment par le chef de clinique (T47). Celle-ci présente une tension difficilement supportable : le médecin réévalue sans cesse ce qui se joue entre lui et son patient, espérant agir de manière à prévenir la survenue de la violence. On imagine ce que peut coûter une telle attention « sur le fil » et les ajustements interactionnels qui l'accompagnent, surtout au regard de la menace perçue par le médecin. C'est la définition même de l'angoisse — si l'on envisage celle-ci, en reprenant à nouveau Pierre Livet, comme « l'émotion que nous éprouvons quand à la fois nous ressentons la nécessité d'une révision [i.e. d'une transformation de la situation] et que nous ne voyons pas comment l'accomplir » (Livet, 2000, p. 40). Le médecin ressent la nécessité d'agir pour prévenir la violence, mais « ne sa[it] pas quelle attitude adopter » (T47). Faut-il se montrer « un peu plus conciliant » face au patient « pour le calmer », ou au contraire

« plus autoritaire pour [le] cadrer » (T47) ? Et si la tension monte, « à quel moment » sera-t-il pertinent de « passe[r] la porte » (T54) ? Le médecin est assailli par la nécessité d'agir sans savoir comment orienter son action — et il est donc pétri d'angoisse.

« *Tactiques* » *des praticiens*

La suite de la discussion entre les participants permet de revenir plus directement sur les « tactiques » que déploient ceux-ci vis-à-vis des patients qu'ils envisagent comme — potentiellement — « violents »[17]. Nous allons en particulier nous arrêter sur une remarque subséquente du superviseur, qu'il formule immédiatement après l'extrait que nous venons de considérer :

PSY = le psychiatre

CC1 = le chef de clinique

CC2 = un second chef de clinique

CC3 = une cheffe de clinique

T56	CC2 :	Je me demande si ça vaut la peine d'expliquer au patient que ce que tu vois ou ce que tu vis s'assimile à de la violence, en fait. Pour voir si lui il est capable de comprendre ça. Peut-être qu'il... Pense que c'est un comportement normal de déchirer des feuilles, etc. Je sais pas... Je sais pas si t'as essayé de verbaliser ce que... Mais peut-être qu'il écoutait pas ou aurait pas écouté hein...
T57	CC1 :	J'aurais de la peine à dire, parce que c'est vrai que c'était un moment où tout d'un coup il... Il entendait pas forcément... C'était plus rationnel, ce que lui percevait ou ce qu'il disait...

17 On peut s'interroger ici sur l'emploi du terme de « tactiques » pour désigner les attitudes et comportements des médecins face à leurs patients — un terme si marqué dans les sciences sociales francophones par l'usage qu'en a fait Michel de Certeau. Mon analyse n'emprunte pas à ce dernier. Mais le terme de « tactiques » tel qu'il est utilisé ici rejoint dans une certaine mesure sa réflexion — en ce qu'il vient qualifier une résistance de fortune, se déployant au coup par coup et manifestant une forme de « ruse », à ce qui survient sans qu'on puisse l'empêcher ou l'éviter (de Certeau, 1990 [1980], p. 61).

T58 CC2 : Il était dans une colère telle qu'il était vraiment euh… Dans une bulle, quoi. Ouais…

T59 PSY : Mais poursuivre dans ton idée, qu'est-ce qu'on pourrait aussi dire ? Un truc qui me paraît… Un peu quand même une sorte de guide dans ces moments-là ? Et des fois c'est peut-être un peu contre-intuitif parce qu'on imagine qu'il faut pas le faire… Mais si on dit… Enfin toi tu dis : nommer ce que lui il… Enfin rationaliser, mettre du sens sur ce qui lui arrive… Mais qu'est-ce qu'on pourrait faire aussi ?… Enfin il me semble que c'est ce que tu as fait aussi…

T60 CC3 : C'est de nommer ce que nous on ressent…

T61 PSY : Ouais c'est ça, exactement.

T62 CC3 : C'est-à-dire que voilà, il nous fait peur et pis qu'on est pas à l'aise.

T63 PSY : Et pis qu'on peut pas continuer comme ça, et pis qu'on doit… Même à la limite dire ce qu'on dit là, dire : « Écoutez, moi je… Vous me faites peur, je peux pas travailler comme ça. » Pis… On a un peu… C'est pour ça que je dis que c'est un peu contre-intuitif, parce qu'on s'imagine que de nommer un peu de notre fragilité ou notre crainte sur le moment, ça risque encore… Mais là c'est que… On s'imagine qu'on est face à Hannibal Lecter, un psychopathe qui va encore plus… Mais c'est jamais comme ça, pratiquement. Alors euh… [*rires parmi les participants*] Il est dans un film, mais en principe il existe pas… Enfin pour dire, ça peut exister de très rares cas de psychopathie, moi j'en ai vu en prison, mais c'est extrêmement rare, la plupart du temps… Ça décontenance les gens, et pis ça leur fait du bien, parce que tout d'un coup euh… Certains peuvent se reprendre, et pis même s'excuser hein ! Ça peut être… C'est pas si rare que les gens… Pis en même temps, on peut parfaitement nommer ça en disant : « Mais écoutez, moi je peux pas continuer comme ça, vous me parlez, ça devient… » Comme tu dis : « Ça devient violent, c'est pas possible, moi je peux pas travailler dans ces conditions. Donc soit vous arrivez à… À arrêter de déchirer vos feuilles et d'avoir ce comportement, soit moi je vais me lever et

> je pars. Et pis je vais appeler quelqu'un parce que je peux pas continuer l'entretien seul. » Ça, je veux dire neuf fois sur dix, non seulement ça désamorce… Pis en plus après… Ben c'est clair que si tout d'un coup l'urgence s'accélère, pis on se dit : « Cette personne elle est en train de délirer… » Alors là c'est sauve-qui-peut, enfin trouver les solutions possibles. Euh… Mais heureusement la plupart du temps c'est pas ça.

Relevons d'abord un point essentiel : le déplacement qui s'opère entre la suggestion du second chef de clinique — « Je me demande si ça vaut la peine d'expliquer au patient que ce que tu vois ou ce que tu vis s'assimile à de la violence […]. » (T56) — et celle du superviseur. D'un côté comme de l'autre, la suggestion tient à la pertinence possible d'une forme de « verbalisation » d'éléments implicitement présents dans la situation. Mais les propositions des deux médecins divergent. On peut rendre compte de ce qui les distingue sur un mode pronominal (Kaufmann, 2017, p. 300-303). L'énonciation du chef de clinique est marquée par l'adoption d'un point de vue impersonnel, à la troisième personne, celui du « On » de la communauté : il s'agirait de confronter le patient à la signification ou la portée ordinaires de son comportement pour autrui, avec l'idée qu'il pourrait l'envisager de manière idiosyncrasique et biaisée (« Peut-être qu'il… Pense que c'est un comportement normal de déchirer des feuilles, etc. », T56). Du côté du superviseur, c'est au contraire la réciprocité des points de vue à la première et la deuxième personne — la réciprocité propre à la configuration « Je-Tu » — qui s'impose : plutôt qu'un point de vue générique et impersonnel, le médecin devrait inviter le patient à adopter sa propre perspective sur la situation (« Écoutez, moi je… Vous me faites peur, je peux pas travailler comme ça. », T63).

Dans les termes de George H. Mead, on peut dire que le chef de clinique suggère de rappeler au patient le point de vue de l'« Autrui généralisé » — un point de vue qui se donne comme celui du groupe social plus ou moins global et inclusif — alors que le superviseur propose de faire valoir face au patient la simple perspective de

l'interlocuteur ou de l'interactant. Sur ce plan, la référence du superviseur à la « psychopathie » n'est pas anodine, dans la mesure où l'un des symptômes généralement admis de ce trouble tient au peu d'égards dont l'individu fait preuve vis-à-vis des émotions d'autrui quand bien même il parvient à se les représenter adéquatement en adoptant sa perspective sur les événements considérés. Si l'individu atteint de « psychopathie » peut sans difficulté manifester de l'« empathie » et prendre le point de vue d'autrui, il n'entrera cependant guère en « sympathie » avec lui[18]. Le superviseur se sert de ce cas limite pour renforcer son point : une référence du médecin à sa « fragilité » ou sa « crainte » viendra « décontenancer » la très grande majorité des patients, les forçant à prendre en considération la portée émotionnelle de leur comportement sur leur vis-à-vis.

On peut en effet voir dans cette démarche un genre d'« astuce » psychologique à destination des médecins, visant à encourager un patient agressif et potentiellement violent à adopter leur propre point de vue sur l'interaction. Mais une autre interprétation est possible, plus directement sociologique. En disant au patient qu'il lui fait « peur », le médecin vient requalifier explicitement la situation d'interaction : s'il y a lieu d'être effrayé, c'est bien que la situation tient ou pourrait tenir de l'« agression ». Le médecin travaille ainsi à « redéfinir » discursivement la situation. Mais cette nouvelle « définition de la situation » tend à se nier elle-même en s'énonçant :

18 Le psychiatre Jérôme Englebert résume ainsi cette dimension de la « psychopathie » : « Le psychopathe n'a pas de difficulté à identifier le vécu d'autrui, il n'accorde par contre aucune importance à ce vécu en termes de bien-être pour autrui. L'analyse d'autrui et de son vécu est strictement utilitaire et n'est pas source de préoccupation ou d'attention pour le bien-être de l'autre. Un psychopathe peut par exemple décrire la souffrance de ses victimes (il fait alors preuve d'empathie) et peut expliquer que cela lui importe peu (il n'éprouve pas de sympathie). Le psychopathe sait que l'autre est fait d'émotions mais jamais ne se "perd" dans ce vécu affectif. » (Englebert, 2017, p. 40). Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur la problématique de l'« empathie » en lien avec la relation médecin-patient. On se rappellera par ailleurs, sur le plan nosographique, que les classifications psychiatriques modernes (CIM, DSM) ont choisi de « délaisser le terme "psychopathie" » au titre qu'il serait chargé d'une trop forte valence morale. Mais les alternatives proposées — « personnalité dyssociale », « émotionnellement labile », « antisociale » ou « *borderline* » — sont au demeurant « loin de faire l'unanimité » en psychiatrie (Corbobesse, 2015a [2012], p. 795). À noter que les références médicales et psychiatriques sur lesquelles je m'appuie tout au long de cet ouvrage sont celles que mobilisent les acteurs concernés par mon enquête.

en indiquant à son vis-à-vis qu'il ressent leur échange comme une forme d'agression, le médecin engage du même coup une autre forme d'interaction avec lui. À cet égard, il y a un genre de déliaison ou de discrépance entre ce que l'énonciation dit de l'interaction et le genre de relation qu'elle projette entre les interactants. C'est bien ce phénomène paradoxal que pointait Goffman en évoquant, dans les premières pages de *The Presentation of Self*, la possibilité d'un « conflit ouvert concernant les définitions de la situation » : dès lors que la question de ce qui se joue entre eux est directement thématisée par les interactants, c'est une autre « définition de la situation » qui s'ouvre, celle du « débat » quant à l'interaction et ses modalités (Goffman, 1972 [1959], p. 21). Concernant le cas qui nous occupe, évoquer sa « crainte » ou sa « peur » face au comportement de son vis-à-vis se donne comme une accusation à laquelle celui-ci est sommé de répondre, qu'il s'agisse de s'en excuser ou de le justifier (« Certains peuvent se reprendre, et pis même s'excuser hein ! », T63). S'ouvre ainsi une séquence interactionnelle distincte de ce qui l'a précédée : on passe de l'agression ou du conflit à une discussion ou un débat concernant la nature de l'interaction. Et s'il peut effectivement y avoir opposition entre les interactants concernant ce qu'était l'interaction avant qu'ils se mettent à en parler, ils « sont dans de tels cas obligés d'être d'accord d'éviter les désaccords quant au ton de voix et au vocabulaire appropriés, quant au degré de sérieux convenant aux arguments échangés, et quant au respect mutuel que des participants en désaccord doivent prudemment continuer à se témoigner mutuellement » — c'est-à-dire, en somme, de s'accorder implicitement quant aux présupposés de la « définition de la situation » qui sous-tend désormais l'interaction (Goffman, 1972 [1959], p. 21, *infra*). À cet égard, la requalification discursive de la situation en tant qu'agression apparaît en quelque sorte comme une « "prophétie suicidaire [*suicidal prophety*]" », au sens de Robert K. Merton : son énonciation vient transformer la situation de telle sorte qu'elle faillit à se réaliser (Merton, 1948, p. 196, *infra*). Autrement dit, définir explicitement la situation comme une « agression » tend à conjurer la possibilité qu'elle le devienne

effectivement, puisque cette démarche va dans le sens d'établir une nouvelle dynamique interactionnelle entre les participants. Comme le note le superviseur (T63), la tentative peut évidemment échouer : le patient est susceptible de refuser l'instanciation de cette nouvelle « définition de la situation » — i.e. la discussion autour de ce qui se joue et devrait se jouer dans l'interaction — et de poursuivre vers la violence. Mais le superviseur a sans doute raison de considérer qu'il s'agit là d'une « tactique » efficace, permettant dans un second temps de réinstaurer à peu de frais le cadre de la consultation.

La suite de la discussion entre les participants permet de poursuivre l'analyse sur un mode similaire. Une autre cheffe de clinique intervient en effet peu après le dernier échange que nous avons considéré pour évoquer une situation qui fait écho au déplacement proposé par le superviseur. Elle fait cependant référence à un autre genre de requalification de la situation, dans une certaine mesure moins direct et confrontant pour la patiente concernée :

CC4 = la cheffe de clinique

T74 CC4 : J'ai eu un cas d'ailleurs aussi... Un peu similaire, mais moins axé sur le côté violent... C'était une patiente qui voulait absolument... Elle est venue... J'étais assistante, et elle est venue pour un bilan lipidique sans aucune urgence, pis elle voulait absolument qu'on fasse tout un bilan en urgence, etc. Pis elle s'est très vite énervée énormément... Enfin ça devenait très agressif, elle m'a dit que j'étais un médecin sorti d'un paquet surprise [*rires parmi les participants*], enfin plein de choses comme ça... Et elle était très très énervée. Mais là, comme j'étais assistante, ben j'ai dit : « Bon ben moi je peux pas continuer comme ça avec vous, je vais partir pour voir avec... » Je pouvais le dire : « Pour voir avec ma cheffe. », puisque j'étais assistante. Mais là aussi, le simple fait de lui dire ça, tout d'un coup elle s'est calmée, et pis à la fin au final elle s'est excusée euh... De m'avoir dit tout ça, que j'étais sortie d'un paquet surprise, etc. Donc ça l'avait... Bien calmé, ce que je pensais pas, parce que... Après je suis effectivement sort...

> Enfin j'ai effectivement contacté la cheffe qui est venue, etc. Mais euh... Le fait de lui dire ça, ça l'a effectivement énormément calmée, elle a tout de suite vraiment changé du tout au tout... Alors là j'avais pas peur physiquement qu'elle m'agresse, mais c'était verbalement très agressif.

Ici, la médecin se donne à voir comme incapable de gérer seule l'interaction : un aveu d'impuissance est noué dans l'annonce du recours à la supérieure hiérarchique (« "Bon ben moi je peux pas continuer comme ça avec vous […]." », T74). Le comportement de la patiente n'est pas directement désigné comme problématique. Mais la médecin se dit et se montre désarmée face à une situation qu'elle ne prétend plus maîtriser. D'une certaine façon, la position que prend ainsi la médecin est plus radicale que la démarche suggérée par le superviseur, dans la mesure où l'énonciation de la médecin suspend le statut d'« interlocutrice ratifiée » accordé jusque-là à la patiente. L'interaction est proprement interrompue, dans l'attente de l'intervention de la cheffe de clinique à laquelle elle a annoncé qu'elle voulait se référer. En requalifiant l'interaction comme une situation qu'elle n'a pas ou plus la compétence de prendre en charge, la médecin se donne du même coup la possibilité d'opposer une fin de non-recevoir à toute prise de parole subséquente de la patiente. Invoquer la limite de sa capacité à faire face à la situation et se référer à sa supérieure hiérarchique permet ainsi à la médecin de se dégager des obligations interactionnelles qui la lient à la patiente — et même de son devoir de réponse. Autrement dit, elle met momentanément entre parenthèses le cadre de la consultation, ainsi que les exigences (et prérogatives) attachées à son rôle de médecin, en faisant plutôt valoir la pertinence pour la situation des catégories de « médecin assistante » et de « cheffe de clinique ». Ce déplacement se révèle sans doute d'autant plus facile à effectuer qu'il prend appui sur la mise en cause préalable par la patiente de l'appartenance effective de son interlocutrice à la catégorie de « médecin » (« […] elle m'a dit que j'étais un médecin sorti d'un paquet surprise […] », T74). Celle-ci ayant déjà été

taxée — pour parler comme Lena Jayyusi — de ne pas présenter les « garanties d'appartenance [*credentials of incumbency*] » nécessaires concernant cette catégorie, elle peut faire intervenir sans trop de difficulté cette nouvelle « paire catégorielle » qui met l'accent sur son statut d'apprenante (Jayyusi, 1984, p. 39).

On a donc là une autre « tactique » permettant de se dégager d'une interaction vécue comme désagréable, en subordonnant sa poursuite à une intervention extérieure rendue nécessaire par une inaptitude ou une incapacité auto-attribuées. Si la proposition du superviseur permet d'ouvrir une autre séquence interactionnelle, cette tactique-ci offre à la médecin la possibilité d'interrompre tout bonnement l'interaction, sur un mode difficilement contestable pour la patiente. Mais évidemment, comme le souligne la cheffe de clinique, la possibilité d'y avoir recours tient au statut particulier de médecin assistant, qui rend possible le recours au supérieur hiérarchique qu'est le chef de clinique (« Je pouvais le dire : "Pour voir avec ma cheffe.", puisque j'étais assistante. », T74). Plus généralement, on voit que le groupe de discussion se donne ici comme un espace dans lequel les médecins peuvent échanger et commenter des « tactiques » interactionnelles de bas niveau visant à dévier ou contenir l'« agressivité » de certains patients. Le dispositif groupal amène ainsi les praticiens à expliciter des aspects de leur activité qui relèvent d'un genre de « savoir-faire » de l'interaction *a priori* informel et tacite, qui s'appuie sur certaines propriétés ordinaires des interactions et de l'environnement professionnel dans lequel évoluent les médecins. Que de telles « tactiques » puissent être partagées dans ce cadre montre bien qu'elles ne sont pas purement idiosyncrasiques mais répondent à des expériences, contraintes et ressources dans une certaine mesure communes.

De la violence à l'hostilité

À partir de cette intervention, la discussion entre les participants va se concentrer sur des formes d'hostilité ou d'agressivité qui ne touchent pas à la violence physique. On y retrouve à cet égard certains des phénomènes et enjeux étudiés dans la sous-partie

précédente. Mais il est néanmoins pertinent de les évoquer ici pour prolonger les analyses déjà réalisées. On verra en effet que le lexique et les expressions employés par les participants — i.e. leurs modalités ordinaires ou psychiatriques de symbolisation des configurations relationnelles qu'ils vivent comme problématiques — vont dans le sens des réflexions développées jusqu'à présent. Au début de la séquence que nous allons maintenant aborder, la cheffe de clinique qui s'exprimait dans l'extrait précédent prend à nouveau la parole, décrivant une autre consultation :

CC4 = la cheffe de clinique

MA2 = une médecin assistante

PSY = le psychiatre

T74 CC4 : Après là où c'est aussi plus difficile de… C'est peut-être aussi un peu différent mais… Ça m'est arrivé une fois avec un patient… C'était à la consultation d'alcoologie, donc c'était une problématique bien particulière, et pis là j'ai trouvé difficile de nommer… C'était un patient qui était pas agressif du tout, qui était… Qui avait un… Qui avait un niveau intellectuel probablement très élevé avec une… Une formation très poussée, enfin voilà… Une grande réussite professionnelle. Et puis du coup, il avait une attitude presque de… De sup… De supériorité par rapport à moi, dans sa… Dans sa façon d'être. Je me sentais comme euh… Comme un tout petit médecin, qui vient de finir, stagiaire et puis… Il me demandait si j'étais spécialisée dans le domaine, ce qui était évidemment pas le cas parce que c'était la consultation spécialisée d'alcoologie, mais évidemment on est jamais spécialistes de nos consultations spécialisées, quand on est assistants… Pis du coup j'étais pas confortable dans cette situation, où évidemment je savais que j'étais pas spécialiste… Il s'attendait à voir un spécialiste, il s'étonnait de mon… De mon âge, de ma formation, qu'est-ce que j'avais fait, etc. Et puis… Il avait un certain bagage intellectuel, au niveau de sa formation, etc., qui est pas fré-

quent dans la population qu'on voit habituellement à [*la Policlinique*], on est moins habitués à ça, on est moins souvent confrontés à ce type de… Personnalités-là. Pis je trouvais très désagréable. Y avait pas d'agressivité, hein ! C'était un peu différent. Mais c'est vrai que… Je sais pas si ça vous arrive de temps en temps d'avoir ce genre de patients qui vous mettent mal à l'aise, parce que… Ils vous…

T75 MA2 : Moi j'ai eu la semaine passée à la consult' de PCV [*i.e. la consultation de prévention cardio-vasculaire*] euh… Ben une patiente qui est médecin-cheffe…

T76 CC4 : Mmh.

T77 MA2 : Euh… Et pis moi j'étais à me demander aussi… Parce qu'on lui faisait un peu le speech de la prévention cardio-vasculaire, pis en fait… Enfin c'était vraiment un peu… J'avais tout à fait le même sentiment quoi.

T78 CC4 : Mmh. Ça je trouve que c'est pas facile de savoir comment réagir, parce que justement c'est pas une… C'est des gens qui sont polis, c'est des gens… Y a pas d'agression… Y a pas… Y a rien d'ouvert, en tout cas… Mais… Y a cette impression euh… De… Alors surtout quand on est… Voilà… Quand on est… Je pense plus on vieillit, moins… Plus on a d'années d'expérience…

Remarquons déjà, avant d'aborder la suite de l'extrait, que la cheffe de clinique fait ici état d'un genre de paradoxe : elle souligne à plusieurs reprises que le patient en question n'était « pas agressif du tout » (T74) et même plutôt « poli » (T78) tout en évoquant un « désagréable » sentiment de « malaise », et plus précisément — quoique ces termes n'apparaissent pas de manière explicite — un sentiment d'infériorité, voire d'humiliation face à lui (T74). De manière intéressante, la cheffe de clinique comme la médecin assistante qui lui répond attribuent aux patients qu'elles décrivent certaines caractéristiques susceptibles d'expliquer leur attitude de « supériorité » : « niveau intellectuel probablement très élevé », « formation très poussée » et « grande réussite professionnelle »

pour le patient de la cheffe de clinique (T74) ; statut de « médecin-cheffe » pour la patiente de la médecin assistante (T75). Il s'agit là d'un point essentiel : on peut expliquer le « malaise » dont font état les médecins par le fait qu'en rendant prépondérantes dans le cadre de la consultation certaines qualités ou appartenances qui lui sont *a priori* étrangères, l'attitude des patients vient requalifier implicitement l'interaction et faire jouer des asymétries qui n'y ont pas ordinairement cours. À cet égard, l'enjeu tient moins au statut ou à la « réussite » objectifs des patients considérés qu'à l'importance indue qu'ils prennent dans la situation. C'est justement sur cette problématique que revient le superviseur dans la suite de l'extrait :

CC4 = la cheffe de clinique

MA3 = un médecin assistant

PSY = le psychiatre

T79	PSY :	Mmh… Mais tu crois que tous les médecins-chefs euh… Ou les gens intelligents feraient ça ?
T80	CC4 :	Non.
T81	PSY :	C'est ça.
T82	CC4 :	Ah non non non, pas du tout.
T83	PSY :	Donc y a quelque chose…
T84	CC4 :	Y a quelque chose au niveau de la personnalité qui fait ça.
T85	PSY :	Pis c'est quoi qui se joue là, à votre avis ? Enfin, c'est…
T86	CC4 :	Moi là dans ma situation je pense que c'était quelqu'un qui avait un tel contrôle de… De lui-même, de tout ce qu'il faisait, que d'avouer qu'il y avait un problème de dépend… Qu'il y avait une dépendance à l'alcool, c'était déjà… Difficile, il faisait ça dans le secret, personne était au courant, etc. Il voulait… S'en sortir lui-même, tout faire lui-même, donc c'était déjà euh… J'avais l'impression que c'était déjà une sorte d'aveu de faiblesse, de venir là, face à moi… Donc c'était comme s'il devait récupé-

rer le pouvoir d'une manière où d'une autre, par rapport à moi… Enfin j'ai l'impression que c'était quelque chose un peu de cet ordre-là. Parce qu'il devait admettre qu'il y a quelque chose qui avait pas joué avec cette problématique d'alcool, mais…

T87 PSY : Mais il… Littéralement il fait quoi dans… Aussi peut-être par rapport à ce que t'as vécu avec cette médecin-cheffe, y a…

T88 CC4 : Mais y avait l'attitude en fait, je sais pas comment dire, c'était tout ce qu'il dégageait au niveau de l'attitude…

T89 MA2 : Méprisant ?

T90 CC4 : Ouais une attitude un petit peu… Comme ça euh…

T91 PSY : Mais en gros… Ce que je veux te faire dire, c'est euh… Un truc tout bête, mais tellement fort des fois dans cette emprise, c'est qu'il inverse les rôles.

T92 CC4 : Oui, c'est ça ! Ouais ouais.

T93 PSY : C'est vraiment quelqu'un qui te met à la place… Tu te sens euh… Alors qu'au fond c'est lui qui a un problème, jusqu'à preuve du contraire, on a beau avoir cent cinquante de QI, si on est là dans la consultation… Et pis cette capacité… Alors des fois ça peut être des moments de… De telle intensité, de tel malaise que je pense que n'importe lequel d'entre nous, laquelle d'entre nous pourrait peut-être un jour se comporter de cette manière-là. Mais si ça devient une manière d'être… D'entrer en relation avec les autres, cette inversion des rôles, cette emprise sur l'autre, ça c'est quelque chose de… Bon on ose plus tellement utiliser le terme, parce que c'est un peu connoté, mais quelque chose de pervers. C'est-à-dire qu'au fond, on… On inverse les rôles, on met l'autre mal à l'aise, on veut tout contrôler, alors qu'encore une fois les codes basiques du sens commun, c'est le contraire. […] On n'a qu'à se mettre une seconde à la place des patients : je pense qu'on le ferait pas. On serait un peu…

T94 CC4 : Bien sûr, ouais.

Une remarque s'impose d'abord concernant la ressaisie par le superviseur des comportements que décrivent chez leurs patients la cheffe de clinique et sa collègue médecin assistante en tant qu'ils seraient « pervers » (T93). On peut en effet se demander comment recevoir, dans un cadre sociologique, une notion telle que celle de « perversion » — d'autant que son usage s'est à tel point diffusé et banalisé dans l'espace francophone que le superviseur hésite lui-même à l'employer[19]. Sans entrer dans des considérations directement psychopathologiques ni se positionner davantage quant à la notion de « perversion », on peut indiquer que les commentaires du superviseur dans l'extrait ci-dessus n'entrent pas forcément en contradiction avec la perspective retenue ici. Il est sans doute possible de se réclamer de Goffman sur ce plan. Ce que cherche à caractériser le superviseur en parlant de « perversion », c'est essentiellement une manière d'« entrer en relation » avec autrui, possiblement transitoire ou exceptionnelle (« […] n'importe lequel d'entre nous, laquelle d'entre nous pourrait peut-être un jour se comporter de cette manière-là. », T93) mais susceptible de se sédimenter en une « manière d'être » plus durable et générale (T93). Or, l'idée que les troubles psychiques se manifestent d'abord — si ce n'est essentiellement — dans la nature particulière des configurations relationnelles que l'individu tend à instaurer avec ses vis-à-vis se retrouve dans « *The Insanity of Place* », sans concession à un quelconque « psychologisme ». Dans les termes de Goffman, ce que l'on ressaisit comme les symptômes de troubles psychiques ne

19 Le superviseur songe évidemment ici à la « perversion narcissique », une notion développée à partir de la fin des années 1970 par le psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier. Celui-ci décrit le « pervers narcissique » de la manière suivante : il est « narcissique en ce qu'il entend ne rien devoir à personne » et « pervers en ce qu'il entend faire activement payer par autrui le prix de l'enflure narcissique et de l'immunité conflictuelle auxquelles il prétend ». On relèvera que la manière dont Racamier lui-même utilise l'idée de « perversion narcissique » n'est pas étrangère à ce que l'on envisage souvent comme son « dévoiement » subséquent : non seulement il indique à plusieurs reprises faire fond sur son vécu professionnel face à certains collègues et collaborateurs en plus de son expérience clinique, mais il étend sa réflexion à des collectifs de toute taille — « du petit groupe de pression qui parasite une entreprise ou un organisme de soins jusqu'à l'agglomérat rassemblé autour d'un tyran » — à partir de la notion de « noyau pervers » (Racamier, 1992, p. 288 & 320).

se donne pas d'emblée comme des « dysfonctionnements de l'individu », mais bien comme « des dérangements et problèmes dans une relation ou une organisation ». Évidemment, dans bien des cas, c'est aux configurations relationnelles ou aux formes d'organisation considérées que doit être attribuée la responsabilité de la désorganisation interactionnelle observée, au sens où elles sont en elles-mêmes pathologiques. Mais cela n'enlève pour Goffman rien au fait que ceux qui refusent de tenir leur « place » dans les relations qui le lient à autrui peuvent aussi se révéler psychiquement malades — et que ces troubles psychiques peuvent « clairement » avoir un fondement « organique » (Goffman, 1971 [1969], p. 387-389).

Relevons ensuite la problématisation de la situation par le superviseur en tant qu'elle mettrait en jeu une forme d'« inversion des rôles » (T91) — une problématisation dont on notera qu'elle est reçue avec enthousiasme par la cheffe de clinique (T92). Quelque imprécise qu'elle soit, cette formulation fait écho aux remarques antécédentes de la cheffe de clinique et de la médecin assistante (T74-T78), ainsi qu'à l'analyse que j'en ai proposée. Comme l'indiquent les commentaires ultérieurs du superviseur, il s'agit pour lui en parlant d'« inversion des rôles » de souligner que les médecins tendent dans les situations qu'elles évoquent à se sentir sommées de justifier leur présence face à leur vis-à-vis. Or, comme toutes les interactions de service, la situation thérapeutique ne peut exister sans la confiance que manifeste l'usager — i.e. le patient — au professionnel — i.e. le médecin —, dans la mesure où l'intervention du second se justifie parce que le premier lui soumet une difficulté face à laquelle il se reconnaît impuissant (Goffman, 1984 [1961], p. 289)[20]. C'est bien ce que pointe le superviseur

20 Sans m'attarder ici sur ce point, je renvoie à ce que dit Louis Quéré du genre de confiance qui caractérise l'attitude du patient face à son médecin, impliquant une forme d'« engagement » en faveur de celui-ci : « [...] faire confiance est un geste très particulier qui consiste à s'en remettre à quelqu'un, à sa bonne foi, à sa bonne volonté, à sa compétence [...]. En fait, il faudrait mettre deux compléments d'objet : s'en remettre à quelqu'un, pour quelque chose de déterminé. Ce geste particulier est un geste de décentrement, où l'on se dessaisit de sa compétence propre de jugement. Par exemple, lorsque je m'en remets à un médecin pour prendre soin de ma santé, je me dessaisis de ma propre compétence de jugement en la matière et je m'en remets à celle du médecin. » (Quéré, 2011a, p. 130).

lorsqu'il affirme du patient de la cheffe de clinique : « […] c'est lui qui a un problème, jusqu'à preuve du contraire, on a beau avoir cent cinquante de QI, si on est là dans la consultation… » (T93). On retrouve ici l'argument que j'ai énoncé plus haut : l'enjeu tient à un déplacement discret, mais néanmoins conséquent du cadre de la consultation. Dès lors que l'interaction tourne — implicitement — autour de la compétence du médecin à mener la consultation plutôt que du problème qu'y amène le patient, la situation n'a plus que l'apparence d'une interaction thérapeutique. Mais elle en garde néanmoins l'apparence — et c'est sans doute un point essentiel. On a là de quoi préciser la remarque du superviseur sur la dimension « perverse » du comportement des deux patients. Manifestement, le « malaise » dont font état les médecins ne découle pas simplement de ce que leur compétence est mise en doute. La difficulté provient plutôt du fait que leur compétence est mise en doute implicitement, sur le mode du sous-entendu : les patients nient qu'elles sont à même de conduire adéquatement la consultation sans pour autant rompre l'échange ou exprimer concrètement leurs doutes, sur un mode qui offrirait aux médecins la possibilité d'argumenter[21]. La cheffe de clinique revient plus loin sur le déroulement de la consultation qu'elle évoquait, fournissant des compléments d'information qui permettent de clarifier ce point :

CC4 = la cheffe de clinique

T126	CC4 :	[…] J'ai tout de suite… Parce que c'était quand même assez fort, cette sensation… Tout de suite je me suis senti comme la petite… Ça, j'ai senti tout de suite. Et pis je me suis dit : « Ah, il… Il fait ça comme ça. » Pis du coup… Pis… Pis il m'a posé ces questions assez rapidement… Tout de suite il m'a demandé ce que j'avais fait comme

21 Comme le rappelle Laurence Kaufmann en s'appuyant sur les travaux du linguiste Oswald Ducrot, le sous-entendu se distingue du présupposé — une autre forme d'implicite — en ce qu'il laisse porter au destinataire la responsabilité d'une interprétation qu'il l'encourage pourtant à faire, et permet ainsi à l'énonciateur de battre en retraite au cas où il en viendrait à être explicité (Kaufmann, 2002, p. 65-66).

> formation, bla-bla-bla… Donc après je lui ai dit : « Ici, c'est comme ça. » Pis là à ce moment-là, je lui ai dit euh… Je crois que je lui ai expliqué en gros comment fonctionnait la consultation, euh… Je lui ai dit que moi je travaillais là depuis tant de temps, c'est-à-dire depuis pas longtemps, puisque c'était pour six mois, donc ça faisait forcément pas longtemps que j'étais là… [*rire*] Et puis que… Que voilà… Je lui expliqué avec qui on travaillait, comment ça se passait… Pis que maintenant je comprenais si lui, c'était pas ce à quoi il s'attendait et pis que ça le satisfaisait pas, et puis qu'à ce moment-là… Ben voilà, on pouvait ne pas poursuivre… Et puis, il a dit : « Non non, on va voir. », etc. Et pis on a continué comme ça. Et pis après on n'a plus réabordé ce point-là en fait. Ça a été abordé au début, pis on n'a plus abordé ça. Il gardait cette attitude comme ça, pis là j'ai… J'ai fait comme si de rien, en fait.

Cette intervention fait écho à ce qu'expliquait précédemment la cheffe de clinique : « […] c'est pas facile de savoir comment réagir, parce que justement c'est pas une… C'est des gens qui sont polis, c'est des gens… Y a pas d'agression… Y a pas… Y a rien d'ouvert, en tout cas… Mais… Y a cette impression euh… » (T78). Lorsqu'elle l'y invite, le patient refuse d'entrer de plain-pied dans une discussion concernant les connaissances et capacités de la médecin au regard des troubles dont il souffre — discussion qui n'aurait au demeurant rien eu d'exceptionnel. La situation fait plutôt jouer un genre de mise en cause larvée — et inconséquente, puisqu'elle ne débouche pas sur les mesures concrètes qu'elle appellerait (clarifications, recherche de garanties, recours à un autre médecin, etc.). Dès lors, la « définition de la situation » en tant qu'interaction thérapeutique est partiellement vidée de sa substance sans être pour autant désactivée, au sens où le patient continue à désavouer implicitement la compétence de la médecin à le soigner tout en l'invitant malgré tout à poursuivre (« Il gardait cette attitude comme ça, pis là j'ai… J'ai fait comme si de rien, en fait. », T126). La réponse que lui attribue la médecin face à sa

suggestion d'interrompre la consultation — « "Non non, on va voir." » (T126) — est frappante à cet égard : il refuse d'en rester là tout en indiquant qu'il n'est pas (encore) convaincu[22].

Contre l'angoisse et la peur, une réaffirmation du lien social

J'ai analysé dans les pages qui précèdent diverses situations manifestant aux yeux des médecins la « violence » et l'« agressivité » de certains de leurs patients. Qu'en retenir ? Un premier point tient à la prégnance émotionnelle qu'ont ces situations pour les médecins. La dimension relationnelle de la pratique médicale se donne ici à voir pour ce qu'elle est : une part majeure de l'activité des médecins, qu'ils perçoivent avec acuité sur le plan émotionnel mais qu'ils peinent pourtant à ressaisir discursivement. Les sentiments de peur, d'humiliation et d'angoisse en particulier apparaissent comme des indices intéressants pour qui veut ressaisir les dynamiques relationnelles s'instaurant entre les médecins et leurs patients. Ils pourraient également offrir aux médecins eux-mêmes des appuis pertinents pour comprendre ce qui se joue pour eux dans les situations considérées, si ceux-ci étaient plus prompts à les considérer comme les corrélats subjectifs — ou expérientiels — de déplacements interactionnels objectifs. Les « tactiques » employées par les médecins ou suggérées par le superviseur témoignent aussi de leur sensibilité pratique à ces déplacements, qu'ils tiennent à leurs propres actions et attitudes ou à celles de leurs patients.

Un second point concerne l'utilité des groupes de discussion tels que ceux que j'ai observés face à ces difficultés. On peut à cet égard citer ce que dit la sociologue Madeleine Monceau des conséquences des situations de violence sur les soignants dès lors que celles-ci ne font pas l'objet d'une prise en charge institutionnelle :

22 Il ne s'agit évidemment pas ici de s'interroger sur ce qui sous-tend effectivement le comportement du patient. On sait à quel point les conduites de ceux qui sollicitent une aide thérapeutique peuvent s'avérer « paradoxales », au regard de leurs objectifs avoués — parfois non thérapeutiques — comme de leurs effets concrets — parfois adverses pour les principaux intéressés (Fainzang, 1997).

> Dans les hôpitaux, on observe également que la plupart des soignants victimes de confrontations violentes se sentent rarement « réparés », c'est-à-dire soutenus, compris, entourés, et parlent à ce propos d'une sorte de sidération des institutions qui ne savent pas faire les gestes les plus élémentaires pour prendre l'autre « à bras le corps ». Cette incompréhension, souvent vécue comme un abandon, est à l'origine de la plupart des vécus de solitude, de culpabilisation, d'exclusion fréquemment rencontrés dans ce type de situations. Ces vécus constituent ce que l'on appelle habituellement le deuxième traumatisme, souvent plus fort ou plus difficile à surmonter que le premier et souvent, aussi, source de démotivation. Pour cette raison, au minimum, les institutions auraient tout avantage à se préoccuper plus activement de ces séquences particulières. (Monceau, 2003, p. 124)

Même si les violences dont il y est question dans les séances de discussion sont rarement aiguës et réellement traumatiques, il est clair que la possibilité de les évoquer dans un cadre institutionnellement reconnu et délimité prend une importance particulière pour ceux qui y participent. Lorsque les situations concernées présentent une dimension d'humiliation, la discussion collective fait intervenir les enjeux décrits dans la sous-partie précédente relativement à la « perte de face ». Lorsque ce sont plutôt la peur et l'angoisse qui sont en jeu, l'échange entre pairs permet de déployer d'autres formes de réassurance et de soutien. Mais la distance entre ces deux cas de figure ne doit sans doute pas être exagérée : d'un côté comme de l'autre, les groupes de discussion trouvent leur attrait dans ce qu'ils peuvent aider des praticiens mis à mal dans la position interactionnelle qu'ils prétendaient occuper face à leurs patients à « trouver ou de reprendre [leur] place dans un monde qu'il[s] partage[nt] avec les autres » (Flahault, 2010, p. 193). La réaffirmation du lien social entre médecins et entre collègues autour d'expériences partagés ou partageables vient dans une certaine mesure compenser son affaiblissement — voire sa négation — dans le cadre de l'interaction médecin-patient. On peut à cet égard considérer qu'en permettant de symboliser la violence et en lui offrant les dimensions d'un vécu commun, les groupes de discussion participent à « confectionner du lien social avec ce qui est virtuellement propre à le détruire » (Claverie *in* Lenclud, Claverie & Jamin, 1984, p. 16). On touche ainsi avec l'analyse de ces deux

premières séances à une dimension presque « thérapeutique » des groupes de discussion — même si la « thérapie » en question ne correspond pas au genre de « travail » qu'envisageaient Michael et Enid Balint, tel que je l'ai décrit précédemment.

3. Faire face à la manipulation

La séance que je vais maintenant évoquer va nous permettre de thématiser certains enjeux relatifs à la confiance au sein de la relation thérapeutique et à sa possible rupture. Si c'est d'ordinaire la confiance du patient envers son médecin qui est prise pour objet par les analystes, l'enjeu tiendra au contraire ici à la confiance du médecin à l'égard de son patient[23]. Comme le montrent les pages qui suivent, les médecins peuvent eux aussi se sentir « manipulés », « instrumentalisés » par leurs patients, et leur attribuer un « agenda caché » qui vient secrètement battre en brèche leurs propres efforts et intentions. Sans surprise, de tels questionnements mettent en jeu pour les praticiens la problématique de la responsabilité à attribuer aux patients concernés — et donc celle de l'appréciation de leurs aptitudes ou capacités. La séance analysée permet ainsi d'interroger l'attitude des médecins face à des patients qu'ils jugent — ou soupçonnent susceptibles de se montrer — indignes de confiance.

23 Parsons aborde dès ses premiers textes sur la médecine la problématique de la confiance du patient à l'égard du médecin, affirmant d'une part que seule cette confiance peut rendre possible l'acceptation par le patient de l'autorité considérable du médecin, et d'autre part que cette confiance ne peut s'expliquer que par « l'institutionnalisation du rôle » de médecin, au sens où celle-ci offre un ensemble de garanties quant à la « *trustworthiness* » du médecin (Parsons, 1949 [1942], p. 288). Si la confiance à l'endroit des médecins pouvait sembler tout à la fois établie et justifiée à Parsons et ses contemporains dans les années 1940-1950, cette situation change ensuite radicalement. À partir des années 1960, le diagnostic généralement admis est plutôt celui d'une « crise de la confiance » à endiguer par l'introduction de règles et procédures de contrôle formalisées (Rothman, 1991). On peut désormais s'interroger sur les possibles dérives des efforts destinés à rendre les soignants plus « dignes de confiance », la recherche (légitime) de garanties tendant à faire place à une « culture de l'audit » qui vient surtout entraver la bonne réalisation des activités de soins (Quéré, 2018, p. 24-25). C'est aussi ce que souligne à sa manière Nicolas Dodier, évoquant la « généralisation » de « cette méfiance qui, au nom du respect de protocoles de soins très stricts, et dans le cadre de nouveaux dispositifs de management du monde médical, épingle tout argument qui tendrait à mettre en avant les spécificités du savoir clinique » (Dodier, 2014, p. 30, *infra*).

Le médecin « manipulé »

Le patient dont le cas est abordé durant la séance — qui rassemble neuf participants — est polytoxicomane[24]. Il est par ailleurs atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), une sérieuse affection pulmonaire (T12). Il a contracté une pneumonie deux mois et demi plus tôt, en décembre, compliquée par un abcès dans « la partie supérieure du lobe inférieur [du poumon] gauche » (T1). Il a été hospitalisé pendant une quinzaine de jours. La situation s'est ensuite aggravée : il a été victime d'une thrombose à la suite de son hospitalisation, les soignants ayant renoncé à lui prescrire un traitement anticoagulant malgré le temps qu'il avait passé alité, sans doute parce qu'il présentait une hémoptysie — i.e. il expectorait du sang provenant des voies respiratoires. Il s'est rendu aux urgences de la Policlinique. Les soignants ont alors observé une importante perte de poids — le médecin assistant en charge du cas parle de « syndrome cachectique » — et se sont interrogés sur la possibilité qu'il soit atteint d'une tuberculose ou pire, d'un cancer (T1). C'est la raison pour laquelle il a été « envoyé » à la consultation générale de la Policlinique, où un suivi lui a été proposé (T1). Ces différents éléments ressortent de la brève description que fait du cas le médecin assistant au moment d'introduire l'extrait d'enregistrement qu'il a choisi (T1) :

MDC = le médecin en charge du cas

T1	MDC :	[*L'enregistrement sonore commence alors que la séance vient de* débu*ter.*] [...] pneumonie sévère, sur le mois de décembre, pis y a... On se posait la question [*incompréhensible*] cachéctisant, y avait une partie dans la pneumonie qui était abscésante, la partie supérieure du lobe inférieur gauche euh... Un diagnostic différentiel avec TB [*i.e. tuberculose*] et... Cancer

24 L'usage des termes de toxicomanie, d'addiction ou de dépendance ne va pas forcément de soi dans le domaine psychiatrique (Corbobesse, 2015b [2012], p. 731-733). Je reprends ici la terminologie utilisée par les participants dans le cadre de la séance considérée.

> pour expliquer le syndrome cachéctique. Du coup on l'a envoyé chez moi après, où il euh... C'est pas ça, c'est pas... Ça. Et pis ensuite... Parce qu'entretemps il a fait une thrombose. Post-hospitalisation il a fait une thrombose. [*Une participante soupire.*] Il était pas sous anticoagulation, vu que... Il se piquait, même à l'étage de médecine quand il était hospitalisé, parce que... L'assistante elle m'a appelé en me disant que... Monsieur il se piquait une fois en fémorale des produits X, parce qu'il voulait des benzo' [*i.e. benzodiazépines, une classe de médicaments psychotropes*] qu'ils lui ont pas donnés. Ils ont pas eu le courage de commencer l'anticoagulation tout de suite, en gros... Pis il a eu un contrôle, pis entretemps il est reparti avec une méga thrombose aux urgences et pis ils ont commencé l'anticoagulation... Par piqure, pis on l'a vu nous... En janvier, moi je l'ai vu au 31... Janvier, il était anticoagulé par piqure, il avait son traitement pour la pneumonie *per os* [*i.e. par voie orale*] qu'il faisait bien, et pis tout allait plutôt... Stable, en sachant qu'il voyait le pneumologue, pour l'évolution de la pneumonie et le scanner de contrôle...

Tel que le décrit le médecin assistant, le patient est très « difficile dans le contact » (T3), pour deux raisons. D'une part, il est « très demandeur » de « substances » (T3-T5), c'est-à-dire dans ce cas de benzodiazépines : il voudrait obtenir des soignants une modification de ses prescriptions, et il réagit mal à leur refus d'accéder à ses demandes. Ce conflit sous-jacent a fait craindre au médecin, préalablement à la consultation qu'il a filmée, que le patient « pète les plombs » durant leur entrevue (T3). C'est qu'il arrive selon lui au patient de se montrer « très, très irritable », et même de « s'énerve[r] » (T12). D'autre part, le patient a tendance à parler au médecin « de tout et n'importe quoi » durant les consultations (T8) : il « part dans tous les sens » et il est « très difficile à […] cadrer » (T12). Le médecin a dès lors le sentiment qu'il n'« arrive même pas [à] aborder les problèmes somatiques » que présente le patient, pourtant multiples et « au suivi difficile » (T8). C'est en raison de

ces difficultés que le médecin assistant a choisi d'enregistrer cet entretien-ci : il voulait montrer « une consultation pendant laquelle [il] [s]e faisai[t] bouffer » (T12).

Gardons en mémoire cette description agonistique, par le médecin assistant, de ce qui se joue entre le patient et lui : certaines remarques ultérieures des participants y feront écho. Cependant, comme l'explique le médecin assistant, la consultation s'est mieux déroulée que d'ordinaire : le patient est resté calme et a répondu aux questions qu'il lui posait (T8-T12). Et cette fois-ci, il n'est revenu sur la problématique de la médication qu'à « la fin de l'entretien, tout à la fin » (T12) :

PSY = le psychiatre

MDC = le médecin en charge du cas

CDC = un chef de clinique

T2	PSY :	Excuse-moi [*prénom du médecin en charge du cas*], t'as… T'avais une question particulière ou c'est juste… Le contexte global euh…
T3	MDC :	Moi je m'attendais à ce qu'il pète les plombs… [*rire*] Franchement, parce que c'est un patient qui est très dur dans le… Difficile dans le contact parce que… Chaque fois il est très demandeur de… De sub…
T4	PSY :	De substances, mmh.
T5	MDC :	De substances. En fait, avec moi ça passe plutôt bien, parce que moi je l'avais connu à l'étage quand ça allait pas du tout… Et il a un bon souvenir de moi, ce qui [*incompréhensible*] et pis… Ça allait plutôt bien, les premières consultations.
T6	CDC :	Mais… Tu voulais dire, plutôt une question par rapport à la vidéo euh…
T7	PSY :	Ouais je me demandais par rapport à aujourd'hui, si au fond tu nous la présentes avec euh… Une question qui te trottait dans la tête, ou là plutôt tu semblais dire le contraire, que t'es plutôt surpris en bien alors…

T8 MDC : En fait, moi je m'at... Parce que ce patient, chaque consultation, ça part un peu dans tous les sens, parce qu'il a énormément de problèmes somatiques au suivi difficile... Et pis... Moi j'arrive même pas à aborder les problèmes somatiques parce qu'il me parle de tout et n'importe quoi, je suis bouffé par ça en consultation... Pis c'est très dur à le cadrer, pis je m'attendais à ce que... Il fasse ça, mais il a pas fait ça... [*rires parmi les participants*]

T9 PSY : Donc la question, c'est pourquoi ça se passe bien, alors ? [*rires parmi les participants*] C'est quoi le problème ? [*rire*]

T10 MDC : Je l'ai averti que j'allais le filmer donc euh... Il savait qu'il allait être filmé...

T11 PSY : Ah voilà peut-être, ça a pu... [*brouhaha*]

T12 MDC : Normalement il part dans tous les sens, c'est très difficile de le cadrer en fait, par rapport à ce qu'on pense important et ce qui l'est pas... Mais... Aussi c'est difficile même je pense sur le plan intellectuel, parce qu'il fait beaucoup de complications, il a beaucoup de médicaments, il a les antibiotiques, les médicaments contre le BPCO, l'anticoagulation... Je crois que c'est beaucoup pour lui, que son cerveau a dû beaucoup ramasser avec toutes ces drogues, je pense que sur le plan cognitif il est pas tout à fait correct... Là je voulais vous montrer en fait une consultation pendant laquelle je me faisais bouffer, mais... Ça a plutôt été, c'est plutôt allé, et pis... Je m'attendais à ce qu'il soit très demandeur de benzodiazépines, parce qu'il demande ça systématiquement, des fois il s'énerve, il est... Très, très irritable. C'est difficile d'aborder le fait qu'on lui donne pas nous mais qu'on laisse faire ça... Le travail aux collègues du [*nom d'un centre d'addictologie*]... Souvent c'est très conflictuel, mais là il a pas fait ça, il a juste touché... À la fin de l'entretien, tout à la fin, il dit un truc sur ça, parce que... Toute façon il me le dit tout le temps, il doit sortir ça à chaque consultation, mais il a pas pété les plombs. [*rires parmi les participants*]

Le médecin assistant projette ensuite l'extrait audiovisuel. On y voit le médecin assistant évoquer avec le patient sa thrombose et sa venue aux urgences, ainsi que ses antécédents familiaux : plusieurs membres de sa famille ont souffert de thromboses (T21-T33). Le médecin assistant interroge ensuite le patient sur la prise des anticoagulants qui lui ont été prescrits (T39-T44), et cherche à s'assurer qu'il ne « crache [plus] du sang » (T45-T66). Il rappelle rapidement au patient qu'à la suite des investigations menées précédemment, les soignants attribuent désormais « [s]a perte de poids à la pneumonie, comme ça, directement » (T68-T71). Il revient finalement plus longuement sur ce qui a déclenché la thrombose — l'alitement — et ce qui rend si nécessaire la poursuite du traitement anticoagulant — le risque d'embolie (T72-T95). Il met ce faisant l'accent sur le consensus des soignants quant à la prise en charge (« […] tout le monde est d'accord. », T95). On peut d'ores et déjà relever que, s'il est si facile de distinguer ainsi une série de thématiques dans cet extrait de consultation, c'est bien que le médecin assistant peut aisément et efficacement orienter l'interaction : il s'agit à cet égard d'une séquence ordinaire de consultation, dans laquelle le médecin possède et conserve l'initiative dans le jeu des paires adjacentes questions/réponses (ten Have, 2006, p. 88-90). Pour le dire dans les termes de Goffman, l'échange langagier est ici essentiellement mis au service de la coordination d'une activité : le « *state of talk* » que déploie l'interaction entre médecin et patient est subordonné au « *state of inquiry* » propre à l'activité diagnostique menée par le médecin (Goffman, 1981, p. 143). C'est ce que souligneront — dans leurs propres termes — les participants peu après.

À l'invitation du superviseur (T96), le médecin assistant interrompt alors l'enregistrement pour passer directement à l'échange qu'il a précédemment évoqué : le moment où le patient aborde la possibilité que sa médication soit ajustée. Comme ce passage va se révéler important pour la discussion subséquente, je le retranscris ci-dessous dans son intégralité :

MDC = le médecin en charge du cas

PAT = le patient

T104	MDC :	Ça c'est tout ce que je voulais… Et vous, vous avez des choses pour moi ?
T105	PAT :	Ouais en fait je voulais vous demander, c'était juste par rapport au traitement que j'ai… Je vais vous montrer le traitement que j'ai… [*Il se penche et sort des documents de son sac.*]
T106	MDC :	Vous parlez de celui de… De celui de [*nom du centre d'addictologie mentionné dans l'extrait précédent par le médecin assistant*].
T107	PAT :	Ouais c'est ça. Avant quand j'étais… J'étais à [*nom d'une fondation prenant notamment en charge des personnes souffrant de problèmes d'addiction*], après je suis venu ici, à [*nom de la fondation*] je prenais tout ça. Et pis on m'a enlevé beaucoup beaucoup de choses hein !
T108	MDC :	Alors ça c'était avant. À [*nom de la fondation*]. Et pis ça c'est actuellement. Ça c'est à la sortie de [*nom d'une institution de santé*]…
T109	PAT :	Ça c'était à la sortie…
T110	MDC :	De [*nom de l'institution de santé*]… Alors, la doctoresse… Je peux voir ?
T111	PAT :	Ouais ouais. Là c'était à la sortie de [*nom de l'institution de santé*]. Ils m'ont enlevé une chiée de trucs, et pis justement c'était par rapport au… Dalmadorm, si on peut me mettre au moins quinze milligrammes.
T112	MDC :	Ouais.
T113	PAT :	Voyez.
T114	MDC :	Je me rappelle qu'on avait déjà discuté de ça…
T115	PAT :	Parce que ça fait un moment que…
T116	MDC :	Parce que moi je sais que…
T117	PAT :	[*incompréhensible*] j'ai eu deux, trois fois là je… Je peux pas.
T118	MDC :	[*rire*]
T119	PAT :	C'est pas drôle.

T120	MDC :	[*pause*] Tout à fait.
T121	PAT :	Je veux pas recommencer ces conneries.
T122	MDC :	Moi je sais que vous prenez du Seroquel, et pis… Ce qui est juste, quand certains…
T123	PAT :	Le Seroquel aussi ils l'ont baissé, mais ça le Seroquel c'est bon parce que ça me faisait des palpitations toute façon.
T124	MDC :	Pis le Cipralex on est passé à quinze, à [*nom de la fondation mentionnée précédemment*]… L'Anxiolit, quinze milligrammes, vous le prenez deux fois par jour.
T125	PAT :	[*incompréhensible*] quatre fois par jour.
T126	MDC :	Deux d'office et deux en réserve, ou c'est quatre d'office ?
T127	PAT :	Non c'est juste deux.
T128	MDC :	Ah, ok.
T129	PAT :	Mais avant c'était quatre.
T130	MDC :	Tout à fait. Mais moi [*incompréhensible*] vous en preniez deux, un le matin et un le soir.
T131	PAT :	C'est ça, ils m'ont enlevé beaucoup de choses, et pis c'est vrai que moi je suis quelqu'un qui suis vachement anxieux…
T132	MDC :	Ok.
T133	PAT :	Alors, à la limite euh… Les Anxiolit c'est pas grave. Mais c'est le soir surtout, pour dormir.
T134	MDC :	Mais le Stilnox vous avez toujours ?
T135	PAT :	Ouais ouais.
T136	MDC :	Ah ok. Mais ça c'est le soir.
T137	PAT :	Comme c'est… Un… Inducteur… C'est un appel du sommeil quoi.
T138	MDC :	Tout à fait. Mais votre problème c'est… Pour s'endormir ?
T139	PAT :	Ouais ou en longueur, parce que comme je me réveille aussi beaucoup de fois la nuit…
T140	MDC :	Ouais. Je savais que l'autre fois c'était pas l'induction du sommeil c'était le maintien… Vous vous réveillez.

T141	PAT :	Ouais c'est un peu les deux mais... Mais voilà.
T142	MDC :	Comme je disais l'autre fois... Je peux pas vous donner.
T143	PAT :	Ouais.
T144	MDC :	Parce que... Vu que c'est géré via [*nom de la fondation mentionnée précédemment*] on n'a pas le droit, et je dois discuter aussi avec mon chef de clinique.
T145	PAT :	Écoutez, quand je demande un rendez-vous avec le médecin ça prend des mois.
T146	MDC :	Ouais je sais comment ça se passe...
T147	PAT :	Là ça fait des mois que j'essaie, et une fois elle est pas là, après elle est en vacances...
T148	MDC :	Ce que je peux faire...
T149	PAT :	Après c'est moi qui ai pas pu parce que...
T150	MDC :	Vous étiez à [*nom de l'institution de santé mentionnée précédemment*].
T151	PAT :	J'étais à [*nom de l'institution de santé mentionnée précédemment*], pis je devais aller pioncer après tout de suite dans cette piaule. Là y a [*incompréhensible*].
T152	MDC :	C'est qui votre médecin qui vous suit là-bas ?
T153	PAT :	Je sais même pas son nom.
T154	MDC :	Ok.
T155	PAT :	De [*grande ville de Suisse romande*] ou je sais pas.
T156	MDC :	Si vous voulez, ce que je peux faire de mon côté, vu que moi je vous prescris pas ça...
T157	PAT :	Ouais ouais, non.
T158	MDC :	C'est que j'appelle [*nom de la fondation mentionnée précédemment*], je demande qui c'est qui s'occupe de vous...
T159	PAT :	Mmh.
T160	MDC :	Pour vous donner un rendez-vous au plus vite. Ça je peux faire.
T161	PAT :	Ouais ouais.

