

Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Cain



Les espaces de la relation de soin
Nîmes - septembre 2009

N°14 - SEPTEMBRE 2010

A. I. P. B

ASSOCIATION INTERNATIONALE
du Psychodrame BALINT

Association régie par la loi 1901
N° formation : 93 130417713

Siège : c/o Dr Marie-Noëlle Laveissière
9, av. Daniel Lesueur
75007 Paris

Fondatrice : Anne Caïn

Membres d'honneur

Lucien ISRAEL †
Michel SAPIR †

Président

Luc STEIMER

Vice-Présidente

Annie BOUILLON

Secrétaire

Ruth BERNOULLI

Trésorière

Monique de HADJETLACHE

Formation

Marie-Noëlle LAVEISSIERE
Jean-Pierre BACHMANN

International

Allemagne : Renate BAIER
Canada : Suzanne DEJOIE

Italie : Piero TRUCCHI

Suisse et FIB : Jean-Pierre BACHMANN

Les Cahiers de l'AIPB

Responsable de la publication : A. Bouillon

Rédaction

François Berton
62, rue Charlot
75003 Paris

Té. 01 42 78 38 86 - Fax 01 48 04 57 09

Annie Bouillon

1, rue Servan
38000 Grenoble

Té./Fax 04 76 00 08 96

Le Psychodrame-Balint

Méthode Anne Caïn

« Explorer, analyser notre relation avec nos patients
pour en améliorer l'effet thérapeutique »

La méthode du Psychodrame-Balint, mise au point et développée par Anne Caïn, reste dans le prolongement de l'esprit de Michael Balint et du travail de groupe qu'il a instauré. Elle s'en différencie par le recours au jeu psychodramatique : demande est faite au médecin non plus seulement de raconter, mais de mettre en scène des moments de la relation soignant-soigné sous le regard des autres participants et de la retrouver. Le décalage entre l'histoire racontée et ce qui est joué peut apparaître. Le travail du groupe interroge le soignant dans son contre-transfert, dans l'expérience émotionnelle liée à son activité et identité professionnelle.

Cette méthode s'adresse à tous les professionnels de santé : médecins, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes...

Argument de la Journée

La rencontre avec nos patients se tisse dans un corps à corps qui a pour cadre le réel. Notre clinique habite de multiples espaces, découverts ou créés au fil des relations. Le temps, l'histoire du sujet et de la relation, les éléments spatiaux, l'environnement concret, la distance corporelle s'imbriquent, se déploient, se contractent, voire disparaissent, avec nos patients comme avec les autres soignants.

Tous les éléments prennent une perspective nouvelle au gré de la reconstitution du décor, des souvenirs et des oublis, des lapsus, et de ce qui surgit dans les jeux...

L'expérience du Psychodrame Balint participe à la création et au développement d'un espace psychique personnel, mais aussi groupal, pour penser la relation de soin.

C'est à mobiliser tous ces espaces que nous sommes conviés durant cette journée.

SOMMAIRE

François Berton, Annie Bouillon Éditorial	5
<hr/>	
DOSSIER :	
Annie Bouillon Introduction	9
<hr/>	
Bernard Quatelas Symptôme, Transfert et Institution	13
<hr/>	
Bernard Le Flohic La grande traversée des espaces de la relation à travers le psychodrame Balint ou la consultation revisitée	17
<hr/>	
Gildas Le Bayon Réalité et Réel dans la formation Balint par le psychodrame Ou : L'impact original du psychodrame sur l'inscription du Réel dans le Corps.	21
<hr/>	
François Berton A l'imparfait de l'objectif	25
<hr/>	
HORS DOSSIER :	
Cyrille Koupernik Le message de Michael Balint	33
<hr/>	
Jean Delahousse La fonction apostolique du médecin selon Balint	37
<hr/>	
Jean-Pierre Bachmann Congrès international Balint - Roumanie	43
<hr/>	
Jean-Pierre Bachmann Place du corps dans le travail Balint L'approche du psychodrame Balint	45
<hr/>	
John Salinsky " Il est facile d'écrire des ordonnances..." : Franz Kafka et son Médecin de Campagne	49
<hr/>	
Kafka Le Médecin de Campagne	55
<hr/>	

INFORMATIONS

Editorial

Il suffit d'introduire la notion d'espace pour que nous nous y engouffrions et nous y ébattions : tel est le cas des articles de cette revue.

Pouvoir se dégager du langage institutionnel, et, par le jeu et par le corps, occuper un créneau indispensable permettra aux soignants de se mouvoir en liberté et de s'organiser entre rôle et fonction. Pour savourer, nous propose Bernard Quatrellas la "jouissance du symptôme". Savourer ou plutôt assumer et travailler l'émotion née de la rencontre - un espace lui devient nécessaire : ainsi Bernard Le Flohic nous offre de la reconnaître et de l'utiliser, cette sensibilité, pour le bienfait du patient, et aussi - peut-être surtout - de son médecin.

Dans le champ, soit du groupe soit de la consultation, dire et raconter ce n'est pas la même chose. L'un et l'autre entraînent des modifications sensibles de la réalité psychique, nous le savons, elles laissent une trace biologique. Voilà l'impact du psychodrame balint sur cette réalité psychique inscriptible : Gildas Le Bayon nous rappelle que ces mutations sont mues par des chaînes de force : le vécu du présentateur et l'enjeu de sa narration.

Traces mnésiques, et traces optiques. Que photographie-t-on ? Le travail du photographe et celui du médecin dans leurs espaces propres se recoupent dans la subjectivité de la réception et l'importance de l'angle d'approche. Un rien modifie tout. François Berton essaye d'établir ce parallèle entre les champs des soignants et des imagiers.

Un remarquable article de Cyrille Koupernik : Ce psychiatre, assez méfiant devant la chose analytique, profond humaniste, savait lire dans la médecine autre chose qu'une application des sciences biologiques ; Il collaborait non seulement à la revue l'Évolution psychiatrique, mais aussi au Concours Médical, revue très prisée des généralistes. Il y donnait une inflexion relationnelle appréciée.

Il a très tôt reconnu, après une très courte période ironique, l'originalité du travail de Michaël Balint ; son intelligence et son humour ont pris le dessus et cet article prouve qu'il avait tout compris et savait le faire connaître à ses lecteurs médecins. Une quarantaine d'années plus tard, rien ne change. Nous vous le proposons.

Jean Delahousse situe la fonction apostolique, élargissant et illustrant ses multiples aspects : pas une, mais dissociable. Il ne fait pas l'impasse sur sa connotation religieuse lui donnant sa place signifiante. L'actualité permet ces douloureuses transpositions ;

Les participants de nos groupes ne cherchent pas une réponse à leurs souffrances et à leur mal-être dans l'exploration des vicissitudes de leur histoire infantile et adolescente. Ils arrivent, avec leurs difficultés, à entendre leurs propres réactions de soignants, et comprendre leurs malades. Ils viennent avec leur crainte de ne pouvoir maîtriser leurs sentiments et leurs émotions. Cette phrase extraite de la communication de Jean-Pierre Bachmann au congrès de la Fédération Internationale Balint en Roumanie, du 5 au 9 septembre 2009, axe l'objet de notre fonctionnement. L'étude même des réactions et des passions, leur mise en scène à partir des souvenirs du corps, et de son importance dans le travail balint, pourront appréhender quelques éléments et enregistrer une réévaluation. Cet article solide et clair replace notre tâche historiquement, cliniquement, théoriquement et fonctionnellement.

"C'est facile de rédiger des ordonnances ; mais pour le reste, se comprendre avec des gens, c'est difficile"
A propos d'une nouvelle de Kafka, Un médecin de campagne, à ce même congrès de Brasov, John Salinsky a prononcé une communication introductive de haute tenue où il imagine et commente un groupe Balint autour du médecin de la nouvelle, parlant de son drame professionnel et personnel, son "cas", relaté sous la plume de Kafka. Ce n'est pas la première fois que notre travail s'appuie sur des oeuvres littéraires ou artistiques, et s'articule avec l'éclairage qu'apporte une mise en scène à un fait ou à une situation.

Prenez la peine - plutôt le plaisir - de ne pas feuilleter mais lire quatre, et plus encore, des temps que ce numéro nous propose.

François Berton
Annie Bouillon

DOSSIER

Introduction

Je suis heureuse d'introduire cette 16^{ème} journée de l'AIPB dont le thème, «*Les espaces de la relation de soin*», ne manquera pas de nous mobiliser dans cette ville vibrante d'histoire et je remercie chaleureusement nos hôtes et organisateurs Monique de Hadjetlaché, Luc Steimer, Ruth Bernoulli de nous accueillir dans ce bel espace qu'ils ont choisi avec cœur pour ce qu'il offrait de perspectives, réelles et imaginaires à cette rencontre : belle porte, couloir, cour, escaliers, coins, autant d'espaces propices, à déposer, à accompagner ce que nous allons vivre personnellement entre les résonnances aux exposés et les temps de travail plus impliqués en petits groupes de psychodrame Balint auxquels nous serons conviés à deux reprises au cours de la journée.

Sollicités entre métaphores architecturales et réalités de notre quotidienne tâche de soignants, il n'est peut être pas facile d'échapper à l'attraction visuelle et poétique des représentations pour aborder le travail relationnel ; qui n'est pas sensible à l'évocation des grands espaces (titre d'une communication), tout de suite chacun d'entre nous a sans doute eu à l'esprit, son espace, son désert de sable ou de neige, voire un coin du jardin mystérieux de son enfance ou l'aridité de temps de sa vie.

Il n'est pas facile de lâcher les images pour descendre se confronter au corps à corps de la rencontre avec les patients.

Mais les conférenciers B. Quatelas, B. le Flohic, G. le Bayon et F. Berton nous emmeneront à leur suite, entendre la manière dont ils auront découpé dans leur espace interne et professionnel une tranche de leur savoir et de leur expérience et nous pourrions confronter comment concepts et pensées vivantes peuvent nous amener à réfléchir à notre pratique et à en ouvrir des perspectives nouvelles ; et j'espère que nous pourrions par le partage et le travail à partir de cas explorés en groupe par la méthode du psychodrame Balint, nous sentir plus à même de saisir comment ce qui se joue dans une rencontre soignant-soigné se déroule dans un cadre dont la psychanalyse nous a indiqué le chemin, et dont M. Balint puis A. Cain nous ont montré dans le groupe et le psychodrame l'efficacité et l'infinie richesse.

Peut-on envisager les espaces de la relation de soin, sans nommer ce qui les borde, sans revenir à Balint et à la conception qu'il avait de la relation médecin malade et de ses possibilités thérapeutiques.

Permettez moi d'évoquer le cadre, et de citer Paul Claude Racamier (j'aime beaucoup la manière dont il l'envisage et en parle), sa créativité quant à l'utilisation des espaces topographiques : les seuils, les murets, les gloriettes et autres métaphores des espaces pouvant contenir les dispositifs soignants.

Voilà comment il décrit le cadre dans "l'esprit des soins"¹ :

«Le soin est un «*entourage*» pour mieux dire il est un «*entourement*», il lui faut un espace, il lui faut un cadre.»

«Le soin est un processus. Or il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait» / là encore il lui faut un cadre et plus loin ; ce qui le fonde, c'est un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des limites. Et c'est encore le fait simple et évident, qu'on peut y entrer, et que l'on peut en sortir et puis bien sur il y faut des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception «*le cadre contribue à prêter corps et à donner forme à l'interiorité psychique*», «*il se relie à l'investissement de la trame de la psyché*»

«*Et ce qui est fondamental, c'est à partir du cadre que l'on remonte à l'intra psychique*»

Pour ma part, dans les semaines écoulées, comme je réfléchissais à notre journée et à la palette de concepts que nous pourrions aborder, presque évidents dans leur fréquentation clinique, comme espace potentiel, espace transitionnel, réalité interne, flash de Balint, concepts presque trop simples et pourtant tellement complexes quand on les aborde intellectuellement, j'étais presque, bloquée par l'intérêt et l'ampleur de la tâche.

Et puis, J'ai reçu pour une dernière séance une patiente qui m' a remis en mémoire le chemin qu'elle avait accompli tout au long du travail thérapeutique et j'ai eu envie de vous en parler pour introduire bien simplement notre propos par une histoire !

Cette patiente m'avait été adressée par son médecin généraliste il a trois ans dans un état de crise et de violent mal être ;
elle avait évoqué assez vite :

Un vieil appartement Grenoblois avec de vétustes sols, des faux plafonds, des moulures, appartement dont elle s'était mis en tête, dans une vision qui paraissait à vrai dire un peu folle, de lui redonner son véritable cachet : derriere les faux stuks, elle présentait un plafond à la française (intérieurs fréquents dans la région où des ébenistes fameux ont laissé des traces), derriere les cloisons, de vieilles pierres etc.

Seule elle s'était lancée dans l'aventure, maniant le marteau, charriant les seaux de gravats et perforant les murs pour faire passer les gaines électriques, cela avec beaucoup de plaisir mais en pestant, rage contenue et en accusant ce mari qui ne l'aidait pas, remettant en cause l'union, les valeurs du couple, ce qui le fondait ;

Tout en faisant elle avait fini, par se révolter ouvertement contre l'arbitraire déshumanisé de son milieu de travail et par quitter la petite start- up où brillante chercheuse informatique, elle s'était engagée comme tant d'autres en ces années récentes.

De bilan de compétences en réflexions elle avait fini par décider de reprendre des études, et opté pour des études de bâtiment, elle voulait devenir chef de chantier. Grande et belle femme, révoltée d'adolescence et de deuils non faits, elle avait trouvé matière à son changement !

De beaux plafonds, elle en trouva, de son oeuvre elle accoucha non sans difficultés, non sans se rendre compte qu'elle évitait de terminer, gardant toujours un bout de mur à faire, n'acceptant qu'un minimum d'aide, mais comprenant beaucoup de choses de son évitement de la mort et des effets de la violence qu'elle avait ressenti dans son corps d'adolescente souvent exposé au danger.

De son ventre aux noeuds démêlés me dit-elle, ce jour là elle pouvait écouter ce qu'il lui venait dorénavant, intuitions, pensées, voila où elle les localisait désormais.

Elle venait de retrouver du travail, un poste de responsabilités informatiques dans une mairie des alentours, rouge comme la couleur des engagements de sa jeunesse. Et elle se racontait, épanouie dans sa triple maternité, les enfants je les ai découvert disai-elle avec émerveillement.

L'appartement est presque fini, les amis, le mari s'extasient et elle rit, heureuse du nouvel ajustement qu'elle ressent à son existence, consciente de la force conquise dans la traversée de ce chantier dont il faut bien reconnaître qu'il lui a permis de découvrir à la manière presque jubilatoire de l'enfant qui découvre le monde avec ses premiers pas qu'elle peut faire confiance à son corps, enfin un corps relié à des sensations, à tout ce qu'elle se sent capable de porter, voire de penser.

Inutile de vous dire que mon œil qui aime tant l'architecture, qui s'anime quand dans les rêves des patients apparaissent des pièces nouvelles, des étages inexplorés, des escaliers jamais existés ou des descentes à des sous-sols oh combien prometteurs, cet œil n'a jamais lâché ces transformations de

l'intérieur tandis que souvenirs et circonvolutions affectives apparaissent dans un registre plus classique de psychothérapie.

C'est une histoire qui pour l'instant s'arrête, ma patiente ayant manifesté clairement le désir de vivre dans l'appui des ses propres forces et le plaisir de la découverte de son nouvel être au monde. Ce que j'ai entendu et ma foi soutenu tranquillement. Il faut vous dire que sa puissante mère était morte lors de ses 18 ans et que jamais elle n'avait pu aborder à un quelconque rivage, même le visage de sa mère avait disparu.

Mais je me suis demandé pourquoi avais-je voulu vous raconter cette petite histoire, et voilà ce que je me suis dit ;

Je me suis dit qu'avec un thème aussi vaste que celui de notre rencontre, j'avais voulu plonger dans une histoire du dedans, une de ces histoires que nous vivons tous en tant que soignants, lorsque notre cadre est vivant, délimitant une aire de soins dans laquelle vient s'inscrire la réalité psychique du patient.

Cette réalité elle-même qui s'annonce au travers de dérives qui sont souvent des agis, avec un cadre qui les reçoit, les contient, les façonne et les ramène au sein de la vie psychique

"La réalité psychique du patient vient s'engager puis se lover dans le cadre qui l'enveloppe".

"Et c'est en entrant dans le cadre que le patient entre dans sa tête"¹.

Et bien voilà à quoi je suis heureuse de vous engager pour cette journée, restez bien en contact avec votre clinique, vos propres découvertes, confrontez les, réfléchissez à votre cadre, le votre avec les qualités qui vous sont particulières, réajustez dans la rigueur ce que le travail en psychodrame Balint va ouvrir comme espace, dans la séance, dans votre tête, dans la relation lorsque vous retrouverez vos patients.

Annie Bouillon
Présidente de l'AIPB

¹ L'esprit des soins

Symptôme, Transfert et Institution

Bernard Quatelas *

Le Symptôme.

Au détour d'une occasion comme aujourd'hui, d'une journée d'étude sur les espaces de la relation de soin, il m'a paru intéressant de revenir vers ce que l'on pourrait appeler des fondamentaux. (mot avec lequel on pourrait jouer productivement).

Réfléchir aux espaces de la relation de soin cela peut commencer par une interrogation sur l'origine, la source, sur l'espace originel de cette relation de soin. Il me semble que cette rencontre organisée, qui nous réunit, ici comme dans les institutions soignantes, comme dans le cabinet libéral, s'articule autour de ce qui est désigné comme nécessitant un soin, à savoir le Symptôme. Ce symptôme apparaîtrait comme l'espace d'origine à la rencontre soignante ; peut-être pouvons nous ajouter du côté du soignant comme du soigné.

Le Symptôme. Tout d'abord, nous le savons, mais faut-il encore en déployer les prolongements, le symptôme ne se situe pas du côté de la signification. La signification, c'est l'affaire du dictionnaire, comme par exemple celui qui vous permet d'interpréter vos rêves, nous l'entendons dans cette caricature, découvrir la signification est une affaire de savoir.

Le diabète de Madame Durand n'est pas dans le dictionnaire de médecine et l'interprétation du rêve de Monsieur Dupont, c'est une affaire de parole, une sorte de jeu de rôle entre celui qui le raconte et celui qui l'écoute à qui souvent ce rêve s'adresse, enfin pas lui, mais ce que le rêveur en fait, sa fonction. Nous sommes du côté du sens et celui-ci ne peut se résumer à un décodage désincarné.

Autour du symptôme se trame une affaire qui ressemble à celle du rêve en tant que l'un comme l'autre sont affaire de sens, parce que l'un comme l'autre sont un discours de l'Inconscient.

Ce terme d'Inconscient, avec l'Institution c'est toute une histoire. La plupart du temps tout le monde sait que ça existe mais on ne sait qu'en faire.

C'est assez courant de remarquer que dans les Institutions, l'Inconscient a en général une place assez curieuse, celle d'être comme le mort, son absence est tellement présente. Ce qui pourrait bien être responsable de ce rapport assez troublant de l'Inconscient et de l'Institution c'est que l'Inconscient est lui même issu d'une institution, de quelque chose d'institué : le langage. L'inconscient c'est le discours de l'Autre, nous dit Lacan.

Donc dans l'institution, prendre en compte l'inconscient par le biais du symptôme, chercher l'origine du symptôme, sa signification, c'est un peu comme vouloir s'occuper de la scène primitive du langage. Alors dans ce cadre là nous pouvons toujours y parler. Dans l'Institution cela risque de tourner en rond pendant longtemps.

La méthode du psychodrame Balint que vous proposez aux professionnels de la santé permet certainement de sortir un moment du tout langage institutionnel par l'intermédiaire du jeu et de la présence du corps.

Le Transfert

Mais au delà ou en deça du symptôme comme manifestation, comme discours de l'Inconscient, il y a le sujet. Celui que le symptôme parle, celui que le symptôme nous fait rencontrer, celui que l'individu abrite.

C'est dans cette rencontre autour du symptôme, grâce au symptôme, que le transfert se déploie. Le transfert, nous pouvons souvent mesurer son expression dans la vie relationnelle la plus courante et notamment institutionnelle, avec ses déclinaisons amoureuse, hiérarchique, maternante, etc. Le transfert est issu de l'activité de parole, puisque l'expérience de la parole n'est possible qu'avec la présence de l'Autre.