T162	MDC :	Si vous êtes d'accord.
T163	PAT :	Oui oui. Tout à fait. [*Il tousse.*] Parce que j'ai l'impression que c'est comme là avec la thrombose…
T164	MDC :	Mmh.
T165	PAT :	La semaine passée, mais… J'arrivais pas… C'était… Ils m'ont fait venir tous les jours. Et pis j'ai demandé que… Pour le confort que… [*incompréhensible*] « Vous pouvez pas euh… Juste pour une semaine ? » « Non non euh… »
T166	MDC :	Ouais.
T167	PAT :	C'est la… C'est l'infirmière qui décide, c'est même pas la…
T168	MDC :	Ils ont pas le droit en fait…
T169	PAT :	Mais oui, ils ont le droit.

Le médecin assistant interrompt l'extrait, et le superviseur invite les autres participants à partager leurs « impressions » (T171). La discussion se déploie alors autour des enjeux propres à la gestion des interactions avec les patients toxicomanes — même si les médecins semblent d'accord avec le superviseur pour considérer que la dimension conflictuelle de l'échange reste ici assez « *soft* » (T171). Un médecin assistant souligne que la prise en charge des patients polytoxicomanes se révèle souvent « difficile » (T174). En réponse, une cheffe de clinique affirme au contraire « trouve[r] que c'est une consultation qui s'est plutôt bien passée » (T177). À la demande d'un participant, elle précise son point, affirmant que le patient « a plutôt bien accepté quand [*prénom du médecin assistant*] a cadré sur la fin, il a pas trop insisté » (T183). C'est que les patients toxicomanes peuvent se montrer parfois « assez revendicatifs en tout cas, pendant les consultations, ou partir en claquant la porte » (T183). Ici, le médecin assistant n'a « pas dû trop se battre » (T183). Le superviseur vient nuancer cette appréciation : pour lui, si le patient « accepte assez bien » ce que lui dit le médecin assistant, il fait « quand même à la fin une remarque » indiquant assez clairement une forme d'opposition (T185). Le superviseur fait ici référence à ce

que rétorque finalement le patient au médecin assistant concernant la gestion par les soignants de sa médication. Il suggère en effet que les soignants chargés de lui délivrer ses médicaments pourraient choisir de la lui donner au jour le jour ou « pour une semaine » (T165) : « Mais oui, ils ont le droit. » (T169). Selon le superviseur, cette réponse lapidaire est de l'ordre du « sous-entendu », voire de la « manœuvre » un peu « tordue » (T187-T189 & T201). Ce que veut dire le patient, c'est quelque chose du type : « "Non, les infirmières si elles veulent elles pourraient… Me donner pour une semaine le Dalmadorm." » (T201). Le médecin assistant abonde dans ce sens : le patient se plaint fréquemment de devoir se rendre tous les jours au centre qui lui dispense ses médicaments — et d'autant plus depuis que sa thrombose réduit sa mobilité (T202). Or, comme le médecin assistant le lui a déjà expliqué, les infirmières n'ont tout simplement « pas le droit de lui donner plus, pour toute la semaine » (T204) : elles ne font que suivre les directives qu'elles ont reçues. La remarque du patient traduirait donc un soupçon déplacé, une méfiance sans fondement vis-à-vis des infirmières, qui finalement n'y peuvent pas grand-chose. À ce titre, l'échange ne serait pas si anodin ou innocent.

Cette discussion va progressivement conduire à l'intervention qui a plus particulièrement retenu mon attention lorsque j'ai assisté à cette séance. Après un échange relatif aux attentes du médecin assistant quant à la consultation et aux effets qu'a pu avoir sur lui et sur le patient la présence de la caméra, le superviseur interroge les participants sur l'« ambiance » de la consultation, en lien avec ce qui « habite » le patient (T225 & T232). Comme on le verra, il veut simplement leur faire remarquer que le patient manifeste très peu d'émotions, et que la seule chose qui semble susceptible de l'« animer » est la possibilité d'obtenir une prescription — ce qui ne peut manquer d'avoir un impact sur la relation que le médecin assistant est susceptible d'entretenir avec lui (T244). Mais les participants peinent à voir où il veut en venir. Ils insistent diversement sur le côté « manipulateur » du patient : en montrant ses ordonnances, en présentant le recours au marché noir comme une conséquence

de l'attitude des soignants, le patient « manipule un tout petit peu » (T226-T229). Un jeune chef de clinique qui s'est jusqu'alors peu exprimé prend alors la parole, d'une manière qui prolonge et précise à la fois cette thématique de la « manipulation ». Il s'exprime sèchement, d'une voix hachée :

CDC = le chef de clinique

T241	CDC :	Non mais c'est vrai que du coup... Ouais je sais pas, ce sentiment qu'on n'a pas le contrôle quoi... Que c'est lui qui va... Par le fait qu'il soit gentil ou revendicateur... Qu'il soit bon patient ou mauvais patient, qu'il va toute façon prendre le contrôle... Qu'il va être plus malin que nous, quoi... Je sais pas... Il y a un côté où... Nous on a notre agenda, notre cadre, mais finalement ben... Je sais pas... Comme s'il avait un réflexe d'être le bon patient, souriant, sympa, pour obtenir... Enfin je sais pas, moi j'ai le sentiment d'une perte de contrôle par rapport à lui qui... Qui garde systématiquement le contrôle... Avec son agenda.

Ce qui me semble particulièrement intéressant ici, c'est que l'attitude du patient dans son intégralité, qu'elle soit ou non agréable au médecin, se trouve entachée d'un soupçon, d'un doute quant aux intentions qui la sous-tendraient. Alors que les participants insistaient auparavant sur le « bon » déroulement de la consultation, qu'ils contrastaient avec leurs rapports plus « difficiles » avec d'autres patients toxicomanes, le chef de clinique laisse entendre que la relation thérapeutique souffrirait ici d'un problème ou d'un défaut plus fondamental, dépassant largement la seule dimension du désaccord ou du conflit ouvert quant à la médication. Ce n'est dès lors plus seulement de ce bref moment de tension en fin de consultation qu'il s'agit, mais bien de l'ensemble des rapports que sont susceptibles d'entretenir patient et médecin. Que le patient soit « gentil », « sympa », « souriant » ou au contraire « revendicateur » et agressif n'a finalement guère

d'importance : il cherche de toute façon à « prendre le contrôle », à se montrer « plus malin » que le médecin — et il y parvient, « gard[ant] systématiquement le contrôle » et soumettant la relation médecin-patient à « son agenda » (T241). La configuration que dessine la prise de parole du chef de clinique est résolument agonistique, le « *Nous* » — ou plutôt le « *On* » — des médecins s'opposant au « *Il* » du patient. Et les premiers sont d'ores et déjà vaincus : ils n'ont « pas le contrôle », l'ont « perdu » même si leur « agenda » et leur « cadre » paraissent en surface préservés (T241). Quoi qu'il arrive, la relation médicale est marquée du sceau de la fausseté : le médecin est « manipulé ».

Une ressource analytique : Goffman et les « cadres de l'expérience »

Comment rendre compte dans une perspective sociologique de ce qui se joue ici ? Une analyse d'inspiration goffmanienne en termes de « cadres » ou de « schèmes d'interprétation [*schemata of interpretation*] » semble bien s'y prêter. En effet, l'un des enjeux largement traités par Goffman dans sa réflexion sur les « cadres de l'expérience » — et qui constitue au moment de l'écriture de *Frame Analysis* l'une de ses préoccupations de longue date, que reflètent déjà ses tout premiers travaux[25] — renvoie à ce qu'il nomme les « fabrications », impliquant un « effort intentionnel d'un ou plusieurs individus pour qu'une activité se déroule de telle sorte qu'un ou plusieurs autres individus soient conduits à développer des croyances erronées quant à ce qui est en train de se passer » (Goffman, 1986 [1974], p. 83). S'intéressant à « l'organisation

25 On peut rappeler à ce propos un passage de « *On Cooling the Mark Out* », dans lequel Goffman décrit le processus d'« apaisement » nécessaire à celui qui a commis « le péché de se revêtir d'un statut sans démontrer les qualifications qu'est supposée avoir toute personne possédant ce statut » — un « péché social capital [*a cardinal social sin*] », selon lui. En effet, Goffman y emploie déjà une terminologie similaire à celle qu'il généralisera quelque vingt ans plus tard dans *Frame Analysis* : « Pour la victime, l'apaisement représente un processus d'ajustement à une situation impossible — une situation qui découle de ce qu'il s'est défini d'une façon que les faits sociaux viennent contredire. La victime doit dès lors se trouver un nouvel ensemble d'excuses, un nouveau cadre à partir duquel se voir et se juger [*a new framework in which to see himself and judge himself*]. » (Goffman, 1952, p. 452 & 456).

de l'expérience » et plus particulièrement à la manière dont les individus répondent — « tacitement » ou « explicitement » — à la question : « *What is it that's going on here?* », Goffman cherche « à isoler certains des cadres de compréhension élémentaires disponibles dans notre société pour faire sens des événements et à analyser les vulnérabilités spécifiques que présentent ces cadres de référence » (Goffman, 1986 [1974] : p. 8-13)[26]. Évidemment, ces « cadres de référence » constituent à la fois ce qui sous-tend l'organisation des activités sociales et ce que nous utilisons pour en faire sens. Il y a dès lors généralement « une correspondance ou un isomorphisme […] entre la perception et l'organisation de ce qui est perçu » (Goffman, 1986 [1974], p. 26).

L'un des arguments principaux de Goffman est que nos « cadres de référence » sont « vulnérables » à deux grands types d'altérations, de détournements ou de « transformations » : les « modalisations » et les « fabrications » (Goffman, 1986 [1974], p. 156). C'est là ce que les traducteurs de l'ouvrage en français ont choisi de rendre par l'expression de « cadres secondaires », quoique Goffman lui-même ne parle pas de « *secondary frames* ». La « modalisation » correspond à l'« altération systématique » par laquelle « une activité donnée, déjà signifiante dans les termes d'un cadre [qui apparaît dès lors comme] primaire, est transformée en une chose qui prend pour modèle cette activité mais est vue par les participants comme tout à fait différente ». Ce qui distingue très clairement les « modalisations » des « fabrications », c'est que l'« altération » du « cadre primaire » est dans le premier cas supposée (re)connue de tous les participants à l'interaction (Goffman, 1986 [1974], p. 43-45). J'ai déjà défini les « fabrications », qui consistent essentiellement à amener autrui à adopter une « définition de la situation » qu'il n'adopterait pas « en toute connaissance de cause » (Goffman, 1986

26 On voit bien ici à quel point Daniel Cefaï et Édouard Gardella ont raison de critiquer les lectures de *Frame Analysis* qui tirent la notion de « cadre » du côté de l'action stratégique délibérée ou de la simple « "négociation de sens intersubjectif" » (Cefaï & Gardella, 2012, p. 231-234).

[1974], p. 83)[27]. Goffman souligne que tout l'enjeu de la « fabrication » tient au fait que l'individu s'y trouve « déconnecté de ce qui se joue réellement » dans la situation concernée. C'est « sa propre capacité à cadrer adéquatement » la situation qui est mise à mal, « sa propre aptitude à s'orienter de manière réaliste dans le monde ». Il y a alors un « désajustement [*misalignment*] » de l'individu à la situation (Goffman, 1986 [1974], p. 111-112). Goffman propose en outre une typologie des « fabrications », choisissant de les ordonner à partir des objectifs qu'elles poursuivent. Il distingue en premier lieu les « fabrications bénignes [*benign*] » (Goffman, 1986 [1974], p. 87), qui sont menées du point de vue des acteurs dans l'intérêt de la personne dupée ou du moins sans viser à lui faire du tort, et les « fabrications abusives [*exploitive*] », « qui nuisent clairement aux intérêts » d'autrui (Goffman, 1986 [1974], p. 103). Parmi les « fabrications bénignes », Goffman compte des « tromperies » très diverses, telles que l'« observation participante à couvert », les « mises à l'épreuve » qui impliquent d'induire autrui en erreur en vue de tester sa « loyauté » ou son « caractère », ou le genre de « paternalisme » qui conduit à cacher des informations ou à mentir à autrui, présent en particulier dans le domaine médical (Goffman, 1986 [1974], p. 95, p. 97 & p. 101).

Qu'il s'agisse des « modalisations » ou des « fabrications », la « transformation » du « cadre primaire » se donne pour Goffman comme un travail de « recadrage [*reframing*] » susceptible d'être réitéré — quoique certaines limites interactionnelles et cognitives viennent compromettre à partir d'un certain point la succession des opérations de « recadrage » (Goffman, 1986 [1974], p. 182-185). La portée métaphorique de la notion de « cadre » trouve

27 William Isaac Thomas et la notion de « définition de la situation » interviennent dès les premières pages du livre de Goffman — et si cette affirmation est vraie en ce qui concerne *Frame Analysis*, elle l'est aussi pour *The Presentation of Self*. En fait, on peut dire que la notion de « cadre » systématise les deux grandes lignes de réflexion ouvertes par Goffman dans l'introduction de *The Presentation of Self*, en permettant de les considérer conjointement : la « disruption » des « définitions de la situation » et donc des « *selves* » projetés par les interactants et ses conséquences ; les « jeux » — de reprise, imitation, déplacement, narration, supercherie, etc. — qui (re)produisent ces « disruptions » ou se servent de leurs propriétés (Goffman, 1972 [1959], p. 13-15 & 23-25).

sans doute son expression la plus intéressante dans cette idée : le « cadre » peut être « re-cadré », c'est-à-dire inséré dans un nouveau « cadre », cette opération n'annulant par le « cadrage » initial mais transformant le regard porté sur les éléments qu'il comprend. Goffman parle ainsi du « bord du cadre [*rim of the frame*] » pour désigner sa « strate la plus extérieure [*the outermost lamination*] », celle qui nous « indique, indépendamment du degré de complexité des strates internes, le statut que possède l'activité dans le monde réel » (Goffman, 1986 [1974], p. 82).

En employant les catégories de Goffman pour penser la situation analysée, on peut concevoir l'intervention du chef de clinique comme une opération de « recadrage » dénonçant l'existence d'une « fabrication » subvertissant le « cadre primaire » de la consultation. Dans les termes de Goffman, on aurait là une « fabrication bénigne », sans doute de l'ordre de ce qu'il nomme les « fabrications purement stratégiques [*fabrications that are purely strategic*] » — la question de ce qu'elles impliquent pour la personne dupée étant en quelque sorte suspendue au profit d'un raisonnement « purement stratégique » concernant ce qu'elles apportent à la personne qui dupe (Goffman, 1986 [1974], p. 102). Il n'en demeure pas moins que ce « recadrage » jette le discrédit sur les moindres faits et gestes du patient, qui apparaissent d'emblée comme des tentatives détournées pour obtenir ce qu'il désire. L'enjeu ne peut être circonscrit à une portion de l'échange, telle que la dernière partie de la consultation, au moment où le patient aborde la problématique de la médication. Avec le changement de « cadrage », tout le comportement du patient donne prise à la suspicion : si cet échange conclusif apparaît comme une « exception » — au sens où il diffère du reste de la consultation —, il ne s'agit pas d'une exception « au sein d'une situation par ailleurs innocente [*innocuous*] », mais d'une exception au regard du « succès par ailleurs rencontré [par le patient] dans la mise en œuvre de [la] fabrication » (Goffman, 1986 [1974], p. 488). L'échange autour de la médication apparaît comme une épreuve ou un « moment de vérité » quant à la manière dont le patient envisage la situation, et donc quant au « cadre » que devrait lui

aussi retenir le médecin. On notera que ce sont en particulier les comportements susceptibles d'être agréables aux soignants qui sont touchés par cette reconfiguration, puisque ce sont aussi ceux qui peuvent sembler les plus insidieux et malhonnêtes dès lors que le « cadrage » de la « manipulation » est retenu[28]. Dans cette perspective, le médecin se trouverait bien — pour reprendre les termes de Goffman — « déconnecté de ce qui se joue réellement » dans la consultation dès lors qu'il choisirait de la considérer comme une consultation « ordinaire », non marquée par les tentatives du patient pour le « manipuler » ou l'« instrumentaliser » (Goffman, 1986 [1974], p. 111). Il faut souligner qu'un tel « cadrage » conduit évidemment à moraliser l'attitude du patient, en rendant pertinent un genre d'indignation à son endroit — une émotion intrinsèquement « morale », sanctionnant ici la « tromperie » (Kaufmann, 2019, p. 329-333). Ce sont bien les enjeux d'une telle « moralisation » que permet de thématiser la suite de la séance.

« *Dé-moraliser* » *la manipulation*

Reprenons le cours de la séance. On va voir comment le superviseur travaille à désactiver l'agressivité implicitement contenue dans l'intervention du chef de clinique, et plus généralement dans les remarques des participants quant aux tentatives de « manipulation » dont se rendrait coupable le patient. Il s'agit pour le superviseur d'offrir certaines précisions quant à ce qu'implique concrètement la (poly)toxicomanie pour ceux qui en souffrent. Dans une prise de parole subséquente, qui fonctionne comme une réponse à celle du chef de clinique, il évoque ainsi « la pauvreté » de la « vie intérieure et relationnelle » du patient :

28 On peut relever à ce propos qu'on a là affaire à un exemple de ce que Goffman nomme des « *frame traps* », c'est-à-dire des « cadres » qui se caractérisent pas une propriété d'« auto-clôture [*self-sealing*] » : dès lors qu'un tel « cadrage » est retenu, tous les efforts que déploient les individus pour le corriger ou le réfuter tendent au contraire à le renforcer. Goffman souligne que « l'accusation de folie » constitue une illustration paradigmatique de ces « cadres » largement prémunis contre l'invalidation (Goffman, 1986 [1974], p. 480-486). Pour une formulation différente de la même idée, voir Goffman, 1972 [1961], p. 68.

PSY = le psychiatre

T244 PSY : [...] Ce monsieur, il le fait pas exprès, mais on reste toujours au niveau de... Sur le plan relationnel, au niveau du : « Est-ce que je vais me faire manipuler ou pas ?... » Et de comment on va dialoguer avec lui. Ce qui me frappe, c'est qu'il est... C'est complètement anaffectif. Enfin c'est plat, c'est... C'est quelqu'un où tout se joue dans cette sorte de conflictualité... « Heureusement, cette fois-ci, ça va... » C'est pour ça que... Au niveau de l'affect vécu, on a l'impression que c'est complètement plat. Enfin leur vie fonctionne autour de... C'est ça qui est terrible dans ce type de maladie à long terme... Moi je vois aucune modulation... Il est ni triste, ni je sais pas quoi... Y a quelque chose de très plat, au niveau de l'affect. Tout fonctionne... Tout tourne autour de : « Est-ce que je vais effectivement réussir à... » Je sais même pas s'il se dit « manipuler », mais « à obtenir mon Dalmadorm euh... Même s'il est sympa le docteur [*nom du médecin assistant*]. » Je, je... Enfin, moi je trouve qu'il y a pas d'affects, quoi ! Enfin c'est un peu fort, mais... Ou alors c'est l'explosion : « Je suis fâché. » Ou alors, c'est doux, contrôlé, en attendant de... Plonger dans les cinq dernières minutes pour essayer quand même de... D'arracher cette prescription de Dalmadorm. Mais on se dit : « Il éprouve quoi, ce monsieur ? Est-ce qu'il peut être triste ? » Enfin, je veux dire, c'est un évitement euh... D'abord on sait pas vraiment ce qu'il éprouve, pis en plus on... Il évite ça. Pis quand on en parle effectivement ça vient pas sur la table, on se pose la question de savoir s'il est triste, ou si... S'il a des envies, ou des sentiments, ou s'il évolue au cours de l'entretien... On a l'impression que c'est tout euh... Blindé. Et ça c'est quand même très euh... Et pis aussi le ton quoi, de la voix, c'est très... Toujours un peu la même chose et pis... Moi c'est toujours un truc qui me frappe avec les patients polytoxicomanes au long cours. C'est vraiment... C'est ce qu'on dit : leur vie tourne autour de... D'obtenir la substance ou pas... C'est ça la... La pauvreté par rapport à la vie intérieure et relationnelle, parce que tout devient euh... Fonction de l'obtention de la substance ou pas.

L'argument du superviseur est double. D'une part, la « vie » du patient « tourne autour » des substances psychoactives et de la possibilité de les obtenir (T244). Cela a deux conséquences pour sa relation avec le médecin : d'abord, il est impossible de parler d'autre chose avec profondeur ou intensité ; ensuite, les échanges concernant la médication et les prescriptions ne peuvent qu'être tendus et difficiles. Les interactions oscillent donc entre une forme de désengagement émotionnel (« C'est complètement anaffectif. », T244) et la « conflictualité » (« […] c'est l'explosion. », T244). Comme le superviseur le précise plus loin, la seule émotion clairement identifiable chez le patient — l'« irritabilité » — apparaît comme « un affect brut » directement « lié à la substance » ou son obtention (T286). D'autre part, l'attitude du patient n'a rien à voir avec ses sentiments pour le médecin (T244). Il trouve sans doute le médecin assistant « sympa » (T244) : il est devenu clair dans le courant de la discussion qu'ils se connaissent depuis l'hospitalisation du patient, que celui-ci a conservé un « bon souvenir » du médecin assistant et que leurs échanges se déroulent « plutôt bien » (T5). Mais cela ne peut guère peser dans la balance face à la possibilité d'« obtenir [s]on Dalmadorm » (T244). Le patient « ne le fait pas exprès » (T244). Simplement, pour lui, tout tend à devenir « fonction de l'obtention de la substance ou pas » (T244). Dans les termes du superviseur, chez les patients toxicomanes, « tout se cristallise et se rigidifie autour du rapport à la substance » : « […] c'est le prisme à travers lequel pratiquement tout est lu » (T250)[29]. Dès lors, sa relation au médecin ne peut que passer au second plan. Dans sa « chronicité », l'addiction se donne ici comme une force qui engloutit tous les autres facteurs qui pourraient participer à imformer le comportement du patient, et en particulier ses sentiments à l'endroit du médecin.

29 Telle qu'elle est décrite dans la littérature, la prise en charge des patients toxicomanes — ou plus généralement souffrant d'addictions — doit prendre acte de ce que la « relation » qu'entretiennent ces patients « avec [leur] produit balaie tout sur son passage », i.e. que le rapport à la substance « court-circuite » leur pensée et les amène à « saborder » les relations avec leur entourage (Corbobesse, 2015b [2012], p. 748). On voit donc comment l'intervention du superviseur vient ici rappeler un genre de savoir pratique issu de la psychiatrie. Évidemment, cette situation particulière possède des enjeux spécifiques, différents de ceux qui se présenteraient dans un cadre proprement psychiatrique : le rôle du médecin assistant n'est pas ici d'aborder la question de la consommation de stupéfiants, déjà prise en charge par ailleurs.

Que retenir de cette intervention ? Le superviseur vient ici souligner la nécessité pour les médecins de s'attendre à ce que leurs patients toxicomanes cherchent à les instrumentaliser, à les « manipuler ». Mais ils doivent garder à l'esprit que cette attitude tient à leur pathologie particulière — et qu'elle appelle dès lors l'adoption d'un regard « irresponsabilisant », le recours à une « lecture "symptomatologique" » invitant à voir le comportement du patient comme un pur effet de la maladie (Genard, 1999, p. 175). Il s'agit ainsi d'appliquer aux tentatives de « manipulation » du patient une perspective interprétative qui les « dédramatise », les « neutralise axiologiquement », et ouvre ainsi la voie à une réponse strictement thérapeutique — plutôt qu'implicitement ou explicitement réprobatrice (Genard, 1999, p. 179). Pour poursuivre sur un mode goffmanien, on peut dire qu'on a là une forme de « recadrage » de la « fabrication » du « cadre » de la consultation dénoncée par le chef de clinique. Sans nier qu'il y a là (tentative de) manipulation, le superviseur propose de considérer qu'elle est causée par la pathologie du patient, ce qui implique de suspendre l'imputation de responsabilité que supposerait *a priori* une lecture en termes de « manipulation ».

Apories de la (dé)responsabilisation

On comprend que le superviseur encourage un tel changement de perspective : l'enjeu est de neutraliser l'agressivité que suscite chez les participants le comportement du patient. Il faut néanmoins s'interroger sur ce qui est perdu dès lors que le patient n'est plus considéré comme responsable de son attitude et des problèmes qu'elle soulève pour le médecin. On peut se tourner pour ce faire vers les réflexions de Jean-Louis Genard autour de ce qu'il nomme la « grammaire de la responsabilité ». N'assiste-t-on pas avec la remarque du superviseur à un basculement dans les modes d'interaction privilégiés à l'endroit du patient, basculement qui invite à entrer en rapport avec celui-ci « à la troisième personne (Il) » plutôt qu'« à la deuxième (Tu) » (Genard, 1999, p. 168) ? Tout en concédant la portée « "réintégratrice" » de ce déplacement du regard — il

désamorce les réactions de réprobation et de rejet qui seraient ici associées à une moralisation du comportement —, on peut ainsi relever que « cette réintégration se fait tendanciellement au prix de la problématisation de la subjectivité et de l'abandon d'une posture où le rapport à l'autre est un rapport de reconnaissance mutuelle ». Le regard « irresponsabilisant » est aussi fatalement « objectivant » : d'un régime de *compréhension* fondé sur la reconnaissance des *raisons* qui organisent l'agir, on bascule à un régime d'*explication* qui suppose d'identifier les *causes* qui le déterminent (Genard, 1999, p. 178-179). Ainsi, comme le souligne Jean-Louis Genard en évoquant justement le cas de la toxicomanie, si l'un des « effets de la relation thérapeutique » et du regard « irresponsabilisant » qu'elle tend à engager du côté du médecin peut être de « décharger le patient du poids de ses responsabilités »[30], cette suspension de la responsabilité peut être envisagée — et vécue — par les personnes concernées comme une « privation » ou une dépossession plutôt que comme un soulagement (Genard, 1999, p. 182).

D'une certaine façon, les remarques du superviseur anticipent une telle critique. En effet, en réponse à la question d'un participant concernant la possibilité que l'absence d'affects qu'il souligne chez le

30 À noter que Genard fait ici référence à Parsons concernant la suspension de la question de la responsabilité dans le rapport au patient (Genard, 1999, p. 182). Il est vrai que Parsons n'a cessé de souligner que les personnes identifiées comme malades sont exemptées des responsabilités que font d'ordinaire peser sur elles leurs rôles sociaux (voir par ex. Parsons, 1964 [1951], p. 436-437). Mais la manière dont cette problématique intervient dans son modèle — en référence à la question de la « motivation à la maladie » et à la notion de « bénéfices secondaires » qu'il emprunte à la psychanalyse — est plus complexe et ambiguë. En effet, si Parsons souligne la dimension « irresponsabilisante » ou « dédramatisante » (Genard) de l'attitude socialement attendue à l'égard du malade, il invite en même temps le médecin à douter de la « motivation » du malade à guérir. C'est que le malade est pour lui « indéniablement motivé, le plus souvent inconsciemment, à obtenir ou à conserver » les « bénéfices secondaires » associés au rôle de malade, i.e. les « privilèges et exemptions » qu'il lui assure (Parsons, 1964 [1951], p. 437). Le malade va donc manifester des « résistances » face à la guérison, résistances qui vont se traduire en particulier par des tentatives (inconscientes) pour « "séduire" » son médecin — c'est-à-dire, en somme, pour le « convaincre » de le laisser rester malade (Parsons, 1970 [1964], p. 335). Ce point est aussi manifeste lorsque Parsons souligne l'importance du séjour hospitalier en affirmant que la prise en charge du malade au sein de sa famille tend à ne pas lui offrir les composantes motivationnelles nécessaires à abandonner les « bénéfices secondaires » associés à la maladie (Parsons & Fox, 1952, p. 35).

patient soit le fait de « pathologies sous-jacentes » ou de « traumatismes » antérieurs plutôt que de l'addiction et de la consommation de psychotropes au long cours (T245 & T251), le superviseur revient sur la nécessité de ne pas tenir trop vite le comportement du patient pour définitivement « chronicisé », i.e. immuable ou inaltérable (T256). Il s'agit de « tester », de poser au patient des questions susceptibles d'« ouvrir » sur « quelque chose de plus authentique » ou vécu (T252 & T254). Bien sûr, il ne faut « [p]as non plus être dupes » : « [m]alheureusement », il est souvent « trop tard » pour que l'état d'un tel patient puisse effectivement s'améliorer (T256). Mais « rester éthique » implique de ne pas négliger cette possibilité. C'est donc bien — pour reprendre à nouveau les termes de Jean-Louis Genard — une « aptitude aux transitions de posture, aux déplacements du regard » qui se trouve ici valorisée (Genard, 1999, p. 185).

On voit ici que la problématique de la relation qu'est susceptible de développer le médecin avec son patient s'articule étroitement avec une série de questionnements concernant le patient, les troubles qui l'affectent et son agentivité vis-à-vis de ces troubles. C'est que les difficultés interactionnelles que rencontrent les médecins face à leurs patients ne trouvent leur sens qu'au regard des capacités qu'ils peuvent leur attribuer — et donc de ce dont ils peuvent ou non les tenir pour responsables. On comprend dès lors que les connaissances et l'avis du superviseur — qui intervient ici en tant que psychiatre — soient mis à contribution pour déterminer ce que le médecin peut légitimement attendre de son patient, à la fois dans ses interactions avec lui et dans son attitude plus générale vis-à-vis du traitement et de la prise en charge. Il est appelé, comme il l'indique lui-même implicitement (T244), à offrir une évaluation du genre de relation que le médecin pourra ou non développer avec son patient. Mais derrière ces enjeux relationnels, c'est bien la problématique de la « définition de la situation » à privilégier qui transparaît : il s'agit de déterminer si une description de ce qui se joue entre le médecin et son patient en termes de « manipulation » présente ou non une pertinence sur le plan thérapeutique et interactionnel. À cet égard, on peut considérer

que cette discussion entre médecins traduit en premier lieu l'ambiguïté propre aux conditions d'application d'un « cadrage » thérapeutique « irresponsabilisant », dont la validité n'est pas d'emblée évidente face à un trouble tel que l'addiction. Si cette situation présente une portée de généralité, c'est sans doute là qu'elle se trouve : les médecins s'interrogent bien souvent sur ce qu'ils devraient accepter ou non de la part de leurs patients au regard de leurs pathologies et des difficultés particulières qu'ils rencontrent. Les groupes de discussion se donnent dans de tels cas comme un espace au sein duquel les médecins peuvent débattre de ce qu'ils doivent refuser et de ce qu'il leur faut tolérer de la part de leurs patients — une double limite dont les contours ne sont pas forcément faciles à discerner, et jamais totalement acquis.

Deuxième problème. Faire avec l'émotion

Les trois séances que nous allons maintenant aborder concernent à divers égards les émotions et les interrogations ou difficultés que suscitent celles-ci pour les médecins participant aux groupes de discussion étudiés. Le « problème » qu'elles illustrent diversement découle de la place ambiguë de l'émotion dans la relation médicale, qui peut aussi bien y figurer une menace qu'un attendu — s'agissant des émotions des médecins tout comme de celles des patients. L'enjeu tient évidemment en partie à cette forme spécifique de « neutralité affective » — pour employer une terminologie parsonienne — qui incombe aux médecins dans le cadre de leur activité. J'aurai l'occasion de revenir sur ce point et de le problématiser. Mais la question de la place à accorder aux émotions au sein de la consultation ne s'arrête pas là pour les médecins. Les émotions de leurs patients et leurs propres affects suscitent en effet chez eux un ensemble de questionnements, factuels aussi bien que normatifs. Il s'agit pour eux dans diverses situations de savoir ce que ressentent ou non leurs patients face aux pathologies dont ils sont affectés, aux traitements qui leur sont proposés, ou à la prise en charge et aux divers intervenants thérapeutiques. Il leur faut aussi, parfois, chercher à préciser leurs propres ressentis face à ce que mettent en jeu les situations de soins et au comportement des patients. Ces questionnements « factuels » s'accompagnent fréquemment d'interrogations proprement normatives, relatives aux émotions que devraient ressentir les patients ou à ce qu'ils devraient eux-mêmes éprouver dans les situations considérées. L'émotion vécue ou perçue se trouve dès lors confrontée à l'émotion que devrait idéalement susciter ce qui survient — ce qui ne manque pas de provoquer en retour d'autres émotions. Le médecin qu'exaspère un patient excessivement angoissé pourra ainsi se sentir honteux de son exaspération, sur le moment même ou face à ses collègues.

Un cas empirique me permettra de donner d'emblée un aperçu de la complexité de ces enjeux. Je ne le tire pas des groupes de discussion dont il est essentiellement question ici, mais d'une séance individuelle

de supervision rassemblant une oncologue et un psychiatre[31]. Il fait intervenir un ensemble de difficultés relatives aux émotions telles qu'elles se présentent aux médecins. Y font diversement problème : l'identification des émotions de la patiente concernée ; la définition des émotions « normales » ou adéquates au regard de la situation, pour la patiente mais aussi pour la médecin ; la caractérisation d'un cours d'action approprié en lien avec ces émotions et ce qu'elles impliquent ; etc. Comme on le verra, ce cas a une force d'évocation particulière du fait de son caractère éminemment tragique.

La séance en question s'ouvre sur une description par l'oncologue de la patiente dont elle veut parler ce jour-là. Il s'agit d'une jeune femme d'une quarantaine d'années, « très soignée, très dynamique » (T4). La praticienne précise immédiatement qu'elle a deux enfants, « sans papa… dans la proximité » (T8). Nous verrons que ce point a beaucoup d'importance pour la médecin. Un cancer du côlon lui a été diagnostiqué deux ans auparavant. Elle a été opérée, puis traitée par chimiothérapie. C'est à la suite de ce traitement, et face à la dissémination du cancer dans la cavité péritonéale, qu'elle a été adressée au service d'oncologie du CHU attenant à la Policlinique où travaille la médecin. Elle y a bénéficié d'un traitement que la médecin qualifie d'« assez novateur » (T14). La médecin déplore cependant que ce traitement ait impliqué d'« immenses interventions » sur le plan chirurgical, plus importantes qu'elle ne l'avait envisagé (T20). Il a été mis en place et conduit à l'horizon d'une possible guérison, un élément qui explique pour la praticienne qu'il ait été entrepris par les soignants et que la patiente y ait consenti (« Elle a fait tout ça dans l'optique curative, c'est ça en fait… C'est pour ça que c'est tellement agressif. C'est l'optique curative. », T22). Les espoirs qui justifiaient le traitement se sont évanouis pour les soignants lorsqu'ils ont constaté l'extension métastatique du cancer aux poumons. Ce constat s'est fait de manière presque fortuite, après que l'oncologue a repéré une potentielle lésion pulmonaire

31 Comme je l'ai indiqué précédemment, j'ai en effet eu l'occasion d'écouter une série d'enregistrements sonores de supervisions de ce type, réalisées par des psychiatres et psychologues de consultation-liaison au sein du CHU attenant à la Policlinique.

sur une image obtenue par IRM. Des examens ultérieurs en révèlent une « multitude » (T26). La médecin n'a pas immédiatement l'occasion de faire part de ce développement à la patiente, qui diffère le moment de la revoir en invoquant des symptômes post-opératoires handicapants. Elle explique au superviseur qu'avoir à ajourner cette annonce l'a « rongée », et exprime sa surprise face à la réaction de la patiente lorsque celle-ci accepte finalement de la rencontrer :

ONC = l'oncologue

PSY = le psychiatre

T30	ONC :	Donc je l'ai vue un mois plus tard, et pis je lui ai annoncé ça. Moi ça m'avait rongée pas mal, hein ! Depuis le temps... Mais bon, voilà... Je lui ai annoncé ça, parce que moi je voyais ça comme une annonce terrible, hein ! Enfin...
T31	PSY :	Ouais.
T32	ONC :	Pour elle, par rapport à la... Au changement de paradigme aussi...
T33	PSY :	Ben oui.
T34	ONC :	On passait vraiment de « éventuellement curatif » à « complètement palliatif ». Et là je dois dire j'étais un peu surprise... Par la réaction de la patiente, qui était très neutre vraiment, elle m'a... Elle a pas bougé un... Un millimètre, quand je lui ai dit ça. Euh... Elle me dit : « Ok, ok, ok. Bon... Alors on fait quoi ? » Mais vraiment, ça se résumait à peu près à ça.
T35	PSY :	Mmh.
T36	ONC :	J'étais un peu... C'est une situation où j'ai été désarçonnée euh... Enfin moi j'ai vraiment... Je m'attendais à une colère ou... À une tristesse...

Cette réaction qui la surprend, et plus généralement ce qu'elle perçoit chez la patiente comme une forme d'impassibilité, voire de « froideur », amène la médecin à s'interroger sur ce que celle-ci « comprend » de ce dont elle l'informe (T44). La patiente s'est refusée à interrompre son activité professionnelle, et se rend encore

régulièrement à l'étranger, passant outre les difficultés pratiques propres à ces déplacements et les risques qu'ils lui font courir, très concrets pour la praticienne. Ressaisies par celle-ci comme autant d'indices d'une « attitude face à la maladie », ces initiatives et manières d'être lui semblent porter la double marque du déni et du refus : déni de l'évidence d'une mort prochaine et refus de s'y préparer. Pour la médecin, les preuves de combativité qu'offre la patiente font dès lors peser la menace d'un brutal fléchissement de sa volonté : si elle est pour l'heure restée imperturbable, le choc n'en sera que plus grand « le jour où elle se rend[ra] compte de ce qui se passe réellement » (T98). C'est qu'un tel diagnostic et le pronostic qui l'accompagne ne sont pas de ceux que l'on peut facilement accepter. L'« admiration » qu'affirme éprouver la médecin pour la « force » de la patiente ne va donc pas sans une inquiétude quant à l'« effondrement » que risquerait de susciter chez elle la pleine « réalisation » de la gravité de son état (T134).

La préoccupation de la médecin quant à ce que « sait » et entreprend la patiente est nourrie par ce qu'elle connaît par ailleurs de sa situation personnelle. Le fait que la médecin évoque d'emblée les enfants de la patiente, leur âge et l'absence supposée de leur père annonce le tour que prendra ensuite son récit, et la teneur de ses interrogations quant à sa propre attitude vis-à-vis de la patiente :

ONC = l'oncologue

PSY = le psychiatre

T46	ONC :	Mais en même temps, du coup, en fait mon problème actuel, c'est que j'arrive pas à avancer la discussion sur le fait que… Elle a une maladie qui va probablement l'emporter dans les douze mois.
T47	PSY :	Mmh.
T48	ONC :	Pis que… Dans ma conscience, je me dis : « Il faut peut-être qu'on prépare après pour ses enfants… » Enfin… Peut-être qu'elle doit avoir… Parce que j'ai pas toujours l'impression… Enfin… Son attitude, le fait d'aller au travail, de

faire les choses, elle a prévu des vacances avec sa mère, tout ça… Je me dis : « Est-ce que vraiment elle a prévu que… Ben ça va probablement pas très bien se passer ? »

Le sort des enfants constitue ainsi une autre source de préoccupation pour la praticienne, plus prégnante encore, qui infléchit sa réflexion sur la conduite à tenir et celle qu'il s'agirait d'amener la patiente à adopter. Elle ne s'inquiète pas seulement de ce que la « force » de la patiente pourrait fléchir pour laisser place à l'abattement, mais aussi de ce que cette « force » pourrait elle-même avoir de tragiques conséquences.

Attisé par l'urgence, ce souci la conduit à interroger indirectement la patiente quant aux dispositions prises pour ses enfants et la manière dont elle envisage « la suite » (T56). Pour énoncer cette question délicate, elle tire parti de ce qu'elle décrit comme une situation de « faiblesse » : l'occasion offerte par une hospitalisation (T52). Elle profite de ce que la patiente passe quelques jours à l'hôpital pour tenter de combler, même partiellement, la « distance » que lui paraît vouloir maintenir celle-ci face à elle (T52). Elle relève en effet que la patiente n'évoque jamais sa vie privée spontanément, contrairement à « plein de patients » (T52). Cette tentative de rapprochement se solde pour la praticienne par un échec, puisqu'elle reste incapable d'évaluer ce que « comprend » et anticipe la patiente :

ONC = l'oncologue

PSY = le psychiatre

T52 ONC : […] J'ai profité qu'elle soit hospitalisée seule euh… Peut-être dans une situation un peu plus de faiblesse aussi, ou de moment où il y a eu une complication, pour lui demander déjà… Parce que déjà… Je sais qu'elle a deux enfants, mais elle m'a jamais parlé… Je sais pas leurs prénoms, je sais pas ce qu'ils font… Alors que pour plein de patients euh… Je sais le prénom des enfants, je sais ce qu'ils font… Elle, c'est toujours très distancé…

T53	PSY :	Ouais.
T54	ONC :	Donc j'ai quand même profité pour savoir un peu qui s'occupait de ses enfants, quand elle est pas là et tout ça...
T55	PSY :	C'est les parents, ou ?...
T56	ONC :	Ouais, c'est la seule fois où elle m'a dit : « Ben voilà, mes parents. Y a pas le papa... » Donc ok, j'ai compris ça. J'ai dit : « Oui, mais... » J'ai essayé de savoir : « Mais est-ce que ça vous inquiète, pour la suite ? » « Non non, non non, tout va bien, tout façon je vais sortir dans deux jours. » J'ai dit : « Oui mais... À plus long... À plus long terme ? »
T57	PSY :	Ouais.
T58	ONC :	Pis là, elle... Elle bloque un peu, elle dit : « Non, mais pour l'instant ça va, et pis on verra, pis toute façon y a mes parents, et... Et on verra, de toute façon j'ai pas le choix maintenant, je dois faire. » Ouais. Mais... Ben des fois, je me dis... Pis elle me dit : « Vous savez, je sais. » Pis je me dis... Mais qu'est-ce qu'elle sait, au fond ? Exactement ? Est-ce que vraiment elle sait que ça va pas aller ? Et elle prend ses dispositions, et voilà ? Et qu'au fond, elle veut pas en parler parce que c'est trop dur ? Ou est-ce que vraiment, c'est l'évitement total... « Ça va aller » ?

Confrontée à cette fin de non-recevoir, la médecin s'interroge sur la possibilité pour elle de s'assurer que la patiente n'est pas dans l'« évitement », en se montrant « frontale » et en lui disant franchement que ses jours sont comptés et qu'il s'agit désormais qu'elle prenne ses « dispositions » (T60). Mais elle ne parvient pas à apprécier la pertinence d'une telle initiative au regard de ses potentiels effets, craignant de se rendre elle-même responsable de l'« effondrement » qu'elle redoute. L'oncologue évoque peu après le poids écrasant de sa propre culpabilité face à cette patiente mise à mal — plutôt que soignée, même provisoirement — par le traitement qui lui a été proposé (T68).

On voit que ce cas met en jeu un ensemble d'interrogations relatives aux émotions, à ce qu'elles disent de la compréhension d'une situation, et aux actions qu'elles appellent. Que ressent la patiente, au fond ? Si elle ne manifeste ni tristesse ni colère face à la révélation de la progression métastatique du cancer et au basculement du curatif au palliatif dans la prise en charge, a-t-elle vraiment compris ce qui était en jeu ? Ou refuse-t-elle de le comprendre, justement ? L'oncologue devrait-elle dès lors s'assurer qu'elle a bien réalisé l'imminence de sa mort, et l'inciter à prendre les décisions et dispositions qui s'imposent ? Ou risque-t-elle ainsi de ne faire qu'empirer la situation ? Le superviseur opposera à ces préoccupations le « droit de partir telle qu'elle est » qu'il s'agirait d'accorder à la patiente (T189). Dans la perspective qu'il défend, ce sont plutôt les émotions de la médecin qui font problème : l'ampleur prise par ses préoccupations fait peser la menace d'un empiétement sur le « propre » de la patiente, à qui l'on devrait laisser la possibilité de vivre à sa façon ses derniers mois. Pour le superviseur, les médecins doivent prendre garde à ne pas trop « partir d['eux-mêmes] pour savoir ce qui serait le mieux » pour autrui (T189). La question ne renvoie dès lors plus aux démarches à entreprendre auprès de la patiente. Elle tient plutôt à la manière dont l'oncologue elle-même sera susceptible de se confronter au désarroi que suscitent en elle la tournure prise par le traitement de la patiente, la perspective de sa mort prochaine, et le sort de ses enfants bientôt orphelins. Autrement dit, la médecin doit prendre garde à ne pas se laisser gouverner par la « culpabilité » qu'elle évoque. Malgré cette divergence de point de vue, les positions défendues par l'oncologue et par le psychiatre se rejoignent dans la centralité qu'elles accordent à la problématique des émotions. D'un côté comme de l'autre, les émotions, leur légitimité, leur pertinence et les suites à leur donner sont au cœur des questionnements des acteurs.

Ce sont de tels enjeux et difficultés que visent à ressaisir les situations analysées ci-après. Les émotions y sont diversement problématiques pour les médecins concernés, qu'il s'agisse de les *définir*, de les *contenir*, ou d'en *penser* la pertinence au regard de l'activité

médicale. Ce sont ces trois possibilités qu'illustrent respectivement les séances considérées. La première séance met en scène une forme d'« enquête » rassemblant les participants autour des émotions qui animeraient ou non le patient dont a choisi de parler l'une de leurs collègues. La deuxième séance que je décrirai nous permettra de nous interroger sur les émotions des praticiens et leur potentielle portée disruptive, à partir du cas de l'exaspération et de la colère. L'enjeu tiendra ainsi au « travail émotionnel » accompli par les médecins face à leurs patients, et à la manière dont l'expression des émotions dans les groupes de discussion peut y contribuer (Hochschild, 2017 [1983]). La troisième séance analysée donne à voir des questionnements plus généraux et abstraits chez les participants, concernant les manifestations d'« empathie » appropriées ou non de la part des médecins. Ces trois séances nous offriront donc l'occasion d'aborder de différentes manières les émotions en tant qu'elles constituent un enjeu majeur pour les médecins, ainsi que la manière dont elles trouvent à s'exprimer dans le cadre des groupes de discussion que j'ai observés.

1. Définir l'émotion

La première séance que je vais aborder dans le cadre de cette deuxième partie permet de donner à voir les enjeux propres à l'attribution par les médecins de certaines émotions à leurs patients. On verra que, loin de constituer un problème secondaire ou marginal, l'attribution d'émotions joue un rôle majeur dans l'identification des attitudes et cours d'action pertinents face à un patient donné, dans la mesure où elle participe de l'interprétation des situations et configurations relationnelles concernées. On pourra aussi constater, sans trop de surprise, que les inférences et raisonnements relatifs aux émotions — ou à l'absence d'émotions — des patients présentent des conséquences normatives ou « morales ». Il ne s'agit évidemment pas d'affirmer que l'attribution d'émotions débouche toujours dans les discussions collectives étudiées sur des formes de critique ou de réprobation visant les patients. Bien au contraire, l'explication de l'action à partir des affects qui la sous-tendraient invite souvent

les médecins à adopter un regard « irresponsabilisant » — et ce d'autant plus lorsque les manifestations d'émotions sont susceptibles d'être rapportées à des troubles psychiques dont elles constitueraient les symptômes (Genard, 1999, p. 174-175). Malgré tout, la ressaisie par les médecins des émotions qui animeraient les patients ne se donne jamais comme une opération purement descriptive : dans la simple mesure où l'émotion attribuée au patient peut correspondre ou non aux affects qu'appelle la situation considérée, son imputation présente nécessairement une dimension évaluative. Ce sont ces arguments qu'il s'agira de développer dans les pages qui suivent.

Un problème de « motivation »

La séance considérée réunit treize participants. Y est discuté le cas d'un patient d'« environ trente-cinq ans » (T165) — son âge exact n'est pas précisé durant la séance —, souffrant d'obésité sévère, d'hypertension, de diabète et d'apnée du sommeil. Il est pris en charge par une médecin assistante d'une trentaine d'années. L'enregistrement audiovisuel qu'elle présente fait voir le patient, très corpulent, assis sur le rebord de sa chaise. Il est penché en avant, les avant-bras sur le bureau. Il s'exprime rapidement, d'une voix forte. La médecin lui demande comment il va. L'extrait commence sur sa réponse :

MDC = la médecin en charge du cas

PAT = le patient

T5	PAT :	Bien, bien, mais j'ai rien foutu.
T6	MDC :	C'est vrai ?
T7	PAT :	Ouais.
T8	MDC :	Qu'est-ce qui s'est passé ?
T9	PAT :	Eh ben j'ai pas été au fitness, et pis j'ai mangé, j'ai bu un peu. Mais ça va !
T10	MDC :	Mais qu'est-ce qui fait que rien n'a changé depuis…
T11	PAT :	La dernière fois…

T12	MDC :	Qu'on s'est vus. Qu'on a discuté.
T13	PAT :	Ben euh, financièrement j'ai pas payé mon… Mon mois de fitness, pis qui fait que j'ai pas été, pis qui fait que ça fait boule de neige, pis là j'attends ce mois-ci pour récupérer, donc voilà.
T14	MDC :	Voilà, donc vous avez pas payé, donc vous aviez pas accès ?
T15	PAT :	Non, j'ai pas été, j'ai pas été moi-même. Voilà.
T16	MDC :	Du coup ça vous dérangeait moins parce que ça a pas été dépensé ?
T17	PAT :	Exactement. Voilà.
T18	MDC :	D'accord. Donc là vous attendez ? J'ai pas compris.
T19	PAT :	J'attends mon salaire pour pouvoir payer mon mois en retard et pour pouvoir y aller !
T20	MDC :	D'accord.
T21	PAT :	Tout simplement.
T22	MDC :	Qu'est-ce que ça vous apporte, d'aller au fitness ? Quels sont les points positifs ?
T23	PAT :	Ben le positif c'est de pouvoir me bouger le cul et pis de perdre ma graisse et pis voilà. Mais voilà comme je vous ai dit la dernière fois maintenant c'est [*inaudible*]. Comme ça fait cinq ans que j'ai pas fait du sport. Maintenant il faut remettre tout ça en branle, et pis c'est pas facile.
T24	MDC :	Ouais. Mais vous aviez déjà commencé non ?
T25	PAT :	Oui [*accentué et prolongé*] mais vu que j'ai arrêté, ça fait que… Rebelote !
T26	MDC :	Vous avez pas réussi à reprendre.
T27	PAT :	Voilà. Tout simplement.
T28	MDC :	Et pis les côtés négatifs de devoir faire tout ça ?
T29	PAT :	Ben il faut se motiver.
T30	MDC :	C'est surtout la motivation ?
T31	PAT :	C'est surtout la motivation. Et pis j'ai pas le choix.
T32	MDC :	D'accord.

T33	PAT :	Voilà. Recommencer à zéro. Tous les exercices pour pouvoir y arriver. Pis là il faut pas se lâcher quoi. Y a rien à faire.
T34	MDC :	[*rire*] Vous aviez un coach ou bien ?
T35	PAT :	Ouais, y a les moniteurs qui sont là et ils me motivent, mais évidemment si j'y vais pas…
T36	MDC :	Vous les voyez pas. D'accord.
T37	PAT :	Pis les mois et les jours passent… Mais ça va aller.
T38	MDC :	C'est-à-dire ?
T39	PAT :	Que… Que je vais payer et pis y aller et pis voilà, ça va me faire du bien, pis ce sera un plus quand même.
T40	MDC :	D'accord. Donc vous allez reprendre ça…
T41	PAT :	Oui ! Me reprendre en main !
T42	MDC :	Sérieusement ?
T43	PAT :	Oui M'dame ! Promis ! C'est pour mon bien-être aussi, donc…
T44	MDC :	Ah oui, ben oui, votre bien-être avant le mien, hein ! Mais…
T45	PAT :	Ça c'est vrai !
T46	MDC :	C'est clair que la motivation, je peux pas vous la donner. Vous devez trouver ça quand même… en vous. C'est…
T47	PAT :	Exact.
T48	MDC :	Moi je peux vous conseiller, je peux vous demander si vous l'avez fait, mais…
T49	PAT :	Non non, je vous le dis *cash*, je m'en veux à moi-même, mais c'est comme ça.
T50	MDC :	Ouais ouais, d'accord, moi je préfère que les choses soient *cash* et que vous me disiez pas que vous y êtes allé trois fois par semaine…
T51	PAT :	Quand c'est pas le cas.
T52	MDC :	Et pis moi je vois pas pourquoi ça… [*rire*]

On peut relever d'emblée l'importance des premiers tours de parole retranscrits ci-dessus. Ils rendent manifeste le point suivant : l'« investissement » du patient dans des démarches qui devraient lui permettre d'« aller mieux » se donne pour le patient comme pour la médecin comme une attente normative implicite. Ici comme plus généralement dans les interactions thérapeutiques, il est attendu du patient qu'il participe à améliorer son état de santé, ou du moins à en prévenir autant que possible la détérioration (Parsons, 1975, p. 259). Le fait que le patient n'a « rien foutu » (T5) apparaît aux interlocuteurs non seulement comme pertinent, mais comme une « faute » appelant une forme ou une autre de justification — d'où la question de la médecin (« Qu'est-ce qui s'est passé ? », T8). On peut formuler trois remarques à cet égard. On notera d'abord que les modalités particulières de l'« investissement » du patient dans son traitement ont manifestement fait l'objet d'un accord préalable entre médecin et patient (T10-T12). C'est aussi ce qui permet de comprendre que le patient redirige la question initiale de la médecin vers cette problématique (« Bien, bien, mais j'ai rien foutu », T5). Il faut ensuite souligner que, si le fait de n'avoir « rien foutu » s'apparente à un « manquement » dont le patient doit rendre compte, on ne trouve pas chez la praticienne de réprobation explicite : comme elle le souligne elle-même, sa réaction est plutôt de l'ordre du « conseil » et du suivi (« Moi je peux vous conseiller, je peux vous demander si vous l'avez fait, mais… », T48). Enfin, il est évident que l'on pourrait s'interroger dans une perspective critique sur la définition restrictive du problème rencontré par le patient comme un enjeu de « motivation » — définition, soulignons-le, formulée d'abord par le patient lui-même (« Ben il faut se motiver », T29). Mais il ne s'agira pas ici de mettre en cause cette problématisation. L'enjeu tiendra plutôt au genre d'enquête sur laquelle elle débouche pour les médecins.

La discussion se poursuit sur l'alimentation et la consommation d'alcool, le patient indiquant qu'il a du mal à « gérer » — d'autant que c'est sa « maman » qui cuisine (T75 & T83). La médecin aborde ensuite l'apnée du sommeil, indiquant qu'il s'agit de « [q]uelque

chose d'assez sévère, qui nécessitera un [...] appareillage » (T90). Elle suggère d'organiser un rendez-vous avec un pneumologue, et demande au patient son « feu vert » :

MDC = la médecin en charge du cas

PAT = le patient

T112	MDC :	J'ai le feu vert ?
T113	PAT :	Oui M'dame ! Ben on n'a pas le choix. Pis ça va durer sur combien de temps là, après c'est eux qui vont déterminer ?...
T114	MDC :	Alors, oui. [*léger soupir*] Logiquement... Enfin c'est... C'est un peu comme le diabète, enfin la pression, toutes ces choses qui sont sur le long terme, c'est pas un traitement d'un mois pis on arrête et on voit ce que ça donne, mais peut-être que si vous perdez beaucoup de poids, vous faites du sport, peut-être que ça va quand même...
T115	PAT :	Changer.
T116	MDC :	Voilà, changer quelque chose, et pis... On pourra se reposer la question à ce moment-là.
T117	PAT :	Ça va peut-être améliorer... Ça va améliorer la donne quoi !
T118	MDC :	Alors oui ! Oui oui, même au niveau de ça. C'est pour ça que je vous bassine avec le sport, l'alimentation, l'hygiène de vie en général.
T119	PAT :	Oui.

Quoique la problématique de l'apnée du sommeil puisse *a priori* sembler secondaire, elle préoccupe beaucoup la médecin. Comme elle le dit quelques minutes plus tard à ses collègues, elle voudrait « faire comprendre » au patient que « c'est vraiment du sérieux » sans pourtant lui dire trop frontalement la vérité : elle n'a « jamais vu pire que lui » (T174). Ses collègues ne font rien pour calmer ses craintes, bien au contraire : ils se montrent aussi consternés qu'elle en apprenant que le patient présente « nonante apnées obstructives par heure » (T174). Il est généralement admis dans la littérature

qu'il y a apnée « légère » entre cinq et quinze apnées par heure, « modérée » entre quinze et trente apnées par heure, et « sévère » à partir de trente apnées par heure. Le lien entre apnée du sommeil et risque cardio-vasculaire est par ailleurs établi (Thurnheer, 2018). Ainsi, le superviseur exprime sans doute le sentiment général lorsqu'il affirme que le patient se tue « à petit feu à trente-cinq ans, ou à grand feu même » (T182).

Des émotions à la situation et à l'action

Ces différents éléments offrent un premier aperçu de ce qui se joue ici pour les participants. L'aspect qui m'a plus particulièrement intéressé concerne les émotions qui vont être attribuées par les médecins au patient après la projection de l'extrait audiovisuel. Les participants soulignent d'une part la conduite « familière » (T124), voire « intrusive » du patient (T128), relevant notamment qu'il « pique » le stylo de la médecin et « joue avec » (T135). Pour eux, il se comporte comme s'il était « chez lui » (T138). Mais ils évoquent surtout sa « nervosité » et la « honte » qui l'animerait :

MA1 = un médecin assistant

PSY = le psychiatre

MDC = la médecin en charge du cas

T142	MA1 :	Il est un peu nerveux quand même.
T143	PSY :	Nerveux ?
T144	MA1 :	Ouais avec le stylo, le grattage de tête, je sais pas le mouvement, j'ai l'impression qu'il… Ouais qu'il est pas serein.
T145	MDC :	Moi j'aurais plutôt dit honteux.
T146	PSY :	Plutôt honteux ?
T147	MDC :	Ouais parce qu'il avoue qu'il a rien fait de ce qu'on avait prévu… La fois d'avant, il était censé se reprendre en main justement. Et pis c'est la première chose qu'il m'ait dite en rentrant : « J'ai rien fait. » Ça me donne l'impression… C'est comme quand y a un de mes enfants qui

> m'avoue une bêtise, il me regarde comme ça, et pis il se distrait avec autre chose, c'est un peu ce sentiment-là que j'avais.

Les participants tentent d'inférer les émotions que le patient a ressenties durant la consultation : le patient n'a pas fait ce qu'il avait convenu de faire avec la médecin ; il déroge ainsi à ses engagements et, plus généralement, à l'une des attentes normatives qui pèsent sur tout patient, celle de participer à son propre traitement ; il en a conscience et il en a honte. Selon cette version, le patient voudrait adhérer au traitement mais se trouverait incapable de suivre les directives de la médecin, d'où une certaine gêne durant la consultation. On voit que l'émotion attribuée au patient par les participants dépend de la « définition de la situation » qu'ils retiennent et des émotions ordinairement associées aux situations de ce type.

On rejoint ici les remarques de Patricia Paperman concernant les inférences sur lesquelles s'appuie l'identification des émotions d'autrui. Pour Paperman, le repérage des affects fait essentiellement fond sur l'identification des « contextes sociaux dans lesquels ils "apparaissent" » : il dépend plus de compétences sociologiques partagées que d'une sensibilité psychologique ou phénoménologique. La « rationalité sociale des émotions » renvoie à « la relation entre un concept d'émotion et des circonstances lui garantissant une application appropriée », cette « structure conceptuelle des émotions » jouant un rôle fondamental dans l'attribution d'émotions (Paperman, 1992, p. 103). Paperman s'inspire ici de Jeff Coulter, qui souligne que l'interprétation que nous faisons de certaines sensations ou certains indices corporels comme manifestant telle ou telle émotion est tributaire de notre « définition de la situation » considérée et du genre d'émotions qu'une telle situation appelle. Autrement dit, sensations et indices corporels ne suffisent pas à guider l'attribution d'émotions, que celle-ci vise autrui ou nous-mêmes. Au contraire, une telle attribution dépend de manière prépondérante de nos attentes ordinaires quant aux « possibilités émotionnelles inhérentes » à la situation et au cours d'action auxquels ces

sensations et indices corporels sont rattachés. Ainsi, nous devons fréquemment clarifier les circonstances dans lesquelles prend place tel ou tel comportement pour savoir s'il faut y voir une simple réaction physiologique ou la manifestation de tel état émotionnel — lorsqu'il s'agit de savoir si un jeune enfant pleure de douleur ou de peur, par exemple (Coulter, 1979, p. 133-134)[32]. Dans le cas qui nous occupe, si les participants évoquent la possibilité que le patient puisse être honteux de ne s'être pas conformé aux recommandations de la médecin, c'est simplement que la honte constitue pour eux une émotion possible, sinon justifiée, dans la position du patient — durant l'interaction et plus généralement — telle qu'ils l'envisagent.

Toutefois, la « définition de la situation » en termes de honte suscitée par la non-observance des recommandations de la médecin n'est pas la seule disponible pour les participants. En effet, le superviseur affirme ne pas trouver le patient « très tendu » (T155). Pour lui, « il a l'air au contraire cool, zen, il fait des petites pointes d'humour, il rigole » (T155). Abondant dans ce sens, un chef de clinique indique que le patient lui paraît « difficile à attraper », « glissant » — et finalement « pas très très coupable » (T173). Plus encore, il lui semble « presque dominateur [...] dans l'échange » (T173). Le chef de clinique n'est dès lors pas « convaincu que le patient adhère » à la prise en charge (T173) :

CCL = le chef de clinique

T173	CCL :	Moi lui c'est plutôt le côté un peu savonnette comme ça. Moi je trouve qu'il est difficile à attraper, parce qu'y a tout qui glisse, à peu près.

32 Quoique ce défaut ne grève pas outre mesure les passages dont je restitue le contenu ci-dessus, on peut regretter chez Coulter une tendance générale à accorder une prééminence telle à la « grammaire » des situations considérées que le repérage chez autrui d'expressions et autres indices émotionnels ne présente plus chez lui qu'une importance négligeable dans l'attribution d'émotions. Il faut sans doute, à la manière de Pierre Livet, mettre à la fois l'accent sur les « capacités qui nous permettent d'être sensibles aux émotions des autres, du moins à leurs dimensions de base » et sur notre aptitude à « identifier la structure interactive et intersubjective d'une situation pour pouvoir repérer les émotions qu'elle peut susciter (par exemple, un triangle relationnel et une émotion de jalousie, ou bien un acte peu apprécié socialement, le regard des tiers, une émotion de honte, etc.) » (Livet, 2002, p. 129).

> Je sais pas, comme ça… Ça donne un peu cette impression… Moi je le sens pas très très coupable comme ça. Je sens… Je sens même qu'il est un peu au-dessus comme ça. Déjà son volume, et sa posture, et je trouve qu'il est impressionnant comme ça, je trouve que c'est… Disons, il est presque dominateur me semble-t-il, dans l'échange. Je pense que dans le fond… Tu lui amènes un certain nombre de réflexions, de conseils, et autres. Je suis pas sûr d'être convaincu que le patient adhère, comme ça.

Le chef de clinique développe ensuite son allusion à la dimension « dominatrice » du comportement du patient, en faisant le lien avec le thème de la « familiarité » abordé précédemment : « Je pense que si on continue, il aura pas seulement le stylo, il aura le classeur, pis le téléphone avec… [*rires des participants*] C'est un peu l'impression qu'il me donne, qu'il est vraiment… […] il est chez lui, j'entends y a pas de problème ! » (T185). Le superviseur poursuit dans une veine similaire, affirmant que le patient a peut-être un côté « déplaisant » — qu'il fait peut-être partie de « [c]es gens qui n'en ont pas grand-chose à faire de ce qu'on leur dit, qui peuvent même nous mettre un peu mal à l'aise » (T182). Il interroge la médecin. Le patient ne la met-il pas aussi « mal à l'aise […] avec sa manière quasi ironique » de dire : « "Oui, M'dame !" », comme s'il voulait lui signifier « "Ouais ouais, cause toujours." » (T182) ? Finalement, « il réussit […] à renverser la situation », à mettre la médecin dans une position qu'elle ne devrait pas occuper : « […] c'est sa santé, il a trente-cinq ans, il peut mourir la nuit », et il devrait s'en inquiéter plutôt que de pousser la médecin à lui « faire la morale » (T182)[33].

Ce sont bien ici les émotions du patient qui font débat : le patient se sent-il effectivement « honteux » ou même simplement « nerveux » parce qu'il n'a pas respecté les recommandations de

33 Le sentiment de « malaise » et de « renversement » de la situation auquel se réfère le superviseur renvoie manifestement ici — quoiqu'implicitement — au champ large et relativement mal défini des « troubles de la personnalité », un champ qui « occupe souvent, en psychiatrie, l'espace intermédiaire entre le normal et le pathologique » (Kecskeméti, 2015 [2012], p. 631).

la médecin ? Pour le superviseur et le chef de clinique, le patient n'éprouve pas véritablement de « honte » ou de « culpabilité ». Au contraire, il fait preuve d'une forme — problématique — de détachement face à la situation. Pour le superviseur, il « renverse la situation » : il ne s'inquiète pas de son état, pourtant éminemment préoccupant, et laisse à la médecin le soin de lui « faire la morale ». Qui plus est, il réplique avec « ironie » aux remarques de la médecin, qui ne l'atteignent guère. Pour le chef de clinique, il se montre « dominateur » à l'égard de la médecin, dont il envahit l'espace par la posture et par le geste. Il est bien à son aise, comme « chez lui »[34]. Ainsi envisagée, la conduite du patient opère une série de ruptures vis-à-vis des émotions ou ressentis susceptibles d'être attendus de lui : à l'égard de son état de santé (l'inquiétude), de son manque de « compliance » (la honte), et des conseils de la médecin (le sérieux). De manière intéressante, l'absence d'inquiétude et de honte n'est pas ici envisagée comme une marque de « calme », de « sang-froid » ou de « contenance » : il serait plus « rationnel » pour le patient d'être inquiet et honteux, du moins aux yeux des médecins. Comme l'a montré ailleurs Patricia Paperman, l'émotion constitue dans bien des cas — et paradoxalement, au regard de la manière dont elle est pensée ordinairement — un témoignage de « rationalité » (Paperman, 1995, p. 179). C'est ce qui se joue ici.

Blocage de l'action thérapeutique et groupes de discussion

Les remarques du superviseur et du chef de clinique ont une large portée : une fois requalifiées les émotions qui sont attribuées au patient, c'est la situation dans son intégralité qui se trouve reconfigurée. En particulier, le champ des émotions et actions justifiables et même attendues de la part de la médecin se transforme. Comme le souligne Laurence Kaufmann, les concepts d'émotions encodent

34 On peut relever qu'on a là deux modalités très diverses d'évaluation normative de la participation à l'interaction, avec du côté du superviseur le rappel du rôle (social) et du côté du chef de clinique des remarques d'ordre quasi éthologique. Sur ce second plan, on est proche ici des commentaires de Goffman concernant l'« espace personnel » et le « territoire » constitué par les « possessions » que l'individu peut revendiquer comme siennes (Goffman, 1971, p. 29-30 & p. 38).

en effet des « configurations relationnelles » et des « incitations à agir » (Kaufmann, 2020, p. 9-10). Dans le « compte rendu alternatif » — pour reprendre un terme de Dorothy E. Smith (Smith, 1978, p. 51) — que défendent le superviseur et le chef de clinique, la médecin ne devrait pas faire preuve de patience et de compréhension, et *a fortiori* se comporter à l'endroit du patient comme elle le ferait face à l'« un de [s]es enfants qui [lui] avoue[rait] une bêtise » (T147). C'est bien ce que suggère ensuite le superviseur, évoquant la possibilité pour la médecin de se montrer « un peu plus *punchy* », de « conflictualiser », en espérant provoquer « une sorte d'électrochoc » (T188) :

PSY = le psychiatre

CCL = le chef de clinique

T186	PSY :	Mais y aurait une autre attitude par exemple ? On est libre de penser ici, ça veut pas dire qu'il faudra le faire. Mais qu'est-ce qu'on pourrait faire, avec un monsieur comme ça ?
T187	CCL :	Métacommuniquer son malaise ?
T188	PSY :	Oui, c'est ça, et pis peut-être un peu… Être un peu plus *punchy*, dire… Un peu comme je le dis maintenant, dire : « Vous vous mettez en danger. Écoutez, vous avez trente-cinq ans. Vous voudriez que ce soit moi qui ?… Qu'est-ce qui se passe ? » Y a peut-être aussi cette histoire avec la maman. Alors évidemment, il faut connaître les patients. On le ferait pas à la deuxième consultation. Mais être peut-être un peu plus… Effectivement dans quelque chose de méta, et conflictualiser. Confronter la question. Avec certains patients, ça peut marcher. Lui… Et pis peut-être ça permettrait de le voir moins lisse, tout d'un coup il peut peut-être se fâcher. En disant par exemple : « Non mais attendez… Maman m'a jamais parlé comme ça ! » [*rire général*] Enfin, je sais pas mais tu vois. Le faire réagir. Parce que des fois on se demande avec ce monsieur… Si y a pas tout d'un coup une sorte d'électrochoc, si ça va pas être toujours un peu… Glisser comme sur les plumes d'un canard.

On voit donc comment l'attribution d'émotions diverses au patient transforme en retour l'attitude qu'il s'agirait selon les participants d'entretenir à son égard. Si la honte appelle la compréhension, l'indifférence rend au contraire nécessaire une réponse plus combative, de l'ordre du « conflit » ou de la « confrontation ». Entre le patient « honteux » dont il faudrait reconnaître et encourager les efforts désespérés pour changer de mode de vie et le patient peu « adhérent » auquel il s'agirait d'administrer un « électrochoc », la distance est grande. La médecin est ainsi amenée à faire varier « imaginativement » la définition des enjeux propres à la situation — avec l'espoir de la faire évoluer positivement. C'est bien comme cela que la médecin conçoit la discussion collective et les suggestions qui lui sont faites, affirmant à l'issue de la séance que « [ç]a [lui] a quand même donné des pistes, pour essayer d'avancer plus efficacement avec ce patient » (T261).

Ces remarques invitent à formuler un point plus général concernant les séances et les difficultés qu'y expriment les médecins. La situation analysée ici illustre bien le sentiment d'« empêchement » souvent rapporté par les généralistes de la Policlinique quant à leurs interactions avec les patients, sentiment qui s'exprime dans le lexique du blocage de l'action : les médecins se disent « bloqués », « coincés », ils « n'avancent pas », ils « ne savent plus quoi faire » ou « quoi faire d'autre », etc. C'est ce que visent leurs fréquentes allusions à la spécificité de ce qu'ils nomment les « patients [Policlinique] », au-delà de la polymorbidité et la complexité des cas. La discussion collective leur apparaît alors comme un moyen, toujours bon à prendre, d'explorer des pistes susceptibles de débloquer la situation. Mais les praticiens ne sont le plus souvent guère optimistes quant à la survenue effective d'un tel « déblocage ». Comme le dit un participant en réponse à la remarque de la médecin exprimant son espoir d'« avancer plus efficacement », « efficacement » est « un bien grand mot » concernant bon nombre des patients dont ils ont la charge (T263) :

PSY = le psychiatre

MDC = la médecin en charge du cas

MA1 = un médecin assistant

T260	PSY :	Je sais pas si tu veux conclure ?
T261	MDC :	Ben… Ça m'a quand même donné des pistes, pour essayer d'avancer plus efficacement avec ce patient.
T262	PSY :	Donc tu le fâches et tu l'envoies dans un groupe [*thérapeutique à destination de patients atteints d'obésité*], c'est ça l'idée ! [*rires parmi les participants*]
T263	MA1 :	Efficacement, c'est toujours un bien grand mot…
T264	MDC :	Ouais mais… Pas toujours tomber dans la même routine, en se disant… Ça change rien, s'il revient la prochaine fois et qu'il a rien fait de plus… À quoi ça sert que je le suive si on reste dans cette dynamique-là, il faut casser quelque chose. Donc euh… Je vais essayer…
T265	PSY :	Ok.
T266	MDC :	On verra bien… Reprendre mon stylo ! [*rires parmi les participants*]

Mais en deçà de la problématique du blocage de l'action (thérapeutique), le point sur lequel j'ai voulu insister ici concerne plus spécifiquement l'importance que peut prendre pour les médecins l'attribution d'une émotion ou d'une autre à leurs patients. On voit comment la thématisation d'inférences restées largement inquestionnées et l'exploration d'hypothèses alternatives relativement à ce que ressentent les patients viennent ici élargir le spectre des actions et attitudes envisagées par les médecins. C'est que l'émotion du patient constitue dans de tels cas une « affordance » à la fois « possibilisante » et « contraignante » : si elle apparaît d'une part comme une « prise » dont sont susceptibles de se saisir les médecins pour agir et surtout faire agir le patient, elle se donne d'autre part comme une sommation à l'action, une « demande »

dont le médecin ne peut aisément s'affranchir (Kaufmann, 2012, p. 245). Ainsi, en s'interrogeant dans le cadre des groupes de discussion sur ce que ressentent leurs patients, les médecins travaillent aussi à (re)définir ce qu'ils peuvent et doivent faire dans les situations considérées.

Et l'humour ?

Avant de conclure l'analyse de cette situation, un point s'impose concernant la place de l'humour et des rires dans les extraits analysés. Certains des médecins concernés ont exprimé leur malaise en redécouvrant *a posteriori* dans mes transcriptions leur amusement ou leur hilarité dans des échanges où sont évoqués des situations graves, voire franchement tragiques — et en imaginant comment des lectrices et lecteurs étrangers au domaine médical pourraient envisager cette attitude. Une première remarque, évidente, tient au statut de ce malaise, que l'on peut rapporter à la distinction goffmanienne entre « *front region* » et « *back region* » (Goffman, 1972 [1959], p. 109 et suivantes). On peut en effet se dire que la « performance » donnée par les médecins au « public » que constituent les patients, les proches et plus généralement les non-soignants implique d'eux qu'ils fixent certaines limites aux manifestations d'humour et aux expressions d'hilarité. Dans le lexique du Goffman de *The Presentation of Self*, cette forme de retenue tient à la fois de la « politesse » — il s'agit pour le médecin de marquer un certain respect vis-à-vis des personnes avec lesquelles il interagit, et donc de s'abstenir de se moquer d'elles — et du « décorum » — le médecin se sent généralement tenu de préserver une apparence de réserve et de sérieux lorsqu'il apparaît face à son « public ». Eu égard à la « performance » offerte par les médecins face à leurs patients, les séances de discussion collective font figure de « *back region* » ou « *backstage* », c'est-à-dire d'espace « où l'impression donnée par [cette] performance est sciemment contredite et où il est tout naturel qu'elle le soit » (Goffman, 1972 [1959], p. 110-114). C'est bien ce qui donne à ces séances une dimension (relative) de détente et d'entre-soi : entre collègues se

livrant au même genre de « performances » face à un « public » similaire, les médecins n'ont pas à maintenir de « façade » les uns envers les autres (Goffman, 1972 [1959], p. 159)[35]. La distinction entre « *front region* » et « *back region* » permet donc d'expliquer le malaise des médecins face aux transcriptions figurant dans cet ouvrage — susceptibles de donner à voir au « public » de leurs « performances » des attitudes et comportements qui lui sont habituellement cachés, justement parce qu'ils mettent en cause et fragilisent ces « performances ». Il en va d'une certaine forme de contrôle, relative aux impressions laissées à autrui (Goffman, 1972 [1959], p. 116). Mais cette distinction ne dit pas grand-chose de ce qui sous-tend l'humour et l'ironie dont font preuve les médecins durant les séances. Quelles hypothèses peut-on avancer pour faire sens de ces expressions d'hilarité ?

L'explication classique, fonctionnaliste, du rôle de l'humour dans le domaine médical est celle qu'a proposée Renée C. Fox dans l'ouvrage issu de sa thèse, *Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown*. Fox a étudié au début des années 1950 la manière dont les médecins et patients d'une petite unité hospitalière associant clinique et recherche faisaient face à l'incertitude et au stress. L'unité en question rassemblait une quinzaine de patients atteints par des pathologies « qui n[']étaient] pas bien comprises et ne peuv[aient] être adéquatement contrôlées par les moyens de la médecine » de l'époque. Ils étaient pris par en charge par une dizaine de jeunes médecins auxquels incombait une double tâche : les soigner de leur mieux et recueillir des connaissances sur les troubles qui les affectaient (Fox, 1999 [1959], p. 13). Fox s'intéresse aux incertitudes, ambiguïtés et tensions que rencontrent

35 À propos des rapports particuliers que configure le statut de collègues, Goffman cite Everett C. Hughes et Helen MacGill Hughes, qui affirment que la « confiance mutuelle tacite » qui caractérise ces rapports s'appuie sur deux présupposés : « Le premier est que le collègue ne comprendra pas de travers [ce qui lui est révélé] ; le second est qu'il ne [le] répétera pas à des oreilles non initiées » (Hughes & MacGill Hughes *in* Goffman, 1972 [1959], p. 159). On notera que ma propre position s'apparente dans le lexique goffmanien à celle du « *spotter* » ou de l'« *informer* » qui se familiarise avec le monde des « coulisses » et ses secrets — forcément dommageables pour la « performance » rendue par les acteurs — avant d'en restituer certains aspects aux membres du « public » (Goffman, 1972 [1959], p. 145-147).

diversement médecins et patients de l'unité, ainsi qu'aux moyens employés pour y faire face et les pallier. Pour elle, l'« humour grinçant [*grim humor*] » ou l'« humour noir [*gallows humor*] » — avec « son mélange de bravade et de "blasphème" » — dont font preuve les uns et les autres est typique « des situations dans lesquelles un groupe d'individus [...] est confronté à un degré considérable de stress », et constitue « un moyen de composer avec ce stress ». Fox considère que le recours à un tel humour fait partie de l'apprentissage informel des médecins en devenir : « Dès les premières années de leur formation médicale, les médecins apprennent qu'un moyen efficace et approprié de gérer leurs réactions à la mort et à d'autres situations stressantes ou émotionnellement chargées est d'en rire avec leurs collègues [...]. ». L'humour aide les médecins à « faire face [à ces] situations de manière adéquate et professionnellement acceptable », en « les libérant d'une part de la tension à laquelle ils [sont] sujets, en leur permettant d'atteindre un plus grand détachement et davantage d'équanimité, et renforçant leur résolution à s'affronter aux problèmes auxquels ils [sont] confrontés » (Fox, 1999 [1959], p. 81-82)[36].

Cette explication fonctionnaliste n'est guère éloignée de celle qu'offre Goffman à la même période quant à l'humour du chirurgien dans son célèbre texte sur la « distance au rôle ». Pour Goffman, l'humour du chirurgien a en effet pour fonction la « gestion de l'anxiété [*anxiety management*] » des membres de son équipe face à une tâche complexe et périlleuse. Il permet notamment au chirurgien de relever les erreurs mineures commises par les autres soignants tout en indiquant d'emblée qu'elles sont sans gravité et seront traitées comme telles, de manière à ne pas ajouter à la tension inhérente à leur activité et à ce qu'ils restent « favorablement disposés » à son égard (Goffman, 1972 [1961], p. 108-110). L'usage de l'humour remplit donc selon Goffman — assez banalement — une fonction de

36 Fox renvoie concernant cette problématique à Freud et son analyse du « *Galgenhumor* ». Mais elle évoque aussi le résistant français David Rousset sur l'importance de l'humour pour la survie des déportés dans les camps nazis et Arthur Koestler sur l'humour au combat dans la *Royal Air Force* — ce qui montre bien le genre de généralité auquel prétend son analyse (Fox, 1999 [1959], p. 110).

maîtrise ou de réduction de la tension propre aux activités de soins, particulièrement saillante en chirurgie. Cette hypothèse faisant de l'humour une réponse à la tension et l'anxiété présente un intérêt manifeste. Mais elle ne permet pas d'expliquer pourquoi l'humour des médecins prend bien souvent les patients pour objet privilégié, comme c'est le cas dans les séances que j'ai observées. On peut à cet égard se tourner vers un auteur très apprécié de Goffman mais qu'il ne cite pas dans son essai sur la « distance au rôle » : Alfred R. Radcliffe-Brown[37].

Celui-ci a en effet livré une hypothèse différente sur la fonction de l'humour dans deux textes célèbres concernant les « relations à plaisanteries [*joking relationships*] », c'est-à-dire les relations « entre deux personnes dans laquelle l'une est autorisée par la coutume — et dans certains cas contrainte — à taquiner ou à se moquer de l'autre, qui est elle-même contrainte de ne pas y voir une offense ». Cherchant à expliquer la raison d'être des moqueries dans ces relations où elles constituent un attendu, Radcliffe-Brown remarque qu'elles manifestent « un mélange particulier d'attitude amicale [*friendliness*] et d'antagonisme » — un antagonisme qui s'exprime par une hostilité feinte et un genre d'irrespect acceptable. Il prend l'exemple de « la relation du mari à la famille de sa femme », et en particulier à ses beaux-parents. Dans la mesure où le mari est une pièce rapportée dans sa belle-famille, cette relation se caractérise à la fois par une « disjonction » et une « conjonction » sociales : il peut y avoir « divergence d'intérêts » et donc possiblement des conflits, mais l'alliance entre les conjoints implique que ces conflits soient évités (Radcliffe-Brown, 1952 [1940], p. 90-92). L'enjeu est que soit résolue la tension entre le « détachement » produit par « l'appartenance à des groupes distincts » et l'« attachement » correspondant à

37 On connaît l'importance majeure qu'ont eue pour Goffman les travaux de Racliffe-Brown, directement et à travers W. Lloyd Warner (Smith & Winkin, 2012, p. 102). Goffman affirmait ainsi dans un entretien accordé à la fin de sa vie au sociologue belge Jef C. Verhoeven : « Radcliffe-Brown a donc été central pour mes intérêts et préoccupations — et un modèle dans la rédaction de textes — bien plus qu'aucun sociologue. » (Goffman *in* Verhoeven, 1993 [1980], p. 321). Goffman était évidemment au fait de l'analyse des relations à plaisanteries proposée par Radcliffe-Brown, qu'il évoque dans une recension datant de 1955 (Goffman, 1955, p. 284).

une « relation personnelle indirecte » entre membres de ces groupes (Radcliffe-Brown, 1952 [1949], p. 109-110). La résolution de cette tension entre disjonction/détachement et conjonction/appartenance peut être réalisée de deux manières : par l'établissement de relations éminemment formelles, distantes et respectueuses, qui peuvent aller jusqu'à l'évitement pur et simple de l'autre ; par l'établissement d'une « relation à plaisanteries » qui vient désamorcer la disjonction en mettant en scène un « antagonisme ludique ». De telles relations constituent « des manières d'instaurer un système défini et stable de comportements sociaux dans lequel des composantes [relationnelles] conjonctives et disjonctives [...] sont maintenues et combinées ». L'irrespect manifeste la disjonction ; l'attitude amicale manifeste la conjonction. Autrement dit, dans la relation à plaisanteries, « [t]oute manifestation sérieuse d'hostilité est évitée grâce à l'antagonisme ludique de la moquerie » (Radcliffe-Brown, 1952 [1940], p. 92-95).

Que peut nous apporter cette réflexion pour penser les manifestations d'humour observées durant les séances ? Le déplacement vis-à-vis des explications de Renée C. Fox et de Goffman est clair : dans les cas auxquels songe Radcliffe-Brown, l'humour ne sert pas à réduire la tension associée à une activité ou une expérience mais à désactiver l'hostilité susceptible d'exister dans une relation sociale en l'exprimant de manière « légère ». Évidemment, il ne s'agit pas dans les situations qui nous occupent de liens d'alliance. Et concernant les « relations à plaisanteries » analysées par Radcliffe-Brown, l'hostilité trouve à se manifester sous une forme « ludique » dans le cadre même de la relation concernée. À cet égard, la présence de l'humour dans les discussions collectives étudiées ici marque un écart vis-à-vis des propositions de Radcliffe-Brown. Malgré tout, l'enjeu me semble bien tourner autour de la question de l'hostilité que pourraient ressentir et manifester les médecins face à leurs patients.

Dans le cas que j'ai décrit plus haut, les multiples empiétements du patient sur le « territoire personnel » de la médecin appelleraient logiquement — ou « grammaticalement » — une émotion du registre de la colère : agacement ou exaspération. C'est du moins l'émotion

qui serait pertinente dans la situation considérée s'il ne s'agissait pas d'une consultation médicale. Or, c'est bien cette émotion que l'humour donne à voir tout en la désactivant. Il vient d'une certaine façon rappeler les attentes normatives particulières qui régissent la relation thérapeutique en les enfreignant sur le mode du jeu. Même si la situation pourrait susciter de telles réactions, la médecin ne va pas « se fâcher » et « reprendre [s]on stylo » des mains du patient (T262 & T266) — justement parce qu'elle est médecin et qu'elle ne doit pas agir ainsi. À ce titre, l'humour marque tout à la fois la pertinence « grammaticale » et l'impropriété normative de l'émotion considérée : c'est parce que l'émotion est à la fois pertinente et impropre qu'il est drôle de se représenter ses manifestations, sur un mode fictionnel. Ces réactions projetées ne sont donc amusantes que parce qu'elles rompent avec les orientations normatives caractéristiques de la pratique médicale — d'où aussi le malaise des participants à la lecture de mes transcriptions. Mais on voit bien que l'humour qui s'exprime dans ce cas en coulisse ne traduit pas une distance cynique vis-à-vis de la performance qui se joue sur scène. Au contraire, c'est parce que les médecins prennent au sérieux les règles de leurs « performances » qu'il est amusant pour eux de s'imaginer en dévier radicalement. À l'évidence, dérision et révérence ne s'opposent pas ici.

2. Contenir l'émotion

Il s'agira à partir de cette deuxième séance d'illustrer un autre genre de difficultés rencontrées par les médecins face à leurs patients, présentant également une dimension « émotionnelle ». Nous nous interrogerons ici — en analysant une situation dans laquelle ces enjeux s'expriment de manière particulièrement claire — sur la fatigue et l'exaspération spécifiques que suscitent chez les médecins les inquiétudes et angoisses « injustifiées » de certains de leurs patients. Le point tient en particulier à la manière dont les médecins sont susceptibles de se confronter à des situations qui font intervenir des demandes plus ou moins explicites d'examen ou de traitement de la part de patients ne présentant à leurs yeux

aucun problème médical, ou du moins aucun problème médical dont ils devraient ou pourraient s'occuper. Le problème est donc celui de la réassurance ou du réconfort que les médecins doivent apporter à des patients inquiets ou angoissés « sans raison » factuelle ou objectivable. Dans la situation que nous allons considérer, la focale est placée sur le diagnostic — un diagnostic qui ne fait aucun doute pour la médecin concernée mais peine à convaincre son patient.

Des consultations qui « se répètent »

La séance en question rassemble sept médecins, en comptant le superviseur. Une cheffe de clinique y raconte aux participants ses consultations avec un patient dont elle dit d'emblée qu'il « [lui] pose problème » (T14). Il s'agit d'une séance un peu particulière. D'abord, ce sont le plus souvent les médecins assistants qui présentent leurs cas durant les séances. Mais surtout, la cheffe de clinique n'est pas parvenue à obtenir du patient son accord pour le filmer. Un tel refus est exceptionnel chez les patients de la consultation générale, et la médecin le met implicitement en lien avec la « problématique psychiatrique » que présente le patient (T14). En effet, comme cela deviendra clair plus tard, il est atteint de schizophrénie[38]. Pour la médecin, c'est là une déception : elle avait « vraiment envie » d'enregistrer la consultation (T16). C'est que, comme dans le cas que nous venons d'aborder, la médecin a l'impression de ne « pas arriver à avancer » avec le patient en question (T16). Elle exprime son dépit aux participants, partant du principe que l'absence d'enregistrement l'empêchera d'aborder le cas en séance :

38 Ce point est discuté durant la séance, la médecin en charge du cas affirmant que deux diagnostics psychiatriques ont été posés : celui de « trouble délirant persistant » et celui de « schizophrénie paranoïde » — la forme la plus courante de schizophrénie (T261). En réponse, le superviseur souligne que le fait de conserver « deux diagnostics du même spectre » n'a « pas de sens » (T266). C'est que le diagnostic de « trouble délirant persistant » doit être écarté dès lors que sont observées des « manifestations typiques de la schizophrénie » (Kapsambelis, 2015a [2012], p. 519).

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T14 MDC : Comme j'ai un patient qui me pose problème à la consultation [générale] ben j'avais trouvé sympa de filmer surtout que c'est un patient qui a quand même une problématique psychiatrique [*rire*]. Quand j'ai demandé si j'pouvais… S'il était d'accord qu'on filme la consultation… Pis en expliquant que c'était surtout pour moi, il m'a dit : « Ouah c'est bizarre ! [*rires parmi les participants*] Mais ! Vous avez que ça à faire ?! [*rires parmi les participants*] Pis après vous faites quoi ? Vous buvez un café pendant que vous regardez la vidéo ou bien ? » [*rire général ; une participante dit* : « *Non ?!* »] Vraiment, mais euh… Ça l'a monstre vexé. Et pis euh ça… Je pense ça a un peu augmenté sa problématique psychiatrique, alors euh… Bon. J'ai pas insisté.

T15 PSY : Bah cela dit t'as la bouche pleine, t'as ton café derrière : il a raison, donc ça peut… [*rires parmi les participants*] Il l'a senti, il a les ondes… [*rires parmi les participants*] Non mais donc il… Il s'est braqué, quoi. Mais à part ça, c'est… Souvent on dit : « Oui, oui, ils acceptent et tout. » Et puis des fois tout d'un coup effectivement les gens se braquent… Bon lui probablement c'est aussi peut-être une petite dimension… Persécutoire ou…

T16 MDC : Ouais j'pense. Mais… Après j'ai dit : « Ah mais on fait que le son ! » Ah ben je voulais vraiment… J'avais vraiment envie de… De… Parce que moi j'arrive pas à avancer avec ce patient, quoi.

T17 PSY : Ouais.

T18 MDC : Et pis euh… « Mais alors on met la caméra comme ça, vers là, mais on écoute ce qu'on dit. »

T19 PSY : Mmh.

T20 MDC : Pis il était pas d'accord non plus. [*pause*] Et pis voilà, pis je vais continuer à pas avancer avec lui quoi.

On mesure ici la déception de la praticienne, qui se manifeste clairement dans le commentaire sur lequel s'achève l'extrait (« Et pis voilà, pis je vais continuer à pas avancer avec lui quoi. », T20). La médecin poursuit en expliquant que le patient est atteint d'un « trouble délirant persistant » en lien avec des « douleurs abdominales » (T28). Le superviseur intervient en affirmant qu'il le reconnaît : il s'agit d'un patient traité dans une antenne de la Policlinique et qui « a fait un peu le foin depuis des mois » (T29). La médecin acquiesce, précisant que le patient « a menacé de mort un de[s] assistants » de la Policlinique (T30). Elle revient plus tard sur ce point, offrant certaines précisions quant au déroulement de ces événements :

MDC = la médecin en charge du cas

CCL = une cheffe de clinique

T198	MDC :	Et pis un jour il a débarqué chez nous aux urgences de [*la Policlinique*], je crois qu'il était venu deux fois. Pis il a été vu par l'un de nous... En l'occurrence y avait sa maman en plus qui est venue avec. Et puis... Là... Au vu de tous les bilans qui avaient déjà été faits, ils ont... Je crois que l'assistant a été un peu sec, pis a dit : « Écoutez, je crois que, Monsieur, on peut dire que ces douleurs c'est dans votre tête ! »
T199	CCL :	Ouh...
T200	MDC :	Et il a pété un plomb. Il a pété un plomb et il l'a menacé... Je crois qu'il l'a menacé sur le moment même, et après il a même téléphoné...

Le superviseur complète le récit de la cheffe de clinique, soulignant que le responsable de la consultation générale et lui-même étaient « inquiets » (T201) : le patient commençait à formuler des « menaces *ad personam* » à l'encontre de l'assistant en question (T206). Dans de tels cas, il faut selon lui « faire gaffe » (T204). À la suite de cela, le patient a été hospitalisé « en PLAFA » (T46) — c'est-à-dire contre

son gré —, et les soignants de la consultation générale sont désormais prévenus de son arrivée par une « alarme » (T48)[39].

Il n'est dès lors guère surprenant que la possibilité d'une réaction violente de la part du patient préoccupe la médecin. Mais pour elle, le problème vient surtout de ce que les soignants ont déjà fait tout ce qu'ils pouvaient « au niveau somatique » (T54). Le patient a été « multi-investigué » sans que la source des douleurs dont il se plaint puisse être objectivée (T52). Or, il reste persuadé que son ventre va « exploser » :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T52	MDC :	Et pis maintenant euh… Il est de nouveau un peu plus actif au niveau de sa symptomatologie. Il reste quand même calme mais disons euh… Il reste toute la journée chez lui comme ça parce qu'il a mal au ventre quoi ! Alors qu'il a déjà été multi-investigué, et pis il me dit : « Regardez comme c'est gros, mon… Mon nombril il s'est ouvert hier soir, y avait du sang qui sortait euh… J'peux plus manger… » Et pis effectivement, il est… Avant c'était quelqu'un qui avait… Et pis il dit tout le temps : « J'avais une vie normale, je faisais du sport, j'étais en bonne santé, j'étais beau [*rires parmi les participants*], et pis maintenant je suis plus rien. »
T53	PSY :	Mmh.
T54	MDC :	Et pis ben le problème c'est qu'au niveau somatique on a tout fait… Enfin, je… Je continue à l'examiner, à lui palper son ventre, à le voir une fois par mois, et tout ça mais j'veux dire on n'a plus d'investigations à faire… Mais à la fois il a une qualité de vie qui est complètement déplorable…

39 Le placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA) est régi par le Code civil suisse, qui indique : « Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. » (Article 426, disponible à l'adresse suivante : www.fedlex.admin.ch). Certaines variations cantonales existent quant à la procédure : conditions nécessaires, médecins habilités, durée, instances impliquées, etc. (sur ce point, voir Dupont-Willemin, 2014).

Pis lui c'est à cause de cette douleur abdominale qu'il peut pas… Alors… Je… J'ai l'impression que ça va aller pendant un petit moment et pis après il va remonter les tours quoi.

T55 PSY : Mmh.

T56 MDC : Et pis ben c'est que moi en fait… Pendant la consultation… Moi je sais plus quoi dire ! Parce que chaque fois, il me redit ses douleurs abdominales : « Voyez ! Regardez ! Na-na-na, na-na-na ! » Il me dit tout le temps la même chose, je sais dès le départ qu'est-ce qu'il va me dire ! J'le palpe, et pis après j'le rassure. « Écoutez, moi je trouve c'est normal euh… » Alors après je lui dis tout le temps : « Vous savez, y a des gens qui ont mal au ventre, mais… On arrive pas à trouver exactement ce qu'ils ont au niveau somatique, donc ça reste des douleurs plutôt fonctionnelles euh… »

On comprend mieux ici le sentiment de « ne pas avancer » qui saisit la médecin face au patient. S'il y a absence de progression, c'est que la succession des consultations se donne comme une série de *répétitions* : de ce que le patient dit à la médecin ; des investigations auxquelles donnent lieu ses plaintes ; de ce que la médecin cherche à lui faire entendre ; de ses paroles rassurantes. À la fin de l'extrait qui précède, l'agacement de la médecin et son sentiment d'impuissance se font palpables : le patient « [lui] dit tout le temps la même chose », et elle sait donc « dès le départ […] ce qu'il va [lui] dire » — et elle ne sait elle-même « plus quoi dire » (T56). Plus encore, dans le récit que fait la médecin des consultations, la parole du patient n'est plus qu'une exigence d'attention rendue par une onomatopée (« "Voyez ! Regardez ! Na-na-na, na-na-na !" », T56).

Exaspération et « travail émotionnel »

Précisons ce point. Qu'est-ce donc qui fait ici répétition ? C'est évidemment — comme le souligne la médecin elle-même à plusieurs reprises — une phase particulière de la consultation, celle de l'examen ou des investigations (« Je continue à l'examiner, à lui palper

son ventre, à le voir une fois par mois, et tout ça mais j'veux dire on n'a plus d'investigations à faire… », T54). Aux palpations et plus généralement aux examens physiques pratiqués par la médecin sont venues s'ajouter des investigations plus poussées et complexes, réalisées par divers spécialistes, qui n'ont elles non plus donné aucun résultat — ou du moins, aucun résultat de nature à inquiéter les praticiens. C'est ce que précise plus tard la médecin : le patient a vu « tous les médecins de la ville », et « tout le monde a fait les examens à double » (T469).

MDC = la médecin en charge du cas

T469	MDC :	Mais il a vu tellement de médecins là… Pour collecter les informations ça a été tellement un casse-tête… Parce que… Il a été partout hein ! Toutes les permanences, toutes les urgences… Euh… Il a vu un médecin, un urologue, un chir', enfin il a vu je pense tous les médecins de la ville… Pis tout le monde a fait les examens à double…

Le problème tient ici au fait que la clôture de l'enquête à laquelle correspondent ces investigations est sans cesse différée par le patient : il ne paraît vivre aucun examen comme probant au-delà du (bref) moment de réassurance qui suit sa réalisation. Et comme l'enquête est pour lui perpétuellement relancée, elle l'est aussi pour les médecins à qui il revient de la mener à bien. On peut à cet égard voir dans le sentiment de « ne pas avancer » dont fait état la médecin la marque d'une « activité empêchée » — et souhaiter rapprocher cette situation des « immobilisations », « empêchements » et « arrêts de l'action en cours » qui « coûtent » tant aux travailleurs, comme l'a souligné Yves Clot (Clot, 2015 [2010], p. 95-96). Mais quelque chose de plus fondamental se joue manifestement dans les interactions entre la médecin et son patient. Du fait de son comportement, le patient fige la consultation dans ses phases d'examen et d'énonciation du diagnostic (ten Have, 2006, p. 90-92). Il fige ce faisant la médecin dans une certaine facette

de son rôle, celle qui correspond à l'établissement du diagnostic et à sa communication au patient, avec sa (possible) dimension de réassurance ou de consolation. La médecin se trouve dès lors contrainte de maintenir et rejouer sans cesse une « définition de la situation » et surtout d'elle-même largement déconnectée de la réalité : parce que le patient veut être face à elle celui auquel on énonce un diagnostic toujours à (re)confirmer, elle doit être face à lui celle qui (re)découvre indéfiniment un diagnostic déjà posé et avéré. Rester en relation avec ce patient, c'est pour la médecin accepter de se prêter à cette fiction. Elle doit mimer à chaque consultation l'enquête et sa clôture — et se montrer aussi convaincante que possible, compte tenu des réactions antérieures du patient et des menaces qu'il a adressées à ses collègues. À cet égard, une part importante de la tâche à laquelle est confrontée la médecin constitue un genre de « travail émotionnel », au sens que Arlie R. Hochschild donne à cette notion. Selon Hochschild, le « travail émotionnel » correspond en effet aux efforts consentis par les individus pour susciter en eux-mêmes, afficher ou réprimer « une émotion dans le but de maintenir extérieurement l'apparence attendue [*sustain the outward countenance*], apparence qui doit produire sur les autres l'état d'esprit adéquat » (Hochschild, 2017 [1983], p. 27)[40]. La médecin doit maîtriser ses propres émotions et ce qu'elle en laisse voir de manière à influencer adéquatement

40 La récente traduction de l'ouvrage de Hochschild en français pose certains problèmes, et je me suis surtout appuyé sur la version originale. Hochschild distingue « *emotional labor* » et « *emotion work* » (ou « *emotion management* ») : le premier est réalisé dans un cadre professionnel et possède « une *valeur d'échange* » ; le second appartient à la sphère privée et n'y possède qu'« une *valeur d'usage* » (Hochschild, 2017 [1983], p. 27, *infra*, en italique dans l'original). Salomé Fournet-Fayas et Cécile Thomé, les traductrices de la version française de l'ouvrage, ont choisi de ne pas rendre cette distinction, utilisant le terme de « travail émotionnel » de manière unitaire. Or, cette distinction est centrale dans l'argumentation de Hochschild et dans la construction même de son livre, dont les deux parties sont respectivement consacrées à l'une et l'autre de ces formes de « travail émotionnel ». Dans le cadre de mon analyse, il faut entendre la notion de « travail émotionnel » comme une traduction de « *emotional labor* ».

les émotions du patient qui lui fait face, et en particulier à ne pas provoquer sa colère[41].

En effet, même si elle affirme ne pas se « senti[r] en danger » face au patient (T104), les explications de la médecin montrent bien la vigilance dont elle fait preuve à son endroit, guettant les signes d'« irritation » qu'il pourrait manifester :

MDC = la médecin en charge du cas

T64	MDC :	Ben moi je lui dis hein ! Quand il me dit : « Regardez, mon nombril… » Moi je lui dis : « Écoutez, moi je euh… Votre nombril il est normal. Là il y a effectivement une petite cicatrice mais c'est pas quelque chose de nouveau, y a pas de sang qui sort euh… Moi votre ventre je le trouve normal, les testicules ils sont normaux… » Enfin euh voilà, il monte pas les tours, mais je… On sent que ça l'irrite quand même un petit peu, quoi.

Toute la difficulté tient au fait que, si elle ne peut valider la définition que donne le patient des troubles qui l'affectent et des risques qu'il encoure, la médecin doit en même temps formuler avec prudence ses dénégations. En se montrant trop explicite ou « frontale », elle risquerait de se retrouver dans la position du médecin assistant dont les remarques ont conduit le patient à « péter un plomb » (T200) — et qui s'est finalement vu « menacé de mort » (T30). Mais comme le souligne le superviseur, il s'agit aussi de ne pas entretenir tacitement le délire du patient en accueillant sans réserve ses craintes et ses plaintes :

41 Sans se référer au travail à l'époque très récent de Hochschild — qu'ils ne connaissaient vraisemblablement pas —, Anselm L. Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener ont souligné la place importante du « travail de sentiment [*sentimental work*] » dans les activités médicales, désignant par là toutes les activités destinées à agir sur les émotions d'autrui. Comme ils l'indiquent, la nécessité d'un tel « travail » provient évidemment de ce que les patients sont atteints dans leur santé, mais aussi des difficultés propres aux démarches et procédures thérapeutiques (Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener, 1985 [1982], p. 129).

PSY = le psychiatre

T103 PSY : [...] pis je me disais... Mais là, de voir peu à peu quand même... Parce qu'au fond, quel message on lui transmet si chaque fois on... On entre très subtilement dans son délire tu vois ? Si chaque fois on l'examine alors qu'on voit rien du tout ? Je trouve que c'est... Alors, bien évidemment on confronte pas de manière euh... C'est le cas de le dire, frontale les patients avec leurs idées délirantes. Mais en même temps... Tu vois, encore une fois par petites touches, de voir un petit peu quel... Quand même un petit peu le jeu que... Que Monsieur peut entendre, en disant : « Mais oui, mais je vous fais pas parce que j'ai toute confiance, vous avez eu toute une série d'examens... Pis je pense que ça fait partie... » Moi je nomme même les symptômes psychotiques, je dis : « Je sais très bien quand les gens des fois sont hyper angoissés, certains ben ils dépriment, certains ils boivent de l'alcool, pis d'autres ils commencent à avoir des idées qu'ils tricotent et pis ils perdent pied avec la réalité, avec les trucs... » Pis franchement, neuf patients sur dix ils... Ça les choque pas trop, ils disent : « Ouais ouais j'sais, bon mais d'accord, mais... Quand même, examinez-moi le ventre... » Pis tu vois... Pis là tu sens quand même ce petit jeu possible. Moi j'essaie... Moi j'aurais pas trop peur d'essayer.

Pour parvenir à maintenir ce fragile équilibre entre dénégation trop « frontale » et validation implicite du délire dont souffre le patient, le superviseur suggère ici à la médecin de « nommer » de manière quelque peu détournée les « symptômes psychotiques » dont souffre le patient (T103). Il s'agit d'indiquer prudemment au patient que ses craintes sont l'effet d'« angoisses » s'exprimant différemment chez d'autres individus, qui peuvent par exemple « déprime[r] » ou « boi[re] » (T103). L'enjeu est en somme de faire entendre au patient qu'une conclusion médicale a été atteinte sans

contredire trop crûment sa propre conviction de présenter les symptômes d'une affection somatique qu'il faudrait traiter[42].

Une perspective instrumentale sur l'émotion

Dans les extraits que nous avons abordés jusqu'à présent, on a vu poindre l'agacement, voire la colère de la médecin vis-à-vis du patient. Mais ces émotions ne trouvent à s'exprimer verbalement que très tardivement durant la séance. Ce n'est que dans l'extrait ci-dessous, qui intervient après plus d'une demi-heure de discussion, que l'« énervement » de la médecin se fait finalement explicite. Elle y évoque d'abord sa première consultation avec le patient, avant d'aborder les difficultés qu'elle a rencontrées par la suite durant leurs rencontres :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T217	MDC :	Il était très ralenti… Mais disons il avait… Le discours ben on pouvait parler que de sa douleur, donc je l'ai laissé parler pendant une heure, et décrire comment ça avait commencé, tout ça, sans mettre de barrières, il était tout content, voilà. Et puis depuis, maintenant on se voit une fois par mois, des fois un peu plus… Et pis le discours change pas, sauf que maintenant il a un petit peu plus… Il a retrouvé un peu de vie et pis il

42 La lectrice ou le lecteur s'interrogera peut-être, à l'instar de l'un des médecins assistants présents (T273), sur la pertinence d'un suivi en médecine générale pour un patient qui ne présente pas véritablement de troubles somatiques, et qui consulte par ailleurs régulièrement un psychiatre. En fait, concernant la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, la recherche en psychiatrie souligne la nécessité d'une « offre de soins suffisamment diversifiée pour multiplier les chances d'accrochage thérapeutique », ainsi que l'importance pour l'équipe de soins (pluridisciplinaire) de « gagner la confiance » du patient, étant entendu que « c'est en définitive sur la qualité la relation thérapeutique (*alliance thérapeutique*) que repose l'issue du traitement » (Kapsambelis, 2015b [2012], p. 493, en italique dans l'original). C'est bien dans ce sens que vont les remarques du superviseur durant la séance considérée : « […] c'est un type qui avait tellement mis à distance les soins, c'est tellement insupportable pour lui qu'on lui dise : "Mais… Va voir un psy !", alors qu'il est convaincu dans son délire que c'est un problème somatique… Que probablement ça peut être un […] très bon entre-deux [de consulter à la fois en psychiatrie et en médecine générale]. » (T278).

		met un petit peu plus d'expression dans ce qu'il raconte… Mais ouais, ça a pas bou… Pas changé d'un iota, et pis… Et pis pour moi c'est des consultations un petit peu difficiles parce que… Euh après c'est à la fois je commence… Presque ça commence à m'énerver en fait, parce que je sais dès le départ ce qu'il va me dire pis : « Non, votre nombril a pas explosé. Non, on voit pas de sang. Non… » [*rires parmi les participants*] Pis presque ça, ça m'énerve un peu, je pense qu'il doit voir que ça m'énerve aussi, pis… Pis ouais… Pis en fait c'est des consultations qui débordent tout le temps, parce que… En fait j'sais pas comment mettre fin puisque… Puisque j'ai pas de solution à donner. Et pis après c'est aussi problématique, parce que par exemple il a eu une douleur à l'oreille…
T218	PSY :	Excuse-moi ça finit… Excuse-moi, je te coupe, ça finit comment, quand tu le quittes ? C'est quoi qui fait qu'au bout d'un moment, quand même il part ? Vous… Tu trouves un truc à lui dire ou ?…
T219	MDC :	Ben c'est qu'à la fin je dis : « Bon écoutez… » Bah en fait, je le laisse parler, après je l'examine… Pis après il aurait tendance à vouloir repartir [*elle accentue ce dernier mot*] dans m'expliquer ses symptômes, et je dis : « Écoutez non c'est bon, j'ai bien compris. Comme je vous dis, je ne suis pas inquiète. Maintenant on va fixer un nouveau rendez-vous. » Pis après même s'il part, je dis : « Voilà, à… Au revoir. À la prochaine fois. » Et pis souvent il raconte encore des trucs dans le couloir, et pis… Et pis j'écoute… Et pis voilà, stop c'est fini ! Et pis c'est pas du tout euh… Bien de faire comme ça mais…
T220	PSY :	Bah ouais mais tu voudrais faire comment ?
T221	MDC :	En même temps je pourrais l'écouter toute la vie quoi.
T222	PSY :	Ouais c'est ça. Mais je veux dire après il est pas fâché, il il ra… Il marmonne et ?…
T223	MDC :	Non, souvent… C'est ça qui est un peu bizarre, souvent quand il part il est encore assez content.
T224	PSY :	Mmh. Mais quand tu le mets… Je disais quand tu… Coupes court et pis tu dis…

T225	MDC :	Non... Ouais alors... Des fois il... C'est un peu comme ça quoi !
T226	PSY :	Ouais. Mais pas agressif ou ?...
T227	MDC :	Non... Je...
T228	PSY :	Ou un peu, ou ?... Parce que c'est ça qui compte parce que... Ensuite, qu'il... Lui il est juste logique avec son délire quoi, enfin il va pas le lâcher, il est convaincu qu'il a... Il faut juste qu'on soit un peu patients, pis qu'on s'excite pas trop même si c'est pas... C'est pas facile, je suis d'accord avec toi. Mais après, si quand même t'arrives à couper, pis... Pis... Et pis qui... Que finalement il revient, et pis en plus tu cadres, et pis tu lui donnes un prochain rendez-vous...

On aura relevé ici l'élocution hésitante et hachée de la médecin lorsqu'elle évoque ses émotions, ainsi que l'usage d'adverbes (« presque », « un peu ») et de tournures de phrase (« ça commence à […] ») qui viennent nuancer son « énervement » au moment même où il s'énonce (T217). On peut se dire que l'on a ici à la fois chez la médecin (I) un agacement certain à l'endroit du patient durant les consultations et (II) une forme d'embarras face aux participants et au superviseur dans la discussion collective, embarras qui se donne comme une « émotion seconde » visant le constat de cet agacement. Il faut sans doute comprendre cet embarras en lien avec la pathologie particulière du patient : ses troubles psychiques invitent à une réaction compréhensive — c'est-à-dire à une certaine suspension de l'attribution de responsabilité — face à ses sollicitations répétées. En réponse, le superviseur s'enquiert simplement des réactions du patient aux efforts de la médecin pour clore la consultation, cherchant à s'assurer que le patient n'est pas « fâché » (T222) ou « agressif » (T226). Ce souci fait écho à certaines de ses remarques antérieures, où il enjoignait la médecin à ne pas hésiter à se faire accompagner durant les consultations si elle commençait à se sentir « mal à l'aise » face au patient (T107 & T111). Comme il l'indique, « [ce] qui compte », c'est de ne pas provoquer la colère du patient

— et il faut pour cela se montrer « un peu patient » et ne pas trop « s'exciter », même si ce n'est « pas facile » (T228).

Pour bien comprendre la position du superviseur, il nous faut encore aborder un autre extrait, dans lequel elle se manifeste plus explicitement. Le superviseur y suggère à la médecin d'« anticiper » la survenue de ces émotions négatives, d'agir en amont pour ne pas se trouver dans une situation où son « agacement » devient difficile à contrôler (T410) :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T402	PSY :	Y a un truc aussi c'est que… Je me disais au point de vue de la technique aussi pour nous, pour être plus à l'aise et pis vraiment être au… Dans la mesure du possible, être au service de nos patients quand ils sont vraiment très graves comme ça, c'est de se dire euh… Effectivement tu vois, si tu cadres pas, tu… Tu laisses un peu les choses, au bout d'un moment, tu… T'as des mouvements d'humeur.
T403	MDC :	Oui c'est ça, ouais.
T404	PSY :	Il t'agace trop : « Maintenant ça suffit ! » Pis tu…
T405	MDC :	Ouais.
T406	PSY :	D'ailleurs tu… Je reprends tes mots tu dis : « Je m'énerve… Je… »
T407	MDC :	Ouais.
T408	PSY :	Pis ça ça va pas quoi, j'veux dire bien évidemment c'est naturel, c'est très humain, c'est… C'est tout à fait sain de réagir comme ça, mais ça va pas avec ce type de patients…
T409	MDC :	Non.
T410	PSY :	Mieux vaut effectivement… Anticiper, cadrer, mettre des mots là-dessus, pis… Pis… Pis comme ça justement tu… Toi-même t'es pas dupe, pis ça… Ça… Je dis pas que ça marche miraculeusement, mais peu à peu ça le cadre, et pis comme ça toi tu laisses pas prendre dans un truc où c'est… Ou tout ou rien, tu vois… Ou tu… T'accueilles toute sa folie, pis d'un coup

		euh... « Bon ben ça suffit maintenant ! », quoi. Parce qu'il pourrait susciter ça ce... Ce patient.
T411	MDC :	Oui.
T412	PSY :	Tu vois ?
T413	MDC :	Oui oui. Ben j'pense que c'est aussi ce qu'il a suscité dans des consultations d'urgence quand les gens euh...
T414	PSY :	Ben ouais. Ben ouais, exactement.

Le superviseur se fait ici très clair dans ses efforts de « normalisation » des émotions exprimées par la médecin : l'« agacement » de la médecin est « naturel », « très humain », « tout à fait sain » (T408). C'est ce genre de réactions émotionnelles que « suscite[nt] » de tels patients (T410). Mais justement, « avec ce type de patients », les soignants ne peuvent se permettre de se montrer cassants ou abrupts (T408). Dès lors, plutôt que d'« accueill[ir] toute [l]a folie » du patient (T410) et d'avoir ensuite « des mouvements d'humeur » (T402) parce que la situation se révèle trop difficile à supporter, il vaut mieux « [a]nticiper » et « cadrer » d'emblée (T410). Pour reprendre une distinction proposée par le sociologue Joan Stavo-Debauge, le superviseur invite la médecin à ne pas « *accueillir* » une parole qu'elle ne pourra « *recevoir* » et « *encaisser* » : le premier mouvement d'acceptation — laisser libre cours à une énième description de ses craintes et symptômes par le patient — ne se révélera bénéfique que si la médecin s'avère effectivement capable de l'écouter sans se fâcher ou l'interrompre abruptement (Stavo-Debauge, 2012, p. 193-195). Dans les termes de l'analyse proposée précédemment, la médecin ne doit pas présumer de ses forces au moment d'être ce que le patient attend qu'elle soit. Le superviseur invite ainsi la médecin à adopter une perspective instrumentale — plutôt que morale — vis-à-vis de ses propres émotions.

Fatigue de l'acteur cynique et entre-soi professionnel

Récapitulons. Qu'est-ce qui se joue concrètement ici ? L'attitude du patient traduit son incapacité à accorder une valeur définitoire et définitive à l'examen diagnostique auquel se livre la médecin. On a donc

répétition à l'identique de cette phase diagnostique d'une consultation à l'autre, sans qu'elle débouche jamais pour le patient sur l'arrêt du doute et l'apaisement de l'angoisse. Pour la médecin, ses interactions avec le patient sont dès lors entachées de fausseté : elles sont de l'ordre de la « fabrication », au sens de Goffman. Nous avons déjà abordé plus haut cette notion issue de *Frame Analysis*. Mais à la différence de la situation analysée précédemment, l'auteur de la « fabrication » est cette fois la médecin — et le « dupe » qu'elle vise à convaincre, le patient. La médecin réalise en effet ici un « effort intentionnel » pour que le patient en vienne « à développer des croyances erronées quant à ce qui est en train de se passer » dans l'interaction, i.e. pour qu'il ne se rende pas compte qu'elle est absolument persuadée que tout nouvel examen est futile et que les problèmes dont il se plaint ont pour seule origine sa pathologie psychiatrique (Goffman, 1986 [1974], p. 83). On touche à ce que Goffman nomme les « fabrications paternalistes [*paternal constructions*] », qui consistent en des « fabrications qui voudraient protéger au mieux les intérêts réels de la personne dupée mais que celle-ci risquerait de rejeter, au moins dans un premier temps, si elle découvrait ce qui se trame » (Goffman, 1986 [1974], p. 99)[43]. Sans surprise, Goffman souligne que l'on trouve en premier lieu ce genre de « fabrications » dans le monde médical :

> C'est dans les situations thérapeutiques, médicales ou psychiatriques, que l'on trouve les formes les plus classiques de fabrications paternalistes. Dans le monde médical, il est courant de cacher aux patients qu'ils vont probablement mourir bientôt ou que leur état est désespéré. (Goffman, 1986 [1974], p. 100-101)

On notera qu'à la différence des situations auxquelles songe Goffman, l'enjeu tient moins dans le cas qui nous occupe à l'état de santé du patient qu'à ce qui se déroule entre lui et la médecin. La médecin cherche à lui cacher que, comme le médecin assistant qu'il a fini par menacer de mort, elle est convaincue que les douleurs et

43 Isaac Joseph et ses collaborateurs choisissent de traduire « *paternal constructions* » par « fabrications protectrices ». Je préfère employer l'adjectif « paternaliste », dans la mesure où Goffman évoque aussi ces « fabrications » en parlant de « *paternalistic fabrications* » (Goffman, 1986 [1974], p. 101).

symptômes dont il se plaint n'existent que « dans sa tête » (T198). Réciproquement, elle veut lui faire croire que les examens auxquels elle se prête ont pour elle une pertinence qui dépasse le simple fait de le rassurer. La consultation se donne à cet égard comme une « performance » — au sens goffmanien — de manière plus littérale que d'ordinaire, puisque la plupart des actes médicaux qu'elle comprend ne prennent leur signification qu'au regard de la pathologie psychiatrique du patient, qui reste non thématisée. C'est bien ce qui ressort des descriptions qu'en offre la médecin, où les paroles échangées apparaissent comme un script déjà donné et connu à l'avance : elle « sai[t] dès le départ » ce que « va [lui] dire » le patient, et lui dit elle-même « tout le temps » la même chose (T56). D'un côté comme de l'autre, « le discours [ne] change pas » (T217).