Ce transfert que vous mettez en scène dans les groupes de psychodrame Balint, c'est la recherche d'une rencontre avec le sujet.

Le symptôme est ce autour de quoi s'organise la rencontre des sujets de la relation soignante. (Le médecin et le malade, l'enfant psychotique et l'éducateur, etc.) Cette notion de rencontre est d'ailleurs présente dans l'étymologie du mot symptôme.

Le transfert nous le savons c'est de l'amour qui s'adresse au savoir. Du patient au soignant, ça se conçoit - c'est quelque chose comme « soignez moi »,

mais du soignant au patient quel est ce savoir auquel le soignant s'adresse ? Savoir sur le symptôme ? Sur la vérité de celui-ci ou du sujet ? Curieuse entreprise puisque ce n'est pas du côté du savoir que ça se passe, ce n'est pas dans ce registre que peut se dénouer le symptôme.

L'Institution

Les jeux de rôles entre soignants et soignés ne sont pas différents des jeux de rôles transférentiels que jouent les soignants entre eux dans l'Institution.

Mais peut-être oublie-t-on souvent de se rappeler que derrière les jeux de rôles, les mises en scène transférentielles du désir, se jouent, comme une sorte de signifié, des jeux de fonctions. C'est ce que découvre le transfert, que derrière les rôles se déchiffre un jeu de fonctions, maternelle, paternelle, c'est-à-dire une figure de l'Autre comme le sont aussi le langage et l'Inconscient.

Les notions de rôle et de fonction bien souvent confondues dans l'esprit de beaucoup d'auteurs me semblent devoir être bien séparées dans leur définition pour comprendre certains mécanismes que l'Institution entraîne en articulant des fonctions dans le cadre de la pluridisciplinarité des équipes soignantes. Auprès du patient, c'est-à-dire dans une pratique clinique, se réunissent médecins, paramédicaux, assistante sociale, éducateur, psychologue, secrétaire, etc. chacun leur fonction, chacun leur clinique.

La fonction, rappelons le, c'est dans l'Institution, ce qui est écrit dans le texte de la Loi sur les missions, les moyens, les objectifs et leurs limites, c'est quelque chose qui a à voir avec le statut, le diplôme. Ce sont des savoirs constitués, définis et certifiés par la société. La Loi définit et les règlements intérieurs particularisent ces fonctions qui sont indépendantes de ceux ou celles qui les occupent.

Le rôle, c'est la façon d'occuper la fonction, c'est la personnalisation de la fonction, le style pourrait-on dire. Une secrétaire autoritaire n'a pas pour autant fonction d'autorité.

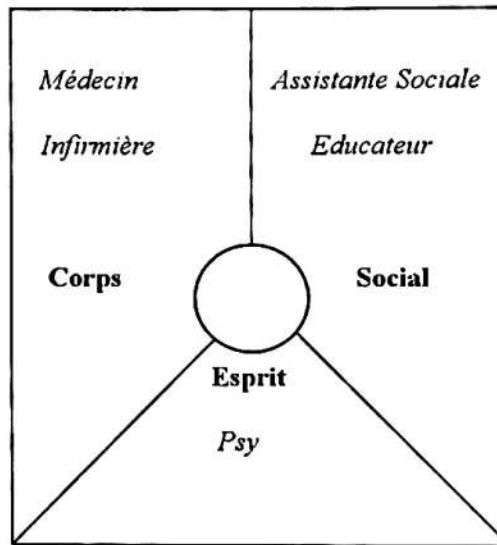
Cette articulation entre jeux de rôles institutionnels et jeux de fonctions définit ce que j'appelle les en-jeux positionnels.

Il s'agit des enjeux du positionnement des professionnels qui interviennent dans les institutions soignantes, positionnement au regard du patient.

Dans le nécessaire nouage du symptôme et de l'Inconscient, l'Institutionnel se dévoile dans sa fonction cadre vitale et néanmoins figeante.

Il se dégage deux modèles possibles, deux scénarii pour les jeux de rôles et de fonctions. L'un, partitionné, où chacun joue la partition déjà écrite, l'autre qui ressemble au théâtre d'improvisation d'où peut surgir la prise en compte de la manière dont chacun habite la jouissance du symptôme et son insertion dans le langage.

Le modèle le plus répandu, partitionné, découpe l'individu en secteur relevant d'une compétence spécifique. Chaque spécialiste d'un domaine règne en maître sur ce savoir. Dans ce modèle chaque fonction s'installe sur une partie du sujet en acceptant un espace de rencontre souvent appelé tristement synthèse.



Dans ce modèle de fonctionnement, il s'agit d'un regard total sur un sujet partiel, un savoir total, pour ne pas dire totalitaire sur un sujet objectif.

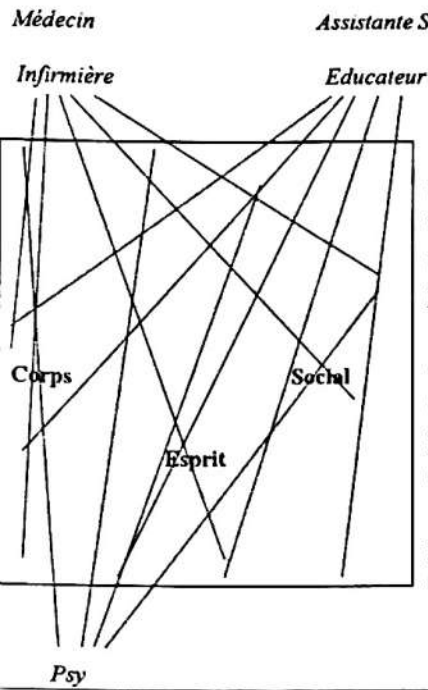
La synthèse espérée ne peut être que la victoire d'un savoir sur les autres et au mieux va prendre effet temporairement sur la partie concernée du sujet.

C'est le jeu des fonctions et la partition qui se joue est déjà écrite, seule l'interprétation peut changer !

A la place de ce modèle Institutionnel peut s'en promouvoir un autre qui ne s'appuie pas sur les savoirs institués, sur le jeu des fonctions.

C'est un modèle où chaque professionnel s'installe dans la quête du sens avec son identité propre, c'est-à-dire son rôle, sa façon d'occuper sa fonction. Du coup ce n'est plus une synthèse des savoirs qui s'organise mais plutôt un croisement des regards.

Dans ce modèle des rôles, les savoirs sont perçus comme ce qui influence le regard.



Dans ce modèle de fonctionnement, il s'agit d'un regard total sur un sujet partiel, un savoir total, pour ne pas dire totalitaire sur un sujet objectivé.

La synthèse espérée ne peut être que la victoire d'un savoir sur les autres et au mieux va prendre effet temporairement sur la partie concernée du sujet.

C'est le jeu des fonctions et la partition qui se joue est déjà écrite, seule l'interprétation peut changer !

jouissance du symptôme et son insertion dans le langage.

Cette jouissance du symptôme c'est ce qui nous relie, c'est l'objet de reliance, de re-alliance devrait-on dire ; re-alliance comme les larrons en foire. La rencontre avec le sujet est notre propre symptôme.

Parce que nous sommes tous, au-delà de nos savoirs, à la même enseigne de l'Inconscient, il ne nous est possible d'accéder à une parcelle de vérité du symptôme, c'est-à-dire de l'autre qu'en passant par soi.

Dans l'Institution, il semble important d'aménager un espace de la relation de soin qui prenne en compte cette notion de «Collectif» que Michaël BALINT définit de cette façon : «C'est la manière d'être ensemble pour accueillir du singulier».

C'est dans ce seul modèle que l'on pourrait représenter par un théâtre d'improvisation dont on sait qu'elle est aussi libre que les associations du même nom. Une improvisation d'où peut surgir la prise en compte de la manière dont chacun habite la

Bernard Quatelas
Nîmes le 24 septembre 2009
Psychologue, Psychanalyste
65, rue de la Vieille Grille
30900 Nîmes

La grande traversée des espaces de la relation à travers le psychodrame Balint ou la consultation revisitée

Bernard Le Flohic *

Madame N âgée de 77 ans venait à la consultation régulièrement pour le renouvellement de son traitement de fond de troubles digestifs depuis une dizaine d'années. Parfois elle parlait de son mari dépressif chronique et peu d'elle-même. Mais le problème qu'elle posait était tout autre maintenant. Elle se disait fatiguée, insomniaque, ayant perdu l'appétit, amaigrie, triste, irritable confinée chez elle, ne sortant plus depuis des mois.

Plusieurs consultations seront nécessaires à force d'insistance pour qu'elle révèle une pesanteur pelvienne handicapante. L'examen clinique révélera un prolapsus génital important ainsi qu'une tumeur de l'ovaire. Elle venait accompagnée de son mari d'une façon tout à fait inhabituelle et je découvrais sa pathologie gynécologique en même temps que lui pendant la consultation. Elle exprimait son souci de ne plus pouvoir rien faire de ce qu'elle estimait devoir faire encore. Elle était profondément affectée avec un sentiment majeur de dévalorisation, de honte et d'accablement. Le radiologue émettra un doute sur la bénignité de la tumeur de l'ovaire. La décision univoque aurait été la chirurgie. Mais madame N. était angoissée à l'idée de toute intervention et de devoir quitter son domicile.

Je me trouvais en présence d'une patiente posant deux problèmes différents: l'un organique suffisamment inquiétant pour qu'une décision chirurgicale soit prise au plus tôt, décision qu'elle refusait de prendre sans que je puisse comprendre la raison, et l'autre psychologique assez complexe, une consultation psychiatrique sera refusée aussi immédiatement. J'appris à ce moment qu'elle avait traversé un épisode dépressif long et important des années auparavant pour lequel un suivi psychiatrique ne lui aurait rien apporté.

C'est dans un grand désarroi, avec un sentiment d'impuissance et de responsabilité, d'anxiété et de

grande solitude professionnelle que je présenterai le cas à mon groupe de travail de psychodrame BALINT. Ce travail me permettra de découvrir les outils avec lesquels je pourrai travailler ensuite. Ce qui persiste et ce dont je me souviens essentiellement de cette présentation du cas, c'est cet espace triangulaire de mobilité dans le jeu de psychodrame de la consultation revisitée. Espace à trois : moi le médecin, elle la patiente et son mari. Ce jeu me paraîtra très long dans le temps, mais l'at-il été réellement ?

Plantons le décor : La patiente et son mari étaient face à moi derrière le bureau, lui à gauche et elle à droite. A ma place de médecin, je prenais la parole et m'adressais à madame N, puis je me mettais à sa place d'où je pouvais maintenant voir ma collègue en face de l'autre côté du bureau ayant pris ma place de médecin et je me trouvais ainsi à côté de mon collègue ayant pris le rôle du mari. Enfin à la place du mari je pouvais voir ma patiente à mes côtés et la figuration de ma propre place derrière le bureau de médecin. Et ainsi de suite dans un sens puis dans un autre mouvement dans cet espace de mon bureau ; lui dans l'espace reconstitué du jeu de groupe du psychodrame BALINT. Ai-je si souvent changé de place dans le jeu, prenant la place de monsieur et madame N, ou bien est cette une mobilité intérieure qui s'est installée en moi, me permettant de me rapprocher davantage de la place que j'avais désignée à mes patients? C'est un trouble de la relation de couple et des difficultés propres à madame N qui seront mis en évidence par ce jeu à trois ; de ma place et de la sienne, je prendrai conscience qu'il fallait que je respecte le temps et le rythme propre de ma patiente dans la résolution de ses difficultés, qu'il fallait que je montre de la patience malgré la gravité de la situation et ma propre inquiétude ; que si en apparence elle pouvait penser que je la comprenais à demi-mot (terme employé par une participante) cela n'allait pas de soi, qu'il ne fallait pas en rester là ; que si les paroles étaient dites à moitié, elles étaient aussi tues à moitié.

J'avais le souvenir d'une consultation où beaucoup de paroles avaient été échangées alors que dans le jeu il n'en aura rien été. Cela va sans dire, on ne pouvait en rester là aussi facilement. Prendre sa place me fera prendre conscience de son investissement dans la relation médicale, et de ne pas sous-estimer ce capital relationnel, cette

confiance jusque-là accordée pour avancer pas à pas. De ma place je pourrai peut être essayer de verbaliser à voix haute mon ressenti et mes pensées vis-a-vis d'elle et de la situation, pour ne pas en rester aux faits, mais provoquer une réaction de sa part, une attitude en miroir ; dire les choses petit à petit dans cet espace de la consultation, oser le risque que...

De ma place et de celle de son mari, je découvrirai que l'irritation que m'inspirait cet homme ne sera pas du tout rejouée dans le jeu. J'en serai tout étonné. Irritation née d'une certaine façon qu'il avait de couper souvent la parole, de ne pas écouter, de disséquer et vérifier les propos méticuleusement. Il se dévoilera au contraire une attention réelle plutôt maladroite envers sa femme et une dépression moins certaine qu'annoncée. De sa place à elle et de celle de son mari, je découvrirai la fragilité de leurs dialogues essentiellement basés sur des faits et supposés : chacun agissant en fonction de ce qu'ils imaginaient l'un de l'autre à demi-mot, aussi, et source bien sûr de malentendus. Madame N au fil des consultations révélera quelques secrets et événements dramatiques de famille et je finirai par comprendre qu'elle appréhendait de voir son mari se suicider si elle venait à quitter la maison tant elle le croyait dépressif et sans ressource ; Ceci expliquant en partie son refus de se faire opérer.

Monsieur N se montrera de plus en plus attentif aux paroles inédites prononcées par sa femme en consultation. Madame N soulagée par les réactions de son mari osera se détendre. Un nouvel équilibre dans le couple semblera s'installer.

Un jour en début de consultation, Madame N me dira sa décision de se faire opérer. J'obtiendrai un rendez-vous rapidement et elle pourra être opérée dans la semaine. La tumeur de l'ovaire se révélera bénigne. Depuis, je les vois toujours en consultation tous les deux. Et à chaque consultation il me donne des honoraires toujours supérieurs à ce que je demande. Je pense aussi un jour demander à madame N. si elle ne pourrait envisager de venir seule maintenant. Le psychodrame BALINT serait-il l'apprentissage d'une psychothérapie d'un genre atypique? Retour dans mon espace, mon bureau de consultation. Mon espace de jeu de psychodrame BALINT. Tout est en place. On a planté le décor, le cadre ; les protagonistes sont là. Moi aussi j'y suis.

Cela nécessite une véritable attention ; laisser venir à la mémoire les dialogues retrouvés, échangés, les impressions visuelles, les attitudes corporelles, les micros événements qui surgissent de la mémoire au moment des retrouvailles de l'émotion, qui paraissent insignifiants initialement, puis retrouvés quelques jours plus tard, petites traces de l'essentiel disséminé, éparpillé. Il est nécessaire d'être autant dans son propre rôle que dans celui des autres personnes appelées représentées dans la consultation. D'ailleurs, on peut souvent dire si on a un peu, beaucoup, passionnément, ou pas du tout retrouvé les personnes suivant leur degré de correspondance ou ressemblance en y étant ou pas et tout se joue là.

Est-on en contact avec ses impressions et représentations intérieures ou non?

Je suis à ma place, je suis à la place du patient. Je me promène mentalement de l'un à l'autre ; je vois, j'entends, je ressens tel que j'ai mémorisé son existence. Il n'y a pas que moi qui bouge! Tout le monde bouge. Et c'est l'affaire de tous. La présence des participants permet aussi de percevoir l'intensité de ce contact imaginaire avec soi-même. Question de disposition ce jour-là. Le patient n'est évoqué que comme représentation personnelle (le patient, le vrai, lui, est ailleurs) et je m'interroge sur ces traces laissées en moi. Ce changement de place plus ou moins rapide va tricoter une nouvelle consultation bien différente de celle que j'ai vécue. Il y a de quoi faire tourner la tête; petit vertige alimenté par l'intervention des autres collègues, derrière soi en voix off venant chuchoter, rire, plaisanter, affirmer, émettre une hypothèse dans mon dos. Ce que l'on "pensait donné" à voir et à entendre initialement devient ainsi toute autre chose. Les autres participants pénétrant ma représentation de la consultation par petites touches successives. Pas de jeux sans les autres. Dans un double mouvement, je dois être à l'écoute intérieure de ce qui s'est passé, de ce que j'ai retenu de la consultation et de l'autre, être à l'écoute dans le présent de ce qui se passe maintenant et ici ; un pied dans le passé qui est là en moi, et l'autre pied dans le nouveau qui se construit et se tisse.

Mise en travail collectif. Surgissements d'impressions et d'émotions nouvelles ou retrouvailles avec des émotions enfouies bien protégées. Je me souviens : « Ici, Je suis debout derrière mon fauteuil à la consultation et je considère les deux patients de l'autre côté du bureau; je les vois de haut, là en face de moi assis ; je soliloque, je me déplace devant cet arrêt

sur image. » « Là, j'ai pris la place de ma patiente et un participant vient parler derrière moi, de sa place en son nom ; ces paroles viennent me toucher droit au cœur. »

Et puis, c'est à la fin d'un jeu, soudain je me sens envahi d'une tristesse sans nom. Quels courants souterrains m'ont traversé pour surgir ici ? Il y a un effet de travail archéologique, une remontée dans le temps, observation, interprétation, découverte de cette relation mise en mouvement. » Bon, ici on fait fausse route ; là cela me rappelle quelque chose, mais je ne sais pas encore, je laisse aller, cela va revenir ; » On ne travaille pas la maladie du patient ni le patient, mais l'interaction entre le patient et son médecin et aussi les interactions avec les personnages secondaires et familiaux.

De représentations apportées par le présentateur on passe à d'autres représentations plus enfouies, plus justes souvent, plus précises souvent, soulignées par un collègue participant dans une remarque qui résume bien la situation dans laquelle est la relation. Ce changement de place permet de ne plus coller à une représentation, mais de s'ouvrir à d'autres possibles. L'émotion retrouvée dans un jeu est à la fois ce qui permet le contact premier, mais aussi ce qui peut bloquer l'arrivée d'un regard neuf. Revenons, vous y êtes, rappelé dans les retrouvailles avec une situation, impossible d'y échapper, les autres sont autour de moi ; ils travaillent aussi ; le "vous y êtes" se veut figer la raison et laisser surgir l'émotion et le souvenir de l'évocation. Ici il s'agit de l'accueillir et lui donner la valeur d'outil ; c'est notre cabestan, notre anémomètre.

L'émotion surgit, il faut la considérer. L'émotion induit la fascination, l'inhibition, la séduction, et la répulsion, mais aussi l'empathie, la compassion. Il est important de reconnaître ces effets. Difficile dégageant que ce collage avec l'émotion. La froide raison et le collage défensif que l'on a souvent peine à repérer et aussi paradoxalement peine à quitter le groupe, la réunion de chacun des participants vient par les interventions créer un espace intermédiaire de détachement, un changement d'angle de vue et de point de vue et faire naître les pensées. Il y faut l'attention, l'écoute sincère et impliquée, la perspicacité et l'engagement, la réactivité et la disponibilité des collègues et la sienne pour

qu'un espace de Je, j.e et de jeux, j.e.u.x puisse advenir. Le travail Balint demande une ambiance favorable, une atmosphère de confiance amicale.

Comment pourrait-on travailler sans cela ? Remettons en perspective ce travail de psychodrame balint dans la pratique : je suis médecin généraliste, dans une situation de solitude professionnelle, le psychodrame balint est souvent un des seuls lieux d'évocation des difficultés. Solitude professionnelle, poids des responsabilités, culpabilité, impuissance, épuisement, recherche de sens, difficile coexistence des apprentissages validés et désirs des patients, nous font perdre le nord et rechercher une nouvelle cartographie. Le psychodrame balint s'intéresse au médecin en situation, à ce que la relation avec son patient a d'original. Les situations professionnelles interrogent et questionnent. Qui a un cas ?

Les espaces vécus sont toujours en solitaire, mais ils sont relatés en groupe. Notre formation médicale scientifique ainsi que le peu de formation psychologique ne nous permettent pas de répondre à tous les problèmes que nous nous posons. Mais le médecin généraliste peut s'appuyer sur l'étude de la relation qu'il a avec son patient pour amorcer des changements. « Le docteur J. avait appris une chose capitale : là où le médecin s'arrête par manque de savoir ce qui arrive fatalement à un moment ou à un autre, là où il est impossible de revenir complètement en arrière, car toute maladie blesse et laisse des traces parfois indélébiles, là commence un rôle tout à fait majeur et aussi décisif que l'ordonnance, celui que le malade attend de la seule personne de son médecin. On l'oublie trop souvent. Est-ce d'ailleurs un oubli innocent ou un refus de connaître et d'étudier cet aspect fondamental du métier de médecin ? Cette phrase est tirée d'un livre¹ publié en 1990 : "Une guérison impossible" ou encore "dissection dans un groupe balint" ouvrage relatant l'histoire d'un médecin et son patient et l'histoire de cette présentation de cas en groupe balint, pas à pas, au fil du temps. Tout est dit : le rôle thérapeutique que le malade attend de la seule personne de son médecin. Nous voilà bien dans l'embarras. S'il est une dimension ou espace, pour reprendre le thème de ces journées, pour lequel nous sommes peu préparés c'est celui-là.

Larguons les amarres vers les grands espaces

¹ Une Guérison "Impossible", dissection dans un groupe Balint
J. Goedert / O. Rosowsky - Payot 1976

vécus de la relation de soins, pour naviguer, notre compas et notre boussole ne seront ni la science, ni la psychologie mais le temps revisité des consultations médicales en groupe de collègues et amis, présents à travers les jeux de psychodrame balint.

Bernard Le Flohic
Médecin généraliste
26, rue d'Orléans
45410 Artenay

Réalité et Réel dans la formation Balint par le psychodrame

*Ou : L'impact original
du psychodrame sur
l'inscription du Réel dans le Corps.*

Gildas Le Bayon *

Le Réel, résume le philosophe Clément Rosset, c'est « ce qui est sans autre, sans double et sans remède ». Autrement dit : TOUT, sans limites d'espace et de temps, dans quelque dimension ou dynamique que ce soit.

Notez que je me distingue là de la notion lacanienne, désormais classique, des trois catégories de l'imaginaire, du symbolique et du réel. Je profite de ce distingo pour dire un mot de l'intention qui préside à mon exposé d'aujourd'hui et que je pourrais commenter davantage, si vous m'en faites la demande, au niveau des questions-réponses qui suivront. On verra facilement dans cet exposé que la pratique et la théorie psychanalytiques restent la référence de ce que je tiens pour vrai ou opérant dans la discipline dont nous parlons. Mais j'avais envie d'en tenter une formulation plus moderniste, plus actuelle ; ne serait-ce que pour tenir compte des écarts sensibles par rapport au setting de la cure-type dans certaines pratiques thérapeutiques ou formatives, comme le psychodrame Balint par rapport au transfert, par exemple, ou la Relaxation de sens psychanalytique par rapport au toucher. Je ferme la parenthèse ; c'est vous qui la rouvrirez, si vous le désirez.

DEUX POINTS DE VUE depuis lesquels considérer le psychodrame Balint en acte pour la formation : le Réel et la Narration

Dans le premier point de vue, j'en reste donc, intentionnellement, à une appréhension ordinaire

de ce Réel, et je pose que le psychisme humain y fonctionnant, clive, dans ce TOUT du Réel, un domaine relatif et limité bien particulier. Ce domaine, spécifique à chacun, séparé par prélèvement, est celui de la représentation par le sujet de ce Réel qui est comme le non-soi, l'autre de soi ; et, par opposition, ce domaine séparé est aussi celui de sa représentation de soi, consciente et inconsciente, par distinction d'avec le Réel. On touche là, à ce que Freud appelle « la réalité psychique », qui est donc une formation de compromis entre représentation du Réel et représentation de soi.

Je rappelle en quelques mots ce qu'est cette « réalité psychique.»

Dans leur célèbre Vocabulaire, Laplanche et Pontalis expriment que « l'idée de réalité psychique est liée à l'hypothèse freudienne touchant les processus inconscients ; non seulement ceux-ci ne tiennent pas compte de la réalité extérieure [je dirais ici : ne tiennent pas compte du Réel], mais il la remplace par une réalité psychique ». Freud, dans l'Introduction à la psychanalyse, écrit : « C'est le malade qui a créé les événements imaginaires [en paraphrasant, on pourrait dire pour le psychodrame Balint : c'est le présentateur qui présente son vécu des choses]; et, au point de vue de la névrose, ce fait n'est pas moins important que si le malade avait réellement vécu les événements dont il parle. Les fantaisies possèdent une réalité psychique, opposée à la réalité matérielle, et nous nous pénétrons peu à peu de cette vérité que, dans le monde des névroses, c'est la réalité psychique qui joue le rôle dominant ». Voilà pour le premier point de vue depuis lequel nous allons considérer la scène du psychodrame Balint.

Le second point de vue est celui de la narration. Le présentateur, sous la direction des animateurs, après s'être déterminé à exposer un cas, va donc dans un premier temps, produire un récit. Le récit d'une prise en charge soignante qui fait problème pour lui. Il va s'efforcer de donner aux autres, à lui-même déjà par leur intermédiaire, une version de ce cas qui soit claire, cohérente, compréhensible ; c'est la règle du jeu. Mais il va aussi produire un récit chargé de l'ambiguïté et du malaise qu'il ressent à son propos. N'oublions pas que le cas qu'il expose lui fait problème, c'est-à-dire lui constitue une défense, une armure, et qu'il est partagé dans le risque qu'il prend en l'exposant : convaincre de la validité de sa position, ou prendre le risque de se

retrouver à découvert, sinon mis en question dans et par le discours du groupe. Le risque heureux de voir le cas s'éclaircir, se remettre en perspective, prendre du jeu donc retrouver de l'ouverture ; mais aussi le risque difficile d'être malgré tout évalué, jugé, révélé par une image de lui-même qu'il ne voulait pas donner. Il y a de l'impensé dans ce cas problématique, mais aussi de l'impensable : si l'impensé est réduit, c'est à la satisfaction du présentateur ; mais que surgisse l'impensable, par exemple sous la forme d'un fantasme qui perce soudain, qui fait mine de devenir perceptible, et c'est l'angoisse qui peut prendre le dessus, renvoyant le présentateur à sa problématique névrotique professionnelle et l'y enfermant à nouveau. C'est bien entendu le rôle spécifique des animateurs du groupe qu'il n'en soit rien.

Résumons-nous : Dans le grand Tout du Réel, la scène du psychodrame Balint est travaillée dynamiquement par deux champs de forces principaux : la réalité psychique du présentateur témoignant de sa névrose professionnelle ; et l'enjeu problématique de la narration qu'il se risque à produire devant tous et devant lui-même, au risque de l'imposture et du désaveu, pour un bénéfice d'éclaircissement et de redynamisation.

Vu sous cet angle, le psychodrame Balint est une technique de formation centrée sur la réalité psychique d'un soignant. Il nous faut alors considérer deux questions : comment se forme et se déforme la réalité psychique du soignant qui se dit lui-même en difficulté. Et comment le psychodrame Balint intervient de manière particulière pour mettre bénéfiquement en travail, par cas interposé, le présentateur et le groupe qui l'entoure.

LA RÉALITÉ PSYCHIQUE, d'abord.

En vous en parlant, je suis sous l'influence d'un livre paru en 2004 chez Odile Jacob, un livre écrit par un psychanalyste suisse, François Ansermet, et un spécialiste des neurosciences Pierre Magistretti, Professeurs l'un et l'autre à l'Université de Lausanne, et dont le titre est « À chacun son cerveau », avec comme sous-titre : « Plasticité neuronale et Inconscient » (à mon avis, il aurait fallu inverser titre et sous-titre, mais enfin ...).

C'est un livre avec des passages difficiles, plutôt mal construit à mon goût, mais qui aborde des phénomènes psychiques et biologiques passionnants, désormais aussi impossibles à réduire les uns aux autres qu'à cliver de manière absolument tranchée. Ce livre est dans la ligne de la citation bien connue de Freud, troublante pour beaucoup d'analystes, que j'extraie de 'Au delà du principe de plaisir' : « Les insuffisances de notre description s'effaceraient sans doute si nous pouvions déjà mettre en œuvre, à la place des termes psychologiques, les termes physiologiques ou chimiques (...) La biologie est vraiment un domaine aux possibilités illimitées : nous devons nous attendre à recevoir d'elle les lumières les plus surprenantes et nous ne pouvons pas deviner quelles réponses elle donnerait dans quelques décennies aux questions que nous lui posons ». Eh bien, nous y sommes : il y a des réponses, et il faut les considérer – c'est ce que je vais faire en parlant de la réalité psychique – même si ces réponses n'infirment pas le principe émis de manière prudente par Freud, en 1891 ('Contribution à la conception des aphasies'), selon lequel « La chaîne des processus physiologiques dans le système nerveux ne se trouve probablement pas dans un rapport de causalité avec les processus psychiques ».

Ceci posé, sans ambiguïté, que nous disent à la fois les acquis de la psychanalyse et ceux des neurosciences sur la manière dont se constitue la réalité psychique ?

Celle-ci est composée des éléments suivants : la trace, son contexte somatique d'acquisition, la plasticité neuronale et fantasmatique qui préside à son évolution, la pulsion et l'objet qu'elle appelle pour sa décharge.

- La trace : La démonstration est désormais acquise que tout vécu laisse une trace dans l'organisme, qui s'inscrit objectivement dans le système neuronal et subjectivement dans le domaine conscient ou inconscient. Cette trace n'est pas fixée une fois pour toutes : elle a sa vie propre, à la fois dans le domaine neuronal par le jeu du remaniement permanent et de l'organisation synaptique ; et dans le domaine psychique, en particulier inconscient, par la génération et l'évolution spontanées du travail des fantasmes.

- Le contexte somatique : entre l'expérience vécue

et la réalité psychique qui en résulte, le corps intervient au niveau de la perception. Celle-ci, consciente ou inconsciente, est obligatoirement associée à un état somatique dont le rappel contribue à produire l'émotion, que celle-ci soit plaisir ou déplaisir.

- Le traitement du déplaisir introduit à la notion de pulsion, définie par Freud comme un concept limite entre somatique et psychique. Le but de la pulsion est toujours le même : aboutir à la décharge de l'état de tension ou de détresse qui l'a mobilisée. Par contre – et heureusement pour notre technique Balint – l'objet nécessaire à la décharge de l'excitation, « ce en quoi ou par quoi, nous dit Freud, la pulsion peut atteindre son but (...) est ce qu'il y a de plus variable (...). Il peut être remplacé à volonté tout au long des destins que connaît la pulsion »

L'IMPACT SPÉCIFIQUE DU PSYCHODRAME BALINT SUR LA RÉALITÉ PSYCHIQUE, maintenant.

Dans le setting de la situation Balint, certains éléments sont donnés et fixés temporairement ; d'autres sont remaniables. Dans ce qui est acquis au moment de la séance, il y a la réalité psychique du sujet qu'il donne à connaître par son discours sur le cas présenté, et la permission implicite donnée d'un changement (limité quoique considérable, dit Balint). Dans ce qui est possible à changer, il y a le contexte somatique initial du présentateur, contexte dont l'émotion négative mobilise un vécu pulsionnel à la recherche d'un objet pour sa décharge. Dans le psychodrame chez l'adulte (Isaac Salem) la visée principale est de déconstruire une structure figée.

L'originalité remarquable du psychodrame Balint réside dans le travail possible de ce contexte somatique, et dans la proposition d'un objet original pour la décharge qu'il appelle. Contrairement

au setting de la cure-type, ce n'est pas le discours – celui du présentateur, celui du groupe – qui est le support du changement, mais le corps lui-même. Ce que fait le psychodrame Balint, c'est déplacer la scène sur laquelle s'est constitué dans le passé le cas présenté sur une autre scène, celle du psychodrame actuel, en sachant que le corps du présentateur est l'élément commun à ces deux scènes, mais qu'un objet nouveau pour son vécu pulsionnel va pouvoir y apparaître. Un vécu nouveau va se substituer à l'ancien sans que la répétition du même puisse faire obstacle à l'avènement du changement. Quand bien même il y aurait dans la scène reprise formellement du vécu ancien, celui-ci serait porteur d'un contexte somatique nouveau, observé du point de vue multiple de tout le groupe et traduit en une narration nouvelle du cas – au moins implicite dans la réalité psychique modifiée du présentateur.

« La bêtise, c'est de conclure », disait Flaubert. Plutôt que de terminer par du péremptoire, je vous propose, ne serait-ce que pour lancer la discussion, une conclusion sous forme de trois questions :

- Comment choisir le jeu, pour le psychodrame en situation Balint, de telle sorte qu'il constitue un objet pour l'élaboration de son vécu pulsionnel par le présentateur du cas ?

- Le vécu somatique induit par le jeu est-il une reprise du vécu ayant présidé à l'installation problématique du cas exposé, ou bien un nouveau vécu somatique supportant le changement ?

- Si une interprétation éclairante du cas devait survenir, quel en serait le support souhaitable : la parole ou le jeu ?

Gildas Le Bayon
Psychiatre, Psychanalyste
Généragues
30140 Anduze

A l'imparfait de l'objectif

François Berton *

À la question de savoir comment se passe ma retraite, la réponse serait que deux cannes, la photographie et le psychodrame, la servent utilement. Transformant l'énigme du Sphinx aux Thébains : l'animal humain retrouve à la fin de sa vie ses quatre pieds initiaux.

Quand Luc Steimer et Monique de Hatjetlache m'ont proposé de mettre l'espace de la clinique et du soin en parallèle avec l'espace photographique, mon acceptation s'est assombrie de la crainte de les emmêler, ces cannes : quoi de commun entre psychodrame et photographie, sinon l'hellénisme de leurs étymologies. Prenons garde de ne pas disserter sur photodrame et psychographie.

Ce vague et ce flou m'ont justifié le titre de : « *A l'imparfait de l'objectif* » : j'ai aimé cette parodie de temps de conjugaison ; il introduit la subjectivité et l'imperfection créatrices de ces deux disciplines.

Honnêtement, ce titre, je l'ai volé.

Je l'ai volé à Robert Doisneau. L'humanisme de ce photographe apprécié et qui a un peu écrit, égale la sûreté de son regard : les photographes écrivent et les écrivains photographient ou s'y intéressent de très près.

Nous en retrouverons ; aux cotés de Claude Simon, un de nos prix Nobel de littérature, Michel Tournier, Susan Sonntag, Roland Barthes, Hervé Guibert. Lewis Carroll qui photographiait des Alices et racontait ses aventures. Simenon et Zola savaient regarder pour écrire, Gaétan Gatién de Clerambault, aliéniste réputé de la Salpêtrière a laissé une œuvre photographique curieuse.

Et combien d'autres. N'oublions pas Gisèle Freund, elle écrivait et photographiait, et nous lui devons d'émouvants portraits d'écrivains, de James Joyce, à Virginia Woolf et Montherlant. Brassai, ami de Picasso, le photographiait, lui et ses œuvres. Il a laissé un livre, trace de leurs réflexions.

L'imparfait de l'objectif : ces deux termes s'appliquent et à la photographie et à notre travail.

L'objectivité du preneur d'image et celle du thérapeute, en relation, laissent institutionnellement à désirer, même si le mot objectif désigne pour le photographe un objet pour lui indispensable, et devenu, lui, minutieusement presque parfait. Ce troisième œil n'est-il pas comme l'oreille troisième du professionnel de l'écoute ?

J'ai volé ce titre à Robert Doisneau : le photographe serait-il un prédateur ? Certaines cultures le prétendent, craignant que s'envole une couche de leur âme.

Le photographe, pour Baudelaire qui ne les aimait pas, prendrait ce qu'il voit et non ce qu'il rêve, s'il ambitionne une reproduction fidèle du réel il tombe, pense-t-il, dans l'illusion. Le poète visionnaire voit juste : *il pourrait y avoir, écrit-il, au travers de la photographie une nouvelle forme d'expression différente de celle qu'on lui attribue.* Il devient très violent quand il évoque la vogue du portrait photographique dans les ateliers de Nadar ou de Disderi et il fustige en 1859 : « *A partir de ce moment, la société immonde se rua comme un seul Narcisse pour contempler sa triviale image ...* »

Contempler sa triviale image - comment ne pas comparer les rendez-vous en tête-à-tête, forcé à l'immobilité, dans le cabinet du photographe, avec d'autres rencontres actuelles, où l'on se confronte avec une triviale image de nous-mêmes, mentale ou iconographique.

Cette analogie entre espace thérapeutique et espace photographique, nous ne la quitterons pas. Suivons notre poète, pris au piège qu'il dénonçait quand il écrivait à Nadar, par qui il se fera photographe - comme la société immonde - : *Quand j'irai chez toi, je te parlerai de mes chagrins qui s'accumulent et je te ferai pitié. Je vois de si terribles choses en rêve que je voudrais parfois ne plus dormir.*

Voilà un aspect de la relation photographe / photographié fort ambigu ; d'un côté je te parlerai de mes chagrins, de l'autre la triviale image que la société immonde contemple. La photo à la fois fascine et effraye.

Nous mettrons l'accent sur l'acte photographique moins connu de vous que l'acte thérapeutique : que peut receler cette triviale image ? Triviale évoquant la rencontre des carrefours, là où s'offrent trois voies avec le banal, le non remarqué, le courant, le commun que l'on ne voit même plus, ce qui

précisément nourrit le quotidien du photographe qui sait livrer une image révélatrice sinon accusatrice de la banalité, et est aussi le pain du thérapeute donnant aux choses discrètes et aux petits signes débusqués un intérêt qui enrichira notre connaissance et notre compréhension du sujet pour le bénéfice de chacun. La triviale, la Traviata, c'est celle, qui, debout aux coins de rue, est à tout le monde : la photo a toujours eu un relent canaille.

Ces modestes éléments inaperçus, que l'art du photographe aura mis en valeur, et le métier du thérapeute relevé, contribueront à éclairer et donner un sens à la scène. Retrouvons une similitude entre la lecture du discours de l'autre et l'écoute de la photographie : nous inversons les termes logiques de ces deux propositions pour mieux mêler les espaces de ces deux domaines ; ainsi la photographie ramène sur un seul plan, dans un cadre qui limite et à un instant choisi, le désordre et la complexité du monde.

La prise d'un sujet, l'approche de nos patients, et particulièrement le déroulement et l'observation d'une séance de psychodrame: ces trois situations se ressemblent, provoquant des conséquences recherchées ou imprévues.

Permettez-moi une petite réflexion informative d'optique physique.

Nous savons ce qu'est un objectif fixe et un objectif à focale variable - appelé zoom. Nous pensons, sans réfléchir, qu'un zoom rapproche optiquement du sujet. Ou en éloigne. Il n'en est rien : illimité ou élargit le champ de vision sans changer les rapports de distance entre le photographe et son sujet. La portion d'une image extraite d'une photo prise à la focale large du zoom et cette même portion isolée par une focale étroite seront rigoureusement semblables, si le photographe n'a pas bougé. Essayons une image avec une longue focale (appelée aussi téléobjectif) puis une autre image avec une focale moyenne et approchons-nous du sujet pour obtenir à peu près le même cadrage, notre vision du même sujet sera totalement différente : les rapports entre les éléments composant l'image auront changé et son sens différera, comme notre point de vue, tant dans le sens mental de l'expression que dans la position physique du photographe. Cette modification de position du photographe par rapport à son sujet - et non un changement de matériel - entraînera un remaniement entre les éléments de l'image et leur relation avec les bords

de l'image. Il élabore des rapports entre lui-même et les éléments qu'il contient, devenant créateur d'ensembles nouveaux, donc de connections nouvelles. Annie Bouillon lui donnait ce matin un rôle de rencontre dans l'espace intrapsychique.

Rappelons cette évidence, d'une importance capitale, qu'une photographie a un cadre, et que le réel n'en possède pas et que c'est une de leurs premières différences. Une image ne sera pas la même selon l'emplacement et les dimensions de son cadre, et qu'un déplacement modifiera cela.

Ne venons-nous pas d'utiliser les notions de condensation et de déplacement et de mise en scène?

Dans le domaine de la rencontre professionnelle, une variation du regard porté sur nos malades, une proximité améliorée ou une distance prise changera le travail de la relation et en permettra un développement différent lié alors à nous-même et non à la technique utilisée. Un changement de position, nous pointait Bernard Le Flohic, fait parfois naître une nouvelle pensée.