Toujours dans les termes de Goffman, la médecin se voit ainsi contrainte de livrer une « performance » vis-à-vis de laquelle elle entretient une distance « cynique », dans la mesure où elle perçoit bien la dimension de fausseté de son propre « jeu » (Goffman, 1972 [1959], p. 28). Goffman évoque d'ailleurs lui-même dans *The Presentation of Self* des situations très proches de celle dont il est question ici :

> Il ne s'agit évidemment pas de prétendre que tous les *performers* cyniques cherchent à tromper leur audience de manière à servir ce que l'on appelle communément leur « intérêt personnel » ou à s'assurer un bénéfice privé. Il arrive qu'un individu cynique trompe ses vis-à-vis de manière à servir ce qu'il considère comme leur propre bien, ou le bien de la communauté, etc. […] Nous savons que, dans les emplois de service, des praticiens qui tendraient sans cela à se montrer sincères sont parfois forcés de tromper leurs clients parce que ceux-ci se montrent si profondément désireux de l'être [*show such a heartfelt demand for it*]. Les médecins qui sont poussés à prescrire des placebos, les pompistes qui vérifient et revérifient avec résignation la pression des pneus face à des conductrices angoissées, les marchands de chaussures qui vendent des chaussures adaptées tout en disant à l'acheteuse qu'il s'agit de la pointure qu'elle désirerait pouvoir porter — ce sont là des *performers* cyniques dont l'audience refuse qu'ils se montrent sincères. (Goffman, 1972 [1959], p. 29)

Que retenir de ces différents éléments ? L'analyse de cette séance donne à voir le sentiment d'« empêchement » et l'« énervement » qui saisit la médecin en charge du cas face à ce patient que le constat d'une absence de trouble sur le plan somatique ne satisfait pas. La médecin se trouve confrontée à une alternative : chercher à faire valoir une « vérité » que le patient ne peut entendre ; accepter la définition qu'il offre de ses troubles et de leurs interactions, même si cette acceptation n'est que partielle et momentanée. L'incapacité de la médecin à dissiper l'angoisse ou l'inquiétude de son patient transforme ainsi la consultation en une « performance » que la médecin vit comme feinte et forcée. Autrement dit, l'insensibilité du patient à ce que la médecin et ses collègues envisagent comme des preuves factuelles de sa santé somatique — un refus de la réalité telle que la conçoivent les médecins — fait basculer la consultation elle-même dans l'irréalité[44].

Cette situation illustre ainsi la pénibilité particulière du travail de réassurance que doivent entreprendre les médecins face à des patients durablement inquiets ou angoissés quand bien même leurs préoccupations ne paraissent pas fondées sur le plan médical. L'enjeu tient au maintien d'une « façade » que les médecins envisagent et ressentent comme telle : ils en viennent à entretenir une forme de distance « cynique » vis-à-vis de leur « performance ». On peut se dire à cet égard que, s'agissant des médecins qui doivent ainsi faire exister ce qui n'est pour eux qu'une fiction, la fatigue que suscite la confrontation à l'angoisse d'autrui est plus interactionnelle que « compassionnelle » (Zawieja, 2016). C'est la fatigue de l'acteur social contraint à une distance réflexive vis-à-vis de son propre rôle, investi dès lors d'une théâtralité qu'il ne présente pas d'ordinaire : le médecin joue au médecin, au bénéfice d'un patient persuadé d'avoir besoin d'une aide médicale. On peut considérer que cette fiction constitue justement l'aide

44 Je m'inspire ici des réflexions de Goffman dans « *The Insanity of Place* » quant aux difficultés que traversent les proches d'une personne souffrant de « troubles maniaques », dont il affirme qu'ils sont confrontés à une alternative : trahir leur proche en refusant la place qu'il veut se donner et celles qu'il leur attribue ; le laisser rendre leur vie « irréelle » (Goffman, 1971 [1969], p. 385).

médicale dont ont besoin de nombreux patients, comme le suggère le superviseur durant la séance considérée (T278). Que le fait de « jouer au médecin » puisse avoir une portée thérapeutique semble en tout cas constituer dans de telles situations une consolation pour de nombreux praticiens. Malgré tout, les interactions concernées diffèrent structurellement des consultations ordinaires. Il n'est à cet égard guère surprenant que les médecins tendent à les considérer comme peu caractéristiques ou représentatives de leur activité « véritable » — ce qui, évidemment, contribue à les leur rendre désagréables. Eu égard au caractère « irréel » de la « performance » délivrée face aux patients, les groupes de discussion apparaissent dans de tels cas comme les garants d'un retour à la « réalité » : un espace au sein duquel les convictions des médecins et la fausseté de leur jeu peuvent se manifester comme telles. Ainsi, l'analyse donne ici encore à voir les bienfaits potentiels d'un entre-soi relativement institué pour ces « *performers* » que sont aussi les médecins.

3. Penser l'émotion

L'analyse de cette troisième situation va nous permettre d'aborder de manière un peu différente les enjeux émotionnels que présentent pour les médecins leurs relations avec les patients, en problématisant la notion ordinaire d'« empathie ». L'« empathie » trouve bien souvent une place importante dans les discussions auxquelles j'ai assisté, qu'elle y apparaisse comme une qualité, un enjeu, une difficulté, etc. Cette notion constitue donc une catégorie endogène ou « émique », raison pour laquelle je m'y réfère entre guillemets. Il s'agira de montrer ce que les médecins peuvent entendre par là, ainsi que les questionnements que soulève pour eux le fait de manifester de l'« empathie » à l'endroit de leurs patients. On verra que l'on peut envisager les interrogations que suscite chez les médecins l'idée d'« empathie » comme l'expression du caractère partiellement ambigu et contradictoire de certaines des attentes normatives qui caractérisent leur rôle social. À cet égard, la situation considérée donne à voir ce qui constitue pour

les praticiens eux-mêmes comme pour ceux qui observent et commentent leur activité une tension majeure : la place de l'émotion dans la pratique médicale[45].

Souffrance psychique et médecine générale

La séance en question réunit sept participants. Une jeune médecin assistante vient y parler avec ses collègues d'une patiente avec laquelle elle aimerait trouver le moyen d'« entrer un peu mieux en contact » (T6)[46]. Voici comment la médecin présente sa patiente :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T4 MDC : C'est une jeune… C'est la deuxième fois que je la vois. Euh… C'était une patiente de [*nom d'une autre médecin assistante*]. Euh… Elle a… En fait elle sort d'une hospitalisation à [*nom d'une institution de santé*]. Euh… Dans un contexte de… D'état dépressif avec des idées suicidaires, euh… Avec des possibles troubles alimentaires… Dans un contexte en fait… Elle elle vient [*d'un pays d'Afrique de l'Est*]. Elle a grandi là-bas, elle est arrivée en Suisse en 2016, avec

45 Les problèmes abordés dans cette sous-partie font intervenir un faisceau de notions apparentées par le sens ou l'étymologie : empathie, sympathie, compassion, contagion émotionnelle, mimétisme, etc. Je ne m'attarderai pas ici sur ces enjeux terminologiques — au demeurant intéressants, mais qui n'importent pas directement pour mon analyse. Relevons simplement que, concernant l'idée de « partage émotionnel », il faudrait parler de « sympathie » plutôt que d'« empathie ». Selon une distinction largement acceptée, l'« empathie » vise en effet une propension à « se mettre à la place d'autrui » — et non le fait d'éprouver ses émotions. À l'inverse, la « sympathie » intervient lorsque l'on « éprouve les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place », sur le mode de la « contagion des émotions » (Jorland, 2004, p. 20-21). Évidemment, l'usage ordinaire — et parfois savant — tend à confondre ces deux phénomènes. Mais il n'est pas inutile de les distinguer, en tout cas analytiquement. Je ne le ferai pas dans les pages qui suivent, mais je prie les lectrices et lecteurs de bien vouloir garder à l'esprit que les phénomènes généralement visés ici par la notion d'« empathie » devraient en toute rigueur être rapportés à celle de « sympathie ».

46 Ce cas semble avoir beaucoup affecté et marqué les participants, ce dont témoigne le fait que l'une des cheffes de clinique présentes durant la séance donne au groupe des nouvelles de la patiente durant une rencontre ultérieure.

		euh... En fait sa mère elle l'avait jamais connue, elle a été élevée par sa grand-mère [*dans le pays d'Afrique de l'Est déjà mentionné*]. Pis du coup elle est venue vivre chez sa mère en 2016, avec l'idée aussi de faire des... De faire des études en Suisse. Et puis apparemment ça c'est très mal passé avec sa mère, y a eu des... Des violences en fait, physiques, verbales. Et puis donc maintenant elle a quitté... Elle a coupé tout lien... Enfin plus au moins tout lien avec sa famille. Et puis euh... Voilà elle... Elle a un suivi à [*nom d'une autre institution de santé*], et puis... Et puis voilà. Et puis moi du coup je l'ai vue une fois, et pis la première fois c'était... Enfin je trouvais que ça changeait un peu des autres patients que j'ai d'habitude, parce que d'habitude il faut toujours un peu les... Les couper, les patients, j'ai l'impression, ils... [*rire*] Ils parlent beaucoup ! Pis elle... Je sais pas, je... Elle est très... En tout cas à la première consultation... Mais bon vous allez voir...
T5	PSY :	Pis tu as... Y a une... Tu avais une question particulière ?
T6	MDC :	Ben ouais en fait... Non je sais pas, peut-être par rapport à ça... Enfin... Là j'avais l'impression d'avoir un peu de la peine à... À... Enfin... J'ai l'impression que je répète toujours ce qu'elle dit en fait, en espérant qu'elle va un peu... Dire plus. Et je sais pas si y aurait d'autres manières de faire euh... Pour réussir à entrer un peu mieux en contact.
T7	PSY :	Ok.

La médecin fait état d'une difficulté proprement interactionnelle : elle voudrait amener la patiente à en « [d]ire plus », sans très bien savoir comment s'y prendre (T6). On retrouve ici un enjeu qui émerge dans de nombreuses séances : les participants se trouvent souvent démunis face à des patients dont les réponses et interventions contreviennent durablement à leurs attentes quant à la manière dont devraient se dérouler les consultations. Ces difficultés interactionnelles de bas niveau peuvent avoir des conséquences très concrètes pour les médecins, notamment lorsqu'ils ont du mal

à obtenir des patients les informations dont ils auraient besoin ou à maintenir les consultations dans les limites temporelles qui leur sont ordinairement fixées. Mais à l'échelle des consultations elles-mêmes, les énonciations « problématiques » — fautives, malheureuses ou tout simplement absentes — impliquent déjà des médecins qu'ils les reçoivent et y répondent, ce qui s'avère parfois difficile.

Sur le plan interactionnel, le problème qui se pose aux médecins n'est donc pas seulement, comme l'a souligné Aaron V. Cicourel, d'ajuster leurs modes de raisonnement et de sollicitation aux capacités et connaissances des patients afin d'obtenir de leur part des informations adéquates et précises (Cicourel, 2002 [1985], p. 111-112). D'une certaine façon, la difficulté qui apparaît ici est inverse. Dans les exemples analysés par Cicourel, ce sont les « capacités de compréhension » des patients qui font défaut : les médecins leur attribuent implicitement, sans s'en rendre compte, les « connaissances procédurales » ou « tacites » indispensables pour saisir le sens et la pertinence des questions qu'ils leur posent — des connaissances que les patients ne possèdent généralement pas (Cicourel, 2002 [1985], p. 95). Dans des situations comme celle que rapporte la médecin ci-dessus, ce sont au contraire les médecins qui peinent à répondre aux interventions des patients, parce que celle-ci contreviennent aux attendus de la consultation et même, plus fondamentalement, aux attendus des interactions ordinaires. Or, il est généralement difficile pour les médecins de désigner explicitement le comportement des patients comme problématique, par exemple en exigeant qu'une réponse soit donnée à la question qu'ils ont posée ou en ordonnant aux patients de se taire. Dès lors, les réactions des médecins — comme ici le fait que la médecin « répète toujours ce que [la patiente] dit » dans l'espoir qu'elle en « dir[a] plus » (T6) — constituent souvent des tentatives plus indirectes de « normalisation » de l'interaction : ignorer certaines remarques, répéter la question, mettre provisoirement une thématique de côté, etc. Ainsi, l'inadéquation du comportement des patients aux attentes des médecins reste le plus souvent implicite. On pense ici à ce que Michael Lynch nomme « pratiques d'accommodation

[*accommodation practices*] », i.e. des « techniques » utilisées par les individus « pour faire face à des personnes qui leur apparaissent comme des sources persistantes de problèmes » sur le plan interactionnel tout en évitant d'entrer en confrontation directe avec elles (Lynch, 1983, p. 152 & 161). J'aurai l'occasion de revenir dans la prochaine partie de cet ouvrage sur de tels efforts de « normalisation » et certaines de leurs conséquences.

Après cette première formulation de ce qui la préoccupe, la médecin enclenche la vidéo. Comme les participants vont ensuite revenir de manière assez précise sur les interactions entre la médecin et sa patiente telles qu'elles sont rendues par l'enregistrement, je le retranscris ici en entier, malgré sa longueur :

MDC = la médecin en charge du cas

PAT = la patiente

PSY = le psychiatre

T30	MDC :	Voilà alors… Comment allez-vous depuis la dernière fois ?
T31	PAT :	Euh… Parfois… Parfois y avait des moments où je me sentais bien… Et parfois, j'ai le moral un peu en bas.
T32	MDC :	D'accord. Vous avez l'impression que vous allez de nouveau comme avant d'être hospitalisée ?
T33	PAT :	[à mi-*voix*] Un peu…
T34	MDC :	Un peu ?
T35	PAT :	J'pensais que… Le week-end passé, j'avais l'impression que ça allait mieux. J'avais un peu plus d'appétit…
T36	MDC :	Mmh.
T37	PAT :	Et maintenant… [*pause*] Ça… Ça retombe.
T38	MDC :	Donc l'appétit et le moral ? Les deux choses ?
T39	PAT :	Mmh.
T40	MDC :	C'est vrai que la dernière fois qu'on s'est vues… C'était y a deux semaines, vous aviez l'air plutôt optimiste, les médicaments ils vous

		redonnaient un peu d'appétit euh… Vous aviez l'impression que… Ça avait l'air plutôt d'être un peu dans la bonne… La bonne voie. Et pis alors là ça fait… C'est quoi, depuis cette semaine que ça va moins bien ? Depuis quelques jours ?
T41	PAT :	Ouais. Depuis… Avant-hier.
T42	MDC :	Depuis avant-hier. Ok. Il s'est passé quelque chose de… De particulier avant-hier ?
T43	PAT :	Euh… Non.
T44	MDC :	D'accord.
T45	PAT :	C'est juste que… Y a des fois où le… Enfin, je suis consciente que je suis toute seule.
T46	MDC :	Mmh.
T47	PAT :	Et y a des fois où… J'arrive à ne pas penser à ça. Donc euh…
T48	MDC :	Vous vous sentez très seule ? En ce moment ?
T49	PAT :	[à mi-*voix*] Oui.
T50	MDC :	Mmh. [*pause*] Et là vous avez… Vous êtes toujours chez votre amie, c'est… C'est juste ?
T51	PAT :	Mmh.
T52	MDC :	Et pis avec votre famille ?
T53	PAT :	Euh…
T54	MDC :	C'est toujours ?… Euh… Vous avez toujours…
T55	PAT :	Je préfère pas…
T56	MDC :	Mmh. Y a plus de… D'invitations un peu surprise euh… Où vous vous êtes retrouvée un peu tout d'un coup euh… Avec la famille comme ça ?
T57	PAT :	Non… Mais je rencontre euh… Souvent ma mère.
T58	MDC :	D'accord.
T59	PAT :	Euh parce que… Enfin… Mon oncle ils ont déménagé juste en face de où j'habite en fait. Du coup elle passe souvent là-bas. Et je la rencontre… Enfin, souvent.
T60	MDC :	Et comment ça se passe quand vous la… Quand vous la croisez ?
T61	PAT :	Ben… Au début je pense que j'arrive à sourire…

		Quand je vais bien.
T62	MDC :	Mmh.
T63	PAT :	Et quand je vais pas bien, ben… [*pause*]
T64	MDC :	Et euh…
T65	PAT :	C'est… Très… Je me sens… Mal à l'aise.
T66	MDC :	Mmh. De ce que vous m'avez raconté, vous avez le droit d'être mal à l'aise hein, en sa… En sa présence. Pour vous c'est important de… De lui sourire quand vous la voyez ? De… De montrer une bonne figure, ou bien ?
T67	PAT :	C'est parce que j'arrive pas… À montrer ce que je ressens.
T68	MDC :	Mmh. [*pause*] Vous aimeriez lui montrer ?
T69	PAT :	Euh… Oui, des fois. Enfin j'pense que… Ça devient automatique de… De sourire et de…
T70	MDC :	Ouais.
T71	PAT :	Même si j'ai pas… Vraiment envie. De le faire.
T72	MDC :	Pis ce que vous m'avez dit, c'est que ce que vous ressentez, c'est euh… Beaucoup de colère.
T73	PAT :	Mmh.
T74	MDC :	Peut-être vous avez euh… Peur aussi de laisser sortir cette colère, comme ça… Devant elle ? Ça… C'est déjà arrivé à un moment que ça… Que ça sorte, tout ce que vous avez… Toutes ces émotions, toute cette colère ? [*pause*]
T75	PAT :	Oui.
T76	MDC :	Devant… Devant elle ?
T77	PAT :	Ouais.
T78	MDC :	C'était… C'était quand ? Avant que vous partiez de chez elle ?
T79	PAT :	Mmh. Ouais… Enfin… Quand je parle elle me siffle, du coup euh…
T80	MDC :	Ok. [*pause*] Mmh. Donc vous avez jamais pu vous faire entendre en fait. [*pause*]
T81	PAT :	Si j'ai… J'ai déjà quand même réussi à dire… Des choses que je ressentais.

T82	MDC :	Mmh.
T83	PAT :	Mais euh… Honnêtement je pense que… J'suis tellement en colère que je peux pas… Euh réagir. De toute façon… J'pense que ça sert à rien.
T84	MDC :	Vous pensez que ça sert à rien ?
T85	PAT :	Bah parce que… Quand je lui parle, j'ai l'impression qu'elle écoute pas.
T86	MDC :	Mmh.
T87	PAT :	Qu'elle entend pas ce que… Ce que je dis. [*pause*]
T88	MDC :	Pis en même temps si vous le dites pas, ça reste tout à l'intérieur de… De vous ?
T89	PAT :	Mmh. [*pause*] Mais euh… On m'a conseillé euh… D'écrire ce que je ressentais euh…
T90	MDC :	Mmh.
T91	PAT :	Dans… Dans une petite feuille.
T92	MDC :	Et ça… Ça vous l'avez fait ? [*pause*] Vous en pensez quoi de ça ?
T93	PAT :	J'ai pas commencé mais… [*pause*] J'ai pas encore… [*pause*] Fait… J'ai pas… J'ai pas encore écrit ce que… Je voulais pas euh…
T94	MDC :	Mmh. D'accord. [*pause*] Vous avez pas pu encore… Encore le faire. C'est trop difficile de l'écrire ? [*pause*]
T95	PAT :	Euh… [*pause*] Ouais. [*pause*]
T96	MDC :	Mais c'est… C'est que vous avez pas eu… Le temps de le faire ? Ou bien c'est parce que… Euh… Pour vous ça a pas de sens ? Qu'est-ce qui… Qu'est-ce qui fait que vous l'avez pas encore fait ?
T97	PAT :	Euh… J'ai déjà écrit un peu… [*pause*] Euh… [*pause*] Après j'ai arrêté parce que… [*pause*] Je sais pas…
T98	PSY :	[*Par-dessus le son de l'enregistrement*] Tu as encore un bout que tu veux… Tu veux montrer quelque chose encore ?
T99	MDC :	Juste encore…
T100	PSY :	Ok.

T101	PAT :	Je sais pas…
T102	MDC :	Y a quelque chose qui vous a arrêté ? [*pause*]
T103	PAT :	Euh… [*pause*] Euh j'ai écrit juste euh… Enfin… J'ai juste exprimé la colère…
T104	MDC :	Mmh.
T105	PAT :	Mais… [*pause*] J'ai du mal à m'avouer à moi-même que… [*pause*] Qu'elle peut pas me donner ce que j'attendais. J'ai… euh…

La médecin interrompt ensuite la diffusion de l'enregistrement. Comme je l'ai déjà indiqué, plus que cet extrait en lui-même, c'est surtout ce que les participants vont en dire qui m'intéresse. Quelques remarques s'imposent néanmoins avant d'en venir aux réactions des médecins. Un premier point, « réflexif » pour ainsi dire, a trait au rapport entre l'enregistrement réalisé en séance et la retranscription ci-dessus. L'enregistrement sonore donne accès à certaines caractéristiques sensibles de l'échange — telles que le débit et le volume de la voix — qu'il est difficile de restituer par l'écrit, quelle que soit la sophistication des techniques de transcription employées[47]. Cela a toute son importance ici puisque, comme on va le voir, certaines propriétés de la voix des interlocutrices sont particulièrement saillantes pour les acteurs en situation. Un second point concerne plus directement le contenu de l'extrait. À la fin de la séquence retranscrite, le superviseur suggère

47 Les analystes de conversation ont développé des conventions de transcription qui visent à rendre compte de propriétés vocales telles que l'intonation, le volume, les variations de ton, la vitesse et le tempo de la parole, voire la « qualité » de la voix (souriante, grinçante, tremblante, etc.). Malgré tout, ils ont d'ordinaire la prudence de préciser que « les transcriptions sont forcément sélectives dans les détails représentés » et qu'ils ne les traitent « jamais comme un substitut des données [*a replacement for the data*] » (Hepburn & Bolden, 2013, p. 57). Du côté de la phonétique, on renverrait sans doute les éléments pertinents ici à la « dynamique de la voix [*vocal dynamics*] », qui concerne notamment « la portée de la hauteur [*pitch-range*], le mouvement de la hauteur [*pitch movement*], le volume [*loudness-range*], le tempo, la continuité et le registre phonatoire ». Mais, comme le rappelle Herman Parret, les descripteurs relatifs à la « dynamique de la voix » constituent pour les phonéticiens des « catégories impressionnistes » plutôt que véritablement phonétiques, au sens où ils ne permettent qu'une qualification « approximative » de la voix (Parret, 2002, p. 42-43).

implicitement à la médecin d'interrompre l'enregistrement (« Tu as encore un bout que tu veux… Tu veux montrer quelque chose encore ? », T98). La médecin lui répond qu'elle veut poursuivre (T99). En fait, comme elle l'explique par la suite, elle a « voulu continuer parce que […] [la patiente] avait les larmes aux yeux, c'était horrible… » (T113). Elle trouvait dès lors « important » de montrer à ses collègues ces quelques secondes d'enregistrement supplémentaires (T115).

Que disent les participants de cet extrait de consultation ? La discussion va faire émerger le premier thème, celui du rapport entre médecine générale et psychiatrie. En effet, pour les participants et surtout pour le superviseur, le déroulement de la consultation vient directement interroger la délimitation des domaines de compétence respectifs des généralistes et des psychiatres, et plus concrètement la coordination entre les différents soignants qui s'occupent de la patiente. Le superviseur encourage les participants à aborder cette thématique. Mais il le fait de manière détournée, sans la thématiser explicitement, et c'est la médecin en charge du cas qui l'évoque la première :

PSY = le psychiatre

MDC = la médecin en charge du cas

T202	PSY :	Mais par rapport au… Je sais pas, au contexte de… De cette consultation. Qu'est-ce qui se passe ? Je cherche un peu à…
T203	MDC :	J'sais pas si c'est par rapport à ça, mais aussi entre médecine générale ou psychiatrie… Enfin, je… Des fois, est-ce que…
T204	PSY :	Exactement ! Là tu… Tu fais un entretien de psychiatrie. Pis… C'est à la fois super parce qu'effectivement… Exactement comme le souligne ton collègue tu fais ça très bien, t'essaies de mettre des mots avec elle, tu lui tends des perches, tu laisses du silence, c'est très bien comme tu fais ça… Mais… Y a quand même un « mais », c'est qu'elle est suivie à [*nom d'une institution de santé*] et pis au fond tu com-

> mences à investiguer avec elle, à dire des choses tout à fait pertinentes, à proposer… Pis je me disais : « Tiens, le trop peut être l'ennemi du bien ! » [*rire*] Enfin je… Je me dis, qu'est-ce qui fait que finalement… Non pas qu'il y ait… Que ce soit euh… Aussi compartimenté que ça, pis au contraire je trouve excellent que vous puissiez vous… Aussi vous intéresser, pis approfondir, c'est… Je serais bien le dernier à dire le contraire, mais… [*rires parmi les participants*] Au bout d'un moment si tu veux ça devient vraiment une consultation psy', pis je me dis… Elle est clairement déprimée, ou en tout cas elle continue à l'être, pis tu… Tu… Vraiment tu mènes un entretien psy'. Et pis je me dis… Tu vois en plus tu la questionnes sur les techniques… Enfin très finement tu lui fais dire… « Ah ben alors pourquoi vous arrivez pas ?… » Je me dis : mais alors à ce moment-là, comme tu… Comment on coordonne ça, comment tu imagines un peu ce qui se passe avec son… Son thérapeute à [*nom de l'institution de santé mentionnée plus haut*], enfin… J'ai… Je me dis, peut-être qu'elle induit aussi un peu ça.

Ainsi, pour le superviseur, la médecin conduit ici « un entretien de psychiatrie » (T204). Et si « c'est […] super » parce qu'elle « fai[t] ça très bien », la patiente est suivie ailleurs par une psychiatre et il s'agit dès lors pour les soignantes de se « coordonner » (T204). C'est sur la nécessité d'une telle « coordination » que veut insister le superviseur : sans une entente préalable entre la généraliste et la psychiatre, la contribution de la première est peut-être de « trop » — et ne peut dès lors guère constituer un « bien » (T204). Le superviseur souligne toutefois qu'il ne plaide pas en faveur d'une forme de « compartimentation » qui empêcherait les généralistes de « s'intéresser, pis [d']approfondir » des aspects relevant plutôt du psychiatrique ou du psychologique (T204). En ajoutant qu'il « serai[t] bien le dernier à dire le contraire » (T204) — c'est-à-dire à défendre une telle « compartimentation » —, le superviseur fait implicitement référence à sa fonction de psychiatre de consultation-liaison et surtout à sa participation aux groupes de discussion.

Après tout, l'un des objectifs revendiqués des séances est justement d'encourager les généralistes à se familiariser avec certains savoirs et modes de raisonnement propres à la psychiatrie.

Malgré les précautions du superviseur, la médecin se sent tenue de se justifier. Manifestement mal à l'aise, elle répond qu'elle s'est sans doute lancée dans cette discussion parce que la patiente a « tout de suite » dit « qu'elle [n']allait pas bien », même si elle devait *a priori* simplement se charger de lui faire un électrocardiogramme (T206). Le psychiatre se moque gentiment d'elle, lui lançant : « Tu lui as fait un ECG de l'âme, quoi. » (T207). À la suite de cette remarque, une autre médecin assistante répète en le reformulant l'argument précédemment soulevé par la médecin, affirmant que « c'est aussi [la patiente] qui […] amène » durant la consultation la médecin à parler de son « moral » (T220). La médecin y est même « forcée » : après que la patiente lui a dit qu'elle se sentait moins bien, elle n'aurait pas simplement pu « passer […] à un autre sujet » (T222). En réponse, le superviseur concède que la position de la médecin était « délicate » (T224). Plus fondamentalement, telle que l'envisage le superviseur, la « posture de médecins généralistes internistes » permet et demande de « pouvoir ouvrir sur toutes les dimensions, pour justement pas trop compartimenter » (T224). Il réaffirme cependant sa position concernant la nécessité d'une coordination explicite entre soignants, sans quoi on peut parvenir « à des situations où tout s'inverse » (T224). Il pense manifestement à des situations dans lesquelles la prise en charge psychologique ou psychiatrique des patients finit par être assumée — si ce n'est assurée correctement — par le médecin généraliste plutôt que par le psychiatre concerné (« […] la patiente n'arrêtait pas de se plaindre de son psy', et puis finalement c'était… Le médecin généraliste ici qui était vraiment le bon médecin et pis qui l'écoutait et tout… », T224). Nous retrouvons avec ces différentes remarques certains des éléments relatifs au rapport entre médecine générale et psychiatrie que j'ai évoqués en retraçant l'histoire des groupes Balint, en particulier autour de l'idée de « médecine de la personne entière ». On voit ici que les praticiens peuvent effectivement s'interroger sur les limites à fixer — ou non — à leur activité de généralistes. Il s'agit dans

de tels cas pour les médecins de penser tout à la fois le domaine de compétence propre aux généralistes et la manière dont leurs activités sont susceptibles de se coordonner avec celles d'autres intervenants, et en particulier des psychiatres.

L'« empathie » comme « contamination »

Dans cette discussion autour des frontières entre médecine générale et psychiatrie, c'est en partie la possibilité pour les médecins de se laisser « interpeller » par les patients qui se joue. Pour reprendre les termes du superviseur, le refus de trop « compartimenter » implique de se laisser guider en partie par les sollicitations et demandes des patients, tout en prenant garde à ne pas se trouver dans « des situations où tout s'inverse » (T224). Le second thème abordé par les participants, celui de l'« empathie », peut se lire comme un prolongement de ces réflexions. Là aussi, c'est en effet la disponibilité dont devrait faire preuve les médecins à l'égard des patients qui pose question, même si la « disponibilité » dont il s'agit est un peu différente — puisqu'elle renvoie au fait de se laisser « toucher » ou affecter par les patients. Cette autre ligne de discussion part de la remarque d'une cheffe de clinique concernant ce qu'elle perçoit comme une forme de « mimétisme » de la médecin vis-à-vis de la patiente (T127). Cette remarque intervient alors que la cheffe de clinique et le superviseur évoquent le « ralentissement psychomoteur » que présente la patiente[48]. Voici l'extrait en question :

48 Le « syndrome dépressif » est décrit dans la littérature médicale comme « l'association d'une humeur dépressive, d'un ralentissement psychomoteur, et de signes somatiques » variables. Le « ralentissement psychomoteur » combine « une diminution et une lenteur de l'activité motrice » avec un ralentissement du cours de la pensée (« bradypschie ») (Jeanneau, 2015 [2012], p. 563-565). Avec les informations données sur ce point par le superviseur, on touche à la dimension de « liaison » des groupes de discussion : il s'agit aussi pour le superviseur de transmettre aux participants certaines connaissances proprement psychiatriques. Cette dimension est très présente durant cette séance particulière, le superviseur abordant plus loin la notion d'« émoussement affectif » telle qu'elle peut être employée en psychiatrie (T154-T164), puis celles de « psychose froide » et de « schizophrénie hébéphrénique » (T174-T176).

CCL = la cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

MDC = la médecin en charge du cas

T121	CCL :	Y a un ralentissement psycho… C'est un ralentissement psychomoteur important.
T122	PSY :	C'est un ralentissement, ouais. Un ralentissement psychomoteur très important. Ouais, exactement.
T123	CCL :	Et toi tu te mets à niveau, donc euh… Enfin tu te mets… Dans le même euh…
T124	PSY :	Elle se ralentit aussi ?
T125	CCL :	Ouais.
T126	PSY :	Ouais. [*rire*]
T127	CCL :	Ouais mais genre… Non mais… Après je pense que c'est… Par mimétisme en fait. Mais si tu fais trop, on a l'impression que tu la casses en deux.
T128	MDC :	Si je fais trop… Exactement ouais.
T129	CCL :	Ouais.
T130	MDC :	De la brusquer…
T131	CCL :	C'est un peu l'image de… Mais vraiment… On sent que tu te mets un peu genre : « Ok on va y aller tout doucement, et pis… » Pour… Parce que… Enfin, elle démontre une fragilité euh… Assez importante. Elle est maigrelette, elle a un sac d'enfant, euh…

Le « mimétisme » qu'évoque la cheffe de clinique semble concerner aussi bien le rythme que l'amplitude des gestes et de la parole : la médecin doit « ralentir » pour « se mettre au niveau » de la patiente (T123), mais elle doit aussi « y aller tout doucement » (T31) de peur de « la casse[r] en deux » (T127). Le fait d'imiter la patiente se donne donc ici comme une prise en considération de sa « fragilité » (T131). La médecin valide cette interprétation : il s'agissait bien d'éviter de « brusquer » la patiente (T130).

Le superviseur revient sur ce point plus loin dans une perspective similaire, évoquant lui aussi le « mimétisme » de la médecin : « […] on a juste pas envie de risquer… On a l'impression qu'on dit une parole de trop pis on… Pis on la brise, cette pauvre jeune femme, parce qu'elle a l'air tout mal. » (T192). Mais ce n'est que plus tard, à la suite d'une question que lui adresse une participante, qu'il va avoir l'occasion d'expliciter les enjeux que soulève pour lui l'attitude de la médecin. Il le fait en revenant sur une expérience vécue, qui lui permet de clarifier ce que signifie pour lui l'« empathie » et les difficultés qu'elle pose aux soignants. L'intervention en question est exceptionnellement longue, mais sa richesse justifie à mon sens de la reproduire intégralement ci-dessous :

MA1 = la médecin assistante

PSY = le psychiatre

T270 MA1 : Moi je me demandais… Parce que… Ça m'est arrivé aussi, quand on a quelqu'un qui est déprimé en face, de… De copier l'attitude, de se mettre… Comme l'a fait [*prénom de la médecin en charge du cas*] là, au niveau de la voix, de baisser aussi, c'est une bonne chose ? Où il faut qu'on essaie plutôt de garder le ton… Enfin… Moi je m'étais laissée vraiment happer…

T271 PSY : Mmh. [*pause*] Ouais, c'est intéressant. Est-ce qu'il faudrait… Je trouve que c'est difficile de dire de manière trop générale, parce que… C'est clair si tout d'un coup… Par rapport à ça, si y a un moment où on se sent trop pris et trop mal à l'aise, dans une sorte d'identification ou je sais pas quoi, où on se fait vraiment tirer vers le bas… Alors peut-être là, c'est même… On y pense même pas, c'est naturel et bienvenu de… Alors peut-être pas de… Forcément accélérer à tout prix, mais de… D'être… De montrer qu'on est là, pis qu'on se laisse pas complètement contaminer littéralement par l'ambiance psychique. C'est quand même notre boulot, tout en pouvant être empathique pis à l'écoute. D'autres fois, je pense qu'effectivement c'est pas mal de… Enfin on doit se faire un petit peu… C'est un bon signe,

si on se fait un petit peu contaminer par le patient, parce que ça veut dire que… Quelque part c'est ça l'empathie aussi, c'est un petit peu… Dans la mesure du possible, ressentir ce qu'il est en train d'éprouver ou ce qu'elle est en train d'éprouver. Maintenant notre job, c'est de pouvoir toujours jouer entre ces deux aspects. C'est de se dire à la fois… C'est bien parce qu'on est un petit peu à niveau comme ça… C'est… C'est pas magique, c'est juste qu'on est des êtres humains avec des psychismes qui communiquent par plein de canaux, pis que tout d'un coup on est pris dans le truc, et pis c'est très bien parce que ça veut dire que quelque part on peut commencer à comprendre au-delà de… De symptômes objectifs, mais vraiment ce que ressent la personne. Mais après on doit pouvoir faire un pas de côté, et pis sans arrêt se dire : « Ben tiens… Ah oui, effectivement ça a l'air lourd, sombre et tout. Mais est-ce que vous arrivez à m'en dire un peu plus ? Est-ce qu'il y a d'autres aspects ? » Enfin… Pouvoir vraiment jouer là-dessus. Donc, dans ces moments-là probablement si on se filmait de manière fine, on verrait qu'on parle un peu plus fort, ou on reprend un autre ton de voix. Alors qu'à d'autres moments on est vraiment en train d'essayer de… De saisir ce qui se joue comme ça pour le patient, et peut-être on est tout d'un coup dans une sorte de mimétisme euh… Donc c'est plutôt ce jeu, je trouve… Qui est important à repérer, pis… Pis souvent c'est dans l'après-coup, qu'on le voit. Pis des fois ça peut être très fort ! Moi je me rappelle, au tout début… Une expérience qui m'avait beaucoup marqué au tout début de mon assistanat en hôpital psychiatrique, y avait une patiente euh… Qui était vraiment… C'est catastrophique, un trouble bipolaire complètement décompensé, elle était folle, elle… Elle hurlait dans l'unité, tout à coup elle sortait complètement nue de sa chambre, et pis… Pis vraiment elle agitait tout le service. Pis après trois-quatre semaine, on a fait un entretien de réseau, avec le SPJ [*Service de protection de la jeunesse*], pis c'était la médecin-cheffe de l'hôpital qui faisait l'entretien, qui menait l'entretien de réseau avec moi… Enfin moi j'étais là à côté pour donner des indications

sur la patiente. Pis euh… Au bout d'un moment la médecin-cheffe a clairement euh… Confronté la patiente, qui allait un petit peu mieux, enfin qui… Partait plutôt dans un versant dépressif, en disant que… Ben que c'était pas possible, enfin que ça faisait trop de choses pour ses enfants, qu'elle avait deux enfants en bas âge, pis qu'il allait y avoir un placement, ou quelque chose… Et pis euh… Bon ben la dame argumentait plus trop, mais c'était… C'était un moment difficile quoi. Et pis une heure après je vais en supervision chez l'autre médecin-chef de l'hôpital, pis le lui dis : « Mais enfin !… » Je parlais de la médecin-cheffe : « Quand même, c'est un peu dur ce qu'elle a dit ! Enfin… Quand même, c'est aller un peu vite en besogne, de placer les enfants. » Pis euh… Mon chef m'a dit : « Tu me surprends… Toi qui es plutôt attentif à ces aspects-là, tu… Tu vois bien… Enfin… Bien sûr que c'est triste, mais enfin y a plein de critères qui montrent que c'est pas possible autrement. En ce moment hein, après les choses peuvent évoluer. » Pis j'étais un peu… Je me disais : « Ah mais oui… Mais qu'est-ce qui m'arrive ? » Pis il a rigolé, et il m'a dit : « Tu vois, ça c'est exactement euh… Des choses où littéralement y a quelque chose de cette dame, de la révolte de cette dame qui… Qui s'est déposé littéralement en toi. » Alors après ensuite à froid, je me suis dit : « Mais bien évidemment qu'il fallait faire ça ! » Et pis… C'était très troublant, mais il a rigolé et il m'a dit : « Mais c'est ça qui fait qu'on fait notre boulot, c'est de réussir à… Même d'accepter que des fois on est complètement pris dans le truc un petit moment, pis on prend… On s'identifie même avec la part un peu de révolte, ou malade de la patiente, et pis que… » Pis il m'a dit : « Mais c'est très bien, il faut que ça se passe comme ça, surtout au début. » Mais après pour faire… Le jeu ensuite au niveau professionnel, c'est que… Dans les cinq minutes, ou assez rapidement, dire : « Ok, on peut comprendre, se mettre à côté de cette dame, mais euh… Ben non, ça va pas, elle est en phase maniaque, elle fait… Elle fout en l'air toute la vie de famille pour ses enfants, donc il faut faire quelque chose. » Mais c'est… Il me disait : « C'est ça notre job, sans arrêt euh… Être touché par la personne,

même avec ses tripes et pis… Pouvoir s'identifier, pis en même temps pouvoir dire : "Non mais… Qu'est-ce qui se passe ?" » Pis je… Pour moi ça a été vraiment un… Alors c'était assez massif, heureusement ça arrive pas chaque fois, qu'on se laisse prendre comme ça. [*rire*] Mais c'est… Je trouvais que par rapport aussi à d'autres situations c'était une belle image, sans faire trop de théorie psychanalytique sur euh… Les transferts et contre-transferts, juste se dire… Si on est vraiment effectivement dans une posture comme ça d'écoute de ce qui se passe, on se laisse toucher par des choses… Assez puissantes des fois, qu'on n'arrive pas tout de suite à sentir. Mais notre job, c'est de pouvoir euh… Le métaboliser pis en faire quelque chose. Comme ça on peut à la fois… Le patient sent… C'est aussi ça qui se passe, le patient sent qu'on l'a compris, pis il voit qu'on… Pis en même après ça le rassure, parce qu'il voit que… Ben notre boulot c'est qu'on réinjecte des choses euh… Plus… Plus professionnelles, en disant : « Non mais là ça va pas, il faut prendre un médicament. » Ou « Là, il faut pouvoir prendre du temps pour soigner ça. » Enfin… Je sais pas si c'est clair ? Et pis là effectivement je pense que toi tu… Tu fais très bien ça, enfin on a l'impression que peut-être ton attitude mimétique c'est vraiment de te mettre à côté d'elle, mais en même temps tu creuses, t'avances, tu… Ça n'empêche pas la question qu'on disait en amont sur euh… Jusqu'où toi tu fais ce job avec elle, et en parallèle avec cette psychiatre… Qui a l'air aussi de beaucoup s'investir, vu comme elle vient… T'engueuler, pratiquement, en te disant qu'il faut la voir rapidement… Bon… Ce qui est plutôt… Enfin c'est pas très agréable et je pense que ça doit pas se faire comme ça, mais c'est un signe que cette patiente suscite euh… L'envie qu'on s'occupe d'elle. Enfin elle suscite ça, parce que c'est pas toujours que les… Je trouve que nos collègues installés téléphonent en disant : « Non mais enfin, vous l'avez toujours pas vu ? » C'est… Ça dit en creux que probablement cette jeune patiente effectivement elle touche beaucoup pis on a envie… On s'inquiète pour elle quoi, pis on a envie que les choses avancent.

Que dire de cette longue réponse, qui s'étend sur près de six minutes ? Relevons d'abord que le retour sur sa propre expérience — que désigne le terme anglais, difficilement traduisible, de « *self-disclosure* » — opéré par le superviseur fonctionne comme un opérateur de normalisation et de généralisation de la situation que traverse la médecin[49]. Cet emploi de la « voix de l'expérience » — pour reprendre une expression de Melvin Pollner et Jill Stein, qui désignent par là les énonciations qui peuvent se réclamer de l'« implication personnelle » au sein d'un monde social (Pollner & Stein, 1996, p. 207) — fait en effet fond sur une pratique de la médecine au sens large plutôt que sur un vécu présenté comme spécifique aux psychiatres par rapport aux généralistes. C'est d'une expérience propre aux médecins en général qu'il s'agit ici. L'usage répété du pronom « *On* » par le superviseur dans son intervention va dans le même sens : il désingularise le vécu de la médecin en le réintégrant « dans un monde commun, marqué par l'interchangeabilité des perspectives, la congruence des expériences et la conformité avec ses semblables » (Kaufmann, 2010, p. 346). Il est dès lors manifeste que ce vécu n'est pas pour le superviseur un phénomène isolé ou idiosyncrasique, mais qu'il peut au contraire être rapporté à un ensemble d'expériences largement et ordinairement partagées par les médecins.

Plus fondamentalement, l'intervention du superviseur contient deux ensembles d'éléments enchevêtrés. Il travaille d'une part à qualifier ce qui se joue dans de tels cas entre médecin et patient. Il emploie pour ce faire un lexique hétérogène, qui exprime de diverses manières l'idée d'une « transmission » infradiscursive, involontaire et dans une certaine mesure irrépressible de ce que « ressent » le patient. Pour le superviseur, ce qui survient ici est bien du registre de l'« empathie », qu'il définit comme le fait pour le médecin de « ressentir ce qu[e le patient] est en train d'éprouver » (T271). Le médecin « s'identifie » au patient, mais cette « identification » ne

49 Je m'inspire ici de l'analyse que font John Heritage et Anna Lindström d'un cas de « *self-disclosure* » comparable, tiré d'une interaction entre une infirmière et la patiente dont elle s'occupe (Heritage & Lindström, 2012, p. 270-272).

procède pas de sa volonté : il est « contaminé », « complètement pris dans le truc », « touché [...] avec ses tripes » (T271). Plus encore, c'est quelque chose du patient qui « se dépose littéralement en [lui] » (T271). Le fait d'« être pris » traduit néanmoins une forme de disponibilité préalable de la part du médecin, puisque cela suppose que le médecin « se laisse toucher » par le patient face à lui (T271). En affirmant que nous sommes « des êtres humains avec des psychismes qui communiquent par plein de canaux » (T271), le superviseur indique par ailleurs que cette « prise » ne procède pas pour lui que du langage. L'attitude corporelle du médecin s'en trouve directement transformée : le superviseur reprend ici le thème du « mimétisme », évoquant l'« attitude mimétique » de la médecin (T271)[50].

Outre ses efforts pour qualifier ce dont il est question, le superviseur s'attache à définir les conséquences de la « contamination » qu'il décrit. C'est là le deuxième grand thème de son intervention. Ces conséquences sont *a priori* positives, mais peuvent se révéler problématiques. Sur son versant « positif », l'« empathie » apparaît comme condition d'une « écoute » et d'une « compréhension » véritables (T271). Être « pris » se révèle bénéfique « parce que ça veut dire que quelque part on peut commencer à comprendre au-delà de... De symptômes objectifs, mais vraiment ce que ressent la personne » (T271). Réciproquement, le patient « sent qu'on l'a compris » (T271). Évidemment, et comme il l'indique lui-même, les remarques du superviseur sont ici teintées de psychanalyse. C'est bien une réflexion concernant la problématique du « contre-transfert » qu'il développe lorsqu'il affirme que la patiente « suscite » l'inquiétude et la sollicitude des soignantes (T271). On trouve la même

50 C'est un point important. Le superviseur tend à suggérer que la réaction émotionnelle de la médecin s'appuie à la fois sur des indices corporels — la détresse si manifeste de la patiente — et sur les informations dont elle dispose quant à sa situation. Pour reprendre les termes de la philosophe Frédérique de Vignemont, on aurait ici une forme de complémentarité entre « empathie miroir », « provoquée par la *perception d'indices émotionnels* » corporels chez autrui, et « empathie reconstructive », « induite par la *simulation de la situation émotionnelle* de l'autre » (de Vignemont, 2008, p. 338, en italique dans l'original). À noter cependant que de Vignemont choisit de considérer « empathie miroir » et « empathie reconstructive » comme inconciliables.

idée chez Michael Balint, comme je l'ai amplement souligné dans la première partie de cet ouvrage. C'est l'une des raisons pour lesquelles celui-ci conseillait aux médecins participant à ses « séminaires » d'« "écouter" » leurs « réactions émotionnelles » face aux patients : il les invitait à les comprendre comme une « information » faisant « partie de la situation plus générale se développant entre le patient et [eux] » (Balint, 1996 [1957], p. 156, traduction modifiée). Sur son versant plus « négatif », l'« empathie » se révèle problématique selon le superviseur parce qu'elle peut atteindre le médecin dans ses capacités et ses responsabilités à l'endroit du patient. C'est qu'elle le « tire vers le bas », le « met mal à l'aise », l'empêche de voir la situation clairement, « à froid » (T271). Il s'agit alors pour le médecin de se montrer capable de « faire un pas de côté » et de « réinjecter des choses plus professionnelles » dans la consultation (T271). Cette prise de distance se joue souvent « dans l'après-coup » (T271). Elle permet aussi de « rassurer » le patient, qu'un médecin trop « pris » ou affecté pourrait inquiéter (T271).

Dès lors, tel que l'envisage le superviseur, le « job » du médecin est de « pouvoir toujours jouer » entre ces deux registres (T271). Le déplacement qui s'opère entre une posture et l'autre — le « pas de côté » qu'évoque le superviseur — se traduit très concrètement dans l'attitude du médecin : « […] dans ces moments-là probablement si on se filmait de manière fine, on verrait qu'on parle un peu plus fort, ou on reprend un autre ton de voix » (T271). Le médecin rompt avec le « mimétisme » qui caractérisait jusque-là son comportement face au patient. Mais cela ne diminue en rien l'importance de ces « autres moments » où il « est vraiment en train d'essayer de… De saisir ce qui se joue comme ça pour le patient » (T271). L'essentiel est de pouvoir passer d'une posture à l'autre : elles ne s'excluent pas mutuellement, mais constituent plutôt des « moments » diversement nécessaires du « job » que doit accomplir le médecin face à son patient (T271). Ainsi, le médecin doit se montrer capable du genre d'attention et de disponibilité qui lui permettra d'« être pris », mais aussi de la rigueur et de la distance critique nécessaires à « se déprendre ». On a là une modalité ordinaire mais intéressante de se

figurer deux « postures » pertinentes pour les soignants, envisagées comme des « moments » successifs et complémentaires du soin plutôt que comme des attitudes ou des « sensibilités » antinomiques.

Une ressource théorique : Éric Landowski et l'« esthésie »

Si ce point me semble particulièrement intéressant, c'est que les propositions du superviseur suggèrent une forme ordinaire d'articulation entre des modes de rapport à autrui souvent considérés comme difficiles à concilier, en particulier concernant les interactions thérapeutiques. Ces enjeux se présentent de manière spécifique dans le cadre de la médecine et des soins, en raison notamment de la place particulière qu'y occupent les émotions et la corporéité. Mais on les retrouve plus généralement dans nombre de métiers de service où la place de l'émotion peut s'avérer problématique, entrant en confrontation avec certains « répertoires normatifs » et modes de justification des activités qui la déconsidèrent ou la marginalisent : impératifs organisationnels ou de gestion, contraintes de productivité et de rendement, idéaux de justice mettant l'accent sur l'impartialité et le traitement égal des personnes, etc. (Barbot & Dodier, 2014, p. 3-4). Dès lors que l'émotion figure une forme de « partage » ou de « proximité » vis-à-vis des bénéficiaires, elle peut en effet venir menacer les principes qui valorisent au contraire l'« objectivité », la « distance », ou la « neutralité » des agents. Elle se donne alors comme un « biais » potentiel, pouvant conduire les agents à tolérer ou commettre certaines « transgressions » manifestes au regard des repères censés organiser leur activité (Molinier, 2000, p. 57). À l'inverse, la prégnance de modalités « objectivantes » de raisonnement et de rapport à autrui dans le cadre des métiers de service peut faire craindre une « déshumanisation » des activités considérées — le regard « distant » ou « détaché » porté sur les situations et bénéficiaires apparaissant ainsi moins comme un gage de « sérieux » et de « professionnalisme » que comme une coupable « mise à distance », voire comme une forme de violence exercée à l'encontre de « sujets » dont le « vécu » propre se verrait ainsi nié ou invisibilisé (Molinier, 2000, p. 69). La critique se porte dans de tels cas sur

l'absence supposée d'« empathie » ou de « compassion » des agents institutionnels, présumés incapables d'entrer authentiquement en relation avec ceux dont ils doivent s'occuper du fait de cette « distance » — que celle-ci soit volontairement entretenue ou non.

Les reproches virulents que le sémioticien Éric Landowski adresse à la médecine contemporaine — à « la médecine dite moderne », pour reprendre ses termes — offrent un bon exemple de ce dernier registre critique. Il me paraît pertinent de les exposer ici, parce qu'ils entrent de manière intéressante en confrontation avec la situation analysée. Landowski oppose le « regard externe » ou « objectivant » caractérisant pour lui « la pensée et les pratiques médicales » à la forme interactionnelle qu'il valorise, qui reste en deçà du discursif, de l'interprétatif, voire du « cognitif » (Landowski, 2004, p. 79-80). Cette manière d'interagir avec autrui se donne pour Landowski comme une « compréhension intersomatique », où « la perception des manifestations somatiques de certains états vécus par autrui [a] pour effet de nous faire, presque automatiquement, contracter les mêmes états ». Landowski illustre ce qui distingue ces deux « régimes d'interaction » en prenant l'exemple du rire. Il faut selon lui distinguer le rire que peut par exemple déclencher « une plaisanterie ou un mot d'esprit » du « fou rire ». Dans le premier cas, « notre réponse procède […] d'une démarche de type cognitif et analytique relativement distanciée qui consiste au fond à évaluer implicitement le degré de "comicité" du discours qui nous est adressé, et aussitôt, par le degré d'intensité de notre rire (ou au contraire par son absence), à le sanctionner ». Au contraire, avec le fou rire, c'est la seule « contagion intersomatique » qui a cours[51]. Le rire « se propage […] indépendamment de la transmission de quelque objet de valeur que ce soit sur le plan cognitif » (Landowski, 2004, p. 114-116). Dans cette dynamique,

51 Landowski parle plus fréquemment de « contagion », mais il indique que le terme de « contamination » est à ses yeux à peu près équivalent (Landowski, 2004 : 113, *infra*). On soulignera à cet égard la proximité entre son lexique et celui qu'emploie le superviseur dans l'extrait analysé — tout en rappelant qu'il s'agit là d'expressions usuelles et anciennes, puisque la transmission « passive et involontaire » des émotions pouvait déjà être envisagée comme une « contagion passionnelle » au Moyen Âge (Delaurenti, 2016 : 27).

« je ne ris plus *de quelque chose* mais *avec quelqu'un* ». C'est alors « la *présence même* d[u] sujet [riant] à son autre qui devient, à elle seule, en mesure de faire que le second, de son plein gré ou à son corps défendant, se trouve en quelque façon *agi, transformé, contaminé* par le premier » (Landowski, 2004, p. 124 & p. 129, en italique de l'original). Autrement dit, dans le genre d'interactions que veut mettre en valeur Landowski, « le corps ne fait pas *signe* sur la base de quelque code préétabli (sinon on serait déjà dans l'ordre du discours articulé) mais il fait *sens*, immédiatement et dynamiquement — en acte —, sur le mode du *corps à corps esthésique* » (Landowski, 2004, p. 117, en italique de l'original). Le domaine de l'« esthésie » est donc celui que déploie la coprésence entre deux « corps-sujets », c'est-à-dire le « rapport réciproque entre présences immédiatement sensibles ». Il se caractérise par une compréhension qui se passe de « décodage » ou d'« interprétation » : l'individu sent « directement » et partage jusqu'à un certain point les états de l'autre (Landowski, 2004, p. 91).

Dans la réflexion de Landowski, la médecine « moderne » — dans sa globalité, puisqu'il ne fait pas de distinction entre « spécialités » et encore moins entre praticiens — fait figure de repoussoir à cet idéal de communication. Les médecins n'ont plus, du fait du « raffinement des connaissances et [de] la précision des instruments de mesure » du « fonctionnement biologique du corps », « de raisons de se sentir concernés par ce que, pour nous patients, ce même corps peut signifier qualitativement, de l'intérieur ». On notera que le médecin figure ici une altérité radicale : Landowski oppose la perspective des médecins à celle des patients — et adopte résolument la seconde, pour lui et ses lecteurs. Ainsi, les médecins ne se soucieraient guère des « états d'âme éventuels du malade, c'est-à-dire de la *personne* » : dans l'espace de la consultation, la « subjectivité souffrante […] sera une fois pour toutes laissée à elle-même ». La seule préoccupation des médecins irait aux « états scientifiquement observables, et si possible mesurables, d'*organismes* anonymes, ceux de ces véritables non-personnes que sont, ou qui le deviennent aussitôt placés sur la table d'auscultation

ou sur le lit d'hôpital, les "patients" » (Landowski, 2004, p. 79-80, en italique dans l'original).

Dès lors, la médecine constitue pour Landowski « le domaine du savoir où persistent les formes de scientisme les plus réductionnistes, et accessoirement les plus cruelles ». Lorsqu'il s'agit de « guérir scientifiquement un corps malade », rien ne sert pour les médecins « de s'égarer du côté de ce qu'éprouve le sujet souffrant ». Il ne faut pas se faire d'« illusions » : « […] "guérir", médicalement parlant, ce n'est pas changer qualitativement d'état et se sentir mieux, c'est donner, à l'analyse, des résultats quantitatifs (taux, rythmes, pression, etc.) qui entrent dans la "bonne fourchette" ». Les « appréciations » et « questions » du malade n'ont ainsi aucune importance pour les médecins — si ce n'est qu'elles sont susceptibles de les « déranger ». C'est que, dans le cadre de la médecine dite « moderne », « éprouver » n'est pas « connaître » — et, réciproquement, « soigner n'est pas compatir » (Landowski, 2004, p. 80-81). Le regard objectivant du médecin réduit donc à l'insignifiance le corps tel que peut l'éprouver ou le vivre le patient, dans sa « totalité » ou son « intégrité ». Autrement dit, le patient ne peut être qu'un embarras pour les soignants dès lors qu'il leur apparaît comme une « personne » avec laquelle il s'agit d'entrer en rapport plutôt que comme un simple « organisme » dont le fonctionnement doit être rétabli. Finalement, si la médecine « guéri[t] les corps », « elle tue systématiquement les âmes » : « elle ne nous sauve physiquement […] qu'en nous réduisant à la condition de non-sujets ». En effet, elle laisse « nécessairement en suspens la question même du sens en tant que dimension inhérente à l'expérience vécue, de l'intérieur, par le sujet ». La médecine « chosifie la personne », « la déshumanis[e] dans la mesure où [elle] désémantise son corps », en donnant « une "signification" (savante, technique, "objective") à ce que l'observation permet de relever sur le plan physiologique » (Landowski, 2004, p. 84).

Face à une position telle que celle de Landowski, qui envisage la médecine comme le domaine d'expression par excellence d'un regard « objectivant » conduisant à l'oubli — voire à la négation — de l'autre en tant que « sujet », que penser du cas que nous avons

abordé ? On a vu que les participants étaient durant la séance considérée invités par le superviseur à mesurer les apports de l'« attitude empathique » qui conduit le médecin à « ressentir ce qu'éprouve le patient » et à dépasser ainsi le niveau des seuls « symptômes objectifs » sans pour autant minimiser l'importance du « pas de côté » qui lui permettra de considérer la situation « à froid » ou plus « professionnellement » (T271). Certes, cette position est sur le plan normatif très éloignée de celle de Landowski, qui critique de manière unilatérale l'une de ces deux attitudes que le superviseur envisage comme complémentaires. Mais le sémioticien ressaisit cette opposition de manière assez similaire — soulignant que, quels que soient les bénéfices de la « mise en syntonie des sujets » qu'il valorise, elle ne peut s'instaurer qu'au prix d'une « abolition de la distance critique, [d'une] suspension de la compétence cognitive et interprétative (c'est-à-dire objectivante) » (Landowski, 2004, p. 117). Le superviseur joue ainsi sur des ressorts descriptifs et normatifs proches de ceux qu'emploient Landowski et les commentateurs qui formulent des critiques similaires à l'encontre de la médecine — des ressorts somme toute très ordinaires, puisqu'ils s'appuient sur une double distinction fondamentale : entre « émotion » et « raison », d'une part, et entre « sujet » et « objet », d'autre part.