C'est, pour paraphraser une formule éprouvée, la conséquence considérable d'une modification limitée.

Si la plainte émise ou la pathologie proposée par les patients n'est pas éclaircie, nous redoublons de recherches biologiques ou d'explorations imagières, multiples et performantes ; espérant en échange d'une information plus complète une révélation livrant la clef de notre impuissance. Plus on en sait, meilleur médecin devient-on ; osons nous penser.

Cette démarche équivaut en photographie à multiplier le matériel et sa complexité afin d'espérer mieux photographier, ou d'utiliser un zoom pour seulement agrandir une partie de l'image sans la transformer d'aucune sorte. On porte son intérêt sur un autre domaine que celui offert par le patient - variation de point de vue - ou les deux ensemble. La situation va se convertir, des interférences et leurs conséquences restées inaperçues ou inexplorées se mettent à jour, pour un profond et fécond remaniement. Inventons un éclairage nouveau en sus d'une augmentation d'information toujours utile.

Voir un photographe effectuer cette étrange danse du scalp autour de son sujet pour varier

distance ou angle d'incidence peut rappeler en psychodrame la recherche des scènes, l'invitation aux doublages, aux commentaires et soliloques, pour mieux cerner ce dont il s'agit. N'oublions pas le flash, cette incidence inattendue qui éclaire la scène : il possède son équivalent en photo.

Le sujet est-il, en photographie, une personne ? Les résultats différeront si l'opérateur a pu entrer en relation avec elle d'un simple regard, d'un sourire échangé : ils se feront moins peur. Trop souvent en médecine, si aucune vraie communication ne passe entre soigné et soignant ce dernier s'étonnera de son efficacité perturbée, bien que le protocole observé ait été correct.

De toute façon, qu'il en ait conscience ou non, il y a relation, et quelque chose se sera modifié ; l'observation d'un phénomène, et cela les scientifiques, les biologistes ethnologues et même physiciens le savent, modifie le phénomène observé. Et en retour l'observateur également. En médecine c'est évident et en photographie aussi ; se sentir la cible change notre comportement et contempler notre triviale image ne nous laissera pas indifférent. Rapprochons cela du changement de rôles dans notre discipline.

Que le photographe en subisse un coup en retour, c'est là un de nos thèmes.

Revenons à la danse du scalp pour y joindre l'attitude du héron, dans cette même collusion espace thérapeutique, espace photographique. Le temps, alors en jeu, se révèle fructueux en médecine comme en photographie ; le photographe choisit un lieu, un environnement, jugé propices au déroulement d'un éventuel événement : un coin de rue animée, des personnes attablées, des musiciens assemblés ; le jalonnement préparé d'une possible mise en scène. Il attend. Quelque chose peut survenir, et les éléments présents soudainement s'organiser d'eux-mêmes. La proximité modeste et discrète de l'opérateur le rend paradoxalement invisible, très réceptif, prêt à saisir, il ne cherche pas à voir. L'attente que les éléments ordonnent leur anarchie d'eux-mêmes laisse surgir immanquablement le moment fécond et très fugitif. Il l'évalue et l'apprécie sans avoir le temps de savoir pourquoi - son expérience des images déjà engrangées dans sa tête le guide. Il prend la photo. Comme le héron planté dans l'eau de la rivière espère, immobile, le passage de son déjeuner pour le happer en un éclair de son long bec.

Il prend la photo. À moins que ce ne soit elle qui le saisisse.

Avec les patients, vus de temps en temps pour des raisons diverses, privilège du généraliste, même phénomène. Le médecin reste en embuscade dans l'enchaînement des consultations, prêt à repérer ou entendre un élément nouveau, une modification à peine provoquée. Les conséquences en deviendront importantes pour la suite de l'écriture de ce roman à quatre mains. Sans que nous ayons à intervenir.

Dans l'exercice du psychodrame, il suffit de planter soigneusement le décor, tant des objets que de l'atmosphère, d'évoquer avec soin et recherche les protagonistes, en une véritable représentation analytique de choses et d'attendre la filiation des scènes pour que le travail du groupe saisisse le poisson : sa mise en lumière rapide prendra valeur d'interprétation, suivie de représentation de mots.

On laisse venir, on appréhende, on pense après.

Le cadrage que nous venons d'évoquer, permet un passage du tridimensionnel à la planéité du bidirectionnel et l'apparition de relations auparavant non-perçues - du moins avant que la photo ne soit prise. Animateur, médecin, photographe repéreront les points importants émergeant du désordre organisé mis en scène pour leur donner un sens.

Le cadre possède une fonction régulatrice, protectrice et créatrice, tant dans la rencontre psychanalytique où son importance n'est plus à dire que dans la plus banale relation professionnelle où sa rupture ou sa négligence entraînent les errements et les déviations étudiés dans les groupes. Ainsi dans le psychodrame : le soin donné aux règles de fonctionnement et le temps passé à reconstruire et installer un cadre ne sont pas temps perdu : ils éclairent une situation désordonnée. Ce que l'on regarde dans le cadre du jeu a à voir avec le cadre du viseur.

L'instant de sa prise: autre élément constitutif d'une photo. Pensons seulement aux occurrences fécondes dans nos consultations pointées d'un geste, d'un sourire, d'une note dans le dossier. Le psychodrame, comme la photographie a le pouvoir d'arrêter le temps, pour en modifier même imperceptiblement le cours. Évoquons les

"arrêts sur image" les soliloques, devant une situation nouvellement révélée. L'arrêt d'une scène à un instant imprévu traduit un moment photographique, arrêt qui, comme en photo, a souvent valeur d'interprétation.

Cartier- Bresson l'appelle le moment décisif, expression empruntée, les photographes sont de fieffés prédateurs, au cardinal de Retz : *Il n'y a rien au monde qui n'ait un moment décisif*. Ce moment décisif existerait-il si le photographe ou le médecin n'était là pour le pointer ?

Les choses vivent-elles si personne ne les désigne ?

La mise au point représente le quatrième élément constitutif de la photo; on focalise sur un plan précis de la scène choisie. Et dans le monde relationnel la focalisation concerne l'intérêt volontairement porté sur un instant fécond ou un point particulier d'une rencontre. Dans les deux cas, on met au point sur un plan du sujet laissant flous les domaines antérieurs et postérieurs. Le photographe, et c'est là une de ses libertés créatrices décide d'une hiérarchie dans les différents plans qui sont proposés.

Dans la vision du réel, notre œil balaye constamment notre champ de vision ; car l'angle utile est très étroit qui correspond à une surface rétinienne efficace très limitée; et notre système optique mets constamment au point sur ces zones toujours changeantes, et dont le choix sélectif traduit nos intérêts ou nos rejets. L'objectif photo lui, n'est pas sélectif : il délivre tout mais pas dans les mêmes valeurs. Je vous regarde et je vois aussi net le premier rang que le jardin par la fenêtre ; sur une photo prise, non. Cela dépendra du plan de mise au point choisi. Ceci permet au photographe de privilégier un domaine et par là même donner un sens à son image, de même que l'intérêt porté à un domaine précis et limité de nos patients aura des conséquences énormes.

Mettre au point c'est adapter l'objectif afin que l'image justement d'un point de l'objet devienne un point sur la photo. Mais nos rétines comme nos optiques demeurent imparfaites et une marge de tolérance permet que l'image d'un point du sujet se traduise par une zone plus grande sur la surface sensible (rétine, pellicule, capteur) et soit perçue comme un point par notre œil. Cette tolérance se nomme

point de confusion. Je vous laisse associer en ce qui concerne notre métier sur cette expression.

Les qualités demandées à un thérapeute semblent les mêmes que celles attribuées à un photographe. Henri Cartier-Bresson résume cela quand il compare son état mental à celui du tireur à l'arc zen qui, ayant réussi à souffler le vide en lui, n'envoie pas sa flèche, mais la laisse librement partir. Un ouvrage d'Herrigel "*Le zen dans l'art chevaleresque du tir à l'arc*" concrétise pour lui cette notion perçue confusément, éprouvant la nécessité d'abandonner l'intelligence et la réflexion, qui parasitent la vie sensorielle affective et toute cette zone de nous qui, influant nos choix et nos actes constitue un intervalle important entre artiste et œuvre. "*Quand tout découle de l'oubli total de soi et du fait qu'on s'intègre à l'évènement sans aucune intention propre, il convient que, sans aucune réflexion, direction ou contrôle, l'accomplissement extérieur de l'acte se déroule de lui-même*".

Le tireur se laisse surprendre par la flèche qui part d'elle-même ; allant jusqu'à prétendre que l'archer se vise lui-même. Prendre une photo ne serait ce pas se photographier soi-même, comme les images de nos rêves ne concernent que nous ...

Pour Cartier-Bresson, photographe c'est *mettre sur la même ligne de mire la tête, l'œil et le cœur*. Il n'est pas certain, ni même obligé que ce soit la cible qui soit atteinte en photographie.

Établir un parallèle avec l'attitude du thérapeute dans la périlleuse relation entretenue avec qui s'est exposé à lui, je vous laisse en développer pour et par vous l'évidence. Mais dans quel ordre manions-nous cœur, œil et tête ?

Pourquoi choisissons-nous tel sujet à tel instant ? Nous ne prenons pas une photo, elle nous prend, avançons-nous à propos du tireur zen. Dire qu'il se vise lui-même revient à évoquer la correspondance entre une image représentative intégrée en soi et celle qui s'offre à l'opérateur : il croit la saisir, or il la possède déjà. La représentation objective, empruntée au réel va résonner et raisonner avec une évocation subjective, émotionnelle, esthétique pour procurer à l'observateur photographe une image correspondante à sa réalité propre, qu'il possède et, partant s'en trouvera modifiée. Cette opération mentale aboutira au choix de faire une photo, et à la construction de l'objet-photo qui vivra sa vie dans son créateur, mais

indépendamment de lui.

Bernard Quatelas nous parlait ce matin du symptôme, d'une *vérité qui passe par soi*. Retrouvons ce mot, et la chose. Symptôme vient du grec *tome* : couper en tombant de haut en bas. Sym restant le préfixe qui marque la jonction. Transposons en latin: couper en tombant peut devenir *incidere*. Sym devient le *cum*. *Cum-incidere* ce qui tombe avec, ce qui arrive, c'est la coïncidence. La photo n'est-elle pas une coïncidence, sinon un symptôme avec ce que nous avons déjà intégré et ce que nous désirons sans le savoir.

Une représentation de chose se réinvestira dans une trace mnésique.

Le corps du photographe est à l'évidence partie prenante dans l'acte photographique, il est là, ses mains font corps avec son appareil, et l'un et l'autre réagissent à l'émotion ressentie qui influe sur le choix du tir. Mon expérience de photographe de musiciens (jazz, blues etc.) m'a appris que pour bien le photographier il faut fermer ses oreilles : une photo induite par la seule émotion musicale intime pourra n'avoir aucune traduction imagière. Le Leica est sourd. C'est peut-être là un exemple d'application de l'art du tir zen et de l'esprit vidé.

Mais l'image prise correspond le plus souvent aux émotions ressenties et aux images déjà engrangées et singulièrement aux fantômes inavoués ou connus du tireur. Il les photographie. Il se photographie et ce n'est pas sans raison mais avec pudeur que les photographes ne laissent jamais personne explorer leurs archives de travail.

La photographie a progressé parallèlement et conjointement aux sciences humaines, et rappelons que Charcot a photographié ses patientes en crise à la Salpêtrière: elles ne demandaient pas mieux. Plus loin encore, Henry William Diamond, premier photographe de la folie avant Charcot a écrit en 1856 : *Le photographe, en beaucoup de circonstances, n'a pas besoin de l'aide de la parole, mais préfère de beaucoup écouter, la photographie devant lui, le silence éloquent de la nature ...*

Quelle leçon.

Il avait tout compris.

Historiquement, notons que Freud publie sa *Traumdeutung* l'année de la projection du premier film des frères Lumière.

Le cas de l'un devient le cas de tous disait Anne Caïn, à propos des séances de psychodrame. Transposerions-nous sur la photo quand tous la reçoivent, mais différemment ? Nous avons fait coïncider l'espace thérapeutique et l'espace photographique comme les tactiques respectives du médecin et du photographe. Les résultats auront-ils le même sens pour le participant d'un groupe que pour les regardeurs d'une même photo ?

La représentation construite de nos malades se lie à nos réminiscences, associations, interprétations, et projections nées à son contact ; l'un des buts du travail du groupe est d'en obtenir la modification au fil des cas. La nôtre aussi. Photographier un sujet (Etre, chose, paysage) c'est aussi en modifier notre représentation. Le réel d'où part l'image, même s'il n'est pas reçu comme tel vient changer et corriger les nôtres. Arnaud Claas, qui a beaucoup photographié, réfléchi et écrit, le traduit ainsi : *Je photographie une chose pour voir à quoi elle ressemble quand elle est photographiée.*

On verra bien ce que cela donnera, murmure le photographe incertain avant d'appuyer ; *On verra bien ce que cela donnera*, pense l'animateur du groupe en proposant une scène. Ce n'est pas par hasard que, dans l'introduction du programme, je parlais de camera obscura en évoquant le groupe.

La manière d'organiser l'image influera sur son sens manifeste, avec autant de variantes que de lecteurs. Reprenons la métaphore de l'archer zen pour préciser qu'il ne lui est pas conseillé de vider sa tête, mais d'en aérer l'intérieur, de le rendre disponible pour intégrer et transformer l'image photographique proposée. Nous rejoignons là les études actuelles sur la plasticité créatrice de la mémoire. Pouvoir photographier c'est, et je cite Jean-Pierre Bachmann dans sa communication lors de notre congrès sur la mémoire du corps *c'est pouvoir enregistrer l'action dans le système moteur de l'observateur, comme si c'était son propre mouvement. L'activation du système miroir est ainsi essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérimentielle de l'action qu'il voit. Il peut donc être conçu comme celui qui donne à notre expérience visuelle une certaine épaisseur, une profondeur dans laquelle l'action que je vois n'est pas seulement transcrite en moi comme une représentation visuelle, mais inscrire en moi comme un vécu.*

Sans que nous le sachions, la photo, avant sa prise, a saisi ce qui correspond à une image interne pour en créer de nouvelles, qui seront utilisées de la même manière. A la fois une trouvaille et une création, ce qu'Anne Caïn disait du psychodrame et que Guy Bruère-Dawson nomme le trouver-crée.

Comme à la brocante d'où chacun repart avec ce qu'il ne cherchait pas.

Prendre une photo, observer une séance de psychodrame c'est se mettre à la fois derrière le viseur et devant l'objectif, on se photographie soi-même, on se projette dans le cas présenté et sujets et objets s'en trouvent l'un et l'autre révélés. Une chose photographiée n'est plus la chose en elle-même. Denis Roche dit qu'une photo n'est pas l'écriture d'une histoire ; ni le décalque ou le substitut de rien ; elle est son propre sujet. Qui, caché, se révèle différent à chacun.. Matisse disait à Brassai que chaque fois qu'il désirait se libérer de sa propre vision, celle des sentiments, il s'obligeait à copier des photographies. Nous retrouvons l'archer zen.

Ma petite fille feuilletait quelques-unes de mes photos, trop rapidement à mon goût. À ma remarque, elle répond : j'attends qu'une me parle. Si tu ne les écoutes pas, elles ne te diront rien. Lui ai-je renvoyé. L'oreille voit, l'œil écoute.

Ou plutôt devrait écouter.

Roland Barthes fait remarquer que le cinéma nous délivre vingt-quatre images par secondes. Si seulement nous consacrons vingt-quatre seconde par images photographique ...

Avant de terminer, je rappelle ma préférence pour le noir et blanc qui ramène à la profondeur du réel alors que la couleur nous laisse à la superficialité de la réalité. Pour Wim Wenders, le cinéaste des *Ailes du Désir* qui alterne dans ce film séquence couleur et séquences noir et blanc, la couleur c'est la réalité ; le noir et blanc, la vérité.

Arrêtons-nous. Ne pillons pas trop. Ne diluons pas non plus; ces domaines effleurés mériteraient amples développements. Puissé-je vous avoir donné le goût de lire une photo avec autant de soin que nous décodons nos patients.

La médecine deviendrait une merveilleuse propédeutique à la photographie.

J'avais avoué voler mon titre à Doisneau. Mon remords s'est éteint quand j'ai vu, qu'en exergue de son livre, il avait posé ces mots de Prévert, écrits pour lui-même, Doisneau :

*... il dispose son miroir aux alouettes,
sa piègerie de braconnier,
et c'est toujours à l'imparfait de l'objectif
qu'il conjugue le verbe photographier ...*

François Berton
Médecin généraliste
62, rue Charlot
Paris 75003

<http://www.ber-ton-photos.com>

HORS DOSSIER

Le message de Michael Balint

Cyrille Koupernik *

Pour le lecteur français, ce titre risque plutôt d'évoquer un roman anglo-saxon, peut-être quelque peu mystique et sentimental. Le nom de M. BALINT ne m'était pas inconnu, je savais qu'il était un des leaders incontestés de cette Mecque de la Psychiatrie dynamique anglaise que constitue la Tavistock Clinic. Je savais aussi qu'il avait écrit un livre, ce livre, «*Le médecin, le malade et sa maladie*» dont je vais vous parler maintenant et je me disais, je le confesse sans nulle honte : «*Beaucoup de prêchi-prêcha en perspective*». Mais telles sont les servitudes des critiques. Il ne leur reste pour lutter contre le morne ennui des steppes d'imprimerie qu'une seule arme, la vitesse, et je comptais bien ne pas la négliger.

Au risque de vous étonner, amis lecteurs, je vous dirai qu'une fois commencé, j'ai lu ce livre ligne par ligne, je l'ai lu comme le plus passionnant des romans de Balzac, comme une clinique de Louis RAMOND (ceci pour ménager l'ombrageuse modestie de Fred SIGUIER), car j'y ai trouvé à la fois la vie, celle des médecins-praticiens et de leurs malades, et le souci permanent d'être efficace. Mais de quoi s'agit-il, de quelle matière est donc fait ce livre qui prend des allures d'évangile, là où l'on aurait pu craindre un sermon ? Et voici que se précise dans mon imagination la pièce de la Tavistock où il a vu le jour. Autour d'une table, le soir, se réunissent quinze confrères. L'un est en principe le leader, celui qui a signé l'ouvrage. En réalité, son rôle n'a rien de dictatorial, il n'enseigne pas ex cathedra, il écoute et parfois livre parcimonieusement son commentaire. Les quatorze autres sont des praticiens qui ont accepté de venir une fois par semaine pour discuter de leurs cas. Je les vois d'ici, les uns sceptiques, vaguement irrités par les problèmes psychologiques (moins toutefois qu'ils ne le sont par les malades qui s'en plaignent), les autres, catéchumènes ardents, égarés, Dieu sait pourquoi, dans le monde sordide des rhumes et des constipations, alors qu'ils étaient faits pour gouverner les âmes. Et entre les deux, un

certain nombre de gentlemen moustachus, juvéniles d'aspect, grands fumeurs de pipe et, peut-être de dames un peu sèches, anguleuses et dont les sévères lunettes d'écaille n'arrivent pas à voiler la douceur du regard, les confrères bien disposés et réalistes, désireux d'aider leurs ouailles les plus inquiètes. Que font-ils dans cette pièce enfumée où, tout à l'heure, on servira le traditionnel thé ?

Tenez-vous bien, ils apprennent à se prescrire eux-mêmes, il s'agit et il s'agira de la pharmacologie de «*la drogue docteur*». Autrement dit, dans la majorité des rencontres médecin-malade c'est, semble-t-il, la nature des relations qui s'établissent entre eux qui influence le plus le cours des événements. Il n'entre, évidemment pas, dans nos intentions de raconter ce livre par le menu. Dans une première série de chapitres, BALINT aborde ce qu'il appelle le diagnostic. En fait, il s'agit de névroses. Il n'est peut-être pas inutile de les esquisser, ainsi que le fait BALINT en les replaçant dans le cadre d'un comportement et des relations avec autrui (ici le médecin) plutôt que de se contenter d'une sèche et aride énumération de symptômes. Ceci lui permet de développer l'un de ses thèmes essentiels (et qui n'est d'ailleurs, pas à l'abri de la critique) : dans ce dialogue qui s'établit entre le malade qui raconte ses troubles et le médecin qui écoute, le malade «*offre*» sa maladie, le médecin l'accepte ou la refuse. Quand ce dernier a fait faire un certain nombre d'examen somatiques, que ceux-ci se sont révélés négatifs et qu'il dit au malade : «*Vous n'avez rien, prenez sur vous etc.*» il refuse l'offre de celui-ci. L'un et l'autre s'irritent, l'un se sent frustré, incompris, l'autre en veut à son malade de ne pas guérir, d'exiger (inconsciemment) de lui une forme de médecine à laquelle il n'est ni préparé, ni disposé, autrement dit la psychothérapie. Et d'ailleurs, n'est-ce-pas trop lui demander que d'en faire ?

Il apparaît rapidement que les voies de la médecine clinique traditionnelle et celles de l'approche psychothérapeutique de la personnalité entière peuvent facilement diverger. Il est de bonne règle, en médecine clinique, d'éliminer l'origine organique par une série d'examen complémentaires et de consultations de spécialiste ; une telle façon de faire constitue, s'il s'agit

de névrose, une forme voilée de refus de compréhension de la part du médecin. Nous soulignons d'emblée cette difficulté car elle est réelle. Il est exact, notamment, que la multiplication des consultations de spécialistes crée ce que BALINT appelle férocement «*la collusion de l'anonymat*». Et l'on s'aperçoit que même le consultant de psychiatrie n'échappe pas à cette règle ; il ne peut s'établir entre le malade et lui le lien qui existe de façon naturelle entre le médecin traitant et le malade. Bien plus, et le chapitre suivant l'expose fort bien, la nature des relations entre le consultant et le médecin-traitant est perturbée par la persistance d'une sorte de hiérarchie académique, l'un étant à perpétuité la maître et l'autre le disciple. Autrement dit, le fait pour le praticien d'adresser le malade à un consultant risque de miner la confiance que ce malade a dans son médecin traitant.

Et nous en arrivons ainsi, insensiblement au thème essentiel de ce livre : c'est au praticien qu'il appartiendra le plus souvent de faire de la psychothérapie. Il est prévenu d'emblée qu'il s'agit d'une lourde responsabilité ; ainsi un médecin a-t-il réussi à rompre le lien excessif et, d'après l'auteur, homosexuel, qui existait entre une mère et sa fille mais, dit-il, quelqu'un a eu à payer pour cette réussite, à savoir la mère qui après s'être foulé la cheville s'est cassé le poignet droit, celui même qui aurait du servir à battre la fille fugitive et rebelle.

Que nos amis psychanalystes nous pardonnent cette égratignure ; celle-ci d'ailleurs n'est pas simplement le fait de notre méchanceté constitutionnelle ou d'une agressivité de défense ; nous pensons sincèrement que des interprétations de ce type risquent d'entraîner le praticien trop loin. Au demeurant, nous n'avons trouvé que peu d'exemples d'une telle orientation dans le livre de BALINT. A vrai dire, l'observation en cause servait simplement à illustrer l'un des points de vue essentiels de l'auteur, à savoir que le bon sens ne suffit pas pour faire de la psychothérapie et notamment que le simple fait de rassurer les malades et de dire que tout est pour le mieux aboutit finalement à camoufler leur anxiété. D'ailleurs dans le cours de cette psychothérapie de praticien, celui-ci a finalement changé d'attitude, il a consenti à écouter longuement sa jeune

malade et c'est à partir de cette entrevue vraiment psychiatrique qu'elle a rompu avec sa mère. Nous ne comptons pas rapporter en détail toutes les observations de psychothérapie de ce type, encore que certaines d'entre elles soient pittoresques et toutes remarquablement instructives. C'est en passant que nous soulignons ce dernier point ; il justifierait, à notre avis, une traduction du livre de BALINT en Français.

Dès lors, si ce que l'on attend du praticien, en pareil cas, n'est pas simplement une attitude de pédagogue activiste, la question se pose, que doit-il faire ? BALINT répond : «*Il doit tout d'abord estimer à sa juste valeur la situation psychologique et pour cela il doit apprendre à écouter*». Autrement dit, l'entretien psychiatrique doit différer de l'interrogatoire clinique habituel. Pour illustrer ce propos, il rapporte une autre observation où une amélioration considérable de l'état psychique de la malade a été constatée après un long entretien non dirigé. La vérité nous oblige à dire qu'à la suite de ce résultat inespéré, c'est le médecin qui s'est senti inquiet.

Un autre problème se pose qui existe d'ailleurs dans les psychothérapies faites par des spécialistes : où et quand faut-il s'arrêter ? On concevra aisément que ce problème soit infiniment plus délicat pour le praticien parce qu'il dispose de moins de temps et qu'il est infiniment moins averti des situations psychologiques. Ce problème est examiné à la lueur du matériel présenté au séminaire par l'ensemble des participants de celui-ci. Nous ne pouvons qu'insister sur la valeur considérable de cette façon de procéder : d'une part, elle se fonde sur un matériel casuistique concret et, d'autre part, elle utilise une technique d'enseignement de groupe très en faveur dans les pays anglo-saxons et qui, certainement, répond à un besoin. Nous mourons en France de l'excès de l'enseignement ex cathedra ; ceci est vrai déjà pour les disciplines somatiques et l'est encore plus en ce qui concerne la psychiatrie. La psychologie est et ne peut être que relationnelle.

Il est probable que la plupart des traits de caractères que nous attribuons à nos prochains disparaîtraient comme par enchantement s'ils étaient laissés seuls sur une île déserte ou dans la sordide intimité d'une geôle. Et, au contraire, dans cette situation

d'isolement, leur psychologie ne tarderait pas à virer vers le narcissisme ou le repli sur soi. La situation de médecin praticien est une situation privilégiée pour établir un contact ; c'est là un premier point et l'autre point est que ce matériel relatant les liens établis entre le médecin et son malade sont à nouveau discutés dans le cadre d'un groupe. Nos amis anglais ont une sorte de phobie du chef, de la figure paternelle, et voici pourquoi ces discussions par tout un séminaire des problèmes psychologiques rencontrés par un des praticiens, sont tellement pleines de vie et d'enseignement.

Un médecin du Séminaire analyse cette relation de la façon suivante : *«ce qui me frappe est qu'après l'achèvement du travail psychothérapeutique, le malade n'est pas indépendant, mais qu'une nouvelle forme probablement plus mûre de dépendance existe désormais entre le malade et le médecin à leur mutuelle satisfaction. J'imagine qu'après une psychanalyse, il se produit une sorte de coupure ; en revanche, ma malade et moi sommes toujours liés par des liens ténus et qui ne sont pas médicaux au sens strict du mot»*. Enfin, un cas rapporté par BALINT montre qu'il n'est pas toujours anodin d'entreprendre une psychothérapie et que parfois une telle entreprise risque de mener le psychothérapeute amateur lui-même au bord de la dépression.

La grande difficulté réside évidemment dans la formation psychothérapeutique du médecin praticien. BALINT considère que la formation réellement logique et souhaitable serait une psychanalyse, mais il reconnaît qu'une telle façon de voir ne tient pas compte des possibilités réelles. Or, il est certain que sans ce retour sur soi, le médecin aura tendance à être ce que l'on appelle un psychothérapeute actif. C'est ce phénomène que BALINT étudie dans un chapitre remarquable intitulé *«La fonction apostolique»*. BALINT pose le problème de la façon la plus juste : *«C'était presque comme si chaque médecin avait la science révélée de ce qui est bon et de ce qui est mauvais pour les malades et comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses malades»*. Il est évident que la formation médicale (et d'ailleurs aucune formation) ne prépare à une telle omniscience. Il est possible que dans certains cas cette attitude amène des résultats meilleurs que l'attitude inverse, passive, celle du psycho-

thérapeute qui écoute. Il est possible également que dans d'autres, elle fixe de façon définitive une névrose en voie de structuration. Cette position devient notamment intenable dans un des domaines essentiels de la psychologie médicale, nous voulons parler des problèmes sexuels. Dans ce domaine précis, si le médecin est réellement persuadé qu'il peut et doit imposer son point de vue, toute latitude lui est finalement laissée pour aggraver des névroses en faisant triompher la morale ou au contraire, briser des foyers parce qu'il aura condamné le refoulement. Un autre aspect de l'attitude générale du médecin est souligné avec justesse par BALINT. Le médecin a une sorte de besoin, en règle générale inconscient, de prouver à tout le monde et, avant tout, à son malade, qu'il est bon, savant et efficace. Il n'y a certes pas de mal à cela et c'est un idéal qui ne manque pas de qualités, mais la contrepartie est vraie, à savoir que quand le malade ne guérit pas, le médecin peut lui en vouloir de ne pas avoir satisfait son narcissisme.

On ne peut pas être d'accord avec toutes les positions de BALINT. On peut remarquer également que la situation en France et en Grande-Bretagne n'est pas identique. En effet, en Grande-Bretagne, le médecin est pratiquement libre de faire de la psychothérapie à ses malades si son temps et sa résistance le lui permettent. En revanche, en France, se poserait immédiatement le problème des honoraires et de leur remboursement éventuel par la sécurité sociale. Il est évidemment impossible d'accorder le C2 aux praticiens s'ils expriment le désir d'être psychothérapeutes, on ne peut leur demander de faire des psychothérapies à titre gracieux, on ne peut pas non plus exiger des malades le paiement d'honoraires qui ne seraient pas remboursés par la sécurité sociale. De même notre organisation de la médecine interdit pratiquement aux spécialistes, ici aux psychiatres, d'être non pas le maître mais une sorte d'assistant, chargé d'aider le praticien psychothérapeute. Mais des deux côtés de la Manche il y a encore nombre de points communs. Quelle que soit la solution adoptée, le besoin, lui, demeure, autrement dit il est certain que la majorité des malades d'une clientèle de médecine générale relève en réalité, au moins en partie, d'une approche psychothérapeutique. Et de même, ici

comme là, la formation psychiatrique ou soi-disant telle des étudiants futurs médecins, se limite à six semaines passées dans un service de psychiatrie (le temps est plus long chez nous, mais la fréquentation moins dense). Et de toutes les façons, on peut se demander si le fait de se faire montrer dans des conditions les plus artificielles qui soient des malades relevant de l'internement, prépare d'une façon quelconque à aborder des problèmes humains quotidiens. Ce problème, le Docteur BALINT l'a posé avec une netteté et une honnêteté remarquable, c'est là ce que nous avons appelé son message.

Cyrille Koupernik †
Psychiatre

La fonction apostolique du médecin selon Balint

Jean Delahousse *

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler en préalable une remarque que fait Jean CLAVREUL dans « l'ordre médical », à savoir que l'action de convertir les païens dans la Grèce chrétienne était désignée sous le nom de psychothérapie.

La psychothérapie considérée originellement comme une endoctrination : voilà une affirmation qui ne serait probablement pas du goût de tous les psychothérapeutes et on peut imaginer différents types de réactions scandalisées venant nous opposer le souci de la liberté individuelle, le respect de l'autre, la neutralité bienveillante, le tout dessinant un idéal thérapeutique auquel nous ne sommes pas toujours égaux. Concrètement nous savons bien que nous sommes d'autant plus éloignés de cet idéal que la situation thérapeutique touche quelque peu ce que nous appellerions solennellement nos convictions profondes ou plus simplement lorsque cette situation vient chatouiller notre narcissisme.

Ce qui fait tout l'intérêt et toute la fraîcheur du travail de Michel BALINT est qu'à partir du moment où ce psychanalyste Hongrois émigré à Londres, a réuni des médecins généralistes autour de leurs cas cliniques, il s'est rapidement heurté de la part des médecins de son séminaire à des convictions profondes mais éminemment variables suivant les médecins et qui fonctionnaient comme des obstacles à la progression du travail, ou pour utiliser un langage analytique, comme des résistances. Ces obstacles sont donc évoqués de façon très clinique et très concrète et Balint nous a laissé ainsi un matériel très vivant et très saisissant.

Le médecin qui évoque lors d'un exposé de cas telle ou telle de ses attitudes apparaît « sincèrement persuadé que c'est la seule manière raisonnable de traiter le problème en question ». Tout se passe donc, poursuit Balint « comme si chaque médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit 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 ».

Il est évidemment tout à fait intéressant, quoique souvent éprouvant, qu'un généraliste, qui est souvent un homme seul, soit amené à se rendre compte qu'un type de position qu'il a considéré jusqu'ici de façon péremptoire comme indiscutable, ne soit absolument pas partagée par les autres participants du séminaire, ou même, que de façon tout aussi péremptoire, d'autres participants défendent une position absolument inverse. Expérience difficile sans doute qui rejoint cette surdité, cette défense par la bêtise ou cette vacillation qui survient chez chacun d'entre nous lorsqu'une prise de position qui nous paraît relever de la logique ou du simple bon sens nous est renvoyée comme irrationnelle, arbitraire, irréfléchie ou même stupide.

À l'évidence, il est plus confortable dans une pratique qui nous concerne aussi personnellement dans les domaines les plus divers de disposer d'un corps de conviction ferme venant s'intégrer à ce que l'on appelle l'identité professionnelle du médecin. Remarquons en passant qu'une identité trop solidement établie donne une impression de sécurité et de tranquillité dans le métier, mais que du même coup, les possibilités d'identification à chaque patient s'en trouvent réduites. On peut donc penser qu'un compromis s'établira inévitablement et que dans une certaine mesure les intérêts des parties s'opposent. Il n'est ni possible, ni souhaitable, qu'un médecin se laisse déborder par ses patients. À l'inverse, il serait dommage pour eux comme pour nous que ces patients ne puissent nous surprendre ou nous apprendre quelque chose de nouveau, de dérangeant ou d'inouï au sens étymologique du terme.

On peut relever d'emblée le caractère économique pour le médecin de ne plus se trouver confronté à chaque pas de son métier à des conflits émotionnels complexes. La méthode la plus utilisée nous dit Balint, est de proclamer ses propres solutions individuelles comme les meilleures. Au sens strict, on peut en effet relever qu'elles se présentent comme des convictions ayant un caractère indiscutable, c'est-à-dire, bien sûr en deca de toute possibilité de discussion, intouchables.

Ce qui frappe à la lecture des pages que Balint consacre à la fonction apostolique est que de façon spontanée il recourt si fréquemment à des expressions religieuses : fonction apostolique, connaissance révélée, devoir sacré, père confesseur, conversion, ferveur, dogme, incroyant... Il tente de s'en justifier

de curieuse manière : « Je dois m'excuser, dit-il, d'emprunter de si nombreuses expressions à la théologie : ma justification est qu'elles décrivent exactement ce que je veux dire ». Mais il ne va guère plus loin sur le caractère extraordinairement troublant de cette exacte coïncidence entre deux discours.

Ceci étant, Balint qui était fils de généraliste, reconnaissait que cette fonction apostolique était un ressort très puissant et à respecter dans une certaine mesure. « Ce zèle n'est pas mauvais en soi...c'est au contraire un remède très puissant aux possibilités immenses dit-il, faisant ainsi l'éloge de la suggestion...le danger est qu'il est appliqué la plupart du temps massivement ». Le but de Balint dans ces groupes est donc de « rendre conscient le médecin de la contrainte que cela exerce sur lui ».

Au total, comment Balint définit-il la fonction apostolique du médecin ? Cette définition est a priori simple, vaste mais imprécise. « Les phénomènes qui constituent la fonction apostolique sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité. Il insiste également sur le fait que c'est bien souvent ce que le médecin se contente d'appeler « le bon sens ».

Cette notion de fonction apostolique est restée très vivace dans les milieux et les pratiques inspirées par Balint, mais il faut bien reconnaître qu'elle a fort peu débordé. Elle est restée comme un objet non dénué d'ailleurs d'ambiguïté, collé au personnage de Balint, tout en étant relativement peu argumenté ou utilisé dans d'autres champs. Il apparaît peu douteux que Balint l'a initialement utilisée dans un sens critique qui n'est pas tellement éloigné de certains thèmes utilisés par Freud à propos de la religion dans le « malaise dans la civilisation », à savoir que la fonction apostolique joue comme un symptôme protecteur, un refuge, générateur de conduites rigides, voire rituelles, protectrices sans doute, mais pouvant se systématiser, pousser à l'intolérance et au rejet. Il faut bien reconnaître que cette approche initiale un peu sulfureuse s'est ensuite clivée en deux parties par un mécanisme tout à fait important à considérer :

- D'un côté, vers la question générale du désir du thérapeute, de la fonction thérapeutique, du désir de réparation. C'est ainsi par exemple que MISSENARD propose un point de vue plus neutre et plus restrictif évoquant dans le travail Balint « la découverte par chacun de ses propres attentes théra-

peutiques dans chaque cas » c'est à dire sa fonction apostolique.

- D'un autre côté, et c'est peut-être le côté le plus extraordinaire de l'évolution de ce concept, le terme de fonction apostolique a peu à peu été poussé vers un sens qui est tout à l'opposé de celui de Balint. Il s'agit d'une véritable dérive vers l'idéal visant à magnifier la fonction médicale et à la restituer dans sa mouvance religieuse. Si on suit les textes pas à pas, on assiste à un extraordinaire retournement avec effacement de la dimension du symptôme et retour en force d'un discours religieux.

Ainsi, évoquer la fonction apostolique du médecin peut suivant les époques et les auteurs nous pousser, d'abord et conformément à Balint du côté du symptôme, puis en contradiction absolue avec lui du côté du sublime. Un tel contresens illustre à la fois la fonction et la puissance du discours idéaliste.

Peut-on se hasarder actuellement à donner une définition actuelle de la fonction apostolique du médecin, d'une manière qui répondrait à l'expérience et à l'esprit Balint. Proposons ceci : la fonction apostolique est la somme des contre-attitudes que le médecin adopte à l'égard de son patient, contre-attitudes qui tout en ne relevant pas de ses connaissances scientifiques lui apparaissent irréfutables et qu'il tente d'inculquer et de transmettre.

Si on souscrit à une telle définition elle permettrait d'établir une distinction entre cette fonction apostolique et, d'une part le savoir scientifique, d'autre part les réactions ou attitudes que le médecin reconnaît comme lui appartenant en propre mais qu'il ne tient pas particulièrement à imposer aux autres comme modèle.

Mais nous sommes bien obligés de constater que ces distinctions sont bien fragiles et leur limite bien imprécise. Nous avons déjà tenté par souci de commodité de distinguer l'année dernière dans ce même colloque à propos du sens de la maladie trois ordres de savoir :

- le savoir médical dit scientifique dans son aspect technique

- le savoir fait des représentations collectives que le médecin véhicule comme agent social.

- le savoir inconscient du médecin, inscrit dans son histoire et s'exprimant de façon répétitive dans sa pratique : pas plus que quiconque le médecin n'échappe à l'automatisme de répétition.

Mais à la vérité, notre embarras, dans cette distinction théoriquement recevable était déjà que les

interférences et les interactions entre ces types de savoir étaient considérables. Nous ne nous étonnerons donc pas dans ces conditions que les formulations autour de la fonction apostolique soient restées floues et ses éléments constituants peu dissociables.

Arrivés à ce point il nous paraît vain de nous lancer dans une discussion théorique et il est plus conforme à la pratique de Balint de mettre à l'épreuve la notion de fonction apostolique à partir de situations concrètes rencontrées dans des groupes de praticiens. Il serait trop facile de rechercher chez eux, comme chez nous d'ailleurs, des préjugés ou des à priori tenaces et il est plus conforme à la pratique Balintienne d'évoquer, comme dans une pratique psychothérapeutique, la levée ou la mise en question d'un obstacle qui fait découvrir à posteriori, de quoi était faite la fonction apostolique de tel ou tel médecin au moment où elle nous apparaît en négatif comme un symptôme qui se résout peu à peu.

Ceci nous fait d'ailleurs apparaître d'emblée que l'important n'est probablement pas tant la définition précise de la fonction apostolique que les conditions de son ébranlement possible. N'oublions pas que dans la perspective de Balint, la fonction apostolique est bien à traiter comme une formation symptomatique et le discours du médecin à entendre comme le contenu manifeste d'un rêve.