Débattre de l'émotion « juste »

Mais il faut faire un pas de plus dans l'analyse. En fait, ces interrogations sur le rapport entre proximité « empathique » et mise à distance « critique » peuvent être envisagées — sur un mode banalement sociologique — comme une manière de thématiser l'ambiguïté propre à certaines des attentes normatives qui caractérisent le rôle social de médecin. Parsons a relevé très tôt qu'il est généralement attendu des médecins qu'ils fassent preuve d'une certaine « neutralité affective » dans le cadre de leur activité : il leur faut « éviter les engagements émotionnels vis-à-vis de [leurs] patient[s], qu'il s'agisse d'affection ou de colère, d'approbation ou de désapprobation morale ». Une telle « neutralité affective » participe à différencier la relation médicale des relations personnelles

(Parsons, 1949 [1942], p. 292). Cependant, comme l'a remarqué plus tard Parsons, « certains types d'affects [*affectivity*] sont non seulement permis, mais attendus » des médecins « à certains stades [du traitement] et dans des conditions soigneusement contrôlées » : les médecins doivent parfois savoir faire preuve d'« empathie » (Parsons, 1970 [1964], p. 336)[52].

On peut se dire que le fait de concilier certaines manifestations d'émotion avec un idéal normatif plus général de sérieux, de distanciation, de rigueur, d'équanimité et de suspension du jugement moral ne va pratiquement pas sans poser certains problèmes. C'est bien ce qui se joue dans la situation considérée. L'enjeu n'est pas seulement pour les médecins de mettre à distance leur « subjectivité » pour produire la « commensurabilité » de leurs actions et jugements par-delà les situations singulières (Dodier, 1990, p. 138-139). Il s'agit aussi de faire place à cette « subjectivité », dans la mesure où elle se donne comme une forme de rupture vis-à-vis d'un traitement « objectivant » des patients — qui risquent sans cela de n'être envisagés que comme des « cas » interchangeables. Évidemment, la question de l'émotion dans la pratique médicale constitue à la fois une source de tension et de discussion pour les praticiens et un terrain propice à la critique pour ceux qui les observent. Ici comme ailleurs, l'inscription dans un même monde social prive les commentateurs et analystes d'une part de leur originalité : les repères

52 Parsons en est semble-t-il venu à prendre en considération cette dimension d'« empathie » en partie sous l'influence de Renée C. Fox (Parsons, 1970 [1964], p. 336, *infra*). Celle-ci réfléchissait notamment durant les années 1950 à ce qu'elle allait nommer le « *detached concern* », i.e. la capacité progressivement acquise par les étudiants en médecine à « combiner les attitudes contraires de détachement et de préoccupation [*counterattitudes of detachement and concern*] de manière à atteindre l'équilibre entre objectivité et empathie qui est attendu des médecins matures dans les diverses situations professionnelles qu'ils rencontrent » (Fox, 1979 [*circa* 1957], p. 56). On peut relever que, si le thème des émotions prend une place considérable dans la sociologie de la médecine de Parsons, c'est qu'il les envisage comme potentiellement problématiques : les émotions risquent de pousser les médecins à déroger aux exigences de leur rôle social. C'est d'abord la « tension émotionnelle » que peuvent susciter chez les médecins l'incertitude et l'impuissance qu'il a en vue (Parsons, 1964 [1951], p. 450). Mais la dimension proprement psychanalytique de la réflexion de Parsons l'amène aussi à insister sur la nécessité pour les médecins de contrôler leurs réactions « contre-transférentielles » à l'endroit de leurs patients (pour un passage très explicite à ce sujet, voir Parsons & Fox, 1982 [1951], p. 153).

sur lesquels s'appuient leurs jugements informent déjà les pratiques qu'ils prétendent évaluer. Autrement dit, la question de l'émotion « juste » se pose déjà aux médecins. La discussion restituée ici montre comment les groupes de discussion peuvent encourager les praticiens à en développer et à en approfondir à leur manière les implications. Ils fonctionnent à cet égard comme des « *formes collectives locales de retour sur la compassion* » et plus généralement les émotions, pour reprendre une expression de Janine Barbot et Nicolas Dodier : ils permettent aux acteurs concernés de confronter et élaborer en commun des « manières de faire » avec l'émotion — grâce à elle ou malgré elle (Barbot & Dodier, 2014, p. 5, en italique dans l'original).

Troisième problème. Assurer la coordination

La relation médicale implique normativement du médecin et du patient qu'ils poursuivent en commun une visée instrumentale : celle de la guérison du patient — ou, du moins, d'une péjoration aussi limitée que possible de son état. C'est ce que Parsons nommait l'« orientation vers la collectivité [*collectivity-orientation*] » : la structure de la relation suppose que le médecin et le patient ne poursuivent pas des objectifs qui leur sont propres mais une intention commune, propre à la « collectivité » qu'ils forment (Parsons, 1964 [1951] : 435-438). Quoique la guérison ne soit pas toujours possible, il n'en reste pas moins attendu du patient comme du médecin qu'ils fassent de leur mieux pour limiter et circonscrire autant que possible les effets incapacitants ou délétères des troubles qui affectent le premier[53]. Ils se trouvent dès lors engagés dans un « faire ensemble »

53 C'est là un argument que Parsons formulera à la fin de sa vie, au moment de répondre aux critiques qui considèrent que la définition qu'il offre du « rôle de malade » ne convient pas au cas particulier des maladies chroniques. Il donne ainsi l'exemple du diabétique — il l'était alors lui-même — se pliant à certaines restrictions alimentaires et prenant comme il se doit les médicaments qui lui ont été prescrits (Parsons, 1975 : 259). Soulignons que cette réflexion sur la « *collectivity-orientation* » caractéristique des relations médicales et plus généralement professionnelles vise évidemment le niveau des institutions sociales et non celui des individus ou collectifs concrets — contrairement à l'interprétation qu'en font certains critiques, dont Eliot Freidson (Freidson, 1970 : 80-82).

qui nécessite la définition plus ou moins explicite de buts concrets auxquels tous deux souscrivent ainsi qu'une forme de « division du travail » leur attribuant à chacun certaines tâches à réaliser ou certains efforts à fournir. Ce « faire ensemble » et la « coordination » plurielle qu'il implique se manifestent de multiples façons — et leurs « ratés » donnent ainsi lieu à des difficultés diverses pour les médecins. Ce sont ces difficultés qui nous occuperont dans le cadre de cette troisième partie. Nous y aborderons la « coordination » entre médecin et patient à la fois dans sa dimension « concrète » d'organisation et dans sa dimension normative ou « morale », mettant en jeu ce qu'ils donnent à voir d'eux-mêmes et de leur rapport à la « collectivité » qu'ils forment.

Mais avant d'aller plus loin, évoquons un cas qui nous permettra de préciser les enjeux dont il sera question. Il ne provient pas d'une séance de discussion collective, mais d'une brève supervision individuelle rassemblant un psychiatre et une cheffe de clinique de la Policlinique, sollicitée de manière impromptue par cette dernière[54]. La difficulté de « coordination » que met en jeu ce cas concerne directement la question des objectifs fixés à la prise en charge. Du fait de son caractère relativement exceptionnel et de la relation médicale extrêmement fragile qu'il donne à voir, il révèle en négatif certains attendus élémentaires des consultations ordinaires. Il offre ainsi une porte d'entrée intéressante pour commencer à évoquer les perturbations du « faire ensemble » unissant médecin et patient, ainsi que les questionnements qu'elles suscitent chez les praticiens.

Le patient en question est polytoxicomane. Il est suivi depuis peu par un médecin assistant de la Policlinique. Selon la cheffe de clinique, celui-ci l'« a tout de suite appelée » après avoir rencontré le patient pour la première fois deux semaines auparavant « parce que ça avait l'air compliqué » (T24). C'est en raison de cette « complexité » que la cheffe de clinique a elle-même voulu s'en référer au psychiatre. Elle résume initialement la situation ainsi :

54 J'ai assisté à cette supervision et l'ai enregistrée dans le cadre de mes observations à la Policlinique.

CCL = la cheffe de clinique

T10 CCL : Mais euh ouais… C'est un patient avec lequel je suis un peu embêtée parce que… Enfin c'est un nouveau patient à la [*Policlinique*] qui est adressé par [*nom d'une institution proposant des séjours résidentiels à des personnes souffrant de toxicodépendance*] comme ça, « paf ». Parce qu'il avait pas de médecin traitant, parce que… Ben voilà son médecin traitant qu'il avait il veut plus lui prescrire l'Oxynorm [*i.e. un analgésique opioïde de la classe la classe « Oxycodone », à laquelle appartient également l'OxyContin*] il veut plus le suivre, il veut plus rien faire… Enfin c'est clairement quelqu'un qui a abusé de beaucoup de choses, je crois qu'il… sniffe encore de la cocaïne, enfin…

Mais l'enjeu particulier de cette situation pour la cheffe de clinique ne tient pas vraiment à la toxicodépendance du patient — du moins pas directement. Il renvoie plutôt au fait que celui-ci présente par ailleurs d'autres problèmes de santé, dont il aurait à son avis fallu se soucier il y a bien longtemps déjà. Ces problèmes avaient déjà été objectivés plusieurs années auparavant, comme en témoignent des radiographies réalisées en « 2012 ou 2013 » retrouvées par les soignants de la Policlinique (T24). La cheffe de clinique en explique la nature dans l'extrait suivant :

CCL = la cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

T36 CCL : Alors je sais pas exactement ce qui c'est passé au niveau de la… Au niveau de sa hanche, mais je pense qu'il a fait… Une euh… Une nécrose euh avasculaire de… De la hanche, et pis en gros maintenant euh… Y a plus du tout la tête… Fémorale enfin, je veux dire y a… Y a une espèce de moignon qui est impacté dans le bassin enfin…

T37 PSY : Donc y a des raisons entre guillemets objectives d'avoir euh…

T38	CCL :	Oui.
T39	PSY :	Des grosses douleurs dans le bassin.
T40	CCL :	Mais pour lesquelles il faudrait prévoir une PTH [*i.e. une prothèse totale de hanche*] enfin, une prothèse de la hanche probablement bientôt et tout ça mais… En attendant, lui… C'est l'Oxynorm qu'il demande, pas une PTH, enfin… [*rire*] Pis du coup j'sais pas [*soupir*]… Y a pas tellement de psy dans le [*soupir*]… Dans le contexte, et pis y a pas tellement de sevrage non plus, c'est vraiment apparemment un placement social…

Comme le précise plus loin la cheffe de clinique, le patient se trouve dans une situation d'extrême précarité : il semble avoir été sans domicile fixe « pendant tout un temps », et il est durant cette période entièrement sorti du « système de soins » (T118). Or, l'état de sa hanche aurait nécessité une prise en charge rapide déjà à l'époque où les radiographies qu'elle mentionnait ont été réalisées : de l'avis de la cheffe de clinique, le patient aurait dû être opéré « il y a dix ans », voire « plus » (T119). Ce qui rend pour elle cette prise en charge si « complexe », c'est que — comme elle l'indique dans l'extrait précédent — le patient ne demande pas lui-même cette prothèse totale de la hanche dont il a si manifestement besoin. Il sollicite plutôt les soignants de la Policlinique pour obtenir les analgésiques qu'ils sont susceptibles de lui fournir. Comme le résume la cheffe de clinique, « […] il vient chez [eux] juste pour l'ordonnance, quoi. » (T60). Mais s'en tenir à lui prescrire des analgésiques, ce n'est guère pour la praticienne honorer sa vocation thérapeutique — d'où une certaine « mauvaise conscience », qu'elle évoque à la fin de son entrevue avec le psychiatre (T122).

Ce qui fait problème ici, c'est l'objet même de la relation entre médecin et patient. En l'absence d'accord sur ce qui importe et sur ce dont il faudrait donc se préoccuper dans la prise en charge, les rapports entre médecin et patient ne peuvent qu'être en tension. Ici, la nature particulière des troubles dont souffre le patient implique une (relative) suspension de l'attribution de responsabilité concernant sa tendance à réduire les enjeux de la relation médicale

à la seule obtention d'analgésiques. Mais ce que dit la cheffe de clinique de la trajectoire thérapeutique du patient — finalement abandonné par son médecin traitant — tend à indiquer qu'une telle divergence quant aux attendus et objectifs de l'association entre médecin et patient peut s'avérer difficile à tolérer pour les praticiens. L'activité conjointe du médecin et du patient implique un minimum de consensus quant à ce qu'elle doit chercher à faire advenir. En l'absence d'un tel consensus, et si ce sont les visées des patients qui s'imposent, les médecins tendent à avoir le sentiment de ne pas remplir leur rôle — comme dans le cas que nous venons d'aborder — ou d'être « manipulés » — comme nous l'avons vu précédemment.

Les situations considérées dans le cadre de cette troisième partie font intervenir d'autres formes de « ratés » dans le « faire ensemble » qui rassemble médecin et patient. Comme les analyses déjà présentées, elles ne prétendent pas épuiser la diversité des difficultés que rencontrent à cet égard les médecins. Il me semble cependant qu'elles permettent d'en identifier certains aspects saillants et de les problématiser. La première séance donne à voir, à partir du cas d'un médecin assistant en difficulté face à un patient atteint dans ses capacités cognitives, certaines exigences communicationnelles de bas niveau propres à la consultation. Elle invite aussi à s'interroger sur les efforts de « normalisation » susceptibles d'être déployés par les médecins pour inclure leurs patients dans des formats interactionnels dont ceux-ci peinent à respecter les impératifs et attendus. L'analyse de la deuxième séance nous permettra de nous interroger sur certains des enjeux relatifs à la communication aux patients de résultats médicaux, tels que les médecins peuvent les envisager et les exprimer. La troisième séance concerne plus généralement la question de la « participation » des patients au processus thérapeutique. Elle nous donnera l'occasion de questionner les attentes de participation très diverses que peuvent entretenir les médecins à l'endroit de leurs patients, de l'implication dans les consultations à l'engagement vis-à-vis d'objectifs thérapeutiques partagés. Ces trois situations nous amèneront ainsi à aborder diversement les enjeux du « faire collectif »

qui se joue entre médecin et patient — i.e. du « *Nous* » qu'ils sont susceptibles de former ou non, au degré de solidité et de cohésion évidemment très variable.

1. Parler ensemble

Il s'agira dans cette sous-partie de s'interroger sur les efforts interactionnels de « normalisation » déployés par les médecins face à des patients auxquels fait défaut une capacité minimale de compréhension des informations qui leur sont délivrées, des questions qui leur sont posées, des propositions qui leur sont faites, etc. Ces efforts de « normalisation » se traduisent chez les médecins par une série d'ajustements interactionnels visant à reproduire le cours et les attendus d'une consultation « ordinaire » malgré les limitations cognitives manifestes de leurs interlocuteurs. Comme on le verra, de tels ajustements semblent à partir d'un certain point inutiles — et c'est alors la pertinence même de la consultation en tant que format interactionnel qui est mise en question dans le cas des patients concernés. Nous pourrons aussi constater que cette « normalisation » a une portée ambiguë : si elle se donne d'un côté comme une tentative louable de la part des médecins pour composer avec certaines lacunes et déficiences chez leurs patients, elle apparaît de l'autre comme l'imposition à ces derniers d'un « format de participation » dont ils ne peuvent ni tolérer les exigences ni respecter l'organisation. La volonté des médecins de s'assurer de la bonne compréhension des informations qu'ils transmettent aux patients est particulièrement significative à cet égard.

L'interlocution mise à mal

La séance que je vais évoquer rassemble onze médecins, dont le psychiatre chargé de l'encadrer. Le patient dont le cas est discuté par les participants a un peu plus de soixante-dix ans (T1). Il présente « une démence frontotemporale » ainsi qu'un diabète de type 2 (T1). Il est accompagné de son épouse durant la consultation. Le médecin en charge du cas — un jeune médecin assistant — explique que des épisodes de « *binge eating* » rendent le diabète du patient difficile à

« gérer » (T1). C'est pour cette raison qu'il l'a convoqué : il voulait lui proposer d'introduire un nouveau médicament dans son traitement, médicament qui permettrait d'assurer un meilleur contrôle de son taux de glycémie mais présente certains effets secondaires (T5). C'est sur ces différents éléments que s'ouvre la séance. La présentation du cas par le médecin assistant qui en est responsable est ponctuée de commentaires laconiques par deux chefs de clinique, dont l'un connaît bien le patient en question :

MDC = le médecin en charge du cas

CC1 = le chef de clinique

CC2 = la cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

T1 MDC : J'sais que c'est euh… Mieux avec la psychiatrie de l'âge adulte, mais enfin c'est… C'est un patient qui est gériatrique, qui a septante-deux ans. Mais euh… Ce que je trouvais intéressant… Donc… Pour l'histoire, il a plus de septante ans, je me rappelle plus de son âge exactement mais je le suis à la consultation générale de [*la Policlinique*], euh… Il a une démence frontotemporale. Euh… Avec euh ben… Comme symptômes il a une clinophilie, il vit tout le temps dans le noir, avec aussi du *binge* euh… *Eating* notamment, et pis des fois des comportements qui sont inadéquats, avec une hyper… Hypersexualité par moments, mais qui est encore bien contrôlée. Il vit avec sa femme, qui… Qui… Qui permet un peu de tenir la situation à domicile, mais c'est vraiment du bas seuil, avec l'aide de [*institution de soins à domicile*]. Et pis euh… Il aime pas du tout venir aux consultations parce que… Il a aucune motivation pour rien, euh… à part pour manger justement, dans le cadre de cette démence frontotemporale. Et euh… Je le fais venir en fait parce qu'il a un diabète de type 2 euh… Insulino-réquérant, qu'on a de la peine à gérer justement à cause de ce *binge eating*. Il mange du raisin à foison euh… Par moments. Donc des fois on a des glycémies à 30.

T2	CC1 :	Ou bien du Panettone, aussi.
T3	MDC :	Hein ?
T4	CC1 :	Du Panettone, aussi.
T5	MDC :	Du Panettone, aussi. [*rire*] Donc voilà, on avait eu un réseau en début d'année pis euh… Là, comme… Avec cette glycémie, on se posait la question d'introduire du Victoza pour avoir un meilleur contrôle… Euh… Mais en craignant que ce traitement-là ait des effets secondaires notamment des nausées, gêne euh digestive… Idéalement ben je voulais quand même le voir pour lui expliquer les modalités du traitement.
T6	PSY :	Qu'est-ce que t'as dit comme traitement ? J'ai pas entendu.
T7	MDC :	C'est le Victoza.
T8	PSY :	Et c'est quoi ?
T9	MDC :	Alors je sais plus quelle classe c'est exactement… Mais c'est un antidiabétique.
T10	CC2 :	GLP.
T11	MDC :	Anti-GLP.

Commençons par offrir quelques précisions quant aux informations échangées par les médecins concernant les pathologies dont le patient est affecté et la médication qui lui est proposée. On notera d'abord que le diagnostic de « démence frontotemporale », relativement peu spécifique, recouvre « un groupe de démences cliniquement et pathologiquement hétérogènes, caractérisées par une atrophie progressive, souvent asymétrique et relativement sélective des lobes frontaux et temporaux », qui se manifestent « majoritairement » sur le plan clinique par des « troubles du comportement », des « atteintes motrices » et des « troubles du langage » (Ferrer Soler *et al.*, 2017, p. 1917). Il s'agit là de pathologies neurodégénératives corticales — tout comme la maladie d'Alzheimer, notamment — sans traitement spécifique, si ce n'est symptomatique (Ferrer Soler *et al.*, 2017, p. 1922-1923). La « clinophilie » — l'« amour du lit », étymologiquement — renvoie simplement au fait de rester au

lit durant la journée, sans dormir, sur une période prolongée. En fonction des signes cliniques auxquels elle est associée, elle peut suggérer aussi bien la démence que la schizophrénie ou un simple état dépressif (Trouvé & Reinheimer, 2011, p. 726). Enfin, lorsque les participants évoquent le traitement que le médecin assistant voudrait employer dans la prise en charge du diabète, ils font référence à un médicament appartenant à la classe des « agonistes des récepteurs du GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*) », i.e. l'un des deux nouveaux groupes de traitements antidiabétiques mis sur le marché il y a une dizaine d'années (Gariani & Philippe, 2019, p. 1117).

Outre ces points de compréhension, que dire de cette première description du cas en question ? On peut relever que c'est la dimension psychopathologique du cas qui semble avoir conduit le médecin assistant à le soumettre au groupe et au psychiatre, même s'il sait que ce dernier est spécialisé en psychiatrie de l'adulte plutôt qu'en psychogériatrie — d'où sa remarque introductive un peu sibylline (« J'sais que c'est euh… Mieux avec la psychiatrie de l'âge adulte, mais enfin […] », T1). Mais il faut surtout souligner deux éléments qui trouveront une certaine importance dans la discussion subséquente. Le premier élément tient à la problématique de l'« adhérence » au traitement et l'absence de « motivation » dont ferait montre le patient, qui « [n']aime pas du tout venir aux consultations » aux dires du médecin en charge du cas (T1). Le second élément concerne la place particulière que prend manifestement dans la prise en charge l'épouse du patient, dont le médecin assistant dit qu'elle « permet un peu de tenir la situation à domicile » (T1). Ce dernier point surtout va avoir des conséquences interactionnelles majeures pour la consultation.

À la suite de cette séquence introductive, le médecin assistant projette deux extraits de l'enregistrement qu'il a réalisé. Il indique du premier extrait, très court, qu'il permet d'offrir une image du « cadre » général de la consultation (T23). Nous allons nous interroger sur ce qui en fait — pour le médecin assistant mais aussi pour ses collègues — une description intelligible, suffisante quoique partielle, d'un « problème » dans la consultation. Au regard de

la brièveté de cet extrait, c'est là un point remarquable. Voici la séquence en question :

MDC = le médecin en charge du cas

PAT = le patient

EPA = l'épouse du patient

T12	MDC :	Alors déjà… Jusque pour que vous ayez un peu le cadre… De…
		[…]
T17	MDC :	[À l'écran.] Alors…
T18	EPA :	Après vous devez nous donner… Euh…
T19	PAT :	[À son épouse.] Oh, mais arrête !
T20	EPA :	Oh ! Tu te tais ! Moi je… T'as rien compris à… Arrête de rouspéter !
T21	PAT :	Euh…
T22	EPA :	Comme ça on vient pas pour rien ! Moi j'en ai marre ! De… [*rires parmi les participants*]
T23	MDC :	[*Aux participants*] Voilà un peu le cadre !… [*rire général*] De la consultation. […]

Comment interpréter ce premier extrait d'enregistrement ? Qu'est-ce qui le rend remarquable pour le médecin assistant et ses collègues, et susceptible de figurer génériquement le « cadre » de la consultation (T12 & T23) ? La réponse paraît claire. Parmi les tours de parole que restitue l'extrait, seul le premier est le fait du médecin assistant. Celui-ci prend la parole et s'interrompt (« Alors… », T17). La compagne du patient commence alors à formuler une demande à l'attention du médecin assistant (« Après vous devez nous donner… Euh… », T18), avant que son époux ne lui coupe la parole (« Oh, mais arrête ! », T19). Elle lui intime en réponse de se taire et lui reproche son intervention (T20 & T22). Le tout se donne comme une dispute concernant ce que l'épouse du patient s'apprêtait à demander au médecin assistant et la pertinence d'une telle demande — quoique

l'on ne sache pas de quoi il s'agit, et que l'on ne puisse être certain que le patient le sait lui-même. En tout cas, la demande qu'elle était sur le point de formuler semble aux yeux de l'épouse du patient de nature à rendre pertinente leur venue à la Policlinique (« Comme ça on vient pas pour rien ! », T22). Notons un point en passant : cette remarque montre bien que l'utilité de la consultation n'a pour elle rien d'évident, ce qui rejoint les commentaires préalables du médecin assistant quant à la « motivation » du patient (T1). Quoi qu'il en soit, ces quelques tours de parole apparaissent comme un genre de mise entre parenthèses du « cadre » prévalant dans la situation — celui de la consultation médicale — au profit d'une autre configuration interactionnelle — celle de la dispute conjugale.

Évidemment, une telle mise entre parenthèses fait en elle-même rupture au regard des attentes normatives organisant l'échange. Mais le problème tient aussi au genre d'épisode interactionnel que constitue la « dispute conjugale ». D'une part, les époux et plus généralement les conjoints constituent une « équipe » au sens du Goffman de *The Presentation of Self*, et sont dès lors ordinairement tenus de manifester une apparence de « solidarité » dans la « performance » qu'ils délivrent face à autrui (Goffman, 1972 [1959], p. 84). D'autre part, comme le note indirectement Goffman, une dispute conjugale n'offre sur le plan interactionnel pas de place au tiers :

> Un mari et son épouse soudain confrontés, alors qu'ils se trouvaient au beau milieu de leur querelle quotidienne, à un invité dont ils ont fait la connaissance peu auparavant mettront ainsi de côté leurs différends privés et se rapporteront l'un à l'autre de manière presque aussi distante et amicale qu'ils interagiront avec le nouvel arrivant. Les modes relationnels et les formes de conversation auxquels tous trois ne peuvent prendre part seront écartés. (Goffman, 1972 [1959], p. 139)

Dans la situation considérée, l'interaction entre le patient et son épouse ne laisse guère de place au médecin qui leur fait face — si ce n'est celle de témoin contraint et embarrassé, cherchant à réinstaurer les modalités interactionnelles propres à la consultation. Ainsi, la parenthèse à la « définition de la situation » organisant l'interaction que constitue la dispute se révèle doublement problématique : elle

interrompt indûment le cours de la consultation, et le fait au profit d'une configuration interactionnelle qui exclut le médecin. Autrement dit, l'activité conjointe « officielle » fait place à un aparté conversationnel vis-à-vis duquel le médecin possède un statut de « *bystander* » plutôt que de « participant ratifié » (Goffman, 1981 [1979], p. 132-133).

Passons maintenant au deuxième extrait présenté par le médecin assistant, durant lequel celui-ci « explique un peu le traitement » antidiabétique envisagé au patient et à son épouse (T23). Il est à la fois plus long et plus complexe que celui que nous venons d'évoquer. On peut y distinguer plusieurs séquences conversationnelles distinctes, diversement initiées par le médecin assistant, par le patient et par son épouse. Je reprends ici le tour de parole sur lequel se concluait l'extrait de transcription précédent, dans la mesure où il introduit la diffusion de l'enregistrement (T23) :

MDC = le médecin en charge du cas

PAT = le patient

EPA = l'épouse du patient

T23	MDC :	[*Aux participants*] Voilà un peu le cadre !... [*rire général*] De la consultation. [...] Y a plein de petits moments comme ça... Un petit peu intéressants. Mais... Je vais directement venir à la partie où je... J'explique un peu le traitement. [*Il déplace le curseur sur la vidéo.*] Donc juste pour résumer ce qu'il y a eu avant... Parce que je vais directement à sept minutes. Je vous avais expliqué que... En fait, j'ai même pas besoin de résumer, parce qu'on va y revenir. [*Il lance à nouveau la vidéo.*]
T24	EPA :	Une sorte de...
T25	MDC :	Vous avez mal à la tête ? Pas de douleurs à la tête ? Pas de vertige non plus ?
T26	PAT :	Non.
T27	MDC :	La force aux jambes et aux bras, c'est la même chose à gauche et à droite ?
T28	PAT :	Ouais. [*Il gémit.*]

T29	MDC :	D'accord. C'est ce que je voulais vérifier.
T30	EPA :	Ça va pas si bien… [*Le gémissement du patient se fait plus fort*.] Voilà la preuve, hein ?
T31	MDC :	D'accord.
T32	PAT :	Ce qui m'étonne, c'est que l'infirmier qui… Vient à domicile, il a pris… Il a pris un rendez-vous sans nous… Sans me consulter.
T33	EPA :	C'est vrai, ça.
T34	MDC :	Alors ça, c'est moi. C'est moi qui ai pris le rendez-vous. Parce que… Avec le… L'infirmier… Comme je disais au début, l'infirmier il m'envoie votre taux de sucre à la maison. [*Le patient continue à gémir*.]
T35	EPA :	[*À son époux*.] Mais arrête un peu !
T36	PAT :	Fallait pas nous faire venir pour ça.
T37	MDC :	Mais comme c'est… Alors… Je vais vous expliquer pourquoi j'ai voulu que vous veniez ici. C'est que vous avez votre taux de sucre qui est assez instable…
T38	EPA :	Il est instable ! Instable…
T39	MDC :	Et on sait que vous, notamment… Ben parfois vous mangez beaucoup de fruits, des raisins par exemple.
T40	EPA :	Il faut lui dire : les raisins, non ! Mais il faut lui dire : la banane, les oranges… Il faut pas qu'il les mange.
T41	PAT :	[*Il éclate de rire*.] [*rires parmi les participants*]
T42	EPA :	Non, parce que j'ai pas un singe à la maison. [*Le patient continue à rire*.] T'es pas un animal !
T43	MDC :	[*Au patient*] Pourquoi vous rigolez ?
T44	EPA :	Oh !…
T45	PAT :	Je suis pas un animal… [*rire*]
T46	EPA :	La banane, il en mange deux fois par jour alors euh…
T47	MDC :	[*Au patient*.] C'est vrai ?
T48	EPA :	Je lui ai dit : « Je te donne pas la banane et l'orange ! »

T49	MDC :	D'accord.
T50	EPA :	Il a des yaourts aussi. Je remplis pour lui toujours le frigo. Mais non, il m'écoute pas. Quand je vais aux toilettes, il fait quoi ? Il mange ses bananes ! [*rires parmi les participants*]
T51	MDC :	Vous avez du plaisir à manger, vous ? Manger pour vous, c'est quelque chose qui vous fait du bien ?
T52	EPA :	[*Elle répond à la place de son époux.*] Ben oui.
T53	MDC :	Et vous mangez comment d'habitude ? De façon régulière ? Ou ça peut être d'une façon…
T54	EPA :	[*Elle répond à nouveau à la place de son époux.*] Alors non, ouh là là !…
T55	MDC :	[*À l'épouse du patient.*] Mais laissez-le répondre ! [*rire général*] C'est jamais régulier ?
T56	PAT :	Non.
T57	MDC :	Ça varie un peu ? D'accord.
T58	EPA :	Mais il est vraiment irrégulier dans sa façon de manger, hein. [*rires parmi les participants*]
T59	MDC :	Vous avez l'impression que vous arriveriez à être régulier par rapport à la façon de manger les fruits, ou vous pensez que c'est pas possible ?
T60	PAT :	Ouais ouais. [*pause*] En fait, vous avez… Vous avez donc appelé… Pour nous faire venir ici.
T61	MDC :	Oui.
T62	PAT :	Et pour nous dire quoi ? [*rire général*]
T63	MDC :	Ah ! Question juste. Donc moi…
T64	MDC :	[*Durant la séance, par-dessus l'enregistrement*] On va peut-être arrêter là… [*rire*]

Les premiers tours de parole présentent un format « question-réponse » ordinaire dans les consultations médicales (T25-T29). La séquence est initiée par une question du médecin assistant concernant les « douleurs » à la tête ou les « vertiges » dont pourrait souffrir le patient (T25). Elle se conclut sur une forme de validation quant aux

réponses obtenues (« D'accord. C'est ce que je voulais vérifier. », T29). On a ensuite une intervention de l'épouse du patient, qui s'appuie sur les gémissements clairement audibles de ce dernier pour asseoir l'évaluation qu'elle propose de la situation (« Ça va pas si bien… Voilà la preuve, hein ? », T30). La réponse du médecin assistant fonctionne plus comme une invitation à poursuivre que comme une validation à proprement parler (« D'accord. », T31). Mais c'est le patient qui s'exprime à sa suite, pour formuler un constat qui appelle justification de la part du médecin assistant : il a été convoqué à la consultation sans qu'on lui en ait parlé au préalable (T32). L'épouse du patient valide cette intervention (« C'est vrai, ça. », T33). Le médecin assistant commence à répondre (T34). Mais il est interrompu par l'épouse du patient puis par le patient lui-même, qui lui indique sans attendre la fin de ses explications qu'il ne « [f]allait pas [les] faire venir pour ça » (T36). Le médecin assistant poursuit néanmoins, en évoquant le taux de sucre « assez instable » du patient et ses habitudes alimentaires (T37-T38). Ce dernier thème — le médecin fait référence à la consommation de fruits du patient — suscite une série de remarques assez virulentes de la part de l'épouse du patient, qui fonctionnent sur le mode de la dénonciation : l'épouse du patient rapporte au médecin les écarts dont celui-ci se rendrait coupable quant à son alimentation et invite le médecin à lui rappeler les restrictions alimentaires qu'il devrait respecter (T40).

Ici comme souvent, le jeu des pronoms prend une importance particulière. Ainsi, le médecin assistant s'adresse au patient à la deuxième personne en évoquant son taux de sucre et son attrait pour les fruits (T37 &T39). Mais l'épouse du patient se réfère ensuite à lui à la troisième personne pour décrire ses habitudes alimentaires et solliciter l'intervention du médecin (T40, T46 & T48). Ces énonciations font apparaître le patient comme une « non-personne », au sens goffmanien : il est dans une certaine mesure traité ici par son épouse « comme quelqu'un qui n'est pas présent » (Goffman, 1972 [1959], p. 150). Plus précisément, il devient celui *dont* on parle plutôt que celui *auquel* on parle. Soulignons que la forme de « collusion » observable entre le médecin et l'épouse du patient est

le fait de la seconde et non du premier[55]. Plus encore, les prises de parole subséquentes du médecin assistant constituent autant de tentatives pour réinscrire le patient au sein de la sphère d'interlocution — c'est-à-dire pour le faire participer à l'activité en cours (T43 & T47). On notera aussi un bref échange entre le patient et son épouse qui apparaît comme un genre d'aparté similaire à celui que nous avons observé dans l'extrait précédent, lorsque l'épouse du patient emploie la deuxième personne pour l'accuser de se comporter face à la nourriture comme un « animal » (« T'es pas un animal ! », T42). À cet égard, on peut considérer que les positions occupées dans l'interaction par le patient et par le médecin se répondent : ils sont tour à tour placés à la marge.

La question des « capacités »

On en vient à l'échange qui, comme on le verra, a plus directement retenu l'attention des médecins participant à la séance de discussion. Le médecin assistant cherche à thématiser avec le patient lui-même les difficultés dont fait état son épouse concernant son alimentation. Dans la mesure où elle fait suite à une série de tours de parole où l'épouse du patient s'est exprimée à la place de celui-ci, il n'est pas anodin que la première question formulée par le médecin concerne le « plaisir » que prendrait le patient à manger (« Vous avez du plaisir à manger, vous ? Manger pour vous, c'est quelque chose qui vous fait du bien ? », T51). Une telle interrogation n'appelle en effet guère une appréciation factuelle externe, faisant plutôt jouer le pur assentiment subjectif caractéristique de l'« autorité de la première personne »

55 Évoquant le genre de « collusion » que tend à susciter entre deux ou plusieurs individus « le fait d'assister à des actes inappropriés » de la part d'un tiers, Goffman donne l'exemple du « psychiatre d'institution bien intentionné [qui] cherche en présence d'une infirmière à interroger un patient qui est, disons, sénile, muet ou paranoïaque » : « L'offre apparemment sympathique qu'adresse le psychiatre au patient de rejoindre un monde conversationnel conjoint faillira probablement à un moment ou un autre à susciter une participation "appropriée" de la part du patient, et à ce moment-là le psychiatre aura tendance à chercher le regard de l'infirmière dans un geste collusif de désespoir ou de dérision. » (Goffman, 1972 [1961], p. 56). La situation décrite par Goffman est très proche de celle qui nous intéresse ici — à ceci près que le « tiers » participant à la consultation n'est pas une collègue du médecin, ce qui fait évidemment une différence fondamentale.

(Kaufmann, 1999). La réponse de l'épouse du patient — « Ben oui. » (T52) — apparaît ainsi comme doublement désajustée : elle nie le mode d'adresse propre à l'énonciation du médecin assistant, qui questionne le patient à la deuxième personne ; la question du médecin assistant invite en elle-même une réponse à la première personne. La seconde interrogation du médecin assistant est plus factuelle (« Et vous mangez comment d'habitude ? De façon régulière ? », T53). Mais elle est également adressée au patient à la deuxième personne, ce qui rend à nouveau inopportune l'intervention de son épouse — sanctionnée cette fois par une marque d'agacement de la part du médecin assistant (« Mais laissez-le répondre ! », T55). Le médecin assistant reformule sa question et parvient à obtenir une réponse du patient, même si elle est lapidaire (« Non. », T56). Lorsque le médecin assistant l'interroge une seconde fois, le patient profite de l'opportunité qui lui est offerte de s'exprimer pour revenir au thème qu'il a soulevé précédemment, i.e. la raison d'être de la consultation (« Vous avez donc appelé… Pour nous faire venir ici. […] Et pour nous dire quoi ? », T60 & T62).

On mesure la complexité de cette interaction, marquée par de multiples ruptures et impropriétés. L'enjeu premier tient aux efforts déployés par le médecin assistant pour faire du patient un interlocuteur effectif, malgré sa difficulté manifeste à répondre à ses questions et les interventions de son épouse. On aura noté le rapport ambigu qu'entretient le médecin assistant à ces interventions : s'il somme l'épouse du patient de le « laisser répondre » (T55), il s'appuie en partie sur les informations qu'elle lui transmet pour faire progresser le cours de la consultation. Malgré tout, il s'agit très clairement pour lui d'interagir directement avec le patient — et ainsi de reproduire dans une certaine mesure le cours « normal » d'une consultation « ordinaire ». Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point. Mais évoquons d'abord ce que les participants eux-mêmes ont à dire des extraits d'enregistrement qui leur ont été présentés. Juste après que le médecin assistant a interrompu la diffusion de la vidéo, le chef de clinique qui l'encadre dans la prise en charge revient sur les enjeux que présente pour lui le cas du patient :

CC1 = le chef de clinique

CC4 = un autre chef de clinique

PSY = le psychiatre

MDC = le médecin en charge du cas

T76 CC1 : Après la problématique qu'on a dans la prise en charge vraiment, c'est que… On… On est vraiment à la limite de ce qu'on pourrait… Admettre qu'une personne comme ça reste à domicile en fait. Et puis la… La demande de la… De l'épouse aussi, c'est qu'il puisse rester à la maison en fait. Parce qu'on aurait probablement un certain critère par rapport déjà à son diabète qui est souvent décompensé, donc vraiment à des seuils limites, qu'on a de la peine à… À bien gérer euh… Il a apparemment… Les infirmiers nous disent aussi qu'il est… Qu'il est dans le noir à certains moments, qu'il fait plus grand-chose, qu'il est toute la journée sur le canapé un peu amorphe, et pis que… Voilà quoi, on se pose la question de… Est-ce qu'un cadre un peu plus dynamique, où y a des gens qui peuvent un peu mieux le cadrer, dans un… Par exemple, dans une structure comme un EMS [*i.e. un* établissement médico-*social, l'équivalent suisse des EHPAD français*], est-ce qu'il serait mieux ? On se pose un peu cette question. C'était la question qu'on se posait, et pis savoir ce qu'on faisait avec cette demande… Lui évidemment il veut rien, mais en même temps on sait pas trop ce qu'il comprend, il dit qu'il veut rester à la maison et qu'il veut rien faire et rien d'autre, qu'il veut pas de prise en charge, pis l'épouse… Elle on sait aussi qu'elle a toute une pression du reste de la famille, qui est en… [*Région d'Europe du Sud*] hein ? Je crois. Des [*habitants de la région susmentionnée*], qui lui mettent… Qui sont pas sur place mais qui lui mettent une pression énorme, en lui disant : « Tu le mets… Si tu le mets euh… Ou quoi que ce soit d'autre et que tu t'en occupes pas toi à la maison, nous on débarque. » Plus ou moins, d'après ce qu'on a compris. Donc y a vraiment tout un contexte comme ça, qui est assez difficile à gérer.

T77	PSY :	C'est ça.
T78	CC4 :	Ce monsieur il a l'air d'avoir une démence qui est quand même bien avancée… Moi je trouve louable de vouloir lui expliquer que tu risques de lui mettre un traitement qui peut peut-être… Lui causer des désagréments. Alors que ben on est dans une prise en charge bas seuil, on peut se poser la question de sa capacité de discernement… Après, de lui… D'en avertir son épouse, je pense que ça par contre… C'est important pour la rendre attentive, parce que j'imagine qu'elle est… Même si elle est très directive, ça doit être une dame très inquiète pour son époux. Enfin…
T79	MDC :	Après je trouve juste… Ce qui est difficile, c'est aussi… Peut-être plus tard on va avancer, c'est l'une des raisons pour lesquelles aussi je montre la vidéo : c'est difficile aussi de savoir la part de capacité de discernement pis… La part de « je-m'en-foutisme » aussi, un peu. Je pense qu'il y a une partie effectivement qu'il va pas forcément comprendre, mais… Y a le désintérêt aussi qui fait partie de la démence, en quelque part. Ce que j'essaie beaucoup de faire, c'est de lui demander de restituer ce que je dis, pis ça il a… Il le fait quand même.

On voit qu'on a là une série de questionnements sur les capacités du patient, impliquant diversement la perspective d'une institutionnalisation prochaine et la possibilité d'interagir avec lui dans le cadre des consultations. Concernant l'institutionnalisation, le chef de clinique souligne bien la complexité de la situation, caractérisée par la difficulté d'identifier et de distinguer les désirs et besoins des différents acteurs impliqués : le patient, son épouse, leur famille (T76). L'évaluation clinique de l'état de santé du patient et l'appréciation de ses conditions de vie à domicile ne suffisent donc pas à épuiser la question. C'est ce que veut dire le chef de clinique en affirmant qu'il « y a vraiment tout un contexte […] qui est assez difficile à gérer » (T76). Concernant le déroulement des consultations, la prise de parole du second chef de clinique interroge la pertinence

d'aborder avec le patient la médication alors qu'« on peut se poser la question de sa capacité de discernement » (T78). L'épouse du patient lui apparaît comme une interlocutrice plus adaptée (« D'en avertir son épouse, je pense que ça par contre… C'est important […]. », T79). La référence à une « prise en charge [à] bas seuil » est abusive ici si on l'envisage littéralement, puisque l'« accueil à bas seuil d'exigence » — une notion initialement employée dans le champ de l'addictologie — désigne formellement des dispositifs visant à favoriser l'accès des populations les plus marginalisées à des prestations de soins et d'aide sociale en « valoris[ant] la relation d'aide sans contrepartie » (Rothé, 2018, p. 171)[56]. Mais cette référence n'est pas pour autant sans intérêt ici : elle traduit bien l'idée selon laquelle l'attitude du médecin assistant ferait peser sur le patient des exigences indues — un point sur lequel les participants reviendront plus loin. Enfin, l'intervention du médecin assistant sur laquelle se clôt l'extrait donne à voir ce qui vient justifier à ses yeux ses tentatives pour faire réagir le patient : il peine à distinguer dans le comportement du patient ce qui engage sa « capacité de discernement » et ce qui relève plutôt d'une forme de « "je-m'en-foutisme" », c'est-à-dire de désintérêt pour la consultation et ses enjeux (T79). L'effort de « normalisation » de l'interaction qu'il déploie doit à cet égard être rapporté à sa conviction que le patient est capable d'y participer plus ou moins adéquatement s'il le souhaite ou s'il y est suffisamment incité[57]. On va voir que le psychiatre participant à la séance est d'un avis contraire — et défend ainsi la nécessité de

56 Concernant les usagers de substances psychoactives, les structures « à bas seuil d'exigence » consistent principalement en des lieux d'accueil se voulant aisément accessibles et fournissant du matériel d'injection stérile (Dassieu, 2013, p. 152). L'enjeu tient plus généralement au maintien d'un lien — si ténu soit-il — avec l'usager, cet objectif justifiant une suspension des objectifs relatifs au sevrage ou à la « réinsertion » (Rothé, 2018, p. 172-173).

57 Évidemment, en passant ainsi d'une modalisation « actualisante » (*pouvoir*) à une modalisation « virtualisante » ou « intentionnelle » (*vouloir*), le comportement du patient se trouve moralisé (Genard, 1999, p. 39-40). Sa responsabilité est engagée — ce que traduit bien la requalification de sa participation défaillante à la consultation en tant que « je-m'en-foutisme » (T79). Cherchant à constituer le patient en « sujet » de et dans l'interlocution, le médecin assistant est donc aussi amené à l'envisager comme un sujet moral.

transformer radicalement la prise en charge. C'est ce qu'il affirme dans l'extrait suivant :

CC2 = une cheffe de clinique

CC4 = un chef de clinique

PSY = le psychiatre

MDC = le médecin en charge du cas

T91	PSY :	Justement, qu'est-ce qui s'est passé qui nous a fait rire aussi, avec ta réaction ? Enfin, y a quelque chose…
T92	CC2 :	Ouais t'es… C'est hyper *trash* quoi. « Laissez-le causer maintenant ! »
T93	PSY :	C'est ça, c'est que…
T94	MDC :	Mais vous avez pas vu les six minutes d'avant, hein !
T95	CC2 :	Ah mais je pense bien ! [*rire*] Non non mais je pense bien, c'est une réaction qui est normale.
T96	MDC :	Ouais mais après…
T97	PSY :	Mais c'est… C'est quasi… À la fois entre le contenu que tu creuses en disant : « Ouais effectivement, est-ce qu'on en est pas au point de devoir se poser de sérieuses questions sur le cadre de vie pour ce monsieur ? » et pis d'une manière plus concrète le contenu de cet entretien-là, c'est vrai que ça devient tellement un entretien de psychogér' classique avec une démence euh… Je vous rejoins tout à fait, qui est déjà bien avancée… Au fond, toi t'es… T'es un peu seul là-dedans, pis tu… Tu peux pas faire… Enfin ça devient plus une consultation euh… Ambulatoire de médecine interne générale, ça devient vraiment de la psychogér' avec un vieux monsieur qui euh… Qui est vraiment dément, pis sa femme qui est débordée, pis… Il faudrait pratiquement une équipe et tout. Donc c'est… C'est pas du tout un reproche… Mais finalement tu te fais prendre dans le truc, pis au bout d'un moment tout le monde se gueule dessus, et pis… « Taisez-vous, laissez-

le parler ! » Ça devient vraiment un mode de se parler dû à la démence, quoi. Finalement ton mouvement d'humeur où tu lui coupes la parole, c'est presque… Ça peut nous prendre comme ça… Mais c'est presque un signe en creux qu'il faut changer le *setting*, parce que ça va plus. Il faut faire appel à la psychogér'. Enfin, moi je suis vraiment pas un spécialiste du suivi avec les démences, mais c'est tout un autre registre, ils doivent mettre en place des choses différentes… À mon avis, même vous avec toute la gériatrie que vous faites ici… Vous connaissez aussi bien voire plus que nous les aspects de la psychogér', mais ça veut dire qu'il faut probablement s'en donner les moyens. L'exemple de ça, c'est le quiproquo initial. J'ai l'impression qu'il revient en boucle sur le fait : « Mais pourquoi je suis là ? Mais pourquoi on m'a convoqué ? » Alors que t'arrêtes pas de le lui dire, pis il pense que c'est l'infirmier, pis son épouse lui coupe la parole, pis toi tu lui coupes la parole à elle… C'est très classique. Et ça veut dire qu'il faut penser autre chose, quoi.

T98 CC4 : Est-ce que t'as déjà essayé de consulter le patient… Seul avec lui ?

T99 MDC : En fait je… C'est la deuxième… La troisième fois que je le vois. La première fois c'était seul, mais… Vu que la femme est aussi un peu garante euh… De l'équilibre familial, enfin du… Du domicile, j'ai voulu qu'elle vienne aussi, pour qu'elle entende ce que j'allais transmettre.

T100 CC4 : Ok. Il est pas plus réceptif quand vous êtes seul à seul finalement ?

T101 MDC : En fait le… Cette fois-ci, y a quand même eu ces… Trois minutes, avant qu'il dise : « Je veux rentrer. » Donc c'est vraiment… Dès qu'il arrive, il veut tout de suite rentrer à la maison. Il a aucun intérêt à venir ici.

T102 PSY : J'pense même que… Presque euh… C'est une excellente question, mais peut-être dans l'autre sens. C'est que… Je me demande comment c'est possible d'envisager un suivi euh… Avec seulement le patient quand y a un processus démentiel qui est bien avancé. Parce que c'est effectivement pas possible. Alors ensuite

> des entretiens dans une institution quand la... Le cadre est là... Mais en plus rien que faire venir la personne : une fois sur deux elle va jamais venir. Bon, d'autres patients aussi. Mais là c'est pratiquement lui demander l'impossible, tu vois. Et pis t'as aucune hé... Enfin pour la démence la plupart du temps on a quand même besoin d'une hétéro-anamnèse, autrement on... On avance pas, quoi. Enfin je pense...

Le psychiatre souligne à sa manière la désorganisation que provoque la démence du patient dans l'interaction (« […] au bout d'un moment tout le monde se gueule dessus, et pis… […] Ça devient vraiment un mode de se parler dû à la démence, quoi. », T97). Malgré les efforts du médecin, la situation ne peut plus être appréhendée à proprement parler comme une consultation « normale » ou « adéquate ». Ce n'est ni « une consultation ambulatoire de médecine interne générale » ni une consultation de psychogériatrie — puisque les « moyens » ne sont pas réunis ici (T97). Pour le psychiatre, il devient dès lors nécessaire de « changer le *setting* » (T97). Le médecin assistant ne peut plus assumer « seul » le suivi : il « faut faire appel à la psychogér[iatrie] » (T97). Apparaît aussi dans la seconde prise de parole du psychiatre un point sur lequel nous allons revenir : le simple fait de convoquer le patient pour une consultation est déjà problématique, puisque « c'est pratiquement lui demander l'impossible » au vu de son état (T102).

L'effort pour « normaliser » l'interaction

Le médecin en charge du cas présente ensuite à ses collègues un nouvel extrait d'enregistrement. J'en retranscris une partie ci-dessous : il va nous permettre d'appréhender plus concrètement les effets possibles des efforts de « normalisation » auxquels s'adonne ici le médecin. Mais pour bien comprendre ce qui s'y joue, quelques précisions s'imposent. Le médecin en charge du cas explique qu'il « demande au patient de restituer ce qu'[il] di[t] » durant la consultation de manière à s'assurer qu'il a bien « compris » (T79). En fait, il s'agit là d'une technique d'entretien commune dans les pratiques

médicales actuelles, généralement désignée en parlant de « *teach back* ». Partant de l'idée que « les médecins surestiment souvent les compétences en santé de leurs patients », les formateurs invitent les praticiens à interroger les patients sur ce qu'ils ont « appris » durant la consultation :

> On peut poser une question ouverte concernant la compréhension du patient, du type : « Vous savez, je donne ces instructions tant de fois par jour, que parfois j'oublie quelque chose. Pourriez-vous me dire ce que vous avez appris afin que je puisse être sûr que vous ayez tout compris ? » Cette technique appelée *teach back* consiste donc à demander au patient de reformuler l'information qu'on lui a transmise afin de s'assurer de sa bonne compréhension. (Zenklusen, Bischoff, Panese & Bodenmann, 2012, p. 1018)

C'est bien la démarche que cherche à mettre en œuvre le médecin assistant dans le troisième extrait qu'il diffuse. L'extrait est particulièrement significatif aux yeux du médecin assistant parce que le patient finit — contre toute attente — par reformuler de manière plus ou moins adéquate ce qui lui a été dit précédemment :

MDC = le médecin en charge du cas

EPA = l'épouse du patient

PAT = le patient

CC2 = une cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

T127	MDC :	D'accord… Donc… Pourquoi je vous parle de ce traitement. C'est un traitement par injection, aussi. Et pis ce médicament-là, au début ça peut un petit peu donner des nausées… Et ça peut rendre… Un inconfort au niveau du ventre. Donc au début ça peut donner ça. C'est pour ça que je vous parle de ça, et pis du fait que… Vous avez du plaisir à manger.
T128	EPA :	Oh… Depuis qu'il est petit [*incompréhensible*].
T129	MDC :	Vous me… Vous m'avez compris ?

T130	PAT :	Oui. [*rires parmi les participants*]
T131	EPA :	Mais oui.
T132	MDC :	Qu'est-ce que vous avez compris ?
T133	PAT :	Bah… J'ai bien compris : tout ce qui est sucré ça…
T134	EPA :	C'est pas bon. C'est mauvais.
T135	PAT :	C'est pas bon.
T136	MDC :	Et pis là, par rapport au médicament, qu'est-ce que je viens de vous dire ?
T137	PAT :	Euh… Donc… C'est un médicament donc…
T138	EPA :	C'est un médicament qu'on pourrait lui donner…
T139	MDC :	Attendez, laissez-le finir !
T140	PAT :	C'est un médicament qui… Qui sont suivis par l'infirmier, donc c'est à domicile.
T141	MDC :	Est-ce que vous avez compris ce que je viens de dire aujourd'hui ? C'est que… On va continuer les médicaments comme ça, mais que si…
T142	PAT :	Ouais donc… Les médicaments, ça fait déjà je sais pas combien de temps… Qu'on essaie de… Un peu…
T143	MDC :	Mais ce que je vous ai dit maintenant, c'est que si le diabète ça redevient très haut, comme c'était le mois de décembre, on va vous proposer un nouveau médicament. D'accord ? Vous voulez pas ?
T144	PAT :	Donc euh… Ça fait déjà plusieurs années que… On change les médicaments…
T145	EPA :	Mais ça fait pas des années ! Ça fait quoi, ça fait trois ans qu'ils viennent à la maison…
T146	MDC :	Laissez… Laissez-le finir ! Allez-y. Vous avez dit : « Ça fait plusieurs années qu'on change de médicaments. »
T147	PAT :	Ce sont toujours les mêmes !
T148	MDC :	C'est toujours les mêmes. Celui qu'on aimerait essayer, si le sucre il devenait trop haut, il permettrait peut-être de stabiliser votre taux de sucre. Ce qui éviterait que vous ayez des

		complications, par rapport au taux de sucre qui est haut. Vous m'avez compris ?
T149	PAT :	Non mais... Ces médicaments, ça me dit rien.
T150	Mvid :	Ça vous dit rien ? Et si le taux de sucre... Voilà ce que je vous propose : si le taux de sucre ça devient beaucoup trop haut...
T151	PAT :	Ouais.
T152	MDC	Vous seriez d'accord qu'on... Essaie le nouveau médicament ?
T153	PAT :	Oui.
T154	MDC :	Oui ? D'accord. Ce nouveau médicament-là, il peut donner un peu la nausée, au début. On va commencer avec des petites doses, d'accord ? Il pourra donner un petit peu la nausée. Mais ça c'est normal. Il faudra peut-être attendre un moment. Mais si ça se poursuit après deux-trois semaines, là à ce moment-là on verra quand même pour arrêter. [*pause*] Vous avez compris ce que j'ai dit ?
T155	PAT :	Ouais ouais, donc euh...
T156	MDC :	Qu'est-ce que je vous ai dit ?
T157	PAT :	[*rire*]
T158	MDC :	Ah moi je vérifie toujours hein ! Qu'est-ce que je viens de vous dire ?
T159	PAT :	Euh... Vous venez de me dire... Vous voulez changer les médicaments pour euh... Chercher à stabiliser le diabète, avec les nouveaux médicaments.
T160	MDC :	Ça, on va le faire seulement si... [*Il interrompt l'enregistrement audiovisuel.*]
T161	CC2 :	C'est toi qui deviens dément à force !... [*rire général*] Mais c'est vrai que c'est impressionnant là la dernière... Parce qu'on s'attend pas du tout à ce qu'il...
T162	PSY :	Tout à fait.
T163	CC2 :	C'est le moment de lucidité de la consult'.

Relevons tout d'abord le caractère assez incongru des explications que cherche ici à transmettre au patient le médecin assistant, qui concernent un traitement qui ne sera quoiqu'il arrive pas instauré dans l'immédiat. Sans surprise, ce point est thématisé par les participants eux-mêmes. Une cheffe de clinique indique ainsi au médecin assistant qu'elle « trouve un peu spécial » qu'il « fa[sse] venir le patient pour un nouveau traitement qu['il ne va] pas mettre » — c'est-à-dire prescrire (T185). En fait, comme l'explique le médecin assistant, cette incongruité tient au laps de temps qui s'est écoulé entre le moment où la décision de convoquer le patient a été prise et le moment de la consultation, le taux de sucre du patient s'étant « stabilisé » dans l'intervalle (T188-T190). Mais au-delà du caractère assez absurde de ces explications anticipant sur des difficultés qui ne se sont pas encore présentées, l'enjeu tient évidemment aux questions répétées du médecin assistant concernant ce que le patient « comprend » de ce qui lui est communiqué. Le médecin demande ainsi au patient près de dix fois en trois minutes s'il a « compris » ce dont il est question (T129, T132, T136, T141, T148, T154, T156 & T158). À la suite de ces multiples demandes, le patient finit par restituer à peu près adéquatement ce que le médecin cherchait à lui transmettre (T159), à la grande surprise des participants (T161-T162). Les efforts déployés par le médecin assistant pour faire du patient un interlocuteur au sens plein prennent ici une tournure tragi-comique — dont rendent bien compte les commentaires de ses collègues, qui relèvent que si le patient fait soudain preuve d'une « lucidité » inattendue, le médecin assistant finit au contraire par se comporter lui-même comme un « dément » (T161 & T163)…

Évoquons un dernier extrait de transcription, qui restitue un commentaire du psychiatre quant à cette même interaction entre médecin et patient. Celui-ci souligne la portée possiblement délétère des efforts du médecin assistant, dès lors que le patient n'est pas « capable » de participer à la consultation comme il y est invité :

PSY = le psychiatre

T191 PSY : [...] C'est là où se cristallise exactement ce que tu dis, c'est que... « Allô la terre ? » C'est un peu du Ionesco euh... Où tout le monde se parle à différents niveaux, pis c'est... Pis en même temps on voit bien une certaine sincérité de tout le monde, quoi. Toi tu... C'est très clair, toi comme t'essaies d'expliquer le truc. Mais ça devient... Ce décalage fait même qu'au bout d'un moment j'avais... J'avais le sentiment quand tu dis... En plus tu le fais avec humour, tu dis : « Bon maintenant vous me répétez ? Je veux savoir si vous m'avez compris. » Je me suis dit : « Ouh là là, ça je sais pas s'il en est capable ce monsieur. » Pis probablement sans le vouloir tu induis une certaine pression euh... Et pis Madame qui répond... Enfin c'est intéressant, parce que c'est très complexe. Et pis je pense le... Probablement une des explications... Enfin une des grilles de lecture qui permet le mieux de se dire : « Ouh là là ouais, il faut peut-être revoir un peu pour la suite. », c'est cette sorte de décalage entre qui peut comprendre quoi. Et pis en même temps... Enfin je sais pas tellement comment faire autrement, pour l'instant hein. C'est peut-être dans l'après-coup qu'on peut se dire maintenant euh... « Bon peut-être qu'il faut partir sur d'autres bases, ou envisager autre chose. »

Malgré les précautions oratoires du psychiatre, la portée critique de son propos est claire : bien que ce soit « sans le vouloir », le médecin assistant « indui[t] une certaine pression » sur le patient en se comportant comme il le fait (T191). L'incapacité du patient à comprendre ce qui lui est communiqué et les efforts en partie contre-productifs du médecin pour la compenser forcent à envisager de « revoir un peu pour la suite », de « partir sur d'autres bases » (T191). Dans ces circonstances, c'est la possibilité même d'une consultation médicale ordinaire qui est mise en cause.

Groupes de discussion et « techniques de communication » standardisées

Cette situation illustre les conséquences potentiellement malheureuses d'efforts déployés pour recréer les conditions d'une consultation « normale » face à un patient atteint dans ses capacités de compréhension. On peut se dire qu'il y a une forme de générosité dans le fait d'accueillir le patient au sein d'une configuration interactionnelle à laquelle il n'est plus guère capable de participer. Le médecin assistant travaille activement à faire de son vis-à-vis un interlocuteur à part entière, i.e. un sujet d'interlocution, plutôt que le simple objet d'une conversation qu'il entretiendrait essentiellement avec son épouse. Il cherche très concrètement à lui faire place dans la consultation en tant qu'interaction — allant comme on l'a vu jusqu'à intimer à son épouse de se taire pour le laisser parler. C'est bien une forme de subjectivation du patient qui est ici en jeu, celui-ci étant voué à rester un « quasi-sujet » tant qu'il n'aura pu s'inscrire pleinement dans les formes d'activité et de relation que configure la consultation (Kaufmann & Skuza, 2008, p. 22). Mais il devient vite clair que l'accueil du patient dans l'interaction ne peut être inconditionnel : le déploiement pratique de la consultation exige de la part du patient des contributions qu'il se révèle (presque) incapable de fournir. Autrement dit, il ne peut remplir la place interactionnelle qu'on veut l'amener à occuper — et l'« accueil » qui lui est réservé lui fait d'une certaine façon violence, puisqu'il lui est manifestement pénible de se hisser à la hauteur de ce qui est attendu de lui[58]. Dans de telles conditions, inciter autrui à prendre

58 On peut présenter ces enjeux un peu différemment en reprenant le lexique de la « communauté » tel qu'il est employé par Joan Stavo-Debauge. Si la dyade médecin-patient peut être envisagée comme une forme de « communauté », c'est aussi qu'elle implique comme toute communauté un principe de « clôture » (Stavo-Debauge, 2017, p. 31). La « clôture » en jeu dans ce cas « peut être dite *capacitaire*, car l'appartenance y est conditionnée à l'*accomplissement* d'une certaine forme d'action participative qui fait publiquement prévaloir une *bonne* manière d'appartenir et grandit un genre d'engagement dans le monde auquel tous ne sont pas nécessairement en mesure de se rendre » (Stavo-Debauge, 2017, p. 298-299, en italique dans l'original). C'est à une telle clôture « capacitaire » que cherche à résister le médecin assistant dans le cas analysé.

« la position de sujet dans le processus d'interlocution » se donne comme une exigence indue plutôt que comme une « ouverture » ou un bienfait (Kaufmann, 2011, p. 166).

Sur un mode plus prosaïque, on aura noté que la discussion collective vient ici mettre en lumière et interroger certaines des limites de la consultation en tant que format de prise en charge thérapeutique. Le superviseur et les participants attirent ainsi l'attention du médecin en charge du cas sur le caractère contre-productif d'une part de ses efforts, et sur la nécessité de repenser les modalités de traitement et d'accompagnement du patient concerné. La séance considérée permet à cet égard le déploiement d'une forme concrète de « réflexivité », relative aux conditions qui doivent être remplies pour qu'une prise en charge médicale ordinaire garde son sens et sa pertinence. Mais elle amène aussi les participants à questionner les apories de l'une des « techniques de communication » qui leur ont été transmises, en les confrontant à certains de ses effets délétères. Ce dernier point a une certaine importance, puisqu'il tend à suggérer une forme de complémentarité entre des dispositifs groupaux tels que ceux que j'ai observés et des formations plus cadrées visant les aspects « communicationnels » ou « relationnels » de la pratique médicale. Quelle qu'en soit la qualité, de telles formations seront toujours confrontées aux difficultés que soulève le caractère forcément générique des « *guidelines* » enseignés au regard de la variété des situations spécifiques. Sur ce plan, les avantages d'un format de discussion qui s'appuie sur la singularité des cas auxquels sont confrontés les praticiens plutôt que de l'éluder paraissent difficilement réductibles.

2. Comprendre ensemble

Nous allons aborder dans cette sous-partie certains enjeux interactionnels propres à la communication par les médecins de résultats médicaux aux patients. Notons d'emblée qu'il s'agira ici de la transmission de résultats « ordinaires » — et que nous ne toucherons donc pas à une problématique qui a gagné ces dernières années une certaine visibilité dans les revues médicales, en particulier en oncologie : celle de l'« annonce de mauvaises nouvelles

[*breaking bad news*] » (Stiefel *et al.*, 2013). L'enjeu tiendra plutôt aux modalités de communication de résultats d'analyse sans gravité particulière, en tant qu'ils se prêtent à des mises en forme et en sens diverses. Dans la mesure où le médecin constitue dans la plupart des cas un intermédiaire nécessaire entre le patient et les informations produites par les examens auxquels il accepte de se plier, la question se pose en effet pour les médecins de savoir en quoi ce rôle d'intermédiaire doit consister et comment l'accomplir adéquatement. Nous allons ainsi nous pencher sur les enjeux de l'« explication » ou de la « vulgarisation » des résultats médicaux — et, plus généralement, sur ce qu'impliquent ou devraient impliquer pour les praticiens les asymétries de connaissance et de compétence existant entre médecin et patient dans le rapport aux résultats.

Comme on le verra, la séance analysée permet de pointer une certaine ambivalence face à cette problématique chez les médecins. Les participants tendent d'une part à souligner l'opacité et le caractère potentiellement anxiogène des résultats pour le non-spécialiste, ainsi que les limites intrinsèques des indicateurs quantitatifs et la circonspection interprétative qu'ils appellent. Ils évoquent dans cette perspective le caractère en partie arbitraire des « seuils » généralement admis, avec la nécessité de réinscrire les résultats dans une temporalité et dans une situation d'ensemble plutôt que de les considérer abstraitement. Mais ils valorisent d'autre part l'« effacement » du praticien au profit de résultats chiffrés, avec l'idée qu'un tel « effacement » permettrait tout à la fois d'offrir aux patients davantage de contrôle sur la prise en charge et de les investir d'une responsabilité nouvelle en les confrontant directement aux résultats de leurs efforts et manquements. Quoique la « médiation » réalisée par les médecins face aux résultats médicaux se donne surtout pour les participants comme une « traduction » nécessaire et diversement bénéfique, elle leur apparaît ainsi par moments comme une limitation, voire comme une obstruction. Le rapport des patients aux résultats médicaux est alors envisagé au prisme d'un idéal d'« immédiateté » ou de « transparence » — un idéal qui, s'il ouvre d'appréciables potentialités critiques au regard de

certaines formes de « paternalisme » ou de rétention d'information, ne va pas sans poser certains problèmes.

Communication et « vulgarisation »

La séance à partir de laquelle nous allons thématiser ces enjeux compte sept participants. C'est une jeune médecin assistante qui apporte et diffuse un extrait d'enregistrement de consultation. Le patient concerné est originaire d'un pays d'Afrique du Nord. Il a une quarantaine d'années. Sa maîtrise du français est partielle, mais suffisante pour qu'il ne soit pas accompagné par un interprète durant les consultations. Il est suivi à la Policlinique pour plusieurs pathologies : sont diversement mentionnés durant la séance un diabète de type 2, une cardiomyopathie et une hépatite C. Il s'agit par ailleurs d'un ancien toxicomane. Comme on va le voir, l'enjeu tourne pour les participants autour de la manière dont la médecin assistante en charge du cas a choisi de restituer au patient les résultats d'une prise de sang réalisée quelques semaines avant la consultation. À partir de ce problème assez spécifique, la discussion va toucher à la communication de résultats chiffrés aux patients, à la place de l'ordinateur et des dossiers informatisés durant les consultations, à la problématique de la « vulgarisation » en médecine, à la « parole » en tant qu'elle constituerait déjà un « acte médical », etc. Abordons d'abord un premier fragment de l'extrait de consultation diffusé par la médecin, dans lequel apparaissent déjà de manière très concrète ces enjeux :

MDC = la médecin en charge du cas

PAT = le patient

T3	MDC :	Comment allez-vous, Monsieur [*nom du patient*] ? La dernière fois qu'on s'est vus c'était 19 juillet.
T4	PAT :	Ouais ouais avant que je fasse… L'examen de… La prise de sang. En fait, je voulais vous demander… C'était le 4 septembre. Je l'ai faite le 4 septembre…

T5	MDC :	[*silence*] C'est quoi, la question ?
T6	PAT :	La question…
T7	MDC :	Ouais ?
T8	PAT :	Vous m'avez dit la dernière fois…
T9	MDC :	La dernière fois on avait prévu une prise de sang, ouais.
T10	PAT :	Mais normalement ça devait être une semaine avant le rendez-vous. Et là j'ai fait ça le 4 septembre. C'est pas grave ?
T11	MDC :	Non non, c'est pas grave. Si vous voulez, comme je suis pas dans mon bureau habituel… D'habitude je garde les feuilles du laboratoire comme ça je peux bien vous expliquer les choses, alors du coup ben là je vais essayer de tourner cet écran d'ordinateur mais il est un petit peu… Difficile à faire tourner. [*Elle tourne l'écran de son ordinateur de manière à ce que le patient puisse le consulter avec elle.*] Alors… Vous aviez fait une prise de sang le 4 septembre. Ouais, c'est juste.
T12	PAT :	[*À mi-voix*] Le cholestérol…
T13	MDC :	Vous arrivez à voir ?
T14	PAT :	Oui oui, j'arrive.
T15	MDC :	Alors… Donc on avait contrôlé… Ça c'est simplement les électrolytes, sodium, potassium… [*Elle désigne de l'index les éléments à l'écran.*] Ensuite ça, la créatinine c'est plutôt pour les reins. Tout ça c'est bien !
T16	PAT :	Oui ?
T17	MDC :	C'est bien, ouais. Ensuite, on avait contrôlé un peu le sucre. Alors on va juste regarder un peu l'évolution… Si on regarde comme ça, ça va beaucoup mieux que l'année passée en tout cas ça.
T18	PAT :	Ok.
T19	MDC :	Voyez maintenant, là ? [*Elle désigne à nouveau l'écran.*] Cette valeur, ça s'appelle l'hémoglobine glyquée. Donc ça veut dire… Si vous voulez, c'est un peu… La représentation de ce qui se passe dans votre sang sur les trois derniers mois.

T20	PAT :	Euh... 6,6 ?
T21	MDC :	6,6 ça veut dire qu'on est quand même... Normalement on devrait être en dessous de 6,5. Mais l'année passée vous aviez 10,7 hein ! Pis je veux juste voir une chose, chez vous... Parce que vous vous avez uniquement le Janumet hein ? Donc ça veut dire que ça se passe très bien, là avec ce traitement. C'est bien ! Par rapport à l'année passée en tout cas, maintenant le résultat il est bien. Parce que vous avez du diabète hein, un petit peu de diabète ?
T22	PAT :	Ouais.
T23	MDC :	Ben aujourd'hui avec cette valeur-là, 6,6, ça veut dire qu'on est presque dans la norme.
T24	PAT :	Pis j'ai aussi ces médicaments-là pour le cholestérol.
T25	MDC :	Normalement ça aide pas pour le sucre, c'est différent.

Commençons par offrir quelques précisions quant aux valeurs auxquelles fait référence la médecin assistante en commentant les résultats de la prise de sang réalisée sur le patient. Comme son nom l'indique, la valeur d'hémoglobine glyquée mesure la « glycation » — processus qui se solde par « une liaison irréversible entre le glucose et une protéine » — de l'hémoglobine, qui dépend du niveau de glycémie. Elle offre ainsi « un reflet cumulatif de la glycémie moyenne des quatre à six semaines (jusqu'à trois mois) qui précèdent le dosage », et constitue à ce titre un indicateur privilégié dans le diagnostic et le suivi du diabète (Gariani, Tran & Philippe, 2011, p. 1239-1240). La mesure de la créatinine sérique — produite par la dégradation de la créatine, une protéine musculaire, par les reins — permet quant à elle d'évaluer la fonction rénale. Elle trouve ici sa pertinence du fait que le diabète constitue « la cause principale d'insuffisance rénale chronique » (Gariani *et al.*, 2012, p. 473). On notera par ailleurs que le « Janumet » est un traitement antidiabétique combiné indiqué dans le traitement du diabète de type 2.

Concernant ensuite le déroulement de l'interaction, on peut à ce stade relever trois points. D'abord, après que la médecin assistante a réorienté l'écran de l'ordinateur, l'attention des interactants se focalise sur le dossier informatisé du patient et plus spécifiquement sur les valeurs que désigne la médecin. De fait, en demandant au patient s'il « arriv[e] à voir » (T13), la médecin s'assure que l'écran pourra bien faire l'objet de leur attention conjointe. On peut considérer que le dossier du patient se donne ici comme une manifestation tangible du « coréférent extérieur commun » qui fonde la « communauté d'attention et de sens » formée par la médecin et son patient, au sens où il constitue — du moins en ce qui concerne le diabète — une description localement pertinente de l'état de santé du patient (Kaufmann, 2016, p. 114). Deuxième point, sans doute plus important : les prises de parole de la médecin intègrent et manifestent d'emblée une double asymétrie entre elle-même et son patient, relative à la connaissance des indicateurs dont il est question mais aussi à la capacité à « lire » les tableaux qu'ils consultent ensemble. Cette double asymétrie est particulièrement manifeste lorsque la médecin assistante aborde la mesure de l'hémoglobine glyquée : « Voyez maintenant, là ? Cette valeur, ça s'appelle l'hémoglobine glyquée. Donc ça veut dire… Si vous voulez, c'est un peu… La représentation de ce qui se passe dans votre sang sur les trois derniers mois. » (T19). Ce n'est qu'au regard de cette asymétrie — postulée dans les énonciations de la médecin et tacitement ratifiée dans celles du patient — que prend sens l'interaction, qui apparaît ainsi comme un exercice de « vulgarisation » visant à rendre intelligibles au patient les résultats qui lui sont présentés. On assiste à ce titre à l'instauration d'une forme de relation pédagogique entre médecin et patient, l'interaction donnant à voir une asymétrie épistémique qu'elle vise à résorber partiellement. Il importe de relever ce point : la séquence analysée s'organise autour d'un effort de « vulgarisation » ou d'explicitation qui déploie une dynamique interactionnelle configurant des « places » complémentaires du type « enseignant-enseigné ». Cette dynamique apparaît comme une modalité d'interaction possible et ordinaire dans le cadre plus

général posé par la relation médicale. Pour reprendre les termes de Louis Quéré, il est donc nécessaire de distinguer ici entre un « placement dans un système de positions » configuré par l'action — ici, les « places » d'« enseignant » et d'« enseigné » — et l'inscription dans une « topographie du lien social » structurée par des « catégories instituées de relations » — ici, les rôles de « médecin » et de « patient » (Quéré, 1990, p. 272).

Enfin — et c'est là le troisième point —, on remarquera que la médecin assistante mobilise conjointement deux référentiels pour interpréter les résultats en question. Elle les rapporte d'une part aux valeurs obtenues lors d'examens sanguins antérieurs, les réinscrivant ainsi dans l'historique des troubles du patient. Les résultats antécédents fonctionnent à cet égard comme une première référence vis-à-vis de laquelle les analyses récentes trouvent leur signification (« C'est bien ! Par rapport à l'année passée en tout cas, maintenant le résultat il est bien. », T21). Il s'agit là d'une signification relative — traduisant le différentiel entre deux mesures — et en un certain sens individualisée — puisqu'elle ne concerne que le patient. Mais la médecin assistante recourt également à une référence absolue, celle de la « norme » que constituent les valeurs seuils généralement acceptées : « […] aujourd'hui avec cette valeur-là, 6,6, ça veut dire qu'on est presque dans la norme. » (T23). La rationalité de cette référence est épidémiologique, et elle présente à cet égard un très haut degré de généralité. On aura noté que, quoique ces deux références fonctionnent dans une certaine mesure de manière opposée, elles s'appuient toutes deux sur les opérations standardisées de mise en forme et les « conventions justifiables d'équivalence » — pour reprendre une expression de Laurent Thévenot — propres à la médecine scientifique (Thévenot, 2006, p. 248). À cet égard, elles engagent pour le patient un rapport assez spécifique à lui-même et à son état de santé. Comme on le verra, ces éléments vont resurgir dans les propos des participants à la séance.

Examinons maintenant la seconde partie de l'extrait diffusé par la médecin assistante. Elle y poursuit son commentaire des résultats de la prise de sang. J'omets une brève séquence relative à

l'alimentation du patient, qui n'est pas essentielle à l'intelligibilité de l'interaction et n'aura guère d'importance pour la discussion subséquente des médecins :

MDC = la médecin en charge du cas

PAT = le patient

PSY = le psychiatre

T49	MDC :	Et pis alors ce qu'on avait aussi fait c'était pour le bilan du cholestérol. Alors voyez, c'est ici. Alors, le cholestérol total est normal, le mauvais cholestérol aussi, donc en fait ça, ça va bien.
T50	PAT :	Combien, le normal ? 3, 3,6 ?
T51	MDC :	Total : 3,6. Mauvais cholestérol : 2,3. Ce qui apparaît en rouge ici, faut pas trop vous en occuper, ça veut dire que le bon cholestérol est un petit peu bas. Mais ça c'est parfois un peu difficile d'arriver à le monter, ce qui est important…
T52	PAT :	Le bon ?
T53	MDC :	Ouais.
T54	PAT :	Il arrive jusqu'à quoi ? 10, 12 ? Normalement ?
T55	MDC :	Non, normalement vous voyez y a une norme au-dessus de 1 pis vous êtes juste en dessous, à 0,8. Mais je dirais que votre profil de graisse, là, c'est bien. Ensuite on avait fait la vitamine D… Qui est au-dessus de 20. Donc ça ça va, pour vous.
T56	PAT :	Ça va.
T57	MDC :	Pour quelqu'un de votre âge, ça joue, ouais. Euh qu'est-ce qu'on a d'autre ? On avait aussi contrôlé que dans les urines, on voie pas… En fait ce qu'on fait dans les urines, c'est qu'on essaie de voir si le rein… Si vos reins ils souffrent, à cause du diabète, mais ça va, hein. Les chiffres, là, c'est difficile de vous expliquer exactement ce que c'est. Mais disons que c'est stable, par rapport au mois de janvier. Par rapport… On va voir plus loin, on va voir les autres chiffres. Ouais, ça reste stable. Qu'est-ce qu'on a d'autre, pour le 4 septembre ? Ah oui on avait

		fait une fois pour les cardiologues, vous vous rappelez il fallait qu'on fasse une fois un test VIH ? C'est négatif.
T58	PAT :	VIH, c'est ?
T59	MDC :	C'est le virus du sida.
T60	PAT :	Ah oui.
T61	MDC :	Je vous en avais parlé, on devait faire... Pas parce que...
T62	PAT :	Comment, négatif ?
T63	MDC :	C'est négatif. Ça veut dire que c'est normal.
T64	PAT :	Ah, c'est normal. Moi, je me suis dit : « C'est négatif... »
T65	MDC :	Quand c'est négatif, c'est qu'y en a pas. On n'a pas trouvé le virus.
T66	PAT :	Oui.
T67	PSY :	Très bien, on peut s'arrêter. [*La médecin en charge du cas interrompt la vidéo*.]

Que dire de ce second extrait ? Ici encore, on peut souligner trois aspects. Notons d'abord l'atténuation préventive par la médecin assistante de l'inférence ordinaire qu'elle attribue au patient quant au résultat qui apparaît « en rouge » dans le dossier médical (T51). Ces propriétés du dossier médical visent à opérer un genre de « guidage souple » ou « incitatif » de l'activité des médecins, en rapportant d'emblée les résultats affichés aux « taux » ou « seuils » pertinents (Dodier, 1993b, p. 126). Mais dans la mesure où la couleur rouge signale ordinairement dans les tableaux ou graphiques quantitatifs un manque, un défaut ou un problème, la médecin assistante suppose que le dossier médical informatisé sera à cet égard également intelligible au patient — et doté d'une forme d'intelligibilité qui risque de l'induire en erreur, au sens où cette valeur particulière n'est en réalité guère préoccupante. Cette « convention » largement partagée risque dès lors de perturber l'interaction thérapeutique plutôt que de se donner comme un « appui » susceptible de favoriser sa « coordination » (Dodier, 1993c, p. 67).

Un second point concerne l'aveu d'impuissance formulé par la médecin assistante quant à son activité de vulgarisation : il est « difficile » d'« expliquer exactement » au patient ce à quoi correspondent certains « chiffres » en rapport avec la fonction rénale (T57). On ne saura pas quelles sont au juste ces valeurs trop complexes : il s'agit peut-être de la clairance de la créatinine — i.e. l'élimination de la créatine par les reins —, voire d'une mesure de la cystatine C, une autre protéine dont une concentration accrue indique *a priori* une baisse de la fonction rénale (Bornet *et al.*, 2019, p. 392). Cet aveu d'impuissance n'engage toutefois que minimalement la médecin. Ce ne sont pas ses propres aptitudes en matière de vulgarisation que vise la formulation à laquelle elle recourt, mais bien la complexité du sujet à traiter et l'incompétence du patient le concernant : « Les chiffres, là, c'est difficile de vous expliquer exactement ce que c'est. » (T57). La médecin assistante n'emploie pas la première personne du singulier, et indique bien que c'est au patient — « vous » — qu'il est « difficile d'expliquer exactement » ce dont il s'agit (T57).

Enfin, on aura remarqué la confusion pour le moins malheureuse autour du résultat « négatif » du test VIH demandé par « les cardiologues » : le qualificatif est pris dans son acception évaluative ordinaire par le patient, « négatif » devenant pour lui synonyme de « mauvaise nouvelle » (« Ah, c'est normal. Moi, je me suis dit : "C'est négatif…" », T64). Il faut sans doute déplorer la légèreté dont fait ici preuve la médecin assistante en attribuant au patient une « littératie en santé » qu'il s'avère ne pas posséder. Mais on peut aussi comprendre qu'elle n'anticipe pas la compréhension — ou plutôt l'incompréhension — qui sera celle du patient : tout l'exercice pédagogique auquel elle se livre présuppose une situation sans gravité, s'inscrivant dans le cadre d'un suivi de routine, n'appelant ni inquiétude ni action particulières. L'annonce d'une séropositivité au VIH serait profondément déplacée dans une séquence de ce type : il s'agirait d'une incongruité normative manifeste.

Une médecine « transparente »

Pour approfondir ces différents éléments, tournons-nous vers ce qu'ont à dire les participants à la séance de cet extrait de consultation. Sans surprise, les commentaires visent essentiellement ce qu'implique la démarche de la médecin assistante lorsqu'elle choisit d'orienter son écran d'ordinateur en direction du patient et de commenter en les lui montrant les résultats de la prise de sang. C'est ce qui émerge des remarques d'une cheffe de clinique qui s'exprime directement après le passage restitué ci-dessus :

CC1 = une cheffe de clinique

PSY = le psychiatre

MA1 = une médecin assistante

T69	PSY :	Alors, des réflexions, des ?...
T70	CC1 :	Moi je trouve ça bien de partir du dossier, parce que... J'aime bien faire ça aussi. Surtout que là le monsieur il a l'air intéressé... Des fois ils sont pas autant demandeurs d'explications mais ça permet d'aborder plein de trucs, de parler du diabète, du cholestérol... Et pis ça responsabilise un peu les gens, ils savent pourquoi ils font une prise de sang, ce qu'on trouve, ce qu'on vérifie...
T71	PSY :	Ouais. C'est un outil de travail, alors ? Pour toi aussi ?
T72	CC1 :	Ouais.
T73	PSY :	Tu dis, ça permet d'aborder les choses, de responsabiliser, il y a d'autres choses ou ?...
T74	CC1 :	Ben... Qu'ils sachent ce qu'on a... Ouais, c'est plus dans la responsabilisation mais c'est important qu'ils sachent ce qu'on a testé, parce qu'après quand ils vont aller voir le cardiologue ou je sais pas quoi, ils pourront dire : « Oui, le cholestérol on a testé. »
T75	PSY :	Mais tu dis... Quand ils savent aussi, ça permet de leur donner un bout le contrôle ?
T76	CC1 :	Oui voilà. Ils sont moins passifs vis-à-vis de leur santé.

T77	PSY :	Oui. Tout à fait.
T78	CC1 :	Pis pour le diabète c'est super parce que… Parce qu'il voit que son traitement fonctionne… Euh… Ça peut améliorer la compliance du coup.
T79	PSY :	Ouais. Alors ça peut être encourageant, c'est motivant de voir…
T80	CC1 :	Pour montrer l'évolution. Si y a des courbes en plus…
T81	PSY :	Oui, c'est ça. D'autres choses encore ? Je sais pas si vous utilisez ça aussi, ce moyen… À quoi ça sert, finalement ? Ou d'autres réflexions ? Parce que c'est intéressant aussi, cette question de la confiance aussi. Je pense que ça… Ça démystifie aussi…
T82	MA1 :	C'est la transparence !
T83	PSY :	Oui ! Transparence, exactement.
T84	MA1 :	C'est surtout ça : « Moi j'ai rien à vous cacher. Je vous montre tout. » Je pense que ça augmente la confiance envers le médecin. Surtout chez ce patient-là, qui paraissait très angoissé… Quand il est arrivé, il se demandait s'il avait pas fait faux, s'il avait fait la prise de sang au mauvais moment, alors que c'est une prise de sang tous les six mois, alors peu importe si c'est une semaine avant ou après, mais pour lui… Il avait peur que le médecin le gronde, parce que ça avait pas eu lieu au bon moment.
T85	PSY :	Comme s'il avait fait une grosse erreur, c'est ça.

Pour les participants, la confrontation aux résultats d'analyse « responsabilise » les patients (T70). Elle leur offre une forme de « contrôle » et les encourage à être « moins passifs vis-à-vis de leur santé » (T75-T76). Les résultats médicaux sont ici ressaisis comme des « traces » ou des « vestiges » qui pointent vers « des actions et des situations passées » vécues à la première personne, les patients se trouvant ainsi invités à déployer une forme de « réflexivité » mettant en jeu leurs comportements propres et leur capacité d'action vis-à-vis de ceux-ci (Licoppe, Draetta & Delanoë, 2013, p. 276).

La confrontation aux résultats doit entraîner « des révisions des représentations de la personne concernée et des réajustements » de son comportement, et fait ainsi jouer un « espoir de régulation » de la situation par le patient lui-même (Licoppe, Draetta & Delanoë, 2013, p. 277). Le fait de montrer directement les résultats d'analyse au patient se donne par ailleurs comme une forme salutaire de « transparence » qui « augmente la confiance envers le médecin » (T81-T84). On a ici un passage manifestement très riche — y compris et peut-être en premier lieu parce qu'il présente une série de propositions dont la cohérence et la rationalité internes ne sont pas faciles à saisir. En quoi les idées de « responsabilité », de « contrôle », d'attitude « active » face à la maladie et au traitement s'articulent-elles dans la perspective des participants à celle de « transparence » en ce qui concerne le rapport aux résultats d'analyse ? Et comment comprendre ici la conviction que cette « transparence » aurait pour conséquence d'augmenter la « confiance » des patients envers leur médecin et de calmer leurs inquiétudes ?

Commençons par ce dernier point. On peut tout d'abord relever que si le lien entre « transparence » et confiance constitue un lieu commun des réflexions contemporaines — scientifiques et ordinaires — sur la confiance, il est loin d'aller de soi. En fait, on peut considérer que confiance et « transparence » s'inscrivent dans des registres opposés et en partie incompatibles. C'est ce que souligne notamment Louis Quéré en s'inspirant de la philosophe Onora O'Neill. Les propositions de Quéré visent en premier lieu l'espace public et les médias, mais on peut en élargir la portée. L'enjeu tient pour lui à la nécessaire différenciation entre « publicité » et « transparence », ou entre « défiance » et « méfiance ». Le « principe de publicité » — Quéré renvoie ici à Kant et à son *Projet d'une paix perpétuelle* — suppose que soit rendu public et donc soumis à la critique tout projet ou action « qui peut comporter des menaces pour les droits des uns ou des autres, ou des menaces d'injustice » (Quéré, 2004, p. 187). Les institutions démocratiques doivent se plier « à l'enquête, à la critique et à la discussion publiques », via la publicisation de leurs décisions et démarches par les médias — l'enjeu tenant à la

conformité de ces décisions et démarches à l'« idée normative » censée caractériser les institutions en question. À la différence du principe de publicité, l'impératif de « transparence » valorise comme une fin en soi la divulgation d'informations — plutôt que de la subordonner à une régulation des institutions concernées qui reste fidèle à leur « idée normative » (Quéré, 2004, p. 210-214). L'idée sous-jacente est qu'une méfiance et un contrôle généralisés assureraient la « *trustworthiness* » des institutions et de leurs agents. Comme l'explique Onora O'Neill, l'effet escompté est à la fois punitif et préventif : lorsque surviennent des problèmes, la disponibilité des informations permettrait de mettre les coupables face à leurs responsabilités ; le fait que leurs agissements soient soumis à l'impératif de « transparence » devrait encourager les agents institutionnels à se montrer dignes de confiance (O'Neill, 2002a, p. 134-135). Mais cette logique a ses limites : il existe de bonnes raisons pour considérer que l'ambition sous-tendant les appels à la « transparence » — celle de « *révéler la vérité* comme si celle-ci pouvait se donner à voir nue et sans artifice » — est au mieux irréaliste et au pire contre-productive (Cabin, 2020, p. 509, en italique dans l'original).

L'enjeu tient surtout ici au rapport à l'information auquel invite la « transparence », avec les problèmes qu'il suscite. L'abondance d'informations peut avoir pour effet d'augmenter l'incertitude et la méfiance dès lors que nous ne pouvons distinguer parmi les informations qui nous sont transmises celles sur lesquelles il est judicieux de s'appuyer. Dans bon nombre de cas, nous ne pouvons juger par nous-mêmes de l'exactitude des informations à notre disposition et de la qualité des services qui nous sont proposés, parce que nous n'avons pas le temps ou les compétences pour le faire (O'Neill, 2002b, p. 20-22). La disponibilité de l'information n'est guère profitable si nous ne pouvons nous y repérer seuls et devons en définitive recourir à des tiers pour en faire sens. On peut considérer que l'idéal de « transparence » s'oppose sur ce plan à la confiance, qu'il invite à envisager comme une subordination indue à l'avis d'autrui. Le fantasme qui anime la « transparence » face à la nécessité de recourir aux services d'un professionnel tient à la

possibilité de le faire sans s'en remettre aucunement à lui, i.e. sans rien lui « confier » (Baier, 1986, p. 259). On rejoint ici la « hantise des médiations » qui caractérise les appels à la « transparence » dans la sphère publique (Kaufmann, 2018, p. 12). Or, comme l'indique Louis Quéré, la relation particulière que configure la confiance suppose une irréductible « inégalité de conditions » entre les partenaires — une expression que Quéré reprend à Émile Benveniste. Si celui en qui la confiance est placée doit s'en montrer digne, il peut à l'inverse être attendu de « celui qui fait confiance » qu'il « suspende sa propre compétence de jugement (dans certaines limites bien sûr, car il ne s'agit pas de déférer aveuglément à l'autorité épistémique ou morale de l'autre), qu'il n'interfère pas constamment, qu'il renonce à une surveillance tatillonne et au contrôle permanent, qu'il ne recherche pas plus d'assurances qu'il n'en faut, qu'il demande des comptes au bon moment, etc. » (Quéré, 2011b, p. 384-385). La confiance ne va pas chez le sujet sans une part de dessaisissement, de renonciation au « contrôle » au profit de celui qui en bénéficie.

On peut donc se dire que le lien posé dans la situation analysée par les médecins entre « transparence » dans le rapport aux résultats médicaux, « confiance » envers la médecin et réassurance pour un patient manifestement « angoissé » n'est pas si évident qu'il y paraît. Comment dès lors comprendre que les médecins voient d'un si bon œil la démarche de leur collègue ? Il faut à mon sens penser à la fois les conséquences « pratiques » du geste par lequel la médecin tourne son écran d'ordinateur vers le patient et ses implications « relationnelles ». Dans les termes du Goffman de *The Presentation of Self*, l'enjeu tient sur le plan « pratique » au « contrôle du décor [*control of the setting*] » dans lequel exerce ce « *performer* » qu'est le médecin — et au double « contrôle » de l'information et de l'interaction qu'il rend possible (Goffman, 1972 [1959], p. 98). Que l'écran d'ordinateur reste généralement hors du champ de vision des patients permet aux médecins de sélectionner sans risque d'interférence les aspects ou résultats à communiquer, expliquer et écarter, et ainsi de structurer plus aisément l'interaction. Quoique

cela ne soit pas le cas dans l'extrait de consultation présenté par la médecin assistante, les informations que contient le dossier constituent autant de « prises », de « ressources » ou d'« opportunités » susceptibles d'être « saisies » par le patient pour infléchir le cours de l'échange (Joseph, 1997, p. 134-135).

Mais la « transparence » dont fait preuve la médecin en révélant son écran ne doit pas être réduite à cette dimension « pratique » ou pragmatique, i.e. au surcroît effectif de « contrôle » ainsi offert au patient. On risquerait alors de manquer son importance particulière sur le plan « expressif » ou « rituel », toujours au sens de Goffman. Il s'agit de ressaisir la portée « relationnelle » des démarches que promeut le principe de « transparence » tel qu'il est formulé durant la séance : « "Moi j'ai rien à vous cacher. Je vous montre tout." » (T84). En fait, on peut se dire — pour emprunter encore à *The Presentation of Self* — que l'enjeu tient moins à ce qui est effectivement montré ou révélé qu'à la rupture de la frontière ordinairement maintenue entre « *front region* » et « *back region* », entre « scène » et « coulisses » (Goffman, 1972 [1959], p. 114-115). Ce qui fait ici toute l'importance du geste par lequel la médecin assistante donne à voir l'écran de son ordinateur au patient, c'est qu'il fait pénétrer le patient sur un « territoire » ordinairement réservé aux médecins ou du moins aux soignants. La portée particulière de la « transparence » ne peut se comprendre que si on la rapporte à cette rupture ou à ce franchissement de la « séparation virtuelle des territoires de l'agent et de l'usager » typique des situations de service, c'est-à-dire à la discrète subversion d'un espace normativement institué (Joseph, 1998, p. 58). Le patient est invité à examiner ce que le médecin seul est ordinairement autorisé à voir durant la consultation[59]. On notera que le passage d'une attention réciproque à une attention

59 Bien sûr, selon le droit helvétique, toute personne qui en fait la demande peut *a priori* accéder directement aux informations contenues dans son dossier médical. Mais cela ne change rien au fait que l'espace de la consultation est écologiquement et normativement organisé de telle sorte que ces informations n'y soient disponibles au patient que par la médiation du médecin. Ici comme plus généralement, l'ordre interactionnel ne recoupe pas forcément l'ordre légal.

conjointe sur un objet tiers est ainsi investi d'une signification particulière : le « regarder ensemble » vient ici atténuer l'« inégalité de conditions » entre les interactants. On peut se dire que ce sont à la fois les possibilités « pratiques » qu'offre au patient la confrontation au dossier médical et cette atténuation « symbolique » de l'« inégalité de conditions » entre médecin et patient que traduisent les remarques des participants dans l'extrait précédent concernant le « contrôle », la « responsabilité », et l'attitude « active » du patient. C'est d'un côté comme de l'autre une certaine « mise en symétrie » des positions occupées par les interactants qui est valorisée.

Ambiguïtés de la « médiation »

Ces réactions initiales présentent donc sous un jour plutôt favorable l'« effacement » des médecins face aux résultats médicaux, qui apparaît en quelque sorte comme un facteur d'« *empowerment* » pour les patients. Mais comme on va le voir, les participants cherchent plutôt à faire valoir dans leurs commentaires subséquents la nécessité de rétablir le médecin dans son rôle de « médiateur » face aux résultats d'analyse. Nous allons retrouver avec ces remarques certains des arguments théoriques évoqués ci-dessus concernant les limites de l'impératif de « transparence ». L'extrait suivant suit presque directement celui que nous venons d'évoquer. Un autre chef de clinique y exprime ses réticences à l'égard de ce qu'il conçoit comme « une médecine trop chiffrée » :

CC1 = la cheffe de clinique

CC2 = le chef de clinique

T87 CC2 : Moi je suis d'accord avec [*la cheffe de clinique qui s'est exprimée dans l'extrait précédent*]. Moi ça… Ça m'a juste rappelé un peu… Cette discussion qu'on a aujourd'hui, la médecine de précision, qui devrait à l'avenir être personnalisée. Mais là on pratique déjà la médecine de précision, dire : « Votre hémoglobine glyquée, elle est à 6,6 %. On veut quand même 6,5. » Et

après, si ça change quelque chose… Et lui, il va prendre ça comme quelque chose du type : « C'est bien, mais c'est pas encore l'objectif. »

T88 CC1 : « Voilà, je mange plus de raisin ! » [*rire*]

T89 CC2 : Voilà. Euh… Et là je trouve quand même, avoir une médecine trop chiffrée, c'est une médecine moins personnalisée. Il faut utiliser ça à bon escient, mais pas trop, pas peu non plus, je pense que c'est important de dire : « Voilà, la cible c'est ça, on va travailler ensemble pour atteindre cette cible. Mais c'est pas non plus une règle d'or, si on n'y arrive pas, on fera quand même le mieux possible. » En même temps, y a des patients qui sont très accrochés à tous ces objectifs, ils ont besoin d'être comme ça dans une voie très dirigée, très orientée par le médecin. Et ils adoptent… Ils ont besoin de règles assez claires, assez rigides. Donc c'est… C'est un équilibre à trouver. Moi j'ai trouvé que c'était quand même parlant. Mais en même temps, vous avez passé six minutes à regarder l'ordinateur et… Et je trouve que c'est un troisième élément qui… Est-ce que ça apporte quand même un bénéfice important ? J'ai de plus en plus de doutes. Parce que nous, ça nous rassure, on donne quelque chose, on donne une information extrêmement puissante au patient. Mais en même temps, on va entrer dans une démarche relationnelle qui est très axée sur les aspects objectifs quantitatifs. C'est exactement le contraire de ce que j'essaie de faire au quotidien, c'est-à-dire de dire : « Nous, on est dans une relation, il y a beaucoup de subjectif en jeu, euh… Il faut qu'on reste comme ça parce que l'incertitude est aussi positive, soit de mon côté parce qu'en tant que généraliste je sais pas tout, soit aussi pour vous parce qui souffrez de choses qui sont parfois incompréhensibles, ça fait partie de la vie, la vie elle est incertaine. » Et si on quantifie trop, on perd quand même cette approche qui se démarque beaucoup de la médecine trop technique. Donc voilà, je pense qu'il faut équilibrer un peu les deux.

Le souci qui transparaît ici est très clairement celui de l'écrasement de la dimension « relationnelle » et « subjective » de la relation médicale sous les « aspects objectifs quantitatifs » auxquels correspondent notamment les informations contenues dans le dossier médical (T89). On peut cependant distinguer deux ensembles d'arguments dans les prises de parole du chef de clinique, qui se recoupent partiellement. On a d'une part l'idée que la confrontation du patient à des résultats chiffrés pourrait avoir une portée contre-productive du fait de la logique binaire qu'encourage à adopter une réflexion quantitative structurée par des « seuils » de tolérance ou d'acceptabilité. La clarté trompeuse du « chiffre » peut conduire les patients à accorder une importance disproportionnée à des écarts somme toute négligeables : c'est la différence de 0,1 % dans le taux d'hémoglobine glyquée qu'évoque le chef de clinique (T87). Il s'agit à l'inverse pour ce dernier de faire place à l'« incertitude » dans la prise en charge — une incertitude que tend justement à occulter la focalisation sur les résultats chiffrés et leur évidence apparente (T89)[60]. On a d'autre part une réflexion qui vise plus directement l'interaction entre médecin et patient, l'ordinateur étant envisagé comme un tiers — ou un « troisième élément » — venant perturber l'échange (T89). Le chef de clinique relève ici, pour le déplorer, le déplacement qui s'opère dans la consultation enregistrée d'une attention réciproque entre les interactants à une attention focalisée conjointement sur l'écran : « Mais en même temps, vous avez passé six minutes

60 On peut faire ici le lien avec les réflexions de Renaud Dulong sur ce qu'il nomme les « opérateurs de factualité », i.e. des référents mobilisés à l'appui d'un récit ou d'un raisonnement qui tendent à produire vis-à-vis de ceux-ci un effet d'évidence, de « confiance passive » ou « première », de « créance naïve ». Pour Dulong, l'« opérateur de factualité » s'oppose à la « preuve » en ce qu'il n'incite pas au jugement critique ou au raisonnement mais tend plutôt à susciter une conviction « immédiate et irréfléchie » (Dulong, 1997, p. 75-77). Évidemment, en fonction des destinataires, le même référent peut diversement configurer ces « deux modalités de factualisation » opposées et les « postures de réception » correspondantes (Dulong, 1997, p. 69). C'est un raisonnement similaire que développe ici le chef de clinique, qui dénonce l'« évidence » trompeuse des résultats chiffrés pour le profane. La « factualité » des résultats n'est pas la même pour les médecins — qui sont formés à les envisager avec distance — et pour leurs patients — à la merci de leur apparente univocité.

à regarder l'ordinateur et… Et je trouve que c'est un troisième élément qui… Est-ce que ça apporte quand même un bénéfice important ? » (T89). On a là un jugement visant le recours à l'objet technique en tant qu'il présente une portée interactionnelle — et non sous la dimension plus commune de l'« habileté » ou de l'aptitude dans l'usage (Dodier, 1993b, p. 116-117). La part accrue prise par le dispositif numérique est envisagée ici comme une menace pesant sur l'interaction, susceptible de « fragmenter » la présence « pleine et entière » des interlocuteurs à l'échange : comme l'a souligné Christian Licoppe, c'est là une perspective très ordinaire et répandue quant à l'introduction des technologies numériques dans l'interaction (Licoppe, 2012, p. 9). Ces deux lignes d'arguments se rejoignent dans l'idée que les résultats chiffrés constituent « une information extrêmement puissante » — mais dont la force est envisagée surtout négativement, en tant qu'elle produirait des repères faussement évidents et qu'elle aurait un effet délétère sur la « relation » comme sur la dynamique de l'interaction (T89). Ainsi, mettre les résultats chiffrés à distance, c'est dans cette perspective offrir une place à l'« incertitude » et à la « complexité » — quoique ce second terme n'apparaisse pas explicitement —, c'est-à-dire à la part d'« incompréhensible » ou d'insaisissable de la maladie (T89).

Les autres participants poursuivent la discussion autour de cette « puissance » des chiffres — en cherchant à faire valoir que la médecin assistante manifeste malgré tout une certaine « distance » vis-à-vis des résultats qu'elle donne à voir au patient, et invite celui-ci à faire de même (T93). La médecin assistante intervient alors pour souligner qu'elle ne révèle d'ordinaire pas directement l'écran de son ordinateur aux patients, préférant imprimer au préalable les analyses qu'elle souhaite commenter :

CC1 = la cheffe de clinique

CC2 = le chef de clinique

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T93	CC1 :	C'est un outil, mais moi j'ai l'impression qu'elle s'en distancie aussi, par exemple… Justement par rapport au diabète, elle dit pas : « Vous êtes pas dans la cible. » Elle dit : « C'est presque comme quelqu'un qui est pas diabétique. » Euh… « Le bon cholestérol, il est un peu bas, mais on s'en fiche. » Donc c'est un outil, mais ça reste… Elle prend quand même de la distance par rapport aux chiffres : « Ça, d'accord, on est pas pile dans la cible, mais c'est quand même très bien comme ça. »
T94	CC2 :	« C'était à 10 l'année passée… »
T95	CC1	Ouais. Donc c'est juste un outil, c'est pas… C'est pas la parole divine euh… Qu'il faut écouter. D'ailleurs je pense que… D'habitude tu fais avec un papier, c'est ce que tu disais, et pis là t'as pas pu parce que t'avais pas tes ?…
T96	MDC :	Ouais d'habitude j'essaie de garder… Comme de toute façon je les imprime, de garder ces feuilles parce que ce qui me dérange avec le programme, c'est que dès que c'est en dehors de la cible, c'est rouge. Pis pour les patients…
T97	PSY :	Ça fait peur…
T98	MDC :	C'est hyper perturbant en fait. Parce que… Y a pas mal de patients qui sont rivés sur les chiffres. Et comme ils comprennent pas trop le concept, quand on leur donne des résultats, ils disent : « Mais j'ai combien ? » Pis du coup moi j'aime pas trop qu'ils voient que c'est rouge parce que pour moi c'est pas important [*rire*]. Donc d'habitude effectivement j'essaie de le faire à partir des feuilles de papier où tout ressort en noir comme ça ils voient pas les petites étoiles à côté, et pis ça passe plus inaperçu…
T99	CC2 :	C'est en gras, ce qui est quand même beaucoup plus élégant…
T100	MDC :	Ouais, pis sur l'écran ils voient aussi toutes les colonnes des autres années donc je trouve que… Je trouve que c'est des fois plus compliqué.

On retrouve ici, formulée plus explicitement encore, l'idée qu'il faudrait préserver les patients d'une confrontation directe au dossier informatisé, dont les modalités de présentation risquent de les induire en erreur : les résultats en « rouge » font « peur » et sont inutilement « perturbant[s] » pour les patients (T96-T98). Le recours aux résultats imprimés permet de contourner cette difficulté. Il se donne déjà comme une modalité d'interposition des médecins entre les patients et leurs résultats d'analyse — interposition certes discrète mais néanmoins significative, puisqu'elle permet de suspendre certaines des inférences que les patients pourraient faire d'eux-mêmes face au dossier informatisé et donc de les rendre plus complètement tributaires des explications des médecins. Ainsi, bien que les interventions de la cheffe de clinique et de la médecin assistante viennent d'une certaine façon contredire les remarques antérieures de leur collègue en revenant sur la « distance » dont celle-ci ferait preuve « par rapport aux chiffres » (T93), elles s'accordent avec lui pour considérer qu'une telle « distance » est nécessaire et que c'est au médecin de la déployer et de l'entretenir pour les patients dont il a la charge. Ce n'est donc plus guère un idéal de « transparence » qui est retenu ici face aux résultats d'analyse, qui doivent être considérés avec prudence et livrés sous une forme appropriée aux patients.

Pour développer ce point, abordons une autre prise de parole du chef de clinique qui s'est exprimé plus haut. Elle survient directement après le passage sur lequel nous venons de revenir. Le chef de clinique y fait référence à ce qu'il a dit précédemment :

CC2 = le chef de clinique

PSY = le psychiatre

T101	CC2 :	Parce que de toute façon… Moi je trouve aussi, dans le prolongement de la discussion sur euh… Sur le rapport aux chiffres, c'est effectivement quel est… Disons, on est dans un monde dans lequel nous, on a été très tôt poussés dans nos études à… Voilà une mesure quantitative des choses qui ignore une partie

des éléments non quantitatifs… Donc ce qu'on voit aussi c'est qu'on n'est pas les seuls, toute la société est inondée par ça, et pis ce qui intéressant, c'est que c'est un lieu commun de discussion, c'est une manière de… Et je pense que c'est là où il faut probablement adapter un petit peu. Ce qui est intéressant chez ce patient, c'est qu'il y a une partie des éléments où tout à coup il demande, il veut savoir où en est le mauvais cholestérol, tu dis : « À 3,6. » Et alors il dit : « Le mauvais, c'est à quoi, à 10-12 ? » Donc il se crée cet imaginaire, il est déjà là-dedans, dans le fait se dire : « Je suis bien à 3,6, donc le mauvais ça doit être à 10 ou 12, en tout cas. » Et pis on voit que… Pour d'autres éléments il comprend pas. Comme le fait que négatif, ça veut dire bien… Et ça on peut le comprendre parce que c'est l'erreur qu'on fait souvent de… D'oublier de traduire ce qui est négatif, parce qu'en plus d'un examen à l'autre, ce qui est négatif, ce qui est positif… Donc pour d'autres trucs, il a pas encore les codes, et pis pour certains… Eh ben il commence à avoir les codes. Alors je suis assez d'accord qu'il faut se décentrer de ça, essayer d'avoir une médecine qui inclut pas que des chiffres parce que… Le quantitatif, c'est qu'une partie, le qualitatif c'est très important. Mais en même temps, je pense que c'est un bon lieu commun de discussion pour pouvoir se retrouver, parce que finalement nous, notre intelligence elle est comme ça. Et pis quand on parle de ce que c'est qu'un bon patient, c'est quelqu'un qui comprend la notion de risque, qui arrive à la quantifier de la même manière et pis qui parle bien français, et qui arrive bien à l'exprimer de la même manière. Pis ça c'est le patient idéal pour nous, parce que… Ben c'est notre miroir. Et pis… Finalement c'est un peu ça, il faut un peu de ce côté « miroir », où on a un lieu commun, et pis il faut aussi réussir à s'en éloigner, je pense que les deux sont importants.

T102 PSY : C'est très intéressant… Je reprends le dernier élément que tu mentionnes, la question du bon patient. Alors, lui, c'est un bon patient ou pas ?

T103 CC2 : Ben il fait tout pour en tout cas, il essaie au maximum d'entrer dans le truc, son intérêt, et pis effectivement son anxiété du début, où on voit que… Il s'en approche, pis en même temps ben… Comparé à l'idéal du bon patient, esquissé à grands traits, il lui manque pas mal de trucs, on pourrait dire !

Le chef de clinique met ici diversement en scène les limites de la capacité de « compréhension » du patient, qui se créerait un « imaginaire » idiosyncrasique et fantaisiste à partir des informations factuelles qui lui sont transmises ou faillirait simplement à en faire sens (« Pour d'autres éléments il comprend pas. », T101). Ces limites alléguées impliquent réciproquement une certaine manière d'envisager le rôle des médecins face aux résultats médicaux, qui s'exprime dans le lexique du « code » et de la « traduction ». Le patient « [n']a pas encore les codes » nécessaires pour comprendre ce que la médecin cherche à lui transmettre, ou il « commence » seulement à les intégrer (T101). Il revient dès lors à la médecin de se livrer à un effort de « traduction » : c'est ce qu'exprime le chef de clinique à partir de l'exemple du test VIH, dont la médecin « oubli[e] de traduire » le résultat « négatif » (T101). Évidemment, la métaphore de la « traduction » n'a ici rien d'anodin. Elle permet de faire conjointement valoir l'inaptitude du patient à ressaisir par lui-même ce qui lui est communiqué et le nécessaire rôle de « médiateur » qui incombe au médecin, dont on peut attendre qu'il rende intelligible au patient ce qui lui échapperait autrement. Comme l'a montré la « sociologie de la traduction », l'usage métaphorique de l'idée de « traduction » en tant que lexique de description a pour effet premier de mettre en visibilité la contribution de certains acteurs et objets au phénomène à décrire — qu'il s'agisse de valoriser cette contribution ou au contraire de la

« relativiser »[61]. Dans le cas qui nous occupe, le recours à cette métaphore permet de présenter le médecin comme un « point de passage obligé » — pour emprunter ici à Bruno Latour — entre le patient et les résultats médicaux qui lui sont présentés (Latour, 1984, p. 51-52).

Mais la métaphore de la traduction n'est pas le seul biais par lequel s'exprime, dans la prise de parole du chef de clinique, l'asymétrie entre patient et médecin. On aura noté cet intéressant passage dans lequel le patient « idéal » est présenté comme le « miroir » du médecin : « [...] quand on parle de ce que c'est qu'un bon patient, c'est quelqu'un qui comprend la notion de risque, qui arrive à la quantifier de le même manière et pis qui parle bien français, et qui arrive bien à l'exprimer de la même manière. Pis ça c'est le patient idéal pour nous, parce que... Ben c'est notre miroir. » (T101). Comme l'indiquent les analyses qui précèdent, les exigences que fait peser sur les patients le déroulement des consultations sont autrement plus nombreuses et complexes que la seule aptitude à s'exprimer en français et la capacité à « comprend[re] la notion de risque » (T101). Cette description du « patient idéal » est néanmoins intéressante, parce qu'elle définit en creux le patient dont il est question et le rapport que la médecin est susceptible d'entretenir avec lui. La médecin pourrait s'adresser au « patient idéal » comme elle le ferait à l'endroit d'un de ses pairs, sans s'efforcer de « traduire » ce qu'elle cherche à lui communiquer dans des termes qu'il pourra comprendre. Or, il « manque pas mal de trucs » au patient concerné pour correspondre à « l'idéal du bon

61 Je suis bien d'accord avec Louis Quéré pour affirmer que les analyses produites par la « sociologie de la traduction » n'entretiennent qu'un rapport lâche « avec le phénomène [social] à expliquer, en tant qu'occurrence du et dans le monde réel », et qu'elles se bornent à « tradui[re] la formulation du phénomène que permet spontanément le langage naturel en une formulation mettant en œuvre des "construits" théoriques, élaborés de toutes pièces par le sociologue, avec la prétention d'avoir livré la clé du phénomène, en particulier de son organisation ou structuration internes » (Quéré, 1989, p. 112). Mais je suis moins certain qu'il s'agisse là d'une « métaphore arbitrairement choisie » (Quéré, 1989, p. 106). D'une part, le lexique de la « traduction » suscite cette « mise en visibilité » que j'ai évoquée. D'autre part, il répond à une perspective qui — malgré son intérêt revendiqué pour les « objets » — s'est essentiellement focalisée sur les pratiques de l'écrit et la « représentation » (sur ce point, voir Schmidgen, 2012).

patient » tel que le dépeint ici le chef de clinique (T103)[62]. Comme la métaphore de la traduction, l'analogie du « miroir » — qui n'a rien à voir ici avec la psychanalyse — met en scène l'asymétrie épistémique entre médecin et patient, qu'il s'agit de bien mesurer et de prendre en compte. D'un côté comme de l'autre, c'est la distance entre médecin et patient qui se trouve accentuée.

L'idée que la communication des résultats rend nécessaire une forme de « traduction » pouvant s'avérer plus ou moins complexe et difficile à réaliser réapparaît dans certains des commentaires subséquents de la médecin assistante. De manière intéressante, celle-ci souligne en effet qu'elle aurait préféré se passer de confronter le patient aux résultats chiffrés :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T113 MDC : Moi c'est vrai que... De tout ce qui a été dit, moi je suis d'accord avec tout, hein. Je trouve que... Moi personnellement j'aime pas trop cette médecine hyper précise et tout. J'aimerais bien pouvoir dire au patient : « Voilà, vos résultats c'était tout bon. » Mais après je... Souvent j'ai l'impression... Ce monsieur, j'ai l'impression qu'il a des capacités limitées, au niveau intellectuel, à comprendre les choses, et pis qu'il est très stressé. Et pis des fois... On comprend pas très bien pourquoi il stresse pour une chose, et pas pour une autre : là il a manqué un rendez-vous et ça le stressait pas du tout. Donc c'est pas très cohérent. Mais en tout cas y a une forte demande de sa part d'avoir ses résultats. Il sait qu'il est allé faire une prise de sang, et donc il aimerait bien comprendre tous les détails de sa prise de sang [*rire*]. Pis après je... Je me prends moi-même au piège, parce que j'ai envie d'expliquer les choses, et tout d'un coup je me dis : « Ouh

62 On peut évidemment questionner l'idée selon laquelle les médecins — y compris celui qui s'exprime ici — seraient effectivement heureux ou soulagés de se trouver face à un patient « à leur image », les praticiens étant généralement enclins à affirmer que leurs collègues font « les pires patients ». Mais cela n'a guère d'importance ici.

		là, je suis en train de dire quelque chose qui à mon avis va être trop compliqué. » Mais j'ai déjà commencé. Chaque fois que…
T114	PSY :	Tu l'as observé à un moment ? Tu t'es observée faire ça ?
T115	MDC :	Alors oui là au début quand je dis : « Y a les électrolytes. », j'aurais même pas dû en parler… Après je vois que je vais parler de la créat' et je dis : « Voilà, ça c'est pour le rein… » [*rire*] Pis après… Donc j'essaie au fur à mesure de vulgariser…
T116	PSY :	Mais là pour la créatinine tu t'es très bien reprise.
T117	MDC :	Oui, là je me suis reprise. Et pis après… Chaque fois que j'aborde l'hémoglobine glyquée, chaque fois je dois réexpliquer à quoi ça correspond parce que… C'est du chinois.

La médecin assistante se présente ici comme dépassée par une activité de « vulgarisation » qu'elle entreprend du fait de la « forte demande » que manifeste le patient et qu'elle a « envie » de mener à bien, mais dont la réalisation s'avère « trop compliqué[e] » (T113). Quoiqu'elle ne l'envisage pas ainsi, on peut se dire qu'elle est d'abord contrainte par la disponibilité du dossier informatisé pour le patient et la forme particulière des informations qu'il contient. Dans la mesure où les résultats que commente la médecin se présentent sous la forme d'une liste, l'omission de certains « items » est un fait observable pour le patient et appelle une justification — d'où sans doute la mention de valeurs dont elle se dit *a posteriori* qu'elle « [n']aurai[t] même pas dû en parler » (T115). On revient au point évoqué précédemment à partir de Goffman : que le médecin « contrôle » le « décor » dans lequel il exerce lui permet en retour de « contrôler » à la fois les informations accessibles aux patients et ses interactions avec eux. La disponibilité partagée par le patient des repères sur lesquels s'appuie l'activité de la médecin vient ici bouleverser ce « contrôle ». Sous le regard de l'autre, les « affordances » que

mobilise la médecin ne sont plus seulement « possibilisantes » mais aussi « obligeantes » — en ce sens particulier que la médecin est incitée à rendre compte des raisons qui l'amènent à s'en saisir ou non (Kaufmann, 2012, p. 245). Plus important pour mon propos : c'est ici encore la métaphore de la traduction qui vient exprimer les enjeux de l'activité à laquelle se livre la médecin, avec en particulier la référence au « chinois » dans le tour de parole qui conclut l'extrait (T117). Le patient se trouverait face aux résultats de sa prise de sang comme confronté à un texte rédigé dans une langue étrangère — et le médecin se voit donc confié le rôle de traducteur ou d'interprète à l'égard d'informations qui ont perdu toute « transparence ».

Je voudrais finalement revenir sur deux extraits qui, confrontés l'un à l'autre, donnent à voir de manière très concrète les ressaisies divergentes et contradictoires auxquelles se prête l'« interposition » des médecins entre patients et résultats médicaux. Dans le premier extrait, le psychiatre cherche à faire valoir que le travail de « vulgarisation » réalisé par les médecins manifeste une forme de « préoccupation » à l'endroit des patients, et qu'il s'avère à cet égard bénéfique sur le plan de la « relation » :

MDC = la médecin en charge du cas

PSY = le psychiatre

T122	MDC :	Ben moi j'ai eu... Dans ma petite expérience, j'ai eu... Je trouve que j'ai eu plus de retours positifs, avec des patients qui m'ont dit : « C'est la première fois qu'on m'explique mon résultat, d'habitude on me dit que tout est bon et je sais même pas ce qu'on m'a fait. »
T123	PSY :	Alors peut-être qu'ils sont rassurés par l'examen ou par le fait qu'on leur explique ce qui a été fait, mais il y a aussi le fait... C'est ça que je voulais dire en disant que c'est pas forcément mauvais que ce soit difficile : quand l'autre il voit que le médecin met de l'énergie à expliquer même si c'est difficile, il se rend compte que l'autre se préoccupe de lui.