Nous évoquerons donc trois exemples hétérogènes dans lesquels le travail en groupe Balint a probablement aidé le médecin à remettre en question des positions acquises et nous tenterons de dégager dans chacun des cas ce qu'il en serait de la fonction apostolique. Il s'agit dans ces trois cas de groupes dans lesquels j'étais présent parmi des animateurs et dont les participants pourraient se reconnaître. Les cas sont choisis et évoqués de manière telle que je ne pense pas que cela puisse présenter d'inconvénients pour le médecin en question dans la mesure où je n'irai pas au-delà de ce qu'ils ont pu y repérer eux-mêmes.

Cas 1 – Le premier cas est d'une extrême banalité apparente. Le docteur Z évoque la situation embarrassante dans laquelle il se trouve depuis que l'épouse d'un patient qu'il suivait depuis longtemps est venue interférer dans la relation.

Le patient est un homme de la petite cinquantaine, bien de sa personne, de milieu aisé, de contact agréable, ancien sportif de compétition et animateur d'un club sportif local. Le Docteur Z a avec cet

homme une relation chaleureuse et lorsqu'il le voit épisodiquement, c'est en raison de phénomènes que le médecin juge banals, céphalées épisodiques, petits troubles gastriques, réveils pénibles avec nausées. Le médecin l'examine, ne trouve aucune anomalie en dehors d'une tension artérielle un peu limite, fait quelques examens de routine, rassure son patient et la consultation se termine habituellement sur des bonnes paroles, la prescription d'un traitement symptomatique et un agréable bavardage auquel le médecin prend visiblement plaisir car le patient a souvent des anecdotes amusantes sur les personnages de la vie locale et le médecin partage son intérêt pour le club sportif. Ce qui va faire basculer la situation et amener le médecin à rapporter le cas en groupe Balint, est l'intervention, massive et inopinée de la femme du patient qui prend rendez-vous à l'insu de son mari : « mais enfin Docteur, ça devient impossible, vous avez bien du remarquer que mon mari buvait de plus en plus ; il faut absolument que vous fassiez quelque chose mais surtout ne lui parlez-pas de ma visite car cela le mettrait très en colère et il est parfois brutal ».

A partir de cette narration, les médecins du groupe vont d'abord exprimer des opinions très diverses sur le secret, la gêne que cela entraîne, les stratégies à adopter. L'épouse sera tantôt défendue comme une victime, tantôt attaquée comme une hystérique qui dramatise tout et veut saper la bonne entente entre le mari et le médecin. Mais peu à peu, l'accent se déplacera vers l'étrange aveuglement du médecin à l'égard de cet alcoolisme car pressé de questions sur les symptômes, il apparaîtra à chacun dans le groupe, puis au médecin lui-même qu'il aurait pu être alerté bien plus tôt par leur caractère évocateur. On ne manquera pas ensuite de faire remarquer au narrateur que la complaisance mêlée d'inquiétude avec laquelle il avait parlé son patient et ses propos un peu désenchantés sur l'avenir du sportif de haut niveau le touchaient probablement de façon tout à fait particulière. Il sera ainsi à même de reconnaître que son aveuglement témoignait d'une trop grande proximité et l'intrusion tierce fera alors l'objet d'association à un autre niveau et de prises de position plus nuancées quant à la question de la levée du secret.

Au terme de cette séquence, on peut supposer que la fonction apostolique de ce médecin, si l'on suit Balint, était dominée par la conviction qu'un tel homme était au-dessus de tout soupçon et à le consi-

dérer de façon amicale, voire admirative. Cette conviction s'est dissociée durant le travail avec le groupe en divers composantes de niveaux variables que l'on peut considérer comme des purs préjugés. Par exemple, au niveau le plus superficiel « un homme de ce niveau ne peut être alcoolique », « un homme comme moi ne peut être alcoolique », « un sportif qui vieillit accepte le sort avec dignité », et bien d'autres choses encore.

Cas 2 – La seconde histoire concerne les difficultés qui viennent entrecouper les tentatives d'insémination artificielle et la perplexité du médecin quant à savoir s'il faut ou non en conseiller la poursuite. Le Docteur Y, jeune femme généraliste, connaît depuis plusieurs années Carole et sa famille. Carole est mariée depuis plusieurs années et le couple ne parvient pas à avoir d'enfant. Sans en parler à leur médecin traitant, ils vont consulter à l'hôpital Universitaire où l'on découvre l'azoospermie du mari et on évoque la possibilité d'une insémination artificielle.

Ce qui trouble le Docteur Y, est qu'à partir du moment où ces séances d'insémination sont décidées, diverses affections intercurrentes vont survenir et qui amènent Carole à revoir régulièrement le Docteur Y et obligent à interrompre les inséminations de façon répétées. Le Docteur Y se demande si ces affections intercurrentes ne sont pas l'expression de la résistance de Carole à une éventuelle grossesse. Les médecins du groupe Balint tentent alors de s'enquérir sur ces affections intercurrentes. Elles apparaissent à la vérité bénignes mais le Docteur Y estime que le déplacement jusqu'à la ville où se pratiquent les inséminations est alors contre-indiqué. Les médecins demandent au Docteur Y si elle a réellement discuté avec Carole de son désir d'enfant. Mais celle-ci a dit que tout cela s'est décidé sans elle à l'hôpital universitaire, ce qui détermine une longue discussion du groupe sur l'exclusion regrettable des généralistes par les services hospitaliers. Certains généralistes restent cependant insatisfaits par la passivité apparente du Docteur Y et sollicitent de plus larges informations sur Carole et sa famille. Le Docteur Y raconte alors qu'elle a d'abord soigné la mère de Carole pour des périodes d'anxiété et de plaintes somatiques imprécises intriquées avec une mésentente conjugale. L'état de cette mère s'est aggravé lors du mariage de Carole et le départ de son frère. Lorsque Carole s'est mariée, elle n'a pas voulu s'éloigner de sa mère qu'elle protège et dont elle dépend

beaucoup si bien que mari a renoncé à une situation plus enviable pour que Carole ne quitte pas la ville de sa mère. Le Docteur Y avait eu à l'époque une longue conversation avec Carole, déplorant qu'elle ne puisse se détacher de sa mère, mais ceci n'avait évidemment rien changé.

Un médecin fait alors remarquer au Docteur Y, qu'il est surprenant qu'elle soit intervenue aussi massivement à cette époque et qu'elle s'interdise maintenant de discuter avec Carole quant à son désir d'enfant. Le groupe suggère d'autre part qu'il n'est pas possible sans information complémentaire de déterminer si les affections intercurrentes de Carole sont une manière indirecte de se détourner de ces inséminations comme semble le supposer le Docteur Y puisqu'elle n'apporte aucun argument précis en faveur de son hypothèse.

Avec la poursuite de la discussion, l'accent va se déplacer peu à peu sur l'attitude paradoxale du Docteur Y et celle-ci est amenée à se rendre compte qu'elle a contribué à exercer une véritable résistance passive à l'égard des inséminations.

Ainsi, tout au long de cette séance Balint, vient se substituer à une hypothèse psychosomatique défensive du généraliste, les expressions de sa propre fonction apostolique laquelle est d'un ordre composite et peut se résumer ainsi : à un niveau superficiel : « puisque Carole ne suit pas mes conseils (pour le mariage) ou m'exclue de ses décisions (pour l'insémination) je ne vois pas pourquoi je l'aiderai à obtenir ce qu'elle veut ». A un niveau plus profond : « en outre j'estime qu'une femme qui n'est pas capable de se détacher de sa mère, n'est pas en mesure d'être mère à son tour ».

Cas 3 – Dans le troisième exemple, la fonction apostolique du médecin va s'exprimer non pas comme dans les cas précédents par une inhibition ou une résistance mais par un véritable symptôme.

Le Docteur L raconte au groupe qu'il a été récemment appelé en urgence par une femme qui avait des métrorragies abondantes, probablement liées à un fibrome. Après lui avoir fait un toucher vaginal, il évoque la nécessité d'une hospitalisation d'urgence et probablement d'une intervention chirurgicale. Le mari qui est un alcoolique et un jaloux pathologique l'invective alors avec une violence et le jette littéralement dehors en refusant toute prise en charge pour sa femme. Le médecin, qui est un homme très sensible et scrupuleux est bouleversé par cette histoire et se demande si cette femme ne va

pas continuer à saigner gravement. Il s'accuse auprès du groupe de son manque de fermeté compte tenu de l'urgence de l'histoire et va jusqu'à évoquer une curieuse manifestation qui a suivi immédiatement cet événement ; durant quelques jours il a été dans l'incapacité toutes les fois où il faisait un toucher vaginal de percevoir le col, l'utérus, les annexes comme il les percevait antérieurement. Impuissance médicale dirons nous.

Le groupe est tout d'abord perplexe et interloqué par le caractère massif et brutal de cette histoire et les animateurs s'interrogent sur le sens de ce symptôme heureusement transitoire qui a suivi.

Le médecin évoque alors le fait que dans cette maison et dans les maisons voisines, il a suivi ou suit plusieurs personnes atteintes de maladie mortelle. « Pour moi, c'est la rue de la mort » dit-il. Il a soigné longuement dans cette même maison la mère de cette patiente d'un cancer génital dont elle est décédée.

Questionné par le groupe sur ses relations avec le mari alcoolique, jaloux, qui avait été si violent avec lui, il évoque d'emblée un premier incident. La fille de ce couple, âgée de 16 ans, était venue quelques temps auparavant lui demander une contraception il l'avait prescrit après un examen gynécologique et le père ayant appris cela dans un second temps s'était mis dans une violente colère évoquant la complicité du médecin dans l'inconduite de sa fille.

Des différents échanges dans le groupe, se dégageait ainsi peu à peu le fait que la scène de violence et l'exclusion par le mari avaient agi pour le médecin comme une véritable interprétation sauvage. Lui qui considérait sa fonction médicale dans sa dimension purement réparatrice, se voyait renvoyé massivement sur un mode équivoque par un homme jaloux, sa place particulière quant aux sexes de la grand-mère, de la mère et de la fille. La dimension de transgression de sa fonction médicale lui était brutalement renvoyée déterminant comme symptôme transitoire une anesthésie momentanée des deux doigts désignés comme coupables du toucher vaginal.

Cette histoire pose donc la question de la fonction apostolique de manière particulière car ce dont il s'agit est précisément la conception sinon apostolique du moins idéalisée que le médecin avait de son métier et de sa relation au sexe et à la mort. A une période où il vivait de façon dépressive son impuissance quant à la mort, le mari jaloux lui avait ren-

voyé massivement la dimension de transgression quant au sexe incluse dans sa fonction médicale. Le symptôme transitoire qui en résultait montrait bien que cette interprétation sauvage n'était pas tombée dans l'oreille d'un sourd.

Ces exposés de cas permettent pour terminer de reprendre un certain nombre de points de discussion laissés en suspens.

Tout d'abord nous avons pu repérer combien la fonction apostolique est un ensemble composite mais susceptible de se dissocier au cours du travail Balint. Notre repérage différentiel du savoir scientifique transmis du savoir collectif véhiculé par le médecin en tant qu'agent social, et du savoir inconscient propre à chaque praticien a une valeur d'indication qui nous paraît précieuse. Dans la pratique, tout cela interfère de manière à constituer un amalgame indissociable. L'essentiel pour le praticien sera bien sur d'en arriver à une dissociation de ces différents éléments et c'est la question des points d'impact au cours du travail Balint et donc de l'hétérogénéité possible du travail et des options des animateurs.

Mais pourquoi faut-il appeler ça fonction apostolique alors que d'autres dénominations pourraient dans la pratique apparaître aussi adéquates et éviter la connotation religieuse que l'on peut juger encombrante. Par exemple, pourquoi ne pas se contenter de parler d'idéologie (mise au service des résistances groupales ou individuelles comme l'a si bien évoqué Kaes, ou alors pourquoi ne pas retenir la proposition ultérieure de Balint lui-même qui établit une équivalence entre la fonction apostolique et le contre transfert du médecin allant jusqu'à dissocier le transfert public qui fait l'objet du travail Balint et le transfert privé auquel on ne touche pas directement. Pourquoi enfin ne pas se limiter à évoquer les préjugés du médecin avec la connotation corrosive mais rigoureuse d'Oscar Wilde pour lequel « *les préjugés sont les pilotis de la civilisation* ».

Pourquoi donc faut-il appeler cela fonction apostolique ou plutôt Balint a-t-il appelé cela fonction apostolique ?

Deux réponses possibles nous viennent ici :

- D'une part les termes que nous venons d'évoquer s'ils rendent bien compte de la conviction ou des « idées arrêtées », comme on dit du médecin, laissent un peu de côté la puissance du désir de transmettre et d'inculquer, puissance qui a à voir

avec la filiation et la relation maître-élève. Ces notions d'idéologie de contre transfert ou de préjugés sont donc insuffisantes.

- D'autre part, et nous revenons inévitablement à ceci, c'est de façon parfaitement explicite que Balint a évoqué l'exacte coïncidence entre ce qu'il a constaté dans sa pratique et les termes théologiques qu'il utilise.

Dès lors, une seconde question se pose. Quelle est la part dans cette exacte coïncidence des préjugés ou si l'on préfère de la fonction apostolique de Balint lui-même et celle d'une véritable communauté structurale entre le discours médical et discours religieux ? Voilà les points que nous évoquerons pour terminer.

La première question concerne donc la position subjective de Balint lui-même. Ce que nous savons de lui et de ses écrits nous incite à une réponse composite. En effet nous avons vu combien il situe la fonction apostolique du côté du symptôme et combien il a toujours été soucieux des effets au niveau des communautés analytiques de la non liquidation du transfert et du fait que tout analyste en formation risque d'être amené à introjecter l'image idéalisée de son propre analyste, de son contrôleur et de ses références dans la filiation analytique, ce qui, dit-il, ne va pas sans inconvénients graves. La conversion de Saint Paul nous apprend que l'introjection sous une forme idéalisée d'un objet antérieurement haï et persécuté peut aboutir à l'intolérance, au sectarisme et à la fureur apostolique.

Autant dire que Balint était tout à fait prévenu et particulièrement sensible au caractère de formation symptomatique de la fonction apostolique et de ses effets nocifs. Il avait parfaitement repéré que si elle concerne tous les médecins, les psychanalystes dans leurs chapelles n'y échappent guère non plus, loin de là...

Mais d'autre part, on a pu dénoncer, et je fais ici bien sûr allusion à Lacan l'effacement progressif chez Balint de la distinction entre le besoin et le désir, entre l'amour primaire et l'amour génital et l'illusion d'une possible coïncidence entre le désir et son objet. Tout ceci, tente de soutenir Lacan, est en contradiction avec les avancées Freudiennes concernant l'objet perdu et illustre la participation subtile mais réelle de Balint dans « le puritanisme croissant de l'atmosphère analytique ».

Contentons-nous donc pour l'instant de repérer que la position de Balint est loin d'être univoque et

n'est pas dépourvue d'ambiguïté.

La seconde question est donc celle des points de contact entre le discours religieux et le discours médical, en gardant présent à l'esprit cette parfaite coïncidence relevée par Balint. C'est la précisément un des thèmes essentiels de ces journées, thème qui soulève de très difficiles questions. Par exemple, si la ni médecine ni la psychanalyse ne parviennent à échapper au discours religieux, qui est décidément le plus fort, cela tient-il à la proximité avec le sexe, la procréation et la mort, thèmes générateurs d'une certaine frayeur sacrée de notre part ? Autre question : le médecin est-il plus menacé par son impuissance pour certaines situations ou à l'inverse plus encombré par son extraordinaire puissance actuelle ? Sur le plan théorique, on sait, comme l'écrit Clavreul que « la médecine fait des miracles, mais elle s'en méfie ». Sur le plan pratique, Sandy Bourne qui poursuit tant bien que mal le travail Balint à la Travistock Clinic de Londres malgré l'atmosphère de biologisme dominant actuellement la psychiatrie Britannique, évoque non sans raison, en prenant l'exemple des neurologues s'occupant des maladies dégénératives que les médecins les plus impuissants ne sont pas nécessairement les plus tourmentés. Autre question encore, qu'en est-il de l'extrême importance du lien de filiation, de transmission en médecine avec ce terme de confrérie resté dans le vocabulaire et qui postule l'existence d'un père ou d'une mère qui nous serait commun.

Enfin, si l'on admet que ce discours religieux est un recours inévitable, explicite ou implicite, dans la pratique médicale, peut-on en mesurer les effets ? Effets positifs de protection ou d'allègement de la charge d'angoisse de chaque médecin dans sa pratique ou à l'inverse, effets négatifs poussant à l'intolérance, au dogmatisme et au manichéisme, à moins que ce manichéisme ne fasse place à un apparent œcuménisme permettant à chacun de camper sur ses positions mais excluant toute rigueur de pensée.

Voilà de graves questions au seuil desquelles Balint nous aura menées et qui seront probablement essentielles tout au long de ces journées de travail.

Jean Delahousse
Psychiatre, psychanalyste
13, rue Philippe de Comynes
80000 Amiens

Congrès international Balint de Poiana-Brasov, Roumanie

Jean-Pierre Bachmann *

Du 5 au 9 septembre 2009, le 16e Congrès de la Fédération Internationale Balint s'est tenu à Poiana-Brasov, en Roumanie. Dans cette station de sports d'hiver, cette "clairière" de l'ancienne ville médiévale de Brasov, en Transylvanie méridionale, plus de 200 balintiens venus du monde entier se sont retrouvés dans une ambiance de travail et d'échanges riches et chaleureux. Les communications faites par nos collègues provenant de 14 pays et de trois continents étaient placés sous le thème : "Travail Balint et globalisation".

Plusieurs membres de notre Association étaient présents à Poiana-Brasov¹, et nous avons eu l'occasion d'y animer un groupe de Psychodrame Balint, en français, durant toute la durée du congrès. Notre groupe se composait de participants roumains, belges, français, autrichiens, suisses qui, pour nombres d'entre eux, découvraient avec beaucoup d'intérêt le psychodrame Balint. L'AIPB, membre de la Fédération Internationale Balint depuis de nombreuses années, avait, avant ce congrès, une place particulière et quelque peu marginale, les autres sociétés membres étant toutes nationales et notre méthode, mal connue, pouvait susciter les craintes d'un manque d'orthodoxie. Soucieux de mieux faire connaître la spécificité du travail en psychodrame Balint et la méthode d'Anne Caïn, nous avons fait à Brasov une communication sur l'importance du corps dans le travail Balint, communication qui est reprise, dans sa version française, dans ce numéro des "Quatre Temps". Nous pensons que notre présence à ce congrès a été l'occasion d'une reconnaissance de notre engagement et de notre plaisir à travailler et diffuser l'esprit Balint dans le monde des soignants francophones.

Un des thèmes secondaires du congrès venait illustrer la phrase, souvent citée dans la littérature balintienne : "Écrire une ordonnance est facile, comprendre son patient n'est pas chose aisée"². John Salinsky a fait la conférence introductive au congrès sur ce thème, reprenant la belle nouvelle de

Franz Kafka : "Un médecin de campagne" d'où provient cette phrase. Nous avons choisi de publier ici cette conférence de par son originalité, mais aussi parce qu'elle nous rappelle combien notre travail s'appuie et s'enrichit de nos rencontres et de nos souvenirs avec les œuvres artistiques, littéraires, picturales, cinématographiques, etc.

Nous vous laissons tout le plaisir de découvrir la nouvelle de Kafka et la présentation qu'en fait John Salinsky. Participants et animateurs de groupes de psychodrame Balint ne manqueront pas d'imaginer, à l'instar de John Salinsky, que le narrateur de Kafka, médecin de campagne, y présente son cas dans un groupe de psychodrame. Quelles scènes vont pouvoir être choisies, jouées? Quel rôle, lecteur, souhaiteriez-vous vous voir attribuer?

La nouvelle de Kafka a suscité des lectures et des interprétations multiples, Salinsky en cite plusieurs. Il ne fait pas référence à une lecture psychanalytique de cette œuvre. A consulter, deux éclairages tirés de la littérature psychodramatique anglosaxonne³ psychoanalytic electronic - PEP Web.

Jean-Pierre Bachmann
Psychiatre, psychanalyste
15, rue des Sources
1205 Genève

¹ Annie Bouillon, Marie-Noëlle Laveissière, Liliana Halfon, François Berton, à qui nous devons le reportage photographique paru sur notre site (www.psychodrame-balint.com), Jean-Pierre Bachmann

² "Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer."

³ Stockholder K. Franz Kafka. "A country doctor" : The narrator as dreamer - American imago 1978
Golomb. Bregman. E - No rose without thorns : Ambivalence in Kafka's "A country doctor" - American imago 1989

Place du corps dans le travail Balint.

L'approche du psychodrame Balint

Jean-Pierre Bachmann *

Dans un congrès qui s'attache à étudier le problème de la tradition et de l'innovation dans le travail Balint, parler de la méthode créée et développée par Anne Caïn trouve sa place, même si ce n'est pas vraiment une innovation, puisque Anne Caïn a commencé à travailler ainsi en 1973 déjà. Issu de l'association d'un travail Balint des plus classiques et de l'application de la méthode du psychodrame psychanalytique, le psychodrame Balint, en réintroduisant le corps dans le travail du soignant, nous semble répondre à une des préoccupations de Michael et Enid Balint. Ils étaient persuadés, selon Michel Sapir, qu'un des dangers de la dénaturation de la méthode balint résiderait dans l'évitement du corps au profit de la relation verbale.

Comment en tant que soignant sommes-nous affectés dans notre corps par notre rencontre avec nos patients, et pour ceux d'entre nous qui animons aussi des groupes, dans notre travail d'animation ?

En effet dans toutes les scènes de notre vie professionnelle, même dans l'effacement visuel du psychanalyste, notre corps est aussi de la partie. Et c'est aussi l'attention portée à nos éprouvés corporels qui nous guide dans la compréhension de notre contre-transfert.

Le corps, "comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée présexuelle et irréductible, ce sur quoi toutes les fonctions psychiques trouvent leur étayage", a été, presque tout au long du troisième quart du 20ème siècle, le grand absent, le dénié dans bien des champs des sciences humaines mais aussi dans le psychologisme de nombreux thérapeutes. C'est ce qu'écrivait Didier Anzieu, en 1974. Il rappelait aussi que du temps de Freud, le grand absent c'était le sexe.

Michel Sapir a lui aussi souvent insisté sur cette

impossibilité à laquelle la médecine se trouvait confrontée d'intégrer à sa recherche théorique sur le corps l'étude du charnel et de l'éprouvé. Les choses ont sans doute bien changé depuis les propos d'Anzieu, du moins pour bien des psychanalystes, mais, malheureusement, pas pour tous. Sans vouloir retracer ici une histoire de la place donnée au corps dans la psychanalyse je souhaite rappeler quelques données fondamentales.

Dans les débuts de la démarche de Freud, la place donnée au corps est indissociable de celle de la mémoire. " C'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique " écrivent Breuer et Freud dans les Etudes sur l'Hystérie. Et c'est dans le corps, à travers les symptômes les plus divers, paroxystiques ou plus durables que le conflit psychique vient se symboliser.

Si au début de la psychanalyse la guérison passe par la remémoration, par la levée du refoulement, qui devait permettre l'élaboration des souvenirs traumatiques, et par là-même la disparition des symptômes, la démarche centrée sur la remémoration aura tôt fait de montrer ses limites. Progressivement Freud mettra l'accent sur l'activité fantasmatique, les scénarios imaginaires figurant de façon plus ou moins déformée l'accomplissement de nos désirs conscients et inconscients. Et même si certains fantasmes sont originaires, universaux et constitueraient un patrimoine transmis phylogénétiquement, le fantasme est aussi, en partie, inscrit dans l'histoire singulière du sujet, mais aussi dans l'histoire de sa rencontre avec ses objets. Freud se rendra compte que certains patients sont dans l'impossibilité de se remémorer, de ramener des souvenirs : des événements n'ont pour eux jamais fait l'objet d'une représentation, encore moins d'une mise en forme par le langage.

Le fait oublié réapparaît, se répète, il y a une compulsion à répéter, non plus dans le langage verbal mais dans l'action, dans la manière d'être. En même temps que Freud met ainsi en évidence une mémoire non-mnésique il donne à la notion de langage une extension importante : " Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mot, mais aussi le langage des gestes et toute forme de l'activité psychique.... ".

Le modèle premier de la levée du refoulement, avec le travail d'interprétation qui l'accompagne, va être complété ultérieurement par le recours à la

construction. " Assez souvent, écrit Freud, nous ne réussissons pas à amener le patient à se souvenir du refoulé. A la place nous obtenons chez lui, si nous avons mené correctement l'analyse, une ferme conviction de la vérité de la construction, qui a le même effet thérapeutique qu'un souvenir retrouvé. "

Cette conception de la démarche psychanalytique, qui donne toute sa place au souvenir, aux fantasmes, à l'histoire, à la construction et à la reconstruction, est celle à laquelle, me semble-t-il, Anne Cain restera attachée dans son activité de psychanalyste mais aussi de psychodramatiste.

Pas plus que dans le travail Balint "classique" il n'est question, dans le psychodrame Balint, de vouloir transposer naïvement des aspects essentiels et spécifiques de la démarche et du processus analytique. Les participants à nos groupes ne sont pas des patients qui viennent pour trouver une réponse à leurs souffrances et à leur mal-être dans l'exploration des vicissitudes de leur histoire infantile et adolescente. Ils viennent avec leur difficulté à comprendre leurs propres réactions de soignants, à comprendre leurs patients. Ils viennent avec leur crainte de ne pouvoir maîtriser leurs sentiments et leurs émotions. La spécificité de tout travail Balint se fonde sur une écoute analytique du matériel et sur une référence aux fondements de la théorie psychanalytique tout en restant strictement focalisée sur la compréhension et l'élaboration de la relation soignante, sur l'identité professionnelle du soignant, sur les désirs, les conflits conscients et inconscients qui s'y jouent. Et j'ajouterai, puisque ce congrès examine cette question, que les changements qui affectent la société et le monde médical, ne me semblent pas remettre en question la base de ce travail. Ils nous incitent plutôt à réfléchir à notre disponibilité à nous montrer malléables aux besoins et aux demandes des soignants, sans pour autant abandonner l'esprit qui fonde le travail Balint.

Michael Balint donnait une place importante au corps dans son travail de psychanalyste, en privilégiant, et, en cela il est l'héritier de Ferenczi, le champ de l'expérience. Dans son étude sur la régression il montre qu'en raison de la régression induite par la situation analytique le patient réalise que les descriptions objectives et détachées ne suffisent pas, que les émotions concomitantes devront être exprimées. Et c'est par son corps qu'il le fait, en variant l'inten-

sité et le timbre de sa voix, en recourant à des gestes et des mouvements, peut-être même en se laissant emporter par des émotions au point de passer à l'acte (actings). Balint accordait une grande importance aux actings qui avaient pour lui une valeur équivalente aux associations libres. Ces passages par l'expression corporelle, par des mises en actes du corps, sont non seulement pour lui des répétitions mais peuvent même être des moments créatifs qui favorisent le changement, une ouverture vers un renouveau. Balint décrit même l'acte comme une vraie percée psychique, ce que nous pouvons parfois observer dans certaines séances de psychodrame Balint.

Le corps dont nous parlons dans le travail Balint n'est peut-être pas le même que celui dont il est question dans le champ plus global de la psychanalyse. Le travail Balint s'intéresse au corps en tant que porteur d'une histoire, voire aussi comme porteur de messages, mais, contrairement à la démarche psychanalytique il ne peut explorer de manière plus spécifique l'image inconsciente que le sujet a de son corps ou le corps comme un objet interne.

Lorsque Balint et les membres de son premier groupe constatèrent que toutes les tentatives d'adapter des techniques nouvelles, importées de la " cuisine du psychiatre ", comme nous le rappelle avec humour Arthur Trenkel, étaient insatisfaisantes dans leur espoir d'améliorer la qualité de leur travail, ils changèrent d'attitude. Ils centrèrent leur travail sur les interactions spécifiques entre médecin et patient et examinèrent dans quelle mesure ces échanges réciproques contiendraient en eux-mêmes un potentiel important en vue du diagnostic et de la thérapie. Ce changement d'attitude a été vécu par le groupe, toujours selon Trenkel, comme une percée psychique. "La perspective relationnelle n'ouvre ainsi pas seulement des possibilités élargies dans la sphère psychique mais aussi par rapport au corps dans ses dimensions relationnelles." (Arthur Trenkel).

Même si cela n'a été pleinement compris qu'après coup, le psychodrame-Balint se situe précisément dans ce souci de la réintroduction du corps, dans la prise en compte du vécu corporel du soignant dans les processus de formation. La mobilisation du corps favorise ainsi un processus qui est toutefois déjà présent, mais silencieusement présent dans tout

groupe Balint.

Anne Caïn avait coutume de dire que le corps ne ment pas. Car elle lui accordait un sens inscrit dans son passé. Le corps " est porteur d'une histoire propre au sujet qui en a conservé la trace. " Le travail en psychodrame-Balint tente ainsi d'aller aux sources de cette histoire chaque fois singulière, mais en restant dans le champ strict de la sphère professionnelle et de la rencontre avec le patient et avec son corps. Ceux qui ont travaillé avec Anne Caïn savent tout le soin qu'elle portait à retrouver, avec le présentateur du cas, bien des aspects historiques de la relation, et même ceux qui précédaient la première rencontre. En explorant souvent la relation du soignant à son cadre de travail, à son environnement, aux représentations qu'il peut faire de son futur patient, elle avait comme intention de faciliter le processus de remémoration, ce qui lui permettait aussi de dégager les prémisses du contre-transfert. Bien souvent le contre-transfert précède le transfert.

Si l'attention est portée, dans cet exposé, au discours sur le corps, au langage du corps du présentateur de cas, mais aussi aux à celui des acteurs, de tous les membres du groupe et au corps de l'animateur, ces aspects ne peuvent évidemment être dissociés d'autres éléments qui organisent les différentes formes du discours du groupe : je veux parler des phénomènes de transfert, des fantasmes qui organisent le groupe, de la filiation des cas, etc...

Prenons l'exemple d'une séance de groupe : Dr A est un jeune médecin dans un service universitaire. Il souhaite nous parler d'une patiente avec laquelle toute communication verbale est impossible. Maria est une femme dans la quarantaine, d'origine portugaise, qui avait été suivie par son prédécesseur, le Dr B, pour d'importantes douleurs dorsales, sans cause organique mise en évidence. Après cette entrée en matière le Dr A est invité par l'animateur à retrouver sa patiente au cours de leur première rencontre. Il se lève, met son corps en jeu devant tout le groupe. Il lui est demandé de décrire sa patiente. L'animateur, par ses questions, par ses demandes de précisions montre toute l'importance qu'il accorde au corps de la patiente, à un corps qui n'est pas seulement un corps réel mais un corps qui devient un corps imaginaire. Cette description de la patiente n'est pas sans interroger les participants sur le re-

gard qui est porté sur eux et sur leurs corps (vont-ils être identifiés, choisis pour incarner Maria?).

Lorsque le jeu se met en place apparaît clairement tout l'apport de la technique psychodramatique qui favorise la réémergence de modes de communications infra-verbaux, faits de gestes et de mimiques. Dans le souci de retrouver parole et gestes des protagonistes c'est dans le rôle de Maria que le Dr A montre avec difficulté le lieu de ses douleurs. Dans ce bureau, qui était jusqu'il y a peu celui du Dr B, Maria émet des gémissements, son faciès transmet la douleur. En reprenant son rôle de médecin, le Dr A tente de recourir à l'italien, puis à l'espagnol pour se faire comprendre. Vaines démarches, même quand il incite Maria à faire part en portugais de ses plaintes. Maria continue à gémir. Entre ses gémissements elle répète sans arrêt le nom du Dr B. Lorsqu'il reprend le rôle de sa patiente et évoque le nom du Dr B, le faciès du Dr A s'illumine. Vraisemblablement le Dr B a été très apprécié de sa patiente. Il a été capable de la soulager de ses plaintes. Cette situation se répète comme se répètent les essais toujours vains, du Dr A de trouver une langue commune. Mais depuis qu'a été énoncé avec une telle intensité le nom du Dr B, le regard du Dr A ne s'est plus posé sur sa patiente. Il ne cesse de se plonger dans les notes écrites par le Dr B, consulte des radios, etc. Lorsqu'il reprend le rôle de sa patiente, il s'apercevra qu'aucun regard n'est plus porté sur lui. Toute l'attention du Dr A était restée centrée sur la place prise par son prédécesseur et toute sa difficulté consistait à assurer la relève d'un collègue que la patiente regrette et dont l'ombre plane encore dans son bureau. Le Dr A, par l'évitement de toute communication par son regard, ne fait-il pas vivre à Maria le vide laissé par son précédent médecin ?

L'existence de ce langage corporel qui amplifie, voire le contredit, comme dans le cas du Dr A, le discours du protagoniste, nous renseigne sur les aspects corporels du transfert et sur ce que nous appellerons, par commodité, le contre-transfert corporel du soignant.

L'attention que les autres membres du groupe et l'animateur ont porté sur ce jeu interactif dépendait tout autant du discours verbal que du discours corporel des protagonistes.

Si les retrouvailles avec des scènes de la pratique professionnelle du soignant, leur reconstitution au cours du jeu psychodramatique se veulent être des

plus fidèles, elles sont marquées par les phénomènes de l'après coup. La mobilisation du corps a eu pour effet, comme c'est très souvent le cas dans la situation de tout psychodrame, de permettre la ré-émergence d'une mémoire motrice qui a été enfouie, et pas uniquement une mémoire refoulée et avec elle celle de l'affect. L'importance donnée aux affects dans leur fonction de liaison avec des représentations est un des éléments importants du travail, pour autant qu'il ouvre la voie à une élaboration, dans un travail qui concerne tout les membres du groupe. Dans ce bref exemple c'est le changement de rôle, technique la plus fréquente dans le psychodrame-Balint, qui a favorisé la figurabilité de la problématique identificatoire du médecin. Les doublages en voix-off, les soliloques qui accompagnent tout jeu, mais à des degrés divers, participent au processus des associations libres et favorisent l'expression de la fantasmagorie personnelle et groupale. La mise en évidence des particularités des réponses corporelles d'un soignant n'est évidemment pas un objectif en soi, mais elle est intégrée dans la compréhension d'une expérience émotionnelle partagée par tout le groupe.

L'étude du contre-transfert du soignant, et on sait que Balint donnait à la notion de contre-transfert une dimension très extensive, nous semble régulièrement favorisée par le passage par le jeu, et par les processus d'identification qu'il promeut. Jouer non seulement son rôle de soignant mais aussi son patient, l'incarner, n'est-ce pas soutenir et favorise les phénomènes d'identification qui sont à la base de toute compréhension émotionnelle. Même si l'accent est mis ici sur la mobilisation du corps du soignant, sur la possibilité de trouver, voire de retrouver des éprouvés corporels, qui participent de son contre-transfert, le psychodrame-Balint ne favorise pas un discours conscient sur le corps, mais enrichi, avec cet ancrage corporel, les processus psychiques précon-

scients qui caractérisent notre travail.

Dans ce chapitre au très beau titre : " Le métier de comprendre autrui ", Balint a des propos qui retentissent tout particulièrement pour un animateur de psychodrame-Balint : " l'observateur doit être si bien accordé au sujet que pendant quelque temps, voire quelques instants seulement, il puisse éprouver le sentiment d'être lui-même la personne observée ou le créateur de l'objet soumis à l'observation ". " Aucune identification n'est possible, dit encore Balint, si l'observateur n'est pas prêt à faire des expériences nouvelles,..., voire disposé à apprendre quelque chose qui pourra lui sembler étranger ou même angoissant ". Ces mouvements d'identification au patient, patient retrouvé et " recréé " et qui vont alterner avec le retrait dans l'objectivité, passent nécessairement par ce que le patient offre avec son corps et avec ses symptômes. Et aussi par ce que le soignant offre ou propose de lui, de son corps, par son langage corporel.

En tant qu'animateurs de psychodrame Balint nous savons que la méthode que nous utilisons peut, ou a pu, sembler étrangère ou même surprenante à certains de nos collègues. J'espère par ce bref exposé avoir suscité, même brièvement, ce mouvement d'identification à notre fonction d'animateurs. Mais peut-être aurais-je dû aussi vous dire le plaisir que nous éprouvons dans notre travail, et dans le désir de le partager ici avec vous. Pour certains c'est dans l'expérience d'un groupe, mais pour tous dans nos discussions et nos échanges au cours de ces jours.

Jean-Pierre Bachmann
Psychiatre, psychanalyste
15, rue des Sources
1205 Genève

¹ Anne Cain. Le psychodrame-Balint La Pensée Sauvage

² Michel Sapir, in Missenard. L'expérience Balint, Dunod, Paris,

³ Didier Ancieau. Le Moi-Peau, Dunod, PUF, 1995 p 43.

⁴ J. Breuer et S. Freud : Le écanisme psychique des phénomènes hystériques. Chapitre 1. Etudes sur l'hystérie. PUF, p 5.

⁵ S. Freud : Remémoration, répétition, perlaboration. (1914) in : La technique psychanalytique. pp 105-115.

⁶ S. Freud. 1913. L'intérêt de la psychanalyse. in Résultats, idées, Problèmes 1. 1890-1920. PUF, Paris, 1991. pp186.213.

⁷ S. Freud, 1937 Constructions dans l'analyse In Résultats, Idées, Problèmes, tome II, PUF, Paris.

Traduction : SE. Tome XXIII, pp "Assez souvent, écrit Freud, nous ne réussissons pas à amener le patient à se souvenir du refoulé. A la place nous obtenons chez lui, si nous avons mené correctement l'analyse, une ferme conviction de la vérité de la construction, qui a le même effet thérapeutique qu'un souvenir retrouvé."

⁸ Balint, Le défaut fondamental, Payot, Paris. pp 108 : "La régression induite par la situation analytique amène souvent le patient, au lieu de laisser pressentir ou donner habilement à entendre apprendre affirmer explicitement ce qui pense et ce qu'il ressent. Il réalise que les descriptions objectives et détachées ne suffisent pas, que les émotions concomitantes devront être exprimées. Le patient se met alors à varier l'intensité et le timbre de sa voix et à recourir à des gestes et des mouvements. Il peut même être emporté par des émotions au point de passer à l'acte." Balint note aussi que dans toute l'œuvre de Freud il n'a trouvé nulle part une interprétation fondée sur un matériel non verbal.

⁹ Balint : Cas clinique de la jeune femme à la culbute. In : formes bénignes et formes malignes de la régression.

¹⁰ Rene Roussillon : Corps et actes messagers. Colloque Lyon2 du CRPPC. mars 2006.

¹¹ "Par image du corps on désigne la représentation mentale que nous avons de notre propre corps, l'image que l'individu se fait peu à peu de lui. Elle enferme les fantasmes et en particulier les fantasmes inconscients, et fait également intervenir l'environnement. D. Rosenfield. Dictionnaire international de la psychanalyse.

¹² Eglée Lauffer fait une distinction entre ce qui est l'image du corps fondée sur des expériences sensorielles et le corps érotique, qui est un aspect de ce qu'elle appelle la relation au corps comme un objet interne. Normalement le corps érotique (interne) est paré de qualités à la fois bonnes et mauvaises qui découlent des expériences affectives en lien avec les objets primaires et certains aspects spécifiques du corps.

¹³ Anne Cain. La pensée 'sauvage, Grenoble,

¹⁴ Michael Balint. Techniques psychothérapeutiques en médecine, pp Payot, Paris

" Il est facile d'écrire des ordonnances... " :

Franz Kafka et son Médecin de Campagne

John Salinsky *

Résumé

Ce thème secondaire du Congrès (" il est facile d'écrire des ordonnances...) a son origine dans la réflexion désabusée extraite d'une nouvelle de Franz Kafka " Un médecin de campagne ". Ce récit d'une terrible visite de nuit illustre de manière saisissante un aspect complexe de la vie du médecin. Que se passerait-il si l'infortuné généraliste de Kafka avait présenté " son cas " dans un groupe Balint? Ne peut-on pas aussi penser que Kafka s'offre lui-même comme un sujet à la recherche d'un traitement ?

A mes propres débuts comme médecin de famille il y a plus de trente ans, j'ai été confronté sans cesse à une citation tirée de l'histoire de Franz Kafka intitulée " Un médecin de campagne ". C'est la suivante : " Ecrire des prescriptions est chose facile, mais parler et se faire comprendre de son interlocuteur est chose différente ".