T124 MDC : Il y a une reconnaissance du fait que j'ai pris la peine de détailler. Et pis que ça c'est vrai que... Aujourd'hui, avec le temps qu'on a pendant les consultations, on le fait de moins en moins quoi. C'est difficile.

T125 PSY : Alors... Dans le fait qu'on se donne la peine de vulgariser même si c'est difficile, je pense qu'on est déjà dans le soin. Je pense qu'il y a quelque chose qui se passe sur le plan de la relation quand on fait l'effort.

La « vulgarisation » a ici son importance parce qu'elle apparaît aux patients comme un « effort » qui demande de l'« énergie », comme une « peine » que le médecin « se donne » ou qu'il « prend », et qui n'a rien d'évident compte tenu des contraintes temporelles propres aux consultations (T123-T124). Outre l'enjeu de compréhension associé à l'exercice de « vulgarisation » ou d'« explication » des résultats, ses bénéfices sont rapportés ici à sa portée « relationnelle » : le médecin montre qu'il se soucie de son interlocuteur en s'assurant que son format d'énonciation correspond à ses ressources épistémiques et interprétatives. L'enjeu n'est pas seulement que le médecin soit « sensible aux différences quant aux capacités des patients à saisir les questions qu'on leur pose » ou les informations qu'on leur transmet (Cicourel, 2002, p. 110). Il faut qu'il donne à voir son désir d'être compris. Mettre en forme et en sens les résultats chiffrés de sorte à les rendre aisément intelligibles pour le patient, ce serait pour le médecin manifester son souci de l'autre. L'attention aux asymétries épistémiques prend ici une portée proprement morale. Dans cette perspective, la « vulgarisation » est envisagée de manière éminemment positive.

Mais ces efforts de « vulgarisation » peuvent être appréhendés de manière très différente. Même s'ils paraissent indispensables, ils peuvent aussi être considérés comme regrettables ou fatalement inadéquats — dans la mesure où ils entraînent une inévitable perte de complexité, de précision et d'indétermination au regard des résultats dont ils visent à exprimer l'essentiel. C'est ce qui ressort de la prise de parole subséquente d'un jeune médecin assistant :

MA2 = le médecin assistant

T130 MA2 : Ce qui est difficile pour nous en tant que médecin qui en sait plus, pour passer à un vocabulaire plus simple, c'est qu'on sait qu'on risque de dire des choses qui sont fausses… On va rentrer dans des choses binaires, on va dire : « Ça va. » alors qu'en réalité on est dans une zone grise. Pis honnêtement, par rapport à la médecine, on devrait dire : « Ça va un petit peu mieux, il reste une légère souffrance du rein. » Et dire ça, dire simplement : « Ça va. », ben on a l'impression qu'on ment. Alors gérer cette euh… Cette transition de quelque chose de plus complexe à quelque chose de plus simple, et… Le fait qu'en perdant en complexité on arrive à quelque chose qui est… Qui perd son sens, qui devient en partie faux… Eh ben accepter ça, je trouve que c'est dur !

Le travail de « vulgarisation » apparaît ici dans toute son ambiguïté : de la « simplification » au « mensonge » ou à la « fausseté », il n'y a qu'un pas. Avoir à formater son énonciation en fonction d'un destinataire — au moins partiellement — incompétent est un arrachement, qui éloigne le médecin de ce qui « par rapport à la médecine » constitue la « vérité », susceptible de s'exprimer entre pairs qualifiés (T130). Si elle offre au patient un accès aux résultats d'analyse, la « vulgarisation » en masque le « sens » véritable (T130). La « médiation » opérée par le médecin se donne donc ici comme une occultation — certes partielle, mais conséquente — de ce qu'elle prétend transmettre. Elle ne peut à ce titre être qu'un pis-aller, palliant tant bien que mal l'incapacité du patient à comprendre et interpréter par lui-même les résultats dont il est question.

Penser la communication des résultats médicaux

Que retenir de ces éléments ? Les médecins recourent dans le cadre de la séance étudiée à diverses images, métaphores, analogies et comparaisons pour penser l'attitude appropriée en ce qui concerne la communication de résultats d'analyse aux patients.

Ils cherchent à caractériser ce en quoi consisterait un travail de « médiation » adéquat, rendant plus accessibles et appropriables aux patients les résultats qui leur sont présentés. Au-delà de la diversité des manières d'envisager cette problématique et des solutions qui y sont apportées, l'enjeu premier tient à mon sens au resurgissement périodique, contre ces figures variées de la « médiation », d'un idéal d'« immédiateté ». C'est ce que l'on retrouve dans la mise en valeur, au titre qu'il serait une preuve de « transparence », du geste de la médecin qui tourne vers le patient son écran d'ordinateur. C'est aussi ce qu'exprime plus obscurément l'analogie du « miroir » employée par l'un des participants — qui fait du « patient idéal » le reflet du médecin, capable de comprendre comme lui et avec la même aisance ce qui lui est montré. C'est enfin ce qui ressort du dernier extrait présenté, avec l'idée que tout déplacement ou écart vis-à-vis de la « vérité » susceptible de circuler parmi les médecins est déjà de l'ordre du « mensonge » — i.e. que toute « traduction » serait d'emblée une coupable « trahison ».

Comment comprendre cet idéal de « transparence » ou d'« immédiateté » ? Dans la mesure où l'effort de « vulgarisation » suppose de requalifier certaines données ou informations en les réindexant sur un contexte d'énonciation spécifique, il nécessite logiquement une double appréciation de la part du médecin. Il s'agit d'une part d'évaluer les propriétés de ce contexte d'énonciation, avec en particulier les capacités de compréhension du patient et le discernement dont il est susceptible de faire preuve face à des résultats présentés de manière plus ou moins subtile ou tranchée. Il s'agit d'autre part de procéder à la tâche de « vulgarisation » proprement dite, en estimant le genre de requalification qu'appelle le contexte d'énonciation ainsi ressaisi au vu de la nature et de la complexité des informations à transmettre. Il va de soi qu'il s'agit là d'une distinction analytique et que de telles opérations se déploient largement sur un mode pratique et préréflexif, dans le déroulement de l'interaction. On peut néanmoins se dire qu'elles sont cognitivement assez coûteuses — d'où une certaine préférence pour les patients les plus aptes à comprendre ce qui se joue dans leur prise en charge et durant les consultations.

Mais plus que l'effort qu'elle implique, c'est la posture d'autorité et de responsabilité que suppose la « vulgarisation » qui semble parfois peser aux médecins. L'idéal de « transparence » vient nier l'« inégalité de conditions » qui caractérise la relation thérapeutique. Il figure l'espoir de relations moins asymétriques — plus égalitaires pour les patients et moins exigeantes pour les médecins, puisque sur le plan normatif le corollaire de la confiance portée au médecin consiste évidemment en un usage adéquat et « responsable » de son autorité (Parsons, 1964 [1951], p. 464-465). Le lexique de la « transparence » offre à ce titre aux médecins comme aux patients des appuis critiques bienvenus pour penser la communication des résultats médicaux, mais peut aussi s'avérer contre-productif face à des asymétries de connaissance et de compétence difficiles à combler ou à ignorer. La séance de discussion permet ici aux médecins de débattre, à leur manière, de ces enjeux.

3. S'engager ensemble

La troisième et dernière séance que nous allons évoquer invite à s'interroger sur les difficultés rencontrées par les médecins quant à la « participation » des patients au « processus thérapeutique ». En donnant à voir certaines de ces difficultés, elle illustre en creux la diversité des attentes de participation qu'entretiennent les médecins à l'égard de leurs patients. Ces attentes normatives sont en partie élémentaires ou basiques, au sens où elles visent certaines modalités minimales de participation aux interactions avec les soignants. L'enjeu tient alors à l'implication ou à l'engagement dans l'interaction, en tant que condition nécessaire à la coordination entre interactants mais aussi en tant qu'ils présentent une portée morale intrinsèque : l'absence d'implication dans l'interaction tend à apparaître comme une offense. Mais la problématique de la participation des patients ne se réduit évidemment pas à celle de la part prise à la consultation en tant qu'interaction. Elle concerne aussi des formes de coordination entre médecins et patients qui dépassent largement le cadre interactionnel — puisque, comme le soulignait déjà Everett C. Hughes, il est clair que le patient participe à sa manière à la « division du travail

médical » (Hughes, 1993 [1956], p. 308). L'analyse donnera à voir l'importance que peuvent prendre ces diverses formes de « participation » pour les médecins.

Un défaut de participation…

La séance dont il va être question a rassemblé douze participants, en comptant le superviseur. Elle présente la particularité de concerner un patient qui ne parle pas assez bien le français pour interagir directement avec les soignants, et se trouve donc accompagné durant les consultations par une interprète. Une telle configuration n'est pas rare à la Policlinique, qui comprend une unité de soins spécifiquement destinée aux migrants et collabore étroitement avec des interprètes communautaires. Le patient concerné est originaire d'Asie du Sud-Ouest et s'exprime en arabe. Il a une soixantaine d'années. Comme le précisera durant la séance la médecin assistante en charge du cas, il présente notamment un diabète de type 2, un syndrome métabolique, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un syndrome de Widal (T216). Le syndrome métabolique « est caractérisé par une obésité abdominale, une élévation de la tension artérielle, une anomalie de la tolérance au glucose et une dyslipidémie », c'est-à-dire des taux anormaux de lipides dans le sang. Il accroît le risque de développer un diabète de type 2 et des maladies cardio-vasculaires (Martin-Du Pan & Ruiz, 2008, p. 366). Le syndrome de Widal, aussi nommé triade de Samter, combine : « 1) un asthme ; 2) une polypose nasale […] ou une rhinosinusite chronique […] et 3) une intolérance aux AINS », c'est-à-dire aux anti-inflammatoires non stéroïdiens tels que l'aspirine (Vandenberghe-Dürr, Landis & Jandus, 2020, p. 694). Le patient se plaint par ailleurs d'insomnies. Cette poymorbidité implique un suivi par plusieurs intervenants, dont une pneumologue et une psychiatre en plus de la médecin généraliste qui évoque le cas dans le cadre du groupe de discussion. L'image qui émerge de l'enregistrement et du récit de la médecin est celle d'un patient qu'elle peine à « atteindre », à différents égards. Si la médecin parle de sa difficulté à « communiquer » avec le patient et se plaint de son manque de

« compliance », cette définition des problèmes qu'elle rencontre face à lui ne rend pas justice à leur complexité, comme on le verra. C'est bien cette complexité qu'il s'agira de faire émerger ici.

Alors que la séance débute, la médecin assistante en charge du cas interroge le superviseur : « Je vous parle un peu du… Du patient, ou on regarde comme ça, et pis on check après ? » (T2). Le superviseur l'invite à faire ce qui lui « va le mieux » (T5). Elle se dit en riant « partagée » (T6), mais lance néanmoins la vidéo. Le cadrage fait voir la salle de consultation à contre-jour. Un bureau sépare la médecin de l'interprète et du patient. Celui-ci se tient courbé sur sa chaise, légèrement en retrait. Interprète et médecin sont tournées dans sa direction. L'extrait projeté étant relativement long, je ne le retranscris pas ci-dessous dans son intégralité. J'indique les tours de parole en arabe sans chercher à les traduire, l'enjeu tenant évidemment à ce que peuvent en comprendre — ou plutôt ne pas en comprendre — la médecin et les participants. Il faut cependant souligner que l'un des médecins présents parle justement l'arabe, et affirmera à ses collègues que l'interprète est à son avis « assez précise » dans sa traduction (T200-T204).

MDC = la médecin en charge du cas

INT = l'interprète

PAT = le patient

T31	MDC :	Vous étiez [*dans un pays d'Asie du Sud-Ouest*] ?
T32	PAT :	[*Il parle en arabe.*]
T33	INT :	Il me dit que… Il a pas aimé, le climat c'était dur.
T34	MDC :	C'était dur.
T35	PAT :	[*Il parle en arabe.*]
T36	INT :	Ouais et pis ça fait un moment qu'il dort pas. Donc il est très embêté.
T37	PAT :	[*Il parle en arabe.*]
T38	INT :	Et puis euh… Il a contacté le médecin. Maintenant c'est elle qui… Qui le suit.

La médecin fait ici référence à un voyage entrepris quelques semaines plus tôt par le patient pour rencontrer certains membres de sa famille, qu'il n'avait pas revus depuis plusieurs années. On va voir que cet échange en apparence anodin a une importance particulière pour la médecin : ce n'est pas pour rien qu'elle ouvre la consultation sur ce point. La discussion se poursuit sur la « médecin » — une psychiatre (T46) — que le patient a contactée (T38), puis sur certains médicaments qui lui ont été prescrits mais qu'il ne sait pas « comment prendre » (T56). Les recommandations de la pneumologue responsable de la prescription et celles que le patient a reçues en pharmacie semblent diverger (T60-T64). Le patient n'a donc pas commencé le traitement en question (T58). Comme on va le voir dans l'extrait suivant, le patient présente également une tuberculose latente. Le traitement généralement proposé dans un tel cas — qui « a pour objectif d'éliminer les mycobactéries qui survivent dans l'organisme après une infection » et ainsi d'« éviter une réactivation tuberculeuse » (Lechartier, Mazza-Stalder, Janssens & Nicod, 2011, p. 2292) — consiste en une prise quotidienne de médicaments durant plusieurs mois. Il pose à cet égard d'évidents problèmes d'« adhérence », souvent relevés dans la littérature médicale. Voici l'extrait en question :

MDC = la médecin en charge du cas

INT = l'interprète

PAT = le patient

T65	MDC :	[*Elle parle lentement et distinctement.*] Alors. Moi je… Moi j'ai découvert aussi… Parce qu'il s'est passé quelque chose. Euh… À la fin de 2016, la pneumologue qui s'occupait de Monsieur avait fait une demande d'analyse et pis nous on a jamais reçu les résultats de ces analyses… Et puis elle, elle les a pas contrôlées.
T66	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T67	MDC :	Et pis on a découvert que Monsieur avait eu une fois probablement une tuberculose… Et

		puis qu'elle est encore présente, mais elle est pas active.
T68	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T69	PAT :	[*Il lui répond en arabe.*]
T70	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T71	PAT :	[*Il lui répond en arabe.*]
T72	INT :	Donc ils ont voulu stabiliser ça pour que ce soit pas actif, donc c'est pour ça ils lui ont donné ce médicament.
T73	MDC :	Exactement.
T74	PAT :	[*Il s'adresse à l'interprète en arabe.*]
T75	INT :	Mais ça, il sait pas comment prendre.
T76	MDC :	Alors ce médicament, il doit le prendre une fois par jour, pendant neuf mois.
T77	INT :	Une fois par jour, pendant neuf mois. [*Elle poursuit en arabe, mais s'interrompt soudain.*]

À ce moment du visionnage, les participants éclatent de rire. À l'écran, le patient n'a pas réagi à la sollicitation de l'interprète. Les yeux fermés, penché vers l'avant et la tête dans sa main, il paraît s'être assoupi. L'interprète se penche et lui touche l'épaule. Elle le secoue légèrement, puis plus fort. Il sursaute. La consultation se poursuit autour de la médication destinée à traiter la tuberculose latente :

MDC = la médecin en charge du cas

INT = l'interprète

PAT = le patient

T78	PAT :	[*Il s'adresse en arabe à l'interprète, désignant la boîte de médicaments sur le bureau.*]
T79	INT :	[*Elle s'adresse à la médecin.*] C'est quoi ces détails, là ?
T80	MDC :	Ici ?
T81	INT :	Oui.

T82	MDC :	Alors… C'est marqué : « Trois comprimés ». Parce que la dose qu'on veut, c'est 300 milligrammes. Pis comme ici c'est 100 milligrammes, il doit avoir trois comprimés pour faire les 300 milligrammes, une fois par jour.
T83	INT :	Ah ! [*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T84	PAT :	[*Il répond en arabe.*]
T85	INT :	Trois comprimés, une fois par jour ?
T86	MDC :	Une fois par jour. Et ça va être long, c'est pendant neuf mois.
T87	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T88	PAT :	[*Il répond en arabe.*]
T89	INT :	Donc euh… Demain il va commencer. [*rires parmi les participants*]
T90	MDC :	Mais c'est important que vous le fassiez vraiment tous les jours. Il faudra… [*Elle s'adresse à l'interprète.*] Mais je crois qu'il a essayé de discuter avec sa femme pour pouvoir régler… Gérer la médication, non ?
T91	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T92	PAT :	[*Il répond en arabe.*]
T93	INT :	Quel médicament ?
T94	MDC :	Celui-ci ? [*Une participante souffle* : « *Oh là là…* »]

S'ensuit un échange concernant la femme du patient — dont on apprendra plus tard durant la séance qu'elle est également suivie par la médecin (T216). L'interprète indique à la médecin que la femme du patient n'est « pas bien », après une hystérectomie récente (T103-T106). La médecin, qui n'était manifestement pas au courant, demande si l'opération était « prévu[e] » (T118). Le patient acquiesce (T120). L'interprète évoque également une intervention au pied chez la femme du patient, sans surprendre cette fois la médecin : celle-ci explique qu'une biopsie cutanée a été réalisée pour un contrôle dermatologique, qui n'a rien révélé d'inquiétant (T124-T129). La médecin évoque ensuite le second médicament que devra ingérer

le patient dans le cadre du traitement visant à prévenir l'activation de la tuberculose : un supplément de vitamine B6 est recommandé pour accompagner la prise d'isoniazide, l'antibiotique qui lui a manifestement été prescrit (Lechartier, Mazza-Stalder, Janssens & Nicod, 2011, p. 2293). C'est l'échange suivant ces précisions qui va surtout nous intéresser :

MDC = la médecin en charge du cas

INT = l'interprète

PAT = le patient

T130	MDC :	Ok. Alors… Juste pour qu'on reprenne un petit peu. Y a eu donc effectivement cette introduction d'un médicament. Y a un deuxième médicament qui va avec celui-là.
T131	PAT :	Oui.
T132	MDC :	C'est lequel ?
T133	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T134	PAT :	[*Il lui répond en arabe.*]
T135	INT :	Il sait comment prendre, c'est une fois par jour.
T136	MDC :	D'accord. C'est la vitamine B6. C'est important.
T137	PAT :	Vitamine.
T138	MDC :	B6. Voilà. C'est important de le prendre avec ce médicament. D'accord ?
T139	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T140	MDC :	Qu'est-ce qui se passe, Monsieur [*nom du patient*] ? C'est la première fois que je vous vois comme ça !
T141	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T142	MDC :	Ça allait tout bien dehors, vous étiez en train de discuter tout vigousse [*i.e. vigoureux*] [*rires parmi les participants*], et pis là tout d'un coup vous piquez du nez. Qu'est-ce qui se passe ? [*Les participants rient toujours.*]
T143	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe.*]
T144	PAT :	[*Il lui répond en arabe.*]

T145	INT :	Mais là aussi il vous parle. [*rire général*]
T146	MDC :	Mais je vous vois un petit peu piquer de la tête ! [*Les rires se poursuivent*.]
T147	INT :	Pardon ?
T148	MDC :	Il a un peu la tête qui pique ! Comme ça… [*Elle penche la tête*.] [*rires parmi les participants*]
T149	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe*.]
T150	PAT :	[*Il lui répond en arabe*.]
T151	INT :	Non au contraire, il est attentif, mais il a juste euh… [*rires parmi les participants*] Sommeil.
T152	MDC :	Il a eu des difficultés à dormir ces derniers temps ?
T153	INT :	[*Elle s'adresse au patient en arabe*.]
T154	PAT :	[*Il lui répond en arabe*.]
T155	INT :	Donc euh ça fait deux jours, il a dormi seulement une heure.
T156	MDC :	D'accord.
T157	PAT :	[*Il parle en arabe*.]
T158	INT :	Et pis les huit jours avant…
T159	MDC :	Mmh.
T160	INT :	Il a dormi euh… [*Elle s'adresse au patient en arabe*.]
T161	PAT :	[*Il lui répond en arabe*.]
T162	INT :	Trois heures.
T163	MDC :	D'accord.
T164	PAT :	[*Il parle en arabe*.]
T165	INT :	Donc… Et puis après il a… Appelé le psychiatre, et puis ils lui ont donné un comprimé, il a pris un demi-comprimé pour dormir, mais… Ça l'a trop fatigué.

On voit ici que la médecin finit par thématiser la fatigue que laisse voir le patient et le peu d'entrain qu'il manifeste dans l'échange (« Qu'est-ce qui se passe, Monsieur [*nom du patient*] ?

C'est la première fois que je vous vois comme ça ! », T140). Relevons d'emblée — puisque, comme nous le verrons, ce point a pour la médecin une certaine importance — que cette remarque s'appuie sur le constat d'un écart entre l'attitude du patient durant la consultation et sa vitalité apparente dans son interaction préalable avec l'interprète (« Ça allait tout bien dehors, vous étiez en train de discuter tout vigousse, et pis là tout d'un coup vous piquez du nez. », T142). Les commentaires et questions de la médecin se donnent évidemment comme autant de reproches, qui viennent sanctionner la part supposément insuffisante prise par le patient à la consultation — et c'est bien comme cela qu'ils sont reçus par le patient. Celui-ci conteste d'abord — par l'entremise de l'interprète — la caractérisation de son attitude proposée par la médecin (« Mais là aussi il vous parle. », T145). Il propose ensuite une explication qui ratifie en partie cette caractérisation, sans néanmoins la valider explicitement : il manque de sommeil (« Non au contraire, il est attentif, mais il a juste euh… Sommeil », T151).

…et sa portée morale

Pour pousser plus avant l'analyse, évoquons d'abord ce qu'ont à dire les participants de cet extrait d'enregistrement. De manière intéressante, après quelques remarques sur l'interprète et la qualité générale de son travail (T194-T204), c'est d'abord sur la question de l'échange de regards que se porte l'attention des médecins :

MDC = la médecin en charge du cas

CC1 = une cheffe de clinique

CC2 = une autre cheffe de clinique

T205	CC1 :	Mais d'habitude lui il te… Regarde ? Il discute avec toi ou ?… Parce que… La première chose que j'ai remarquée, c'est qu'il te regarde même pas.
T206	CC2 :	Ouais il te regarde même… Il te regarde pas quoi.

T207	CC1 :	Il parlait avec la traductrice, mais il était un peu penché sur euh… Sur lui-même quoi. Après, tu lui as posé la question de… D'habitude ça se passe comment avec lui ?
T208	MDC :	Ben… Y a… Effectivement, d'habitude il parle souvent directement à la traductrice. Ça c'est assez fréquent, c'est pas quelque chose qui est inhabituel. Par contre il a beaucoup plus de contact avec moi aussi, en général. Là je dois le stimuler un peu plus que d'habitude. Ouais.
T209	CC2 :	C'est peut-être la caméra ?
T210	MDC :	Il accepté, il était très content : « Bien sûr il faut que vous appreniez, que vous puissiez faire vos… Votre euh… » Enfin, y avait aucun souci par rapport à ça.
T211	CC2 :	Le fait qu'il enlève pas sa veste aussi. Ça, ça me fait toujours rire.
T212	MDC :	Ça c'est… Normal. Ça c'est normal.
T213	CC2 :	Ouais.
T214	MDC :	Pour lui, c'est… Comme d'habitude.
T215	CC2 :	Ok.

On voit que les participants attribuent au patient un ensemble de « manquements » ou de « ratés » durant la consultation. L'enjeu tient d'abord à la problématique du contact visuel. Le fait que le patient ne se rende pas disponible à l'échange de regards est d'emblée remarquable pour les médecins — et se donne comme une forme d'infraction à une exigence interactionnelle minimale. C'est ce dont témoigne la formulation particulière — du type « *ne… même pas* » — employée par l'une des cheffe de clinique (« La première chose que j'ai remarquée, c'est qu'il te regarde même pas. », T205). Ce point n'a guère de quoi surprendre au regard de l'importance que prennent généralement les échanges de regards dans nos interactions : se regarder l'un l'autre dans les yeux, c'est déjà accepter

une forme embryonnaire de relation et de réciprocité[63]. Le fait que le patient n'« enlève pas sa veste » (T211) est manifestement ressaisi par les médecins sur le même mode. La veste que l'on garde sur soi apparaît ici comme la manifestation d'une intentionnalité, venant signifier à l'interlocuteur que l'interaction est vécue comme une contrainte dont on se passerait bien — et dont on espère qu'elle passera vite. Cette interprétation va ensuite être nuancée par la médecin en charge du cas, mais c'est bien ainsi que l'attitude du patient est comprise par sa collègue.

Directement après l'extrait précédent, la médecin assistante décide d'expliquer à ses collègues ce qui fait pour elle problème dans la prise en charge du patient :

MDC = la médecin en charge du cas

T216 MDC : Donc ce patient il a... Il est de 1956. Il est polymorbide, il a un... Syndrome métabolique, il a un diabète de type 2 qui est très très mal conduit et... Avec une compliance qui est... Désastreuse. Asthme, BPCO [*i.e. bronchopneumopathie chronique obstructive*], syndrome de Widal, il a un anévrisme de l'aorte thoracique qui est connu, euh... Toujours des plaintes un petit peu euh... Poly... Brûlures au thorax, la mandibule... Il a toujours un peu... Des sensations comme ça. Et à savoir que lui il a été... Il a été torturé... Pendant

63 La référence classique concernant ce point est l'« Excursus sur la sociologie des sens » de Georg Simmel, qui affirme notamment de l'échange de regards qu'il est « peut-être l'action réciproque la plus pure et la plus directe qui puisse exister ». La « réciprocité qu'institue le regard face à face » tient au fait que « l'œil ne peut prendre sans recevoir en même temps ». À cet égard, l'échange de regards — lorsqu'il se prolonge — marque tout à la fois l'intérêt pour autrui et une forme de réceptivité à l'intérêt d'autrui pour soi (Simmel, 2013 [1908], p. 630-635). On peut aussi penser aux remarques de François Flahault sur l'angoisse que tendent à susciter les regards insistants dans l'espace public : « Il est terrible de se trouver en face de quelqu'un qui nous veut quelque chose sans que nous puissions le moins du monde comprendre ce qu'il nous veut. Dès qu'un autre me regarde, je ne suis plus libre de penser qu'il ne me veut rien. » (Flahault, 1989, p. 15) Le regard configure déjà une relation, quelque indéterminée qu'elle soit — et peut à ce titre porter une menace. Concernant le cas qui nous occupe, cette réflexion permet de souligner que, si l'échange de regards peut d'emblée initier une relation, s'y soustraire tend à se donner comme un refus ou une négation de l'interaction avec autrui.

la guerre, à l'électricité. Et c'est probablement pour ça qu'il enlève jamais sa veste. Et c'est très très difficile pour l'ausculter correctement parce qu'il dit toujours que… Voilà, il a ces cicatrices et tout ça, donc euh… C'est assez rare que… Enfin quand je dois je… C'est rare que je lui demande d'enlever tout. Le plus que je peux enlever c'est la liquette, enfin jusqu'à la liquette [*c'est-à-dire le maillot de corps, en Suisse romande*], parce qu'il est toujours très gêné. Et pis moi ce qui m'a beaucoup frappée… Donc ce patient il est… J'ai appris que récemment que sa femme était dans ma consultation, ils ont pas le même nom, ils parlent jamais l'un de l'autre… Mais il disait toujours : « Ma femme… » Pis… À force, je lui ai dit : « Mais votre femme, moi je la connais pas ! Enfin j'entends… » Pis là il m'a dit : « Mais bien sûr que vous la connaissez ! » Donc… Y a des choses… [*rires parmi les participants*] Y a une communication qui se fait pas très très bien. Donc j'ai appris en fait il y a deux mois que sa femme était dans ma consultation. Euh… Et puis… Ce… Ce patient donc il… Il choisit un peu quand il prend ses médicaments ou pas. On lui prescrit des choses… C'est arrivé au stade où Monsieur… Le chef de clinique d'endocri… Enfin de diabétologie, [*nom du chef de clinique*] a… A mis un terme à leur relation, parce que c'était toujours euh… Il répétait à chaque fois les mêmes choses, il lui réexpliquait à chaque fois les traitements. Et en fait il en fait qu'à sa tête, et on sait pas du tout ce qu'il prend comme médicaments. Il est… Plutôt stable. Là en l'occurrence il était en hypo'. On est après quand même allés faire une petite mesure, parce qu'effectivement je… Je l'ai jamais vu comme ça. Et juste avant de le prendre en consultation, dans la salle d'attente je l'avais vu, il allait tout bien, il parlait avec la trad'… Enfin je veux dire c'est vraiment… Donc moi je me suis demandé qu'est-ce que ça avait été ce déclic pour que tout d'un coup, après avoir accepté quand même la vidéo, il commence à… À surjouer… Moi je l'ai senti comme… C'est comme ça que je l'ai ressenti, en tout cas : un espèce de « surjeu » de cette fatigue, qui est… Probablement vraie, y a eu je pense une récidive de beaucoup de choses émotionnelles

> euh... Avec le retour [*au pays dans lequel s'est rendu le patient*], il a vu sa famille qu'il avait pas vue depuis quarante ans... Euh... Donc je pense qu'il y a eu beaucoup de choses là-dessus, mais qu'il a pas du tout voulu... Chaque fois que je lui posais la question, il esquivait la chose. Donc j'ai pas pu approfondir plus avec lui, en tout cas pendant cette consult'. Et pis voilà... Je trouvais intéressant de discuter d'un patient où... Dont on sait pas vraiment comment il est traité parce que finalement nous on a... Sur la feuille hein c'est clair partout, chez tout le monde, on se transmet les papiers, mais en fait euh... Concrètement, on sait pas. C'est Madame qui gère, Madame qui a eu son opération, Madame qui fait tout à la maison mais comme elle a eu son opération ben elle fait quasiment plus rien depuis dix jours pis euh... Il est deux fois plus fatigué probablement parce qu'il doit faire plus de choses aussi lui à la maison. Voilà, c'est un peu un contexte global, avec euh... Le côté psy' : retour [*du pays en question*], famille, euh... Le côté physique, psychique, la femme... Enfin je veux dire... L'hypoglycémie au passage parce qu'on sait pas comment il gère ses traitements. Je lui propose après de nouveau de revoir avec sa femme, qu'on puisse... À chaque fois je lui demande qu'elle puisse être présente, qu'il puisse amener ses médicaments, que je... Qu'il puisse me dire exactement, ou prendre des photos pis me dire quels comprimés il prend exactement, pour comprendre... Et pis ça, bien sûr que... Chaque fois il le fait pas.

Remarquons d'abord que l'on a ici un très long tour de parole, s'étendant sur près de quatre minutes, dont on peut dire qu'il témoigne de la prégnance de la situation pour la médecin. On peut mentionner à ce propos la remarque de l'une de ses collègues, qui lance en riant à la fin de la séance considérée : « Ce qu'il y aurait de joli à filmer aussi, c'est [*nom de la médecin*] après chaque consultation de Monsieur [*nom du patient*]. [*nom de la médecin*] qui arrive dans le bureau : "[*profond soupir*] Ah, j'en peux plus !" » (T393). Mais au-delà de cette pénibilité manifeste, cet extrait présente un ensemble d'éléments

qu'il s'agit de détailler. Évidemment, c'est la question de la « compliance » — c'est-à-dire de l'« observance » — vis-à-vis du traitement et des recommandations médicales qui ressort le plus directement. Selon la médecin, le patient n'« en fait qu'à sa tête, et on sait pas du tout ce qu'il prend comme médicaments » (T216). Elle souligne que le diabétologue qui suivait le patient auparavant a « mis un terme à leur relation », parce qu'il « répétait à chaque fois les mêmes choses » et en particulier « lui réexpliquait à chaque fois les traitements » (T216). Elle poursuit en indiquant que « sur la feuille », « c'est clair partout » : les différents professionnels qui collaborent autour du cas se sont transmis les informations et mis d'accord (T216). Mais « concrètement », ils ne savent « pas vraiment comment il est traité » puisqu'ils sont incapables d'obtenir de lui des informations quant à son « adhérence » aux traitements prescrits (T216). Que cette situation relève dans une certaine mesure pour la médecin d'un « choix » du patient apparaît ici clairement : face aux médecins qui lui « prescri[ven]t des choses », le patient « choisit un peu quand il prend ses médicaments ou pas » (T216). Par ailleurs, le patient n'a pas réagi à la proposition qui lui a été faite de se faire accompagner en consultation par sa femme, ni aux demandes répétées de la médecin d'apporter ses médicaments ou de les photographier préalablement à leurs rencontres : « [c]haque fois il [ne] le fait pas » (T216). Le fait que le patient n'ait pas clairement indiqué à la médecin que sa femme faisait également partie de ses patients est ressaisi de la même manière comme un manque d'investissement ou de « concernement » du patient vis-à-vis de ce qui se joue entre la médecin et lui. Les remarques relatives à l'auscultation fonctionnent sur un mode différent en ce qui concerne l'attribution de responsabilité : il ne s'agit pas de blâmer le patient pour la pudeur qu'il manifeste. Mais elles participent néanmoins de l'image d'un patient se tenant « à distance » de la médecin, ne pouvant ou ne voulant pas s'en remettre à elle dans le cadre des consultations. La médecin revient également sur le contraste entre l'attitude préalable du patient face à l'interprète et durant la consultation. Elle semble mal à l'aise au moment de l'affirmer, mais elle a le sentiment que le patient « surjoue » sa fatigue dès lors qu'il se

trouve face à elle (T216). Certes, l'épuisement du patient a « probablement » un fondement biophysiologique — l'hypoglycémie — et psychologique — une « récidive de beaucoup de choses émotionnelles » en lien avec son récent voyage (T216). Mais l'écart que la médecin affirme avoir observé dans l'attitude du patient avant et pendant la consultation reste à expliquer : « […] juste avant de le prendre en consultation, dans la salle d'attente […], il allait tout bien » et parlait avec l'interprète sans difficulté apparente (T216). La médecin évoque plus loin son « agacement intérieur » à ce propos (T264).

Pour prolonger ces réflexions, revenons encore sur quelques extraits de transcription. Dans le premier, la médecin en charge du cas indique qu'elle trouve « compliqué » de « responsabiliser » le patient, pour qu'il « se pren[ne] en main » (T238) :

MDC = la médecin en charge du cas

T238 MDC : Mais de le responsabiliser, c'est… C'est compliqué. C'est compliqué d'essayer d'aborder les choses pour le responsabiliser, pour lui demander un peu de se prendre en main pis de… De comprendre un petit peu au fond comment il perçoit ses maladies, comment il pense les gérer… C'est un peu : « De toute façon, on gère pour moi. », donc euh… »

Le point qui doit retenir notre attention tient à l'idée que le patient se défausserait sur les soignants de la tâche que constitue la nécessaire « gestion » des pathologies qui l'affectent (T238). Il s'agirait dès lors de le « responsabiliser », de l'amener à « se prendre en main » (T238). On peut se passer ici de trop condamner cette visée de « responsabilisation » — qui constitue évidemment un lieu commun souvent décrié, l'enjeu étant dans une perspective critique d'éviter que cet idéal normatif « n'en vienne […] à dédouaner le politique de ses obligations de placer les [individus] en mesure d'assumer les capacités que l'on attend d'eux » (Genard, 2009, p. 44-45). Il est plus intéressant pour mon propos de noter que l'on retrouve dans cet extrait l'idée d'une « division du travail » entre médecin et patient, présente comme

je l'indiquais chez Everett C. Hughes mais aussi évidemment chez Parsons — qui évoque la « tâche commune » que constitue l'amélioration de l'état de santé du patient (Parsons, 1964 [1951], p. 438)[64]. Ce que traduit l'intervention de la médecin, c'est le sentiment que le patient « ne ferait pas sa part » dans cette « division du travail ». C'est donc là encore l'idée d'« adhérence », de « compliance » ou d'« observance » qui s'exprime, de manière cependant plus critique.

Le deuxième extrait que je voudrais évoquer va dans le même sens. Plus tard durant la séance, un médecin assistant fait directement le lien entre la problématique de la « compliance », l'assoupissement du patient et son « intérêt » pour la consultation :

MA1 = le médecin assistant

CC3 = une cheffe de clinique

T293	MA1 :	Moi la question de… Qu'il s'endort pendant la consultation, je me dis… Chez quelqu'un qui est pas compliant, peut-être simplement qu'il néglige l'intérêt d'une consultation médicale. Au point où il dormait pas à l'extérieur… Malgré cette hypoglycémie. Parce qu'il parlait de choses qui l'intéressaient, donc euh… Il était intéressé, comme nous quand on était à l'école : typiquement un cours de philo', ça on n'aime pas, donc on dort.
T294	CC3 :	Pour nous montrer l'intérêt euh… L'intérêt qu'il nous porte !
T295	MA1 :	Ça va avec quelqu'un qui est pas compliant avec un traitement médicamenteux qui… Qui s'en fiche un petit peu, qui est là simplement parce qu'on l'a convoqué.

Le médecin assistant propose ici une analogie frappante : le comportement du patient serait comparable à celui d'un élève qui s'endort parce qu'il « [n']aime pas » la matière du cours (T293).

64 La problématique du « travail des patients » a ensuite été thématisée plus directement par Anselm L. Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener, dans la continuité des travaux de Hughes (Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener, 1985).

On a ici encore l'idée d'une désaffection de l'interaction par un patient qui « néglige l'intérêt d[e la] consultation médicale » (T293). Mais l'analogie avec la relation pédagogique permet de préciser ce point : l'enjeu tient à un engagement ou un investissement unilatéral du médecin dans la situation, à la manière de l'enseignant qui délivrerait un cours face à des élèves somnolents. C'est ainsi la réciprocité de l'interaction qui est mise à mal. La remarque du médecin assistant est aussi intéressante en ce qu'elle établit une forme de continuité entre le comportement du patient durant la consultation et sa participation plus générale au processus thérapeutique, relativement en particulier au « traitement médicamenteux » (T295).

Troisième extrait : une cheffe de clinique met en lien cette dynamique interactionnelle spécifique avec certains aspects du fonctionnement propre à la Policlinique. C'est que la situation de l'institution est particulière sur ce plan. Pour les patients dont les pathologies nécessitent aux yeux des médecins un suivi, un nouveau rendez-vous est pris d'office à la fin de chaque consultation — et une « convocation » est ensuite transmise au patient par courrier. Les généralistes de la Policlinique peuvent dès lors se trouver dans une position paradoxale : les patients refusent que leurs rendez-vous soient supprimés, mais leur médecin a l'impression « qu'ils viennent parce qu'il faut venir », « [q]uand ils viennent » (T303). Le cas discuté ne serait à cet égard « pas du tout représentati[f] » du quotidien des généralistes installés, dont les patients doivent généralement manifester plus clairement leur volonté de consulter (T301). Voici l'extrait en question :

CC2 = une cheffe de clinique

CC4 = une autre cheffe de clinique

T301 CC4 : C'est intéressant ce que tu dis, parce que c'est vrai qu'à [*la Policlinique*] on en a quand même pas mal de ces patients-là où on les convoque d'office… Et puis qui sont pas du tout représentatifs des patients qu'on a dans un cabinet euh… Privé, où les gens prennent contact en fait. Et

viennent pour leur intérêt. Alors des fois on a l'impression que… Quand on veut se passer des rendez-vous de ces patients qui viennent tous les mois…

T302 CC2 : Ça va pas.

T303 CC4 : Ils disent : « Non, surtout pas ! » [*rires parmi les participants*] Et pis en même temps des fois ben justement on se retrouve effectivement dans ces… Dans ces situations où on a l'impression qu'ils viennent parce qu'il faut venir quoi. Quand ils viennent…

Le fonctionnement administratif particulier de la Policlinique — qui réduit la part d'initiative attendue des patients dans la prise de rendez-vous de suivi — peut donc tendre à entretenir les questionnements des médecins quant à l'« engagement » des patients dans le processus thérapeutique. Certains patients ne viendraient que « parce qu'il faut venir », parce qu'ils ont été convoqués, et non en se rendant compte qu'il en va de « leur intérêt » (T301 & T303). Sans surprise, l'absentéisme des patients est ressaisi sur le même mode (« Quand ils viennent… », T303).

Une ressource analytique : Goffman et l'« engagement » dans l'interaction

Il est clair que cette situation présente une série d'infélicités qui font voir en creux les multiples attentes de participation ordinaires qui pèsent sur les patients. Comment penser ces attentes ? Ici encore, les réflexions de Goffman peuvent nous aider. La problématique de l'« engagement » dans l'interaction trouve en effet une place particulière dans l'œuvre de Goffman. Comme le soulignait Yves Winkin, c'est là un thème goffmanien par excellence : « […] celui de la "présence", non seulement physique mais psychologique, que la participation à l'interaction exige, avec son corollaire, celui de l'absence, qu'il faut tenter de dissimuler ou, plus rarement, de manifester » (Winkin, 2016 [1988], p. 92). Il ne s'agit pas ici de proposer une cartographie rigoureuse des apparitions dans le corpus goffmanien

des notions — plus ou moins interchangeables — d'« engagement [*involvement*] » et d'« accaparement [*engrossment*] » dans l'activité ou l'interaction, et encore moins de celle de « participation ». Mais un bref rappel des réflexions de Goffman offrira certains repères utiles à la présente analyse.

En fait, on trouve dans la thèse de Goffman déjà un ensemble d'éléments relatifs à ces enjeux. Au sein d'un chapitre intitulé « *The Organization of Attention* », Goffman relève ainsi l'importance de ce qu'il nomme « signes d'attention [*attention signs*] » et « signes d'autorisation [*clearance signs*] » pour la « gestion de l'attention » dans l'interaction. Dans la mesure où l'échange discursif « implique de manière caractéristique une focalisation de l'attention des auditeurs sur le locuteur », la circulation de la parole suppose à la fois (I) des « demandes d'attention », par exemple sous la forme d'« interjections » ou de tentatives pour « "capturer" [le] regard » d'autrui, (II) des « réponses » à ces « demandes » marquant une forme d'« autorisation », qui indiquent à celui qui s'apprête à prendre la parole que sa sollicitation n'est pas malvenue et qu'il sera écouté, et (III) des marques d'attention témoignée au locuteur par celui ou ceux auxquels il s'adresse, qui se donnent comme des « manifestation[s] minimale[s] mais significative[s] de courtoisie communicationnelle » (Goffman, 1953, p. 196-200). Si ces réflexions ne sont guère approfondies dans la thèse, Goffman leur offre quelques années plus tard un prolongement dans *The Presentation of Self*. Évoquant les « gestes non intentionnels » qui viennent perturber le cours de l'interaction, Goffman souligne que l'individu « est susceptible d'agir de telle sorte qu'il donne l'impression d'être trop ou pas assez soucieux de l'interaction » dans laquelle il est engagé. Il précise :

> Il peut bégayer, oublier son texte, avoir l'air nerveux, coupable ou embarrassé. Il peut se laisser aller de manière inadéquate à des éclats de rire, des élans de colère ou d'autres manifestations d'affect qui le rendent momentanément incapable d'interagir. Il peut faire preuve d'un engagement [*involvement*] et d'un intérêt trop importants, ou trop faibles. (Goffman, 1972 [1959], p. 60)

L'enjeu est ici pour Goffman celui du degré et des modalités de participation à l'interaction en tant qu'ils sont normativement régulés. On trouve des réflexions similaires dans *Interaction Ritual*, en particulier au sein d'un passage où Goffman cherche à caractériser ce qui fait le propre des interactions discursives. Lorsqu'un « état de conversation [*state of talk*] » s'est instauré entre les intactants, ceux-ci doivent se manifester mutuellement qu'ils se prêtent une attention adéquate à la poursuite de l'échange : « [l]es destinataires font savoir à l'énonciateur, par des gestes appropriés, qu'ils lui accordent leur attention ». Ces « indices » échangés par les interactants sont avant tout « visuels », i.e. de l'ordre de l'échange de regards, et discursifs. Telle que la présente Goffman, la problématique de l'attention ou de l'« implication » dans l'interaction a pour les interactants une double importance. Il s'agit évidemment pour l'acteur de préserver la « face » de son vis-à-vis, mais l'enjeu est aussi — indissociablement — pratique : les participants à l'interaction doivent faire en sorte d'en suivre le déroulement. Dès lors, ils « restreignent leur implication [*involvement*] dans ce qui ne relève pas de la rencontre [*encounter*] », de manière à « s'assur[er] qu'ils seront capables de suivre la conversation, quelle que soit la direction qu'elle prenne » (Goffman, 1967 [1955], p. 34-35). Pour des raisons similaires, la maîtrise de l'attention concerne aussi bien le « "surinvestissement [*over-involvement*]" » dans l'interaction, d'autant que celui-ci risque de devenir en lui-même une distraction pour les autres participants : l'acteur doit savoir se retenir d'être « pris » trop complètement par ce qui se joue durant l'interaction, en particulier sur le plan émotionnel (Goffman, 1967 [1957], p. 122-123). L'attention se donne donc dans *Interaction Ritual* à la fois comme une marque de « respect » pour autrui et une condition de la coordination entre les interactants. On reconnaît ici les deux ordres de contraintes interactionnelles — « rituel » et « systémique » — que Goffman

distinguera plus tard dans *Forms of Talk* (Goffman, 1981 [1976], p. 16-19)[65].

Goffman rappelle ces éléments dans *Asylums*, avec cependant un ajout notable. Revenant sur les caractéristiques des « institutions totales », il souligne que l'« engagement » manifeste dans les activités de l'organisation constitue pour ses membres une « obligation ». On est proche ici des remarques évoquées précédemment. Mais Goffman précise aussitôt que cet « engagement » présente également pour l'acteur des conséquences importantes en termes de définition de soi :

> [...] les individus qui évoluent [dans les institutions totales] ont notamment pour obligation d'être *visiblement* engagés, à des moments appropriés, dans l'activité poursuivie par l'organisation. Un tel engagement implique de mobiliser son attention et de consentir à un effort musculaire — c'est-à-dire de se plier aux exigences de l'activité en cours. Cet accaparement [*engrossment*] obligatoire dans l'activité de l'organisation tend à constituer un symbole à la fois de l'engagement et de l'attachement de l'individu à l'égard de l'organisation. Mais en s'impliquant dans l'activité, l'individu accepte aussi ce que sa participation dit de sa nature. Toute recherche qui s'intéresse à la manière dont les individus s'adaptent aux identifications et définitions qui leur sont attribuées aura donc de bonnes chances d'accorder une place importante à leurs façons de manifester leur accaparement [*engrossment*] dans des activités organisationnelles. (Goffman, 1984 [1961], p. 161-162, en italique dans l'original)

Goffman veut ici ressaisir ce que les actions auxquelles il lui est intimé de s'adonner disent du « reclus » — ce qui est une façon de dépasser l'« idéologie » portée explicitement par les institutions concernées. En effet, « [s]'engager dans une activité particulière

65 On retrouve aussi ces deux dimensions dans les remarques concernant la problématique de l'« attention » qui apparaissent au sein de *Stigma*. Goffman indique en effet dans cet ouvrage que, lorsque son « stigmate » est d'emblée perceptible, la « personne stigmatisée » aura probablement « le sentiment que sa simple présence parmi les "normaux" la rend éminemment vulnérable à des invasions de sa sphère privée, dont l'expérience la plus significative tient sans doute au regard fixe des enfants sur elle ». C'est que la visibilité du « stigmate » se donne comme une « ouverture » propice à engager l'interaction : non seulement « [...] l'individu stigmatisé est une personne qui peut approchée à volonté par des étrangers » souhaitant lui témoigner une forme ou une autre de « sollicitude » ou d'intérêt, mais ces marques d'« attention » peuvent s'avérer pour lui difficiles à repousser sans être taxé d'ingratitude ou d'absence de « tact » (Goffman, 1986 [1963], p. 27-28 & p. 144).

avec l'état d'esprit requis, c'est consentir à être un genre de personne particulier ». Le « reclus » peut ainsi chercher, en refusant l'activité à laquelle on veut l'astreindre, à « se soustraire au *self* officiel » qu'il est invité à « projeter » (Goffman, 1984 [1961], p. 169-170). Aux deux dimensions précitées — l'attention comme marque du respect témoigné à autrui et comme impératif de coordination — s'ajoute ainsi un troisième point : l'implication dans l'interaction et plus généralement l'activité en tant qu'elle participe d'une certaine « définition de la situation » et contribue à projeter une certaine image de l'acteur. Évidemment, cet aspect tend à se confondre sur le plan analytique avec les enjeux liés au « respect » de l'interlocuteur. Mais il mérite d'en être distingué, puisqu'il concerne l'attention ou l'« engagement » face à la situation dans ce qu'ils disent de l'acteur lui-même plutôt qu'en tant que marques de courtoisie ou de « déférence » à l'égard d'autrui.

Sans surprise, ces différentes distinctions trouvent une formulation plus systématique dans *Frame Analysis*. Goffman y indique ainsi que tout « cadre » incorpore une définition normative de l'« engagement [*involvement*] » et du degré d'attention requis des participants :

> Chaque cadre implique des attentes normatives spécifiant la profondeur et l'extension de l'engagement dont est censé faire preuve l'individu dans les activités concernées. Bien sûr, les cadres diffèrent assez radicalement quant à l'engagement prescrit aux participants qui les font exister. Certains, comme les réseaux de circulation, ne requièrent pour être maintenus qu'une focalisation intermittente de l'attention. L'engagement qu'ils exigent n'est profond que lorsqu'il s'agit soudain d'éviter un ennui. D'autres, comme celui qui rend possible ce que nous entendons par relations sexuelles, exigent d'être embrassés complètement — le sens figuré se doublant dans ce cas précis d'un sens propre. Mais, quel que soit le degré d'engagement requis, des limites reconnues seront établies quant à ce qui constitue un engagement suffisant ou trop important. (Goffman, 1986 [1974], p. 345)

L'« engagement » qu'appellent les situations d'interaction est donc défini normativement. Cependant, comme le note ensuite Goffman, un manque d'implication ou une certaine inattention peuvent souvent passer inaperçus, dès lors que les acteurs feignent

la concentration. Les manifestations d'« engagement » feintes sont d'autant plus fréquentes qu'il est difficile de se contraindre à l'attention, dans la mesure où la concentration mise en œuvre pour maintenir l'attention sur un objet ou une activité tend déjà à la porter ailleurs. Goffman parle d'« accaparement [*engrossment*] » pour désigner l'« engagement » effectif vis-à-vis de ce qui survient, i.e. le fait d'« être transporté par quelque chose [*being carried away into something*] » (Goffman, 1986 [1974], p. 346-347). Que l'« engagement » dans la situation soit ou non authentique, sa rupture manifeste peut avoir des conséquences diverses sur l'interaction. Goffman distingue parmi les « désengagements » ceux qui sont « autorisés » de ceux qui ne le sont pas :

> Quand un individu participe à une définition de la situation, les circonstances peuvent soudain l'amener à se dégager de l'emprise que le cadre a sur lui, même si l'activité est par ailleurs susceptible de se poursuivre. Ce désengagement prend deux formes. Il arrive d'une part que l'acteur prenne congé de manière autorisée, avec l'établissement d'un temps mort officiel via l'usage d'un genre de parenthèses internes à la situation. L'acteur peut aussi faire valoir son droit personnel à la distraction, comme lorsqu'un orateur s'arrête un instant pour boire un peu d'eau. Il n'est pas rare que celui qui s'est ainsi retiré rétablisse un engagement approprié lorsqu'il retourne à la situation. En tout cas, ceux qui assistent à la scène ratifient ici le droit de la personne concernée à être autre chose que le rôle qu'elle projette à ce moment-là et à avoir certains besoins propres, qui le conduisent dans ce cas à quitter le cadre. On a là une retraite en bon ordre. Le second genre de désengagement [...] implique une disruption dans la manifestation d'un engagement approprié, respectueux. Le retrait ne s'accompagne d'aucune autorisation valable, et l'acteur peine généralement à revenir à un engagement adéquat et au contrôle qu'exerce le cadre. (Goffman, 1986 [1974], p. 349-350)

Goffman s'interroge donc ici sur ce qui peut justifier une forme ou une autre de « désengagement » — ou plutôt, à ce qui peut rendre possible un « désengagement » sans rupture du « cadre » ou de la « définition de la situation » en vigueur. Il place un accent particulier sur l'expression faciale, lorsque l'individu ne parvient pas à présenter ou maintenir une expression compatible avec la part qu'il prend à la situation (Goffman, 1986 [1974], p. 350). Évidemment, l'enjeu tient indissociablement au maintien du « cadre » qui organise l'interaction

et à la préservation de l'image d'eux-mêmes que projettent les interactants. C'est bien pour cela que la problématique de l'« engagement » fait d'emblée intervenir celle du « respect » ou de la « déférence » témoignés à autrui — et, dans une certaine mesure, à soi-même.

Munis de ces pistes analytiques, revenons à la situation étudiée. Les enjeux évoqués par les participants concernent évidemment la coordination entre médecin et patient dans sa dimension pratique, qui renvoie aussi bien à la prise en charge thérapeutique qu'aux interactions dans le cadre des consultations. Mais ces questionnements sont indissociables de considérations « rituelles », relatives à l'image d'eux-mêmes et de leur relation que projettent respectivement les interactants. Les modalités de (non-)participation au processus thérapeutique et aux interactions médicales trouvent là leur portée « morale » et émotionnelle particulière. La problématique de l'échange de regards illustre bien ici cette dimension « rituelle ». L'absence de contact visuel se donne comme une infraction interactionnelle de bas niveau, ressaisie à la lumière du reste de la situation comme la manifestation d'un désinvestissement ou d'un défaut de participation plus général. Le désengagement « non autorisé » — pour reprendre les termes de Goffman — que constitue l'assoupissement du patient durant la consultation fonctionne sur le même mode. Il faut souligner à cet égard que le problème tient sans doute moins à l'assoupissement en lui-même qu'au fait qu'il n'est pas suivi par une forme d'excuse ou de justification. C'est que, comme l'indique également Goffman, celui qui a apparemment enfreint une attente normative partagée n'est d'ordinaire pas d'emblée confronté à une « sanction », mais au « besoin de s'atteler à un travail rituel de remédiation [*remedial ritual work*] ». En se prêtant à ce « travail de remédiation », l'acteur montre qu'il connaît l'attente qu'il a déçue et en reconnaît la pertinence — malgré les apparences (Goffman, 1971 [1969], p. 350-351). Il s'agit ainsi de préserver la « définition de la situation » en vigueur et la « face » de ceux qui participent à la faire exister. Il est à cet égard significatif que la justification que constitue le manque de sommeil ne soit ici formulée qu'à la demande expresse de la médecin.

Évidemment, l'absence de contact visuel et l'assoupissement ne prennent leur portée particulière qu'au regard de ce qui se joue plus généralement entre la médecin et son patient — et viennent réciproquement informer la manière dont la situation est perçue. Dans cette configuration « gestaltique », ce qui pourrait n'être qu'un manquement passager et sans conséquence apparaît comme une manifestation parmi d'autres d'une même « attitude » dont l'existence devient en retour mieux établie et plus tangible. Le désengagement général dont se rendrait coupable le patient est bien ressaisi par la formule lapidaire de l'un des participants, restituée ci-dessus, qui affirme du patient qu'« il est là simplement parce qu'on l'a convoqué » (T295). Évidemment, dès lors que la participation du patient aux consultations et au processus thérapeutique est envisagée comme manquante ou fautive, le propre investissement de la médecin se trouve requalifié en conséquence : c'est l'image de l'enseignant qui ennuie ou endort ses élèves, telle que la dépeint le même participant (T293). Il va de soi que les attitudes de la médecin et de son patient sont définies « relationnellement » : décrire ce que fait le médecin, c'est déjà décrire ce que fait le patient — et inversement. Si la réciprocité de l'interaction paraît rompue, la participation unilatérale du médecin se donne en quelque sorte comme un « surplus » auquel peut être conférée une valence positive — i.e. le médecin « héroïque » face à un patient « irresponsable » malgré lui — ou négative — i.e. le médecin trop « souple » ou « complaisant » face à un patient qui « se moque » de lui. Comme souvent, l'enjeu tient au degré de responsabilité susceptible d'être attribué au patient : l'identification de « causes » déterminant le comportement du patient ou l'attribution de « "qualités" présupposant l'irresponsabilité » telles que la « faiblesse » ou l'« impuissance » invitent à la « patience » ou à l'« indulgence » (Genard, 1992, p. 80). C'est bien ce que note aussi Goffman quant à l'« offense » que constitue la distraction dans l'interaction, évoquant les « excuses » dont les participants à l'interaction considèrent que le « fautif » peut se prévaloir dans de tels cas (Goffman, 1967 [1957], p. 117).

Mais qu'il en soit ou non tenu pour responsable, le désengagement perçu chez le patient apparaît ici comme une « offense » — au médecin, mais sans doute aussi et surtout à la « communauté » que forment médecin et patient autour du processus thérapeutique. Si le patient déconsidère la médecin, c'est plus fondamentalement à la situation et à l'activité en cours qu'il n'accorde pas une attention adéquate : il « néglige l'intérêt d'une consultation médicale » (T293). C'est là un point sur lequel les commentateurs de la sociologie goffmanienne n'ont sans doute pas assez insisté : préserver la « face » ou le « *self* » projetés par son interlocuteur, c'est également — indissociablement — préserver la « définition de la situation » dont ils sont coextensifs. Si la médecin peine ici à exister comme médecin, c'est bien que l'interaction elle-même peine à s'affirmer pleinement comme une consultation — puisque le patient ne s'y engage qu'à moitié. Le défaut d'attention porté à l'interlocuteur et à la situation dans son ensemble trouve une importance particulière dans le fait qu'il vient déstabiliser la « définition de la situation » en vigueur et les identités sociales qu'elle configure, comme l'indique très clairement Goffman dans *Encounters* :

> L'organisation d'une rencontre [sociale] et la définition de la situation qu'elle encode tournent autour des conceptions qu'entretiennent les participants concernant leur identité respective et l'identité de l'occasion sociale dont la rencontre est envisagée comme faisant partie. Ces identités sont le pivot organisationnel [*organizational hub*] de la rencontre. Les événements qui produisent de la désorganisation [dans l'implication spontanée des participants à la rencontre] ne constituent pas qu'un « bruit » disruptif mais transmettent aussi des informations qui menacent de discréditer ou de supplanter les identités organisatrices de l'interaction. Dès lors, quelque insignifiants qu'ils puissent être en eux-mêmes, de tels événements peuvent fragiliser tout l'agencement de la rencontre, laissant les participants désemparés quant à ce qu'il s'agit de faire, ou ce qu'il s'agit d'essayer d'être. (Goffman, 1972 [1961], p. 40)

On retrouve ici, sous une forme différente, l'idée selon laquelle l'« implication dans l'interaction » présente forcément une portée tout à la fois « rituelle » et organisationnelle : le « désengagement »

menace non seulement la « face » des interactants, mais aussi le déroulement même de l'interaction (pour un autre passage éloquent à cet égard, voir Goffman, 1967 [1956], p. 90-91). C'est que l'« identité » de l'interaction est inséparable des « identités » que celle-ci configure pour les interactants. Ce qui menace les secondes menace donc aussi la première.

Le patient « participant » ?

On notera que le patient « idéal » que figurent en creux les remarques et critiques formulées par les médecins est un patient éminemment compétent, un patient « participant ». On mesure l'ambiguïté de cette figure, qui peut traduire aussi bien l'ouverture des médecins à certains apports ou à une forme d'initiative de la part des patients qu'une exigence s'imposant à ceux-ci. C'est la raison pour laquelle, comme en témoigne l'analyse proposée ci-dessus, la « participation » des patients au processus thérapeutique constitue une problématique si complexe. Cette « participation » couvre une gamme très large de phénomènes, allant de l'attention portée au médecin durant les consultations à la prise de médicaments en passant par la communication d'informations pertinentes pour le suivi thérapeutique. La question du bien-fondé de ces attentes de participation peut évidemment être posée. Il paraît clair cependant que la relation médicale et plus généralement thérapeutique implique structurellement, du côté du patient, une forme de participation ou d'engagement — dans les limites de ce que celui-ci est supposé capable d'accomplir, évidemment. À cet égard, on peut se dire que les difficultés et questionnements auxquels se confrontent les médecins dans des situations telles que celle qui a été analysée ici ne sauraient être définitivement réduits ou dépassés. On rejoint ici les remarques déjà anciennes d'Isaac Joseph sur ce qu'il nommait les « métiers du public » : le patient, comme plus généralement l'usager dans les relations de service, « coopère toujours aussi bien au co-pilotage de la rencontre qu'à la coproduction de la prestation » (Joseph, 1995, p. 15). La pratique médicale ordinaire ne peut dès lors se départir de la « part du

patient » et des interrogations qu'elle suscite — pour le meilleur ou pour le pire. Comme le montre la séance étudiée, les groupes de discussion offrent aux médecins des occasions de thématiser ces enjeux, au gré des situations singulières et de leurs propres ressources.

Conclusion

Une recherche, des recherches

Nous avons vu dans la première partie de cet ouvrage que Michael et Enid Balint avaient placé un accent particulier sur la dimension de « recherche » que devaient comprendre leurs « séminaires ». Il s'agissait certes d'un dispositif de « formation ». L'enjeu était pour les Balint d'amener les médecins à envisager de manière différente leurs émotions et celles de leurs patients, les « problèmes psychologiques » se manifestant dans le cadre de leur activité, voire la maladie elle-même. Mais cette « formation » se donnait doublement comme une « recherche ». Les groupes Balint devaient d'abord permettre aux généralistes d'enquêter collectivement sur certains aspects de leur activité. Ce « travail de recherche » collectif visait en particulier les dynamiques relationnelles et les enjeux « psychologiques » propres à la médecine somatique, ainsi que les démarches susceptibles d'être entreprises par les médecins pour améliorer à cet égard la prise en charge de leurs patients (Balint, 1969, p. 202). Les Balint considéraient que les généralistes étaient forcément les mieux placés pour enquêter sur leur propre activité. Ces « recherches » collectives ont donné lieu à une série de publications : les Balint ont coécrit plusieurs ouvrages en collaboration avec certains des participants à leurs « séminaires » et encouragé ceux-ci à en publier d'autres par eux-mêmes. Ces contributions ont en particulier trouvé à s'exprimer dans les *Mind & Medicine Monographs*, une collection fondée par Michael Balint au tout début des années 1960 au sein des *Tavistock Publications* — la maison d'édition créée à la fin des années 1940 pour accueillir les travaux des membres de la *Tavistock Clinic* et du *Tavistock Institute of Human Relations* (Burfield, 2009, p. 215).

Mais en deçà — ou au-delà — de ces recherches collectives et des publications correspondantes, l'objectif des séances tel que le concevaient les Balint était « d'abord et avant tout » de « rendre le médecin capable de faire par lui-même des découvertes » sur sa propre pratique, les relations qu'il entretient avec ses patients, la manière dont il s'est jusque-là comporté à leur égard, et l'attitude qu'il pourrait adopter dans le futur (Balint, 1982 [1966], p. 27). C'est d'abord pour cette raison que les Balint se refusaient à endosser le rôle d'« enseignant » durant leurs « séminaires », et *a fortiori* à accepter que ne s'instaure une relation du type « maître-disciple » entre eux et les généralistes. Comme l'indiquait Michael Balint à la fin de sa vie, le psychiatre « n'enseigne » pas dans ce cadre — ou du moins fait « tout [son] possible pour ne pas se comporter comme [un] enseignant » (Balint, 1969, p. 202). On retrouve ici la perspective « anti-autoritaire » des Balint telle que nous l'avons évoquée précédemment, sur laquelle Erich Fromm mettait à juste titre l'accent. Il s'agissait pour les Balint d'organiser des groupes « dans lesquels les participants développent pleinement leur propre activité [*bei welchen die Teilnehmer ihre eigene Aktivität ganz entfalten*] et où le *leader* lui-même se met en fait en retrait, sans "dominer" la discussion » (Fromm, 1974, p. 7-8). On s'en souvient, Michael Balint avait déjà développé dans des textes antérieurs des réflexions similaires concernant la formation analytique. Il y déplorait notamment le contraste saisissant entre les objectifs attribués à la formation et ses résultats effectifs. S'il s'agissait d'amener les candidats à « développer un puissant moi critique, capable de supporter une tension considérable, libre de toute identification superflue, ainsi que de tout transfert ou schème de pensée automatiques », la formation analytique produisait dans les faits exactement l'inverse : des individus au narcissisme fragile, faisant preuve d'une allégeance « aveugle » envers leur « maître », incapables de considérer avec distance ses idées et celles des autres membres de leur « groupe » mais critiquant compulsivement celles des « factions » adverses (Balint, 1948, p. 167). Aux yeux de Michael Balint, le formateur — psychanalyste ou non — devait travailler à se défaire de « l'apparence

d'omniscience » que tend à lui conférer sa fonction. Ce n'est qu'à ce prix qu'il pourrait permettre à celui qu'il prétendait former de « faire ses propres découvertes et grandir ce faisant » (Balint, 1954c, p. 162).

Pourquoi revenir sur ces éléments au moment de conclure cet ouvrage ? C'est d'abord que les situations que j'y ai analysées donnent diversement à voir des médecins engagés dans des processus de « recherche ». Comment réagir face à des patients dénigrants, méprisants ou violents ? Que faire du sentiment d'être « manipulé » ou « trompé » par un patient ? Que penser de tel patient aux émotions « indéchiffrables », ou de tel patient proprement « insupportable » ? Quelle place faire à ses propres émotions durant les consultations ? Quels sont les enjeux que soulève l'interaction avec un patient qui peine à comprendre ce que l'on cherche à lui transmettre ? Ou la communication des résultats médicaux ? Que peut-on légitimement attendre des patients en termes d'« investissement » dans la consultation et la prise en charge ? Ces analyses ne prétendent évidemment pas épuiser la variété des difficultés que rencontrent les médecins dans leurs interactions avec les patients. Elles me semblent néanmoins propices à en illustrer la diversité, ainsi qu'à ressaisir certains des « problèmes » auxquels sont confrontés à cet égard les praticiens.

Comme je l'ai indiqué, ces grands « problèmes » peuvent être rapportés à certaines caractéristiques prépondérantes de la relation médicale en tant que configuration instituée : la *permissivité* particulière susceptible d'être accordée au patient du fait de son état, ouvrant la possibilité d'une suspension ou d'une atténuation de l'attribution de responsabilité face à certains comportements « problématiques » ; le contrôle de l'*affectivité* dans le cadre des interactions thérapeutiques, où elle peut apparaître tout à la fois comme une ressource et comme un problème, chez le médecin et chez le patient ; l'*inégalité de conditions* entre médecin et patient, susceptibles d'être réduite, minimisée, niée, ou au contraire pleinement assumée, voire revendiquée, avec pour résultat des modalités très différentes de « division du travail » au sein de la relation médicale.

Ces grandes tensions normatives accompagnent le déploiement toujours contingent et situé de cette configuration relationnelle, qui ne peut dès lors qu'être marqué par des formes plus ou moins explicites et formalisées de trouble ou de doute.

Les analyses présentées dans ce livre donnent donc à voir une pratique médicale travaillée par de multiples tensions et incertitudes « ordinaires », que le recours aux enregistrements audiovisuels et les discussions collectives participent à mettre en visibilité, à identifier et à amplifier — pour l'observateur, mais aussi et avant tout pour les participants. J'ai souligné la double portée de ces dispositifs groupaux face aux doutes et difficultés que traversent les médecins. D'une part, les discussions collectives permettent le déploiement de certaines formes de réassurance et de soutien pour des médecins fragilisés dans leur activité et leur rôle. D'autre part, en faisant jouer des formes de « réflexivité » mues « par la confrontation éventuellement conflictuelle des points de vue sur l'expérience », ces dispositifs engagent les participants à des interrogations et réflexions susceptibles de déboucher sur une « réévaluation » et un « enrichissement » de leurs connaissances et savoir-faire (Cahour & Licoppe, 2010, p. 249).

Une telle « réévaluation » et un tel « enrichissement » ne surviennent évidemment pas dans tous les cas. Mais ils me semblent en définitive moins importants que ce qui les rend possibles : la posture particulière que les séances invitent et habituent les participants à adopter. Cette posture de « recherche » en première personne concernant l'exercice de la médecine et la relation thérapeutique constitue à mon sens un intérêt majeur de ces dispositifs — en particulier par rapport à des « formations » plus classiques. Les Balint étaient convaincus que l'adoption d'une telle posture rendrait les médecins plus indépendants et « responsables » (Balint, 1990 [1957], p. 95). Un tel enthousiasme est sans doute excessif. Malgré tout, au regard de l'importance toujours croissante de la recherche académique dans le monde médical, on peut regretter que ces formes plus modestes et discrètes de « recherche » — aux

produits souvent indirects et difficilement quantifiables — n'y soient pas valorisées davantage.

L'autre raison pour laquelle j'ai voulu revenir dans cette conclusion sur les Balint et leur souhait de placer les généralistes dans une posture de « recherche » vis-à-vis de leur propre activité est que cette réflexion vient aussi interroger ma propre « place » — et plus généralement le rôle des enquêtes sociologiques — face aux pratiques thérapeutiques. On l'aura compris, ma démarche fait intervenir une perspective ou une forme de « réflexivité » proprement sociologique : celle qui caractérise les sociologies de l'interaction, i.e. ces approches sociologiques selon lesquelles « […] l'analyse des interactions communicatives de la vie courante a une portée sociologique générale » (Quéré, 1988, p. 87). Cette perspective constitue l'interaction et son déploiement en domaine d'investigation de plein droit, en cherchant à en restituer l'intelligibilité et l'organisation endogènes. Elle vise ainsi à faire émerger certaines dynamiques et caractéristiques constitutives des interactions qui ne sont pas réductibles à la psychologie des acteurs impliqués, au jeu de leurs « intérêts » et « stratégies », à leur savoir instrumental et à ses lacunes, ou encore un ordre axiologique et normatif surplombant. L'enjeu est de donner à voir les interactions dans leur déroulement et leur complexité, en tant qu'elles manifestent un ordre émergent, plutôt que de les rapporter à des facteurs exogènes qui en détermineraient le cours.

Ma perspective marque à ce titre un écart vis-à-vis du regard généralement porté sur l'action — par les acteurs ordinaires mais aussi dans nombre de travaux sociologiques. C'est dans cet écart que se situe d'abord l'apport propre des analyses présentées au sein de ce livre. J'espère que celles-ci se révéleront de ce fait propices à étendre ou renouveler l'intelligibilité des interactions médicales et des difficultés qu'elles soulèvent pour les médecins, du point de vue des praticiens et de leurs patients comme de ceux qui les observent. Mais je souhaite surtout qu'elles encouragent les médecins à s'interroger par eux-mêmes et pour eux-mêmes sur leurs propres pratiques, autant qu'ils le peuvent, et avec toute l'aide qu'ils pourront trouver.

Arrivé au terme de son enquête, le sociologue doit passer le relais à ses enquêtés. C'est d'autant plus vrai concernant cette recherche qui a pris pour objet des dispositifs engageant les acteurs sociaux à déployer une forme de « réflexivité » face à leur activité. Je ne crois pas plus que Michael et Enid Balint qu'il soit possible ou souhaitable de se substituer aux médecins — et plus généralement aux soignants — dans leurs questionnements sur les pratiques de soins et leurs enjeux. Les enquêtes sociologiques peuvent certes provoquer, accompagner ou aiguiller ces interrogations. Mais elles ne sauraient répondre par avance à la diversité des écueils et dilemmes propres au quotidien des soignants, marqué par la singularité difficilement réductible des situations vécues. Seuls les soignants peuvent se confronter à ces interrogations quotidiennes, par définition vouées à être sans cesse relancées au gré de circonstances et difficultés nouvelles.

Et même à l'échelle des situations singulières, nombre de ces interrogations sont condamnées à rester ouvertes, du moins partiellement, sans qu'une réponse définitive ou tout à fait satisfaisante puisse y être apportée. Si une telle « résolution » reste si souvent inatteignable, c'est soit que ces situations intègrent des orientations axiologiques et des idéaux normatifs incompossibles, ou dont l'« application » soulève des interrogations irréductibles, soit que les moyens concrets de les transformer font durablement défaut. Leur « résolution » se donne dès lors comme un fantasme inopportun, une prétention délétère à l'apaisement que procurerait la conviction d'avoir accompli l'« action qui convient », atteignable uniquement au prix de la scotomisation d'une partie des enjeux soulevés par la situation. Concernant ces situations « éclatées », dont la « réunification » pratique ou morale paraît destinée à rester hors de portée, il semble avisé de considérer l'apaisement du doute et la certitude retrouvée avec plus de méfiance que de soulagement. Plus encore, l'inquiétude des praticiens quant à leur positionnement face aux patients devrait dans cette perspective être entretenue et valorisée plutôt que réduite.

On rejoint ici les remarques de Régis Marion-Veyron lorsqu'il évoque les grands registres critiques ordinaires en tension traversant et entourant les pratiques psychiatriques contemporaines. L'enjeu tient en effet pour Marion-Veyron à la mise au jour et à la conscientisation au sein même des pratiques de soins de ces « tensions » plutôt qu'à leur réduction : c'est dans la confrontation continue de ces positions contradictoires, voire franchement antinomiques, dont il « ne se dégage aucune synthèse rassurante », que peut se déployer une attitude thérapeutique authentique. Le soignant doit conserver et cultiver une certaine intranquillité vis-à-vis de ses réactions au « scandale de la maladie » et de la finitude, face auquel aucune réponse ne peut se prétendre certaine ou définitive (Marion-Veyron, 2004, p. 121-123). Il doit sans cesse se demander « où sont ses diables », comme l'écrit ailleurs Marion-Veyron en empruntant à Michel de Certeau (Marion-Veyron, 2006, p. 164). Les groupes de discussion étudiés ici apparaissent dans cette perspective comme un espace au sein duquel les soignants peuvent prendre la mesure des apories et dangers de leur « métier impossible » — un travail jamais achevé[1].

1 Faut-il indiquer que je me réfère ici à Freud, qui affirmait en 1925 avoir fait sien « le bon mot qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles — éduquer, soigner, gouverner » (Freud, 2005 [1925], p. 17) ? Voir aussi Freud, 2012 [1937], p. 38.

Bibliographie

ANSPACH, Renée R. (1988). « Notes on the Sociology of Medical Discourse. The Language of Case Presentation », *Journal of Health and Social Behavior*, 29(4), 357-375.

ASTBURY, Benjamin E. (1955). « Foreword ». *In* Kathleen Bannister, Alison Lyons, Lily Pincus, James Robb, Antonia Shooter & Judith Stephens (1955). *Social Casework in Marital Problems. The Development of a Psychodynamic Approach*. Londres : Tavistock Publications, 7-8.

BACAL, Howard A. (1972). « Balint Groups: Training or Treatment? », *Psychiatry in Medicine*, 3(4), 373-377.

BACAL, Howard A. (2016) « The Budapest School's Concept of Supervision. Michael Balint's Legacy to the Development of Psychoanalytic Specificity Theory ». *In* Arnold W. Rachman (éd.). *The Budapest School of Psychoanalysis. The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective*. Londres & New York : Routledge, 140-163.

BAIER, Annette (1986). « Trust and Antitrust », *Ethics*, 96(2), p. 231-260.

BALINT, Alice, BALINT, Michael (1985 [1939]). « On Transference and Counter-Transference ». *In* Michael Balint. *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. Londres : Karnac, 213-220.

BALINT, Enid (1959). « Training Post-Graduate Students in Social Case Work », *The British Journal of Medical Psychology*, 32(3), 193-199.

BALINT, Enid (1967). « A Study of the Doctor/Patient Relationship Using Randomly Selected Cases », *The Journal of the College of General Practitioners*, 13(2), 163-173.

BALINT, Enid (1969). « The Possibilities of Patient-Centered Medicine », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.

BALINT, Enid (1974). « A Portrait of Michael Balint. The Development of his Ideas on the Use of the Drug "Doctor" », *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(3), 211-220.

BALINT, Enid (1977). « Psychoanalysis Applied to Medicine. A Personal Note », *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 35-46.

BALINT-EDMONDS, Enid (1984). « The History of Training and Research in Balint-Groups », *Journal of the Balint Society*, 12, 3-7.

BALINT, Enid, BALINT, Michael (1955). « Dynamics of Training in Groups for Psychotherapy », *British Journal of Medical Psychology*, 28(2-3), 135-143.

BALINT, Enid, MITCHELL, Juliet (1993). « Enid Balint Interviewed by Juliet Mitchell ». *In* Enid Balint. *Before I Was I. Psychoanalysis and the Imagination*. Londres : Free Association Books, 221-236.

BALINT, Michael (1948). « On the Psycho-Analytic Training System », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 163-173.

BALINT, Michael (1950). « Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psycho-Analysis », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 117-124.

BALINT, Michael (1951). « Review of *Exploring the Unconscious* and *The Book of the It* by Georg Groddeck », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 250-251.

BALINT, Michael (1954a). « Training General Practitioners in Psychotherapy », *British Medical Journal*, 4854(1), 115-120.

BALINT, Michael (1954b). « Method and Technique in the Teaching of Medical Psychology. II – Training General Practitioners in Psychotherapy », *British Journal of Medical Psychology*, 27(1-2), 37-41.

BALINT, Michael (1954c). « Analytic Training and Training Analysis », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 157-162.

BALINT, Michael (1957). « Training Medical Students in Psychotherapy », *The Lancet*, 7004(270), 1015-1018.

BALINT, Michael (1958). « The Three Areas of the Mind. Theoretical Considerations », *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 328-340.

BALINT, Michael (1966). « The Need for Selection ». *In* Michael Balint, Enid Balint, Robert Gosling & Peter Hildebrand (éds.). *A Study of Doctors. Mutual Selection and the Evaluation of Results in a Training Programme for Family Doctors*. Londres : Tavistock, 30-42.

BALINT, Michael (1968). « Medicine and Psychosomatic Medicine. New Possibilities in Training and Practice », *Comprehensive Psychiatry*, 9(4), 267-274.

BALINT, Michael (1969). « The Structure of the Training-cum-Research-Seminars. Its Implications for Medicine », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 81(17), 201-211.

BALINT, Michael (1970). « La genèse de mes idées », *Gazette médicale de France*, 77(3), 457-462.

BALINT, Michael (1976 [1973]). « La recherche en psychothérapie ». *In* Enid Balint & Jacob S. Norell (éds.). *Six minutes par patient. Interactions en consultations de médecine générale*. Paris : Payot, 27-48.

BALINT, Michael (1982 [1966]). « Psychanalyse et pratique médicale ». *In* André Missenard & René Gelly (éds.). *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Paris : Dunod, 11-31.

BALINT, Michael (1984 [1970]). « Repeat-Prescription Patients. Are They an Identifiable Group? ». *In* Michael Balint, John Hunt, Dick Joyce, Marshall Marinker & Jasper Woodcock (éds.). *Treatment or Diagnosis. A Study of Repeat Prescriptions in General Practice.* Londres : Tavistock, 18-47.

BALINT, Michael (1985 [1930]). « Crise de la pratique médicale », *Le Coq-Héron*, 95, 3-10.

BALINT, Michael (1987 [1959]). *Thrills and Regressions. With a Chapter on Distance in Space and Time by Enid Balint*. Londres : Maresfield Library.

BALINT, Michael (1990 [1957]). *The Doctor, his Patient and the Illness*. Edimbourg : Churchill Livingstone.

BALINT, Michael (1996 [1957]). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot.

BALINT, Michael (2000 [1926]). « De la psychothérapie à l'intention du médecin généraliste ». *In* Michèle Moreau Ricaud (2000). *Michael Balint. Le renouveau de l'*École de Budapest. Toulouse : Érès, 256-269.

BALINT, Michael (2003 [1968]). *Le défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*. Paris : Payot.

BALINT Michael, BALL, Dorothea H., HARE, Mary L. (1969). « Training Medical Students in Patient-centered Medicine », *Comprehensive Psychiatry*, 10(4), 249-258.

BALINT, Michael, BALINT, Enid (1966 [1961]). *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris : Payot.

BANNISTER, Kathleen, LYONS, Alison, PINCUS. Lily, ROBB, James, SHOOTER, Antonia, STEPHENS, Judith (1955). *Social Casework in Marital Problems. The Development of a Psychodynamic Approach*. Londres : Tavistock Publications.

BAR-HAIM, Shaul (2018). « "The Drug Doctor". Michael Balint and the Revival of General Practice in Postwar Britain », *History Workshop Journal*, 86, 114-132.

BARBOT, Janine, DODIER, Nicolas (2014). « Que faire de la compassion au travail ? La réflexivité stratégique des avocats à l'audience », *Sociologie du travail* (en ligne), 56(3), 1-24.

BARBOT, Janine, DODIER, Nicolas (2018). « Témoigner comme victime au tribunal. Le travail d'appropriation d'un dispositif de prise de parole ». *In* Nicolas Dodier & Anthony Stavrianakis (éds.). *Les objets composés. Agencements, dispositifs, assemblages*. Paris : Éditions de l'EHESS, p. 267-300.

BASZANGER, Isabelle (1983). « La construction d'un monde professionnel. Entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 83(3), 275-294.

BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier (2010). « Introduction ». *In* Géraldine Bloy & François-Xavier Schweyer (éds.). *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 11-20.

BOLTANSKI, Luc (2011 [1990]). *L'Amour et la Justice comme compétences*. Paris : Gallimard.

BORNET, Marc-Antoine, BEAUD, Floriane, BARDY, Daniel, BOULAT, Olivier, KISSLING, Sébastien (2019). « Dosage de la cystatine C dans l'évaluation de la fonction rénale », *Forum Médical Suisse*, 19(23-24), 391-393.

BURFIELD, Diana (2009). « Tavistock Publications. A Partial History », *Management & Organizational History*, 4(2), 207-222.

CABIN, Léonore (2020). *Comment WikiLeaks est devenu Julian Assange. Analyse du parcours énonciatif d'une figure médiatique*. Université de Lausanne : thèse de doctorat.

CAHOUR, Béatrice, LICOPPE, Christian (2010). « Confrontations aux traces de son activité. Compréhension, développement et régulation de l'agir dans un monde de plus en plus réflexif », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 243-253.

CAÏN, Anne (1994). *Le psychodrame-Balint. Méthode, théorie et applications*. Grenoble : La Pensée Sauvage.

CARRA, Cécile, RIDEL, Déborah (2017). « L'expérience de violence dans le secteur de la santé. Le vécu de professionnels dans le Nord de la France », *Déviance et Société*, 41(3), 447-479.

CEFAÏ, Daniel, GARDELLA, Édouard (2012). « Comment analyser une situation selon le dernier Goffman ? De *Frame Analysis* à *Forms of Talk* ». *In* Daniel Cefaï & Laurent Perreau (éds.). *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*. Paris : CURAPP-ESS/CEMS-IMM, 231-263.

CICOUREL, Aaron V. (2002). *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil.

CLOT, Yves (2006 [1999]). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses universitaires de France.

CLOT, Yves (2015 [2010]). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

CLOT, Yves (2015). « Clinique du travail et clinique de l'activité ». *In* Yves Clot & Dominique Lhuillier (éds.). *Perspectives en clinique du travail*. Paris : Érès, 226-246.

CLULOW, Christopher (1994). « Obituary. Enid Balint-Edmonds », *Sexual and Marital Therapy*, 9(3), 301-301.

[Collectif] (1968). *Le Livre blanc des sciences humaines en médecine*. Document miméographié.

CORBOBESSE, Éric (2015a [2012]). « Psychopathie ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 793-806.

CORBOBESSE, Éric (2015b [2012]). « Toxicomanies ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 731-754.

COULTER, Jeff (1979). « Affect and Social Context ». *The Social Construction of Mind. Studies in Ethnomethodology and Linguistic Philosophy*. Totowa : Rowman and Littlefield, 125-139.

CRETNEY, Stephen (1995) « "Tell Me the Old, Old Story". The Denning Report 50 Years On », *Child and Family Law Quarterly*, 7(4), 163-179.

DASSIEU, Lise (2013). « Les seuils de la substitution. Regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 19(3-4), 149-172.

DELAURENTI, Béatrice (2016). *La Contagion des émotions.* Compassio*, une énigme médiévale*. Paris : Garnier.

DE CERTEAU, Michel (1990 [1980]). *L'invention du quotidien I - Arts de faire.* Paris : Gallimard.

DE VIGNEMONT, Frédérique (2008). « Empathie miroir et empathie reconstructive », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 133(3), 337-345.

DODIER, Nicolas (1990). « Représenter ses actions. Le cas des inspecteurs et des médecins du travail ». *In* Patrick Pharo & Louis Quéré (éds.). *Les formes de l'action*. Paris : Éditions de l'EHESS, 115-148.

DODIER, Nicolas (1993a). *L'Expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié.

DODIER, Nicolas (1993b). « Les arènes des habiletés techniques ». *In* Bernard Conein, Nicolas Dodier & Laurent Thévenot (éds.). *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*. Paris : Éditions de l'EHESS, 115-139.

DODIER, Nicolas (1993c). « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, 62(11), 63-85.

DODIER, Nicolas (2007). « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients ». *In* Virginie Tournay (éd.). *La gouverance des innovations médicales*. Paris : Presses universitaires de France, 127-154.

DODIER, Nicolas (2014). « Transformations des langages et du travail critique des sciences sociales. Quelques propositions à partir de l'exemple des questions médicales », *Raisons politiques*, 55(3), 7-46.

DODIER, Nicolas, BASZANGER, Isabelle (1997). « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, 38(1), 37-66.

DODIER, Nicolas, CAMUS, Agnès (1997). « L'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, 65(1), 109-119.

DODIER, Nicolas, RABEHARISOA, Vololona (2006). « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, 73(1), 9-22.

DULONG, Renaud (1997). « Les opérateurs de factualité. Les ingrédients matériels et affectuels de l'évidence historique », *Politix*, 39(10), 65-85.

DUNBAR, Helen Flanders (1934). « Physical Mental Relationships in Illness », *The American Journal of Insanity*, 91(3), 541-562.

DUPONT-WILLEMIN, Alexandre (2014). « Placement à des fins d'assistance, quelles dispositions appliquer ? La situation en Suisse romande », *Revue Médicale Suisse*, 442(10), 1727-1729.

EICHHOLZ, Enid (1951). « The Development of Family Discussion Bureaux Work », *Social Work*, 8(1), 495-500.

ENGLEBERT, Jérôme (2017). « L'adaptation du pervers et du psychopathe. Compréhension phénoménologique et éthologique », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 15(3), 33-46.

FAINZANG, Sylvie (1997). « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, 15(3), 5-23.

FAÏTA, Daniel (1996). « La conduite du TGV. Exercices de style », *Langage et travail*, 8, 46-49.

FAURE, Franck (1978). *La doctrine de Michaël Balint. Essai de compréhension de l'œuvre de Michael Balint à partir d'une critique de son histoire et d'une exégèse de ses écrits*. Paris : Payot.

FEDER, Leah (1932). « The Group Conference as a Method of Supervision », *The Family*, 13(1), 24-28.

FERENCZI, Sándor (1974 [1923]). « La psychanalyse au service de l'omnipraticien ». *Œuvres complètes, tome III (1919-1926)*. Paris : Payot, 205-215.

FERENCZI, Sándor (1982 [1933]). « Influence de Freud sur la médecine ». *Œuvres complètes, tome IV (1927-1933)*. Paris : Payot, 113-124.

FERRER SOLER, Cecilia, GIATRAKOU, Vagia, PAPA, Sonia, SCHEFFLER, Max, FRISONI, Giovanni B. (2017). « Démences frontotemporales. Mise à jour », *Revue Médicale Suisse*, 582(13), 1917-1923.

FLAHAULT, François (1989). *Face à face. Histoires de visages*. Paris : Plon.

FLAHAULT, François (2009). « Reconnaissance et anthropologie générale ». *In* Christian Lazzeri & Alain Caillé (éds.). *La reconnaissance aujourd'hui*. Paris : CNRS Éditions, 455-469.

FLAHAULT, François (2010). « Le sorcier, à la manière d'un vampire… », *L'Homme*, 193(1), 185-194.

FOX, Renée C. (1979 [*circa* 1957]). « The Autopsy. Its Place in the Attitude-Learning of Second-Year Medical Students ». *Essays in Medical Sociology. Journeys into the Field*. New York : John Wiley, 51-77.

FOX, Renée C. (1999 [1959]). *Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown*. New York : The Free Press.

FREIDSON, Eliot (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York : Dodd, Mead & Company.

FREUD, Sigmund (2005 [1925]). « Préambule à la première édition ». *In* August Aichhorn. *Jeunes en souffrance. Psychanalyse et éducation spécialisée*. Nîmes : Éditions Champ social, 17-19.

FREUD, Sigmund (2012 [1937]). *L'analyse finie et l'analyse infinie, suivi de Constructions dans l'analyse*. Paris : Presses universitaires de France.

FROMM, Erich (1974). « Vorwort ». *In* Boris Luban-Plozza (éd.). *Praxis der Balint-Gruppen. Beziehungsdiagnostik und Therapie*. Munich : Lehmanns Verlag, 7-8.

GARIANI, Karim, TRAN, Christel, PHILIPPE, Jacques (2011). « Hémoglobine glyquée. Nouvel outil de dépistage ? », *Revue Médicale Suisse*, 298(7), 1238-1242.

GARIANI, Karim, DE SEIGNEUX, Sophie, PECHÈRE-BERTSCHI, Antoinette, PHILIPPE, Jacques, MARTIN, Pierre-Yves (2012). « Néphropathie diabétique », *Revue Médicale Suisse*, 330(8), 473-479.

GARIANI, Karim, PHILIPPE, Jacques (2019). « Analogues du GLP-1 en 2019. Pour qui et comment ? », *Revue Médicale Suisse*, 653(15), 1117-1123.

GELLY, René (1982). « Aspects théoriques du mouvement Balint ». *In* André Missenard & René Gelly (éds.). *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Paris : Dunod, 32-76.

GENARD, Jean-Louis (1992). *Sociologie de l'*éthique. Paris : L'Harmattan.

GENARD, Jean-Louis (1999). *La grammaire de la responsabilité*. Paris : Éditions du Cerf.

GENARD, Jean-Louis (2009). « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance ». *In* Thomas Périlleux & John Cultiaux (éds.). *Destins politiques de la souffrance*. Paris : Érès, 27-45.

GOFFMAN, Erving (1952). « On Cooling the Mark Out. Some Aspects of Adaptation to Failure », *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*, 15(4), 451-463.

GOFFMAN, Erving (1953). *Communication Conduct in an Island Community*. Université de Chicago : thèse de doctorat non publiée.

GOFFMAN, Erving (1955). « Review of *Children's Humor. A Psychological Analysis* by Martha Wolfenstein », *American Journal of Sociology*, 61(3), 283-284.

GOFFMAN, Erving (1967). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*. New York : Pantheon Books.

GOFFMAN, Erving (1971). *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. New York : Basic Books.

GOFFMAN, Erving (1972 [1959]). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Harmondsworth : Penguin.

GOFFMAN, Erving (1972 [1961]). *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. Harmondsworth : Penguin.

GOFFMAN, Erving (1981). *Forms of Talk*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press.

GOFFMAN, Erving (1984 [1961]). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Harmondsworth : Penguin.

GOFFMAN, Erving (1986 [1963]). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth : Penguin.

GOFFMAN, Erving (1986 [1974]). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Boston : Northeastern University Press.

GOSLING, Robert (1966). « History ». *In* Michael Balint, Enid Balint, Robert Gosling & Peter Hildebrand (éds.). *A Study of Doctors. Mutual Selection and the Evaluation of Results in a Training Programme for Family Doctors*. Londres : Tavistock, 1-13.

HARRISON, Tom, CLARKE, David (1992). « The Northfield Experiments », *British Journal of Psychiatry*, 160, 698-708.

HAYNAL, André (2005 [2002a]). « Michael Balint, continuateur de l'œuvre de Ferenczi ». *In* André Haynal, Ernst Falzeder & Paul Roazen (éds.). *Dans les secrets de la psychanalyse et de son histoire*. Paris : Presses universitaires de France, 413-422.

HAYNAL, André (2005 [2002b]). « Michael Balint, son monde, son œuvre ». *In* André Haynal, Ernst Falzeder & Paul Roazen (éds.). *Dans les secrets de la psychanalyse et de son histoire*. Paris : Presses universitaires de France, 391-399.

HAYNAL, André (2012 [1987]). *La technique en question. Controverses en psychanalyse : Freud, Ferenczi, Balint*. Lausanne : Tribune Psychanalytique.

HEATH, Christian (2006). « Body Work. The Collaborative Production of the Clinical Object ». *In* John Heritage & Douglas W. Maynard (éds.). *Communication in Medical Care Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge : Cambridge University Press, 185-213.

HEIMANN, Paula (1950). « On Counter-Transference », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

HENRY, George W. (1929). « Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice », *The American Journal of Insanity*, 86(3), 481-499.

HERITAGE, John, LINDSTRÖM, Anna (2012). « Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter ». *In* Anssi Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (éds.). *Emotion in Interaction*. Oxford : Oxford University Press, 256-273.

HERZLICH, Claudine (1970). *Médecine, maladie et société. Recueil de textes présentés et commentés par Claudine Herzlich*. Berlin : Gruyter Mouton.

HERZLICH, Claudine (1984). « Du symptôme organique à la norme sociale. Des médecins dans un "groupe Balint" », *Sciences Sociales et Santé*, 2(1), 11-31.

HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine (2010). « Au croisement de plusieurs mondes. La constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51(1), 121-148.

HOCHSCHILD, Arlie R. (2017 [1983]). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. Paris : La Découverte.

HONNETH, Axel (2000 [1992]). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Gallimard.

HOPKINS, Philip (2004). « Balint, Michael Maurice [formerly Mihaly Bergsmann] (1896-1970), psychoanalyst », *Oxford Dictionary of National Biography* (en ligne).

HORDER, John (2001). « The First Balint Group », *British Journal of General Practice*, 473(51), 1038-1039.

HUGHES, Everett C. (1993 [1956]). « Social Role and the Division of Labor ». *The Sociological Eye. Selected Papers*. New Brunswick & Londres : Transaction Publishers, 304-310.

ILLICH, Ivan (1976). *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York : Pantheon Books.

ILLOUZ, Eva (2006). *Les sentiments du capitalisme*. Paris : Seuil.

JAYYUSI, Lena (1984). *Categorization and the Moral Order*. Boston & Londres : Routledge & Kegan Paul.

JEANNEAU, Alban (2015 [2012]). « États dépressifs et mélancoliques ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 559-578.

JOSEPH, Isaac (1995). « Réparation et coopération ». *In* Isaac Joseph & Gilles Jeannot (éds.). *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'usager*. Paris : CNRS Éditions, 11-16.

JOSEPH, Isaac (1997). « Prises, réserves, épreuves », *Communications*, 65, 131-142.

JOSEPH, Isaac (1998). *Erving Goffman et la microsociologie*. Paris : Presses universitaires de France.

JORLAND, Gérard (2004). « L'empathie, histoire d'un concept ». *In* Alain Berthoz & Gérard Jorland (éds.). *L'empathie*. Paris : Odile Jacob, 19-49.

KAPSAMBELIS, Vassilis (2015a [2012]). « Paranoïa et autres psychoses chroniques systématisées ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 515-534.

KAPSAMBELIS, Vassilis (2015b [2012]). « Schizophrénie de la période d'état ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 477-498.

KAUFMANN, Laurence (1999). « Esprit, es-tu là ? Le sociologue et l'autorité de la première personne », *Information sur les Sciences Sociales*, 38(2), 203-248.

KAUFMANN, Laurence (2002). « L'opinion publique ou la sémantique de la normalité », *Langage et société*, 100(2), 49-79.

KAUFMANN, Laurence (2010). « Faire "être collectif". De la constitution à la maintenance ». *In* Laurence Kaufmann et Danny Trom (éds.). *Qu'est-ce qu'un collectif ? Du commun au politique*. Paris : Éditions de l'EHESS, 331-372.

KAUFMANN, Laurence (2011). « Social Minds ». *In* Ian C. Jarvie & Jesús Zamora-Bonilla (éds). *The Sage Handbook of the Philosophy of Social Sciences*. Londres : Sage Publications, 153-180.

KAUFMANN, Laurence (2012). « Agir en règle. Le pari grammatical de la sociologie pragmatique à l'épreuve de la critique », *Raison publique*, 16, 227-263.

KAUFMANN, Laurence (2016). « La "ligne brisée". Ontologie relationnelle, réalisme social et imagination morale », *Revue du MAUSS*, 47(1), 105-128.

KAUFMANN, Laurence (2017). « Comment la société est-elle possible ? Vers une “sociologie intégrative” ». *In* Marc-Henry Soulet (éd.). *Sociétés en mouvement, sociologie en changement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 275-304.

KAUFMANN, Laurence (2018). « Debunking Deference. The Delusions of Unmediated Reality in the Contemporary Public Sphere », *Javnost - The Public. Journal of the European Institute for Communication and Culture*, 25(1-2), 11-19.

KAUFMANN, Laurence (2019). « Indignation ». *In* Gloria Origi (éd.). *Dictionnaire des passions sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 328-335.

KAUFMANN, Laurence (2020). « Ces émotions auxquelles *nous* sommes attachés. Vers une phénoménologie politique de l'espace public ». *In* Laurence Kaufmann & Louis Quéré (éds.). *Les émotions collectives. En quête d'un « objet » impossible*. Paris : Éditions de l'EHESS, 207-250.

KAUFMANN, Laurence, SKUZA, Krzysztof (2008). « Esquisse d'une sociologie de la première personne ». *In* Augustin Giovannoni & Jacques Guilhaumou (éds.). *Histoire et subjectivation*. Paris : Éditions Kimé, 57-100.

KAHR, Brett (2020). « “How to cure family disturbance”. Enid Eichholz Balint and the creation of couple psychoanalysis ». *Bombs in the Consulting Room. Surviving Psychological Shrapnel*. Londres & New York : Routledge, 155-178.

KECSKEMÉTI, Sophie (2015 [2012]). « Les troubles de la personnalité dans les classifications contemporaines ». *In* Vassilis Kapsambelis (éd.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France, 631-641.

KOVÁCS, Vilma (1936 [1933]). « Training - and Control-Analysis », *International Journal of Psycho-Analysis*, 17, 346-354.

LAGUEUX, Roger (2013). « L'élaboration en groupe Balint. Antidote au malaise des soignants », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 61(2), 41-64.

LANDOWSKI, Éric (2004). *Passions sans nom. Essais de socio-sémiotique III*. Paris : Presses universitaires de France.

LAPLANCHE, Jean, PONTALIS, Jean-Bertrand (2002 [1967]). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.

LATOUR, Bruno (1984). *Les Microbes. Guerre et paix, suivi de Irréductions*. Paris : Métailié.

LECHARTIER, Benoît, MAZZA-STALDER, Jesica, JANSSENS, Jean-Paul, NICOD, Laurent P. (2011). « Infection latente à *Mycobacterium tuberculosis* », *Revue Médicale Suisse*, 318(7), 2289-2294.

LENCLUD, Gérard, CLAVERIE, Élisabeth, JAMIN, Jean (1984). « Une ethnographie de la violence est-elle possible ? », *Études rurales*, 95-96, 9-21.

LE VAGUERÈSE, Laurent (1992). « Mai 1968. Des analystes à la rencontre des étudiants », *Revue internationale d'histoire de la psychanalyse*, 5, 375-386.

LICOPPE, Christian (2006). « Pushing the Distribution Model to its Limits. Distributed “Listening” in a Helpline », *Computer Supported Cooperative Work*, 15(2), 123-148.

LICOPPE, Christian (2008). « Aux limites du paradigme de la distribution. L'écoute des appels de détresse et le traitement de la souffrance des suicidaires, du téléphone à l'e-mail », *Sociologie du travail* (en ligne), 50(3), 1-19.

LICOPPE, Christian (2010). « Les apparitions médiatisées et leurs effets performatifs. Le cas des sonneries téléphoniques et la “crise de la sommation” », *Réseaux*, 163(5), 131-162.

LICOPPE, Christian (2012). « Les formes de la présence », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* (en ligne), 1, 1-16.

LICOPPE, Christian, DRAETTA, Laure, DELANOË, Alexandre (2013). « Des “*smart grids*” au “*quantified self*”. Technologies réflexives et gouvernement par les traces. Une étude de cas sur la consommation électrique en milieu domestique », *Intellectica. Revue de l'association pour la recherche cognitive*, 59(1), 267-290.

LIPOWSKI, Zbigniew J. (1986). « Consultation-Liaison Psychiatry. The First Half Century », *General Hospital Psychiatry*, 8(5), 305-315.

LIPSITT, Don R. (2016). *Foundations of Consultation-Liaison Psychiatry*. Londres : Routledge.

LIVET, Pierre (2000). « Peur de l'inconnu, angoisse et révisions conceptuelles », *Revue européenne des sciences sociales*, 119(38), 45-64.

LIVET, Pierre (2002). *Émotions et rationalité morale*. Paris : Presses universitaires de France.

LYNCH, Michael (1983). « Accommodation practices. Vernacular Treatments of Madness », *Social Problems*, 31(2), 152-164.

MAISONNEUVE, Jean & Jean-Pierre Pinel (2004). « Dialogue autour des groupes », *Connexions*, 82(2), 9-18.

MARION-VEYRON, Régis (2004). « L'antipsychiatrie revisitée par l'œuvre de Michel de Certeau », *L'évolution psychiatrique*, 69(1), 113-127.

MARION-VEYRON, Régis (2005). « Jésuites et psychanalyse. Une acculturation contemporaine ? (Louis Beirnaert, Michel de Certeau) », *Choisir. Revue culturelle d'information et de réflexion*, 545(5), 17-21.

MARION-VEYRON, Régis (2006). « Processus primaire ou possession moderne ? », *Psychothérapies*, 26(3), 161-166.

MARTIN-DU PAN, Rémy C., RUIZ, Juan (2008). « Syndrome métabolique. Syndrome fourre-tout des patients obèses ou entité spécifique ? Quel traitement, hygiène de vie ou polypill ? », *Revue Médicale Suisse*, 143(4), 366-373.

MEMBRADO, Monique (2014). « La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale ». *In* Simone Pennec, Françoise Le Borgne-Uguen & Florence Douguet (éds.). *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 51-66.

MERTON, Robert K. (1948). « The Self-Fulfilling Prophecy », *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.

MICHELOT, Christian (2015). « Analyse de pratiques et étude de problèmes ». *In* Annie-Charlotte Giust-Ollivier & Florence Oualid (éd.). *Les groupes d'analyse des pratiques*. Paris : Érès, 14-29.

MISSENARD, André (1982). « Des médecins se forment. Essai sur le processus psychique dans les groupes "Balint" ». *In* André Missenard & René Gelly (éds.). *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Paris : Dunod, 247-269.

MOLINIER, Pascale (2000). « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du Genre*, 28, 49-70.

MONCEAU, Madeleine (2003). « À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes ». *In* Alain Pidolle & Carole Thiry-Bour (éds.). *Droit d'être soigné, droits des soignants*. Toulouse : Érès, 121-126.

MOREAU RICAUD, Michèle (2000). *Michael Balint. Le renouveau de l'École de Budapest*. Toulouse : Érès.

MOREAU RICAUD, Michèle (2004). « La question de la formation analytique. Trois apports essentiels de l'École de Budapest », *Le Coq-Héron*, 178(3), 112-121.

MOREAU RICAUD, Michèle (2006). « Influence de Balint sur la psychanalyse contemporaine », *Connexions*, 85(1), 59-71.

MOREAU RICAUD, Michèle (2016). « Balint (Groupe) ». *In* Philippe Zawieja (éd.). *Dictionnaire de la fatigue*. Paris : Droz, 73-75.

NIMIER, Jacques (2008). « Une histoire des origines des groupes d'analyse des pratiques (1922-1995) », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 41(1), 123-133.

NOLTE, Ellen, MERKUR, Sherry, ANELL, Anders, LIND, Johanna (2017). « Placer la personne au centre de la démarche de soins. Analyse et évolution des notions de *patient-centredness* et *person-centredness* et de leur signification dans le domaine de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1, 97-115.

NORELL, Jacob S. (1976 [1973]). « Introduction ». *In* Enid Balint & Jacob S. Norell (éds.). *Six minutes par patient. Interactions en consultations de médecine générale*. Paris : Payot, 11-26.

OGIEN, Albert (1987). « Le travail en équipe. L'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie », *Sciences Sociales et Santé*, 5(2), 61-84.

O'NEILL, Onora (2002a). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge : Cambridge University Press.

O'NEILL, Onora (2002b). *A Question of Trust*. Cambridge : Cambridge University Press.

OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène (2006). *Lire Michaël Balint. Un clinicien pragmatique*. Paris : Campagne Première.

OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène (2020). « S'adresser aux psychanalystes, aux soignants et à la société ». *Le psychanalyste, le médical, la maladie*. Paris : Campagne Première, 177-214.

OSBORNE, Thomas (1993). « Mobilizing Psychoanalysis. Michael Balint and the General Practitioners », *Social Studies of Science*, 23(1), 175-200.

PAPERMAN, Patricia (1992). « Les émotions et l'espace public », *Quaderni*, 18, 93-107.

PAPERMAN, Patricia (1995). « L'absence d'émotion comme offense ». *In* Patricia Paperman & Ruwen Ogien (éds.). *La couleur des pensées*. Paris : Éditions de l'EHESS, 175-196.

PARRET, Herman (2002). *La voix et son temps*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

PARSONS, Talcott (1949 [1942]). « Propaganda and Social Control ». *Essays in Sociological Theory. Pure and Applied*. Glencoe : The Free Press, 275-309.

PARSONS, Talcott (1964 [1951]). *The Social System*. New York : The Free Press.

PARSONS, Talcott (1970 [1964]). « Some Theoretical Considerations Bearing on the Field of Medical Sociology ». *Social Structure and Personality*. New York : The Free Press, 325-358.

PARSONS, Talcott (1975). « The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257-278.

PARSONS, Talcott, FOX, Renée C. (1952). « Illness, Therapy and the Modern Urban American Family », *Journal of Social Issues*, 8(4), 31-44.

PARSONS, Talcott, FOX, Renée C. (1982 [1951]). « Illness and The Role of the Physician. A Sociological Perspective ». *In* Leon H. Mayhew (éd.). *Talcott Parsons on Institutions and Social Evolution*. Chicago : The University of Chicago Press, 145-156.

PEREIRA GRAY, Denis (1972). « Michael Balint », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 116(22), 133-135.

POLLNER, Melvin, STEIN, Jill (1996). « Narrative Mapping of Social World. The Voice of Experience in Alcoholics Anonymous », *Symbolic Interaction*, 19(3), 203-223.

QUÉRÉ, Louis (1988). « Sociabilité et interactions sociales », *Réseaux*, 29(6), 75- 91.

QUÉRÉ, Louis (1989). « Les boîtes noires de Bruno Latour ou le lien social dans la machine », *Réseaux*, 36(7), 95-117.

QUÉRÉ, Louis (1990). « Construction de la relation et coordination de l'action dans la conversation », *Réseaux*, 8(2), 253-288.

QUÉRÉ, Louis (2004). « Les "dispositifs de confiance" dans l'espace public », *Réseaux*, 132(4), 185-217.

QUÉRÉ, Louis (2011a). « La question de la confiance ». *In* Patrick Chaskiel (éd.). *Risques et communication : une mise en perspective. Actes de l'atelier RISCO, Université de Toulouse-Le Mirail*. Toulouse : Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 117-152.

QUÉRÉ, Louis (2011b). « Confiance et reconnaissance », *Information sur les Sciences Sociales*, 50(3-4), 375-390.

QUÉRÉ, Louis (2018). « Confiance et vérité », *Occasional Papers du Centre d'Étude des Mouvements Sociaux (EHESS)*, 51, 1-35.

RACAMIER, Paul-Claude (1992) « Autour de la perversion narcissique ». *Le génie des origines. Psychanalyse et psychose*. Paris : Payot, 279-330.

RADCLIFFE-BROWN, Alfred R. (1952 [1940]). « On Joking Relationships ». *Structure and Function in Primitive Society*. Londres : Cohen & West, 90-104.

RADCLIFFE-BROWN, Alfred R. (1952 [1949]). « A Further Note on Joking Relationships ». *Structure and Function in Primitive Society*. Londres : Cohen & West, 105-116.

RAVON, Betrand (2009). « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité », *Empan*, 75(3), p. 116-121.

RAYNER, Eric (1994 [1990]). *Le groupe des "Indépendants" et la psychanalyse britannique*. Paris : Presses universitaires de France.

RICHARDS, Jean M. (1989). *Inform, Advise and Support. The Story of Fifty Years of the Citizens' Advice Bureau*. Cambridge : Lutterworth Press.

RICKMAN, John (1957 [1951]). « Number and the Human Sciences », *The International Psycho-Analytical Library*, 52(1), 218-223.

ROTHÉ, Céline (2018). « Accompagner les "jeunes en errance" ou adapter les normes de l'insertion », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 143, 161-182.

ROTHMAN, David J. (1991). *Strangers at The Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York *:* Aldine de Gruyter.

RUDNYTSKY, Peter L. (2000 [1991]). « Enid Balint. The Broken Couch ». *Psychoanalytic Conversations. Interviews with Clinicians, Commentators, and Critics*. Hillsdale : The Analytic Press, 1-25.

RYCROFT, Charles (1968). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. New York & Londres : Basic Books.

SACKS, Harvey (1972). « On the Analysability of Stories by Children ». *In* John J. Gumperz & Dell Hymes (éds.). *Directions in Sociolinguistics. The Ethnography of Communication*. New York : Rinehart & Winston, 325-345.

SALINSKY, John (2002). « The Balint Movement Worldwide. Present State and Future Outlook. A Brief History of Balint Around the World », *The American Journal of Psychoanalysis*, 62(4), 327-335.

SAPIR, Michel (1982). « Le groupe Balint. Passé et avenir ». *In* André Missenard & René Gelly (éds.). *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Paris : Dunod, 162-198.

SCHMIDGEN, Henning (2012). « The Materiality of Things? Bruno Latour, Charles Péguy and the History of Science », *History of the Human Sciences*, 26(1), 3-28.

SCHWAB, John J. (1989). « Consultation-Liaison Psychiatry. A Historical Overview », *Psychosomatics*, 30(3), 245-254.

SIMMEL, Georg (1988 [1909]). « Pont et porte ». *La tragédie de la culture et autres essais*. Paris : Éditions Rivages, 55-61.

SIMMEL, Georg (2013 [1908]). « Excursus sur la sociologie des sens ». *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*. Paris : Presses universitaires de France, 629-644.

SMITH, Dorothy E. (1978). « "K is Mentally Ill". The Anatomy of a Factual Account », *Sociology*, 12(1), 23-53.

SOWERBY, Peter (1977). « *The Doctor, his Patient, and the Illness*. A Reappraisal », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 183(27), 583-589.

STOETZEL, Jean (1960) « La maladie, le malade et le médecin. Esquisse d'une analyse psychosociale », *Population*, 15(4), 613-624.

STAVO-DEBAUGE, Joan (2012). « Des "événements" difficiles à encaisser. Un pragmatisme pessimiste ». *In* Daniel Cefaï & Cédric Terzi (éds.). *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*. Paris : Éditions de l'EHESS, 191-223.

STAVO-DEBAUGE, Joan (2017). *Qu'est-ce que l'hospitalité ? Recevoir l'étranger à la communauté*. Montréal : Liber.

STIEFEL, Friedrich, BOURQUIN, Céline, LAYAT, Carine, VADOT, Sara, BONVIN, Raphael, BERNEY, Alexandre (2013). « Medical Students' Skills and Needs for Training in Breaking Bad News », *Journal of Cancer Education*, 28(1), 187-191.

STRAUSS, Anselm L., FAGERHAUGH, Shizuko, SUCZEK, Barbara, WIENER, Carolyn (1985 [1982]). « Sentimental Work ». *The Social Organization of Medical Work*. Chicago : The University of Chicago Press, 129-150.

STRAUSS, Anselm L., FAGERHAUGH, Shizuko, SUCZEK, Barbara, WIENER, Carolyn (1985). « The Work of Patients ». *The Social Organization of Medical Work*. Chicago : The University of Chicago Press, 191-209.

SUTHERLAND, John D. (1955). « Introduction ». *In* Kathleen Bannister, Alison Lyons, Lily Pincus, James Robb, Antonia Shooter & Judith Stephens (1955). *Social Casework in Marital Problems. The Development of a Psychodynamic Approach*. Londres : Tavistock Publications, 9-12.

SWERDLOFF, Bluma (2002). « An Interview with Michael Balint », *The American Journal of Psychoanalysis*, 62(4), 383-413.

TEN HAVE, Paul (2006) « Interactive Constitution of Medical Encounters », *Revue française de linguistique appliquée*,12(xi), 85-98.

THÉVENOT, Laurent (2006). *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. Paris : La Découverte.

THURNHEER, Robert (2018). « Le syndrome d'apnée obstructive (et centrale) du sommeil », *Forum Médical Suisse*, 23(18), 482-488.

TROUVÉ, Magali, REINHEIMER, Lionel (2011). « Diagnostic différentiel entre schizophrénie et démence frontotemporale », *L'information psychiatrique*, 87(9), 725-731.

TURNER, Roy (1972). « Some Formal Properties of Therapy Talk ». *In* David Sudnow (éd.). *Studies in Social Interaction*. New York : The Free Press, 367-396.

VANDENBERGHE-DÜRR, Sophie, Basile Nicolas Landis & Peter Jandus (2020). « Syndrome de Widal. Manifestations cliniques, physiopathologie et avancées thérapeutiques », *Revue Médicale Suisse*, 689(16), 694-697.

VALABREGA, Jean-Paul (1962). *La relation thérapeutique. Malade et médecin*. Paris : Flammarion.

VERHOEVEN, Jef C. (1993 [1980]). « An Interview With Erving Goffman », *Research on Language and Social Interaction*, 26(3), 317-348.

WALTON, Henry J., DREWERY, James, PHILLIP, Ann E. (1964). « Typical Medical Students », *British Medical Journal*, 5411(2), 744-748.

WATSON, Rod (1997). « Some General Reflections on "Categorization" and "Sequence" in the Analysis of Conversation ». *In* Stephen Hester & Peter Eglin (éds.). *Culture in Action. Studies in Membership Categorization Analysis*. Lanham : International Institute for Ethnomethodology & University Press of America, 49-75.

WINKIN, Yves (2016 [1988]). « Erving Goffman. Portrait du sociologue en jeune homme ». *In* Erving Goffman. *Les moments et leurs hommes. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin*. Paris : Seuil, 13-114.

WINNICOTT, Donald W. (1958). « Review of *The Doctor, his Patient and the Illness* », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 425-427.

ZAWIEJA, Philippe (2016). « Fatigue compassionnelle ». *In* Philippe Zawieja (éd.). *Dictionnaire de la fatigue*. Paris : Droz, 289-292.

ZENKLUSEN, Simon, BISCHOFF, Thomas, PANESE, Francesco, BODENMANN, Patrick (2012). « Compétences en santé déficientes. Obstacle à une prise en charge optimale », *Revue Médicale Suisse*, 340(8), 1016-1021.

ZUMBRUNNEN, Roger (1992). *Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général*. Paris : Masson.

Derniers volumes parus dans la collection

Inégalités de santé. Fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale
sous la direction de M. Arminjon, 2023.

Les soins palliatifs à travers les humanités médicales. Au confluent des disciplines, des approches et des pratiques cliniques
sous la direction de M. Tomczyk, M. Bernard et R. Jox, 2023.

À visage humain. Art et santé mentale
sous la direction de Francine Saillant, 2024.

Antipsychiatrie et droits des patient-es. Mouvements contestataires et criste institutionnelle à Genève (1972-1989)
Virginie Stucki, 2025.

Les images, monnaie universelle de l'esprit. Enquête sur l'efficacité symbolique des pratiques chamaniques, jungiennes et hypnotiques
Elodie Richardet, 2025.

Appropriations et reformulations de l'Ayurveda dans le contexte suisse. Pratiques professionnelles et usages sociaux.
Aline Sigrist

Retrouver l'intégralité des ouvrages parus sur le site des éditions :
www.georg.ch

Au début des années 1950, une travailleuse sociale britannique et un psychanalyste hongrois – Enid Albu-Eichholtz et Michael Balint – mettent en place à Londres des groupes de discussion à destination des médecins généralistes. Ce dispositif groupal et ses dérivés sont désormais bien implantés dans le monde médical. Conduisant ceux qui y participent à évoquer collectivement des patients et consultations qu'ils jugent « difficiles », ces groupes présentent un intérêt particulier pour une réflexion sur la médecine et les soins. Ils offrent en effet un accès remarquable aux tensions, ambiguïtés et incertitudes que suscitent les interactions thérapeutiques, telles que les médecins en font l'expérience. La pratique médicale y apparaît dès lors dans son indépassable dimension relationnelle. C'est tout l'objet de ce livre.

Pierre-Nicolas Oberhauser est sociologue. Il est titulaire d'un doctorat en sciences sociales de l'Université de Lausanne. Ses recherches portent sur la santé et la médecine, ainsi que sur l'histoire des sciences sociales. Il a précédemment publié un livre consacré à la sociologie de Talcott Parsons (*Talcott Parsons, contre-enquêtes*, Éditions du Croquant, 2024).

9 782825 714010