(" C'est facile de rédiger des ordonnances; mais pour le reste, se comprendre avec des gens, c'est difficile. ")

A l'origine cette citation était utilisée comme épigraphe de l'un des premiers livres de Michael Balint et de son groupe de Londres. Ce livre intitulé : " Traitement ou Diagnostic : une étude des ordonnances répétées en médecine générale " vaut encore la peine d'être lu. La citation ne cessa d'être répétée dans les conférences et les articles dans les années 1970, à l'époque où la médecine générale fut réinventée comme une spécialité à part entière. Loin d'être inférieurs aux spécialistes des hôpitaux, nous les généralistes, étions en mesure de fournir à nos malades des services que nul autre ne pouvait faire de manière plus appropriée. Les paroles de Kafka sem-

blaient résumer concrètement ce que nous affirmons. Notre mission était, et reste, non seulement de gribouiller des ordonnances sur notre bloc, mais de communiquer avec nos patients en tant qu'êtres humains. D'entrer en contact avec eux avec empathie, compassion et dans la continuité. Ceux à qui j'avais l'occasion de m'adresser semblaient déjà connaître la citation, mais bizarrement personne n'avait l'air d'avoir connaissance de la nouvelle.

Bien des années plus tard, quand je l'ai enfin lue, je fus frappé par sa puissance et par sa qualité étrange et quasi onirique. Non seulement c'est un récit d'une merveilleuse écriture mais son auteur semble avoir une connaissance très intime de ce que c'est qu'être médecin.

Avait-il étudié lui-même la médecine ? Je ne le crois pas. Mais étant de la plume de Kafka cette histoire devait vraisemblablement avoir toutes sortes de significations que je n'avais jusque là jamais imaginées. Lors d'une conversation avec un ami qui était professeur d'anglais, il m'assura que le sujet ne concernait pas les médecins, mais je ne me sentis pas du tout convaincu. Je devins obsédé par ce récit. Je lus à son sujet. J'écrivis et donnai même des cours à des généralistes en formation sur ce sujet. Et je cherchai à apprendre tout ce que je pouvais au sujet de Franz Kafka. Né à Prague en 1883, au sein d'une minorité de la communauté juive qui était germanophone, Kafka n'écrivait qu'en allemand même s'il parlait le tchèque couramment. Il travailla comme avocat dans l'agence d'assurance des Travailleurs de l'Etat à Prague, et écrivait la nuit.

Il n'était pas très connu de son vivant, mais depuis sa mort il est devenu l'un des plus fameux auteurs du 20^{ème} siècle, l'un de ceux qui a suscité le plus d'études et le plus troublant et déconcertant des écrivains de cette époque. Il était une personnalité très perturbée, plein d'angoisses et souffrant de troubles psychosomatiques. Son nom est aujourd'hui associé au terme " kafkaïen " qui s'applique à un monde dans lequel une personne insignifiante se débat désespérément contre une bureaucratie sans cœur. Il avait également un grand sens de l'humour. Franz Kafka est mort à l'âge de 40 ans, ayant écrit trois romans inachevés et non publiés, ainsi que des lettres, des journaux intimes et quantité de courtes nouvelles dont seulement quelques unes furent publiées de son vivant. L'une

d'entre elles était " Un médecin de campagne " (Ein Landarzt).

A présent je devrais vous dire quelque chose au sujet de cette nouvelle. Ou peut-être vous rafraîchir la mémoire si vous la connaissez déjà. L'histoire commence à la première personne. C'est le docteur qui parle :

" J'étais dans un grand embarras : il fallait que je parte pour un voyage urgent : un patient gravement atteint m'attendait dans un village distant de dix lieues ; de violentes bourrasques de neige emplissaient le vaste espace entre lui et moi ; j'avais une voiture, légère et à roues hautes, tout à fait ce qui va bien pour nos routes ; emmitouflé dans ma pelisse, ma trousse à la main, je me tenais déjà fin prêt dans la cour ; mais le cheval, il manquait le cheval. "

Nous apprenons alors que le cheval du docteur était mort durant la nuit et qu'il n'avait pas été possible d'en emprunter un malgré tous les efforts de sa servante, Rose. Ensuite l'histoire prend un tour qui frise la magie ou l'imaginaire : sortant tout à coup d'une porcherie deux splendides chevaux et un garçon d'écurie qui semblait s'en occuper se présentent. Le problème était-il pourtant résolu ? Oui et non. Le garçon d'écurie est en fait un personnage démoniaque qui a l'intention de violer la pauvre petite Rose. Le docteur se trouve emporté dans le cabriolet, ouvert à tous les vents, par les chevaux qui galopent furieusement et il est incapable de protéger Rose du palefrenier. Comme dans un rêve le cabriolet arrive pratiquement instantanément au village du malade et le médecin doit se concentrer sur son travail, malgré les angoisses qui le tenaillent quant à sa vie privée.

" Tu viens ", dis-je au valet, " sinon je renonce à cette visite, si urgente qu'elle soit. Il n'est pas question que je t'abandonne cette fille pour payer mon trajet. " Il dit : " Grand train ! " - il frappe dans ses mains ; la voiture est entraînée comme du bois entraîné dans le courant ; j'entends encore la porte de ma maison que l'assaut du valet fait craquer et voler en éclats ; puis mes yeux sont tout emplis d'un sifflement qui pénètre uniformément tous les sens. Mais cela aussi, pour un instant seulement ; car si la ferme de mon patient se trouvait juste à mon portail, j'y suis déjà ; les chevaux, paisibles, sont arrêtés ; la chute de neige a cessé ; clair de lune alentour ; les

parents du malade sortent en hâte de la maison ; sa sœur derrière eux ; on m'arrache presque à ma voiture.

Le patient est un jeune homme qui, à première vue, semblait s'être alité par pure paresse.

Le docteur est furieux d'avoir été obligé de sortir, au beau milieu de la nuit, pour une visite à domicile tout à fait inutile. Il bougonne, se plaignant que tout un chacun abuse de sa situation professionnelle et de son bon caractère.

" Mon cheval a crevé, et il n'y a personne dans le village qui me prête le sien. J'en suis réduit à atteler avec ce que je tire de la porcherie ; si le hasard ne voulait pas que ce fussent des chevaux, il faudrait que je parte derrière des truies. C'est comme ça. Et je fais oui de la tête à la famille. Ils ne se doutent de rien, et s'ils savaient ils ne le croiraient pas. C'est facile de rédiger des ordonnances ; mais pour le reste, se comprendre avec des gens, c'est difficile. Eh bien, là ma visite serait en somme terminée, une fois de plus on m'a dérangé sans nécessité. "

Je pense que bon nombre de médecins généralistes de notre temps peuvent se sentir concernés par un tel sentiment. Mais la famille n'accepte pas son diagnostic sommaire. La sœur brandit une serviette toute maculée de sang à son visage. Même les deux chevaux qui ont réussi à pousser leurs têtes par les fenêtres (c'est une merveilleuse et comique touche visuelle) semblent pousser le docteur à y jeter un nouveau coup d'œil. Lorsqu'il le fait il découvre que le jeune homme a une terrible blessure sur son côté et dans laquelle d'horribles vers grouillent en se tortillant. Il est certain qu'il va en mourir. " Pauvre garçon, on ne peut plus rien pour toi. J'ai découvert ta grande plaie ; c'est de cette fleur à ton flanc que tu es en train de mourir "... " Vas-tu me sauver ? " implore le garçon.

Mais le docteur ne fait que continuer à se dire en bougonnant que les gens lui demandent de faire l'impossible. Soudain la famille et les anciens du village lui sautent dessus, lui arrachent ses vêtements et le mettent au lit tout nu avec le malade pendant qu'un chœur d'écoliers assemblés à l'extérieur se met à chanter une petite chanson folklorique. Pendant ce temps le docteur et son malade se parlent. Le garçon est mécontent et plein de ressentiment. Le docteur est d'accord qu'il ne peut rien, qu'il est inutile. " Mais dois-je me contenter de cette excuse,

demande le garçon? "Puis il ajoute tristement : "Ah il faudra bien. Je ne cesse de devoir me contenter. Je suis venu au monde avec une belle plaie ; c'était là tout ce dont j'ai hérité."

Plutôt honteusement le médecin essaie à présent de rassurer le garçon en lui disant que sa blessure est seulement superficielle et qu'il peut échapper au danger. Il rassemble à la hâte sa pelisse et son matériel et, encore tout nu, saute par la fenêtre sur le dos de l'un de ses chevaux. Le voyage de retour est pénible, lent, et le docteur se lamente d'avoir sa vie ruinée et également sa clientèle, seulement à cause d'une décision erronée.

Telle est l'histoire. Elle est brillante, excitante, inquiétante et laisse pantois. Vous allez certainement partir pour aller lire la nouvelle. Mais de quoi en fait s'agit-il ? Il me semble qu'elle contient un message pour les médecins. Mais il y a beaucoup d'autres choses dont il est question aussi. Kafka est un écrivain dont l'œuvre a été le sujet d'interprétations très diverses : politiques, religieuses, biographiques et existentielles, pour ne faire mention que de quelques unes. Mais avant d'aborder ces facettes je crois qu'il nous faut considérer cette histoire au pied de la lettre. Ce que nous devons retenir c'est qu'il s'agit d'abord d'un vieux médecin généraliste racontant l'histoire d'une rencontre avec un patient. Est-ce un cas pour un groupe Balint ? Vous pouvez parier que oui ! Alors imaginons que le Docteur est membre de notre groupe Balint. Il appartient à notre groupe et il vient nous présenter son cas. Comment notre groupe va-t-il l'accueillir ? Que penserons-nous de lui ?

En premier lieu nous éprouverons une grande sympathie pour lui avec la mort de son cheval. Il est vrai que de nos jours les médecins de campagne ne font plus souvent leurs visites en attelage ; mais imaginez une voiture dont la batterie est à plat, la situation est bien la même. Ensuite il y a la question de la jeune fille, Rose, et du palefrenier. Combien souvent avons-nous tous eu affaire à une urgence médicale au moment même où nous étions dans une situation de grande crise dans notre vie privée? Nous devons parler de manière urgente à un mari ou une femme qui menace de s'en aller, ou à un fils adolescent qui semble prendre de la drogue. Ou tout simplement il y a eu un vol avec effraction, ou le toit qui fuit... Mais au lieu de pouvoir prendre soin de nos propres affaires, de celles de nos vies, nous devons nous

précipiter pour aller aider un malade ou un autre. C'est peut-être cette Mme Jones qui est toujours en train de nous appeler pour rien. Et pourtant il faut y aller, bon gré mal gré, juste au cas où cette fois elle aurait réellement une crise cardiaque...

Ensuite nous devons aborder le moment où le docteur pose un premier regard sur le patient, cet être fragile, ce mince jeune homme allongé dans son lit. Le garçon jette son bras autour du cou du médecin et lui dit : " Docteur, laisse-moi mourir ". C'est vraiment perturbant. Il est suicidaire ! Que va faire le docteur ? Mais le docteur est trop préoccupé par ses problèmes personnels pour se soucier beaucoup du malade. Nous sommes un peu étonnés de sa franchise. De toute façon, il permet à la famille du jeune homme de lui montrer leur hospitalité : la sœur l'aide à se débarrasser de son manteau ; le père lui offre un verre de rhum. Ils essaient de l'ama-douer pour le mettre de meilleure humeur, exactement comme le font nos malades quand ils nous sentent préoccupés ou de mauvais poil. Ensuite, après un bref examen du patient, notre docteur arrive à la conclusion qu'il n'y a aucun souci à se faire. " Le garçon est en bonne santé et mérite tout simplement qu'on le jette d'un coup hors de ce lit " Et après, il commence à se plaindre auprès du groupe comment on abuse de lui et comment la société tire avantage de ses bonnes dispositions. " Mal payé, je suis néanmoins généreux et secourable envers les pauvres ". Nul ne l'apprécie. Ecrire des prescriptions est chose simple, observe-t-il, mais communiquer avec les gens est difficile. Nous, les médecins de notre groupe, approuvons du chef, étant d'accord. Plusieurs d'entre nous voudrions ajouter nos commentaires sur la façon dont nous, les médecins, sommes traités à présent par des paysans ignorants. Mais le leader du groupe intervient alors et nous prie de laisser notre collègue terminer son exposé.

A présent, il aborde le moment où il a été persuadé de porter une deuxième fois son regard sur le garçon et où il découvre la blessure terrible et fatale à son flanc. A nouveau les médecins opinent de la tête, en sympathie pour lui. Nous avons tous été dans ce cas ! Avons fait fi de symptômes car nous les considérons futiles, pour nous apercevoir ensuite que le patient était en fait condamné. La famille est à présent contente que le docteur ait commencé à considérer sérieusement le cas du fils. La maison se remplit d'amis et de voisins. Les anciens du village

font leur apparition. Le chœur se groupe avec le maître d'école devant la porte ! Les chevaux continuent à regarder par la fenêtre. Il y a une bonne part de comédie chez Kafka. Ne laissez personne vous raconter que ses histoires sont déprimantes. A présent, voilà la famille et les anciens qui dépouillent le docteur de ses vêtements et le mettent tout nu au lit avec le patient !

Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? Le docteur pourrait nous le demander, à nous ses amis du groupe.

Au début nous disons non de la tête, puis nous réfléchissons : attendons une minute ! Moi, je sais ce que c'est que de se sentir tout nu pendant une consultation. Et si proche de mon patient, je sens que nous sommes tous deux presque la même personne ! Ensuite le docteur admet avoir commis une deuxième grave erreur. Il a menti au patient. Quoiqu'il sache fort bien que le patient va mourir, il lui donne de fausses espérances pour le rassurer. Tout ce qu'il veut faire, c'est se tirer d'une mauvaise situation dès que possible et rentrer chez lui pour sauver Rose. Et garder sa clientèle.

Maintenant le moment est venu de la discussion du cas au sein de notre groupe. Nous avons tous beaucoup à dire. Notre leader a de la difficulté à nous empêcher d'interrompre celui qui a la parole ; nous sommes tous si excités. D'abord nous évitons de mentionner les erreurs du médecin et son comportement non-professionnel. Nous sommes tous d'accord sur le fait que les médecins sont exploités, que personne ne nous apprécie, et les paysans ne sont qu'un lot d'ignorants grippe-sous ! Le gouvernement devrait mettre à notre disposition et gratuitement des chevaux et nous ne devrions pas être contraints à faire des visites de nuit. Nous devrions être mieux payés. Et on devrait mieux nous respecter. Le leader laisse passer ce qui se dit, puis essaye de ramener le débat sur le sujet de la relation médecin/patient. Petit à petit nous commençons à examiner nos propres sentiments.

Comme il est facile de se mettre en colère lorsqu'on essaie de tirer avantage de vous. Combien il est facile et combien il est dangereux de ne pas faire attention à ce que disent le patient et sa famille. Comme il est important de faire un examen approfondi du patient. Nous évitons de critiquer sévèrement notre ami médecin parce que nous avons tous

fait des erreurs semblables. Et nous en avons eu honte, et par la suite avons répété les mêmes erreurs.

Que dire du patient ? Que dirions-nous si nous étions dans ses bottes ? Mais comme il n'en porte pas, que ressentirions-nous si nous étions là, dans son lit avec sa blessure ? Il semble savoir qu'il va mourir. Est-il terrifié ? Il est en colère contre ce vieil homme qui ne peut que lui dire que ce n'est pas facile pour lui non plus. Nous nous mettons à réfléchir à la remarque du garçon qui dit : "Je suis venu au monde avec une belle plaie; c'était là tout ce dont j'ai hérité." Qu'a-t-il voulu dire par là ? Le leader du groupe pense qu'il le sait, mais ne le dit pas. Certainement nous sommes d'accord sur le fait que le garçon a droit à une certaine compassion, un peu de compréhension, à un docteur qui répondra à ses questions et qui restera avec lui pour lui prodiguer du réconfort autant qu'il le pourra. Et certains d'entre nous semblent assez critiques de l'attitude du médecin à présent. Mais nous n'ajoutons rien parce que nous éprouvons du chagrin pour lui et suspectons que, sous sa colère et son désespoir, il éprouve un sentiment de culpabilité. Est-ce que sa clientèle va l'abandonner en raison de cette visite de nuit si profondément dérangeante ? Souffre-t-il de burnout ? Certains de ces sujets sont un peu trop personnels pour être discutés avec un médecin que l'on ne connaît pas bien.

Nous terminons sur une note d'incertitude comme cela arrive souvent dans les groupes Balint. En espérant toutefois que le docteur se soit senti mieux après avoir raconté son histoire, ait fait sa confession, et sans avoir été rejeté comme personne humaine. A-t-il vraiment pris conscience d'avoir plutôt mal agi ? Ou s'est-il seulement apitoyé sur son propre sort ? Difficile de le dire ! Mais nous, le reste du groupe, avons tous appris quelque chose à propos de nous-mêmes.

Mais à présent, quelques uns parmi vous doivent penser : tout cela est très bien, et au début j'avais cru que le Médecin de Campagne était un vrai docteur, bien en vie. Mais en fait il n'est qu'un personnage de fiction qui n'existe que dans la tête de celui qui l'a imaginé. Alors ne devrions-nous pas demander à Franz Kafka de nous présenter lui-même son cas à notre groupe Balint ? Eh bien, mesdames et messieurs, il a été présent tout au long de ce récit. Pendant que nous écoutions le docteur nous entendions aussi les pensées, les sentiments et les angoisses de Franz Kafka. Que savons-nous de la vie de Kafka

qui pourrait nous aider à comprendre les aspects les plus énigmatiques de l'histoire du docteur ? A ce point de l'histoire, un professeur de littérature, s'il y en a dans l'audience, pourrait se mettre debout et dire : la vie de l'auteur est tout à fait sans rapport avec le sujet ; la critique littéraire doit coller au texte et ne doit pas faire l'objet de conjectures en ce qui concerne la vie de l'auteur. A ceci je répondrais que nous sommes tous ici des médecins et des psychothérapeutes.

Un texte pour nous est comme les symptômes d'une maladie. Nous ne pouvons résister à ce besoin urgent que nous avons d'encourager le patient à nous en dire plus sur ce qui le concerne personnellement. Et la vie de Kafka est si intéressante que même les professeurs font une exception et ont déjà écrit des millions de mots pour établir le lien entre la vie de Kafka et son œuvre.

Alors, comment se fait-il que ce jeune homme de 30 ans en soit arrivé à écrire "Un médecin de campagne", à Prague, durant la première guerre mondiale ? Était-il lui-même un médecin ? Non, il ne l'était pas. Il avait obtenu son doctorat en droit. Mais il avait un oncle favori, l'oncle Siegfried, qui était en effet un médecin de campagne. Et le jeune Franz avait passé des vacances d'été avec l'oncle Siegfried et, sans doute, l'a-t-il entendu parlé de ses patients. On peut imaginer que l'oncle, en rentrant de l'une de ses visites, jetant son sac sur la table, dise : " Eh bien, ça a été une perte de temps totale ! ". Dans un moment d'humeur plus réfléchi il aurait pu dire à son neveu : " Que veulent-ils donc de moi réellement ces patients ? Ne comprennent-ils pas que je ne peux pas faire de miracles ? Crois-moi mon garçon, écrire des ordonnances, c'est facile, MAIS... "

Chez lui à Prague, la vie était plus difficile pour le jeune Franz. Il avait une relation très problématique avec son père qui était un homme gros, bruyant et plein d'assurance, très différent de son fils timide, fluide et nerveux. Le père de Kafka était un homme ébrié ayant réussi et qui voulait un fils lui ressemblant. Mais tout ce que Franz voulait c'était son père et cela, son père ne put jamais le comprendre. Revenant tout ceci, nous revenons à l'histoire du Médecin de Campagne et que voyons-nous ? Un médecin et son patient. Mais nous voyons aussi un jeune homme frêle, ressemblant assez à Franz, et un vieil homme autoritaire, peut-être tout comme le père de

Franz. Il est clair qu'ils ne pouvaient se comprendre.

Et que dire de la terrible blessure que le garçon avait à son flanc ? Kafka est mort d'une tuberculose qui s'est manifestée pour la première fois par une toux et par des crachats de sang. Ceci ne fut évident qu'après 1917, après que l'histoire fut écrite. Mais quand cela arriva, Kafka écrivit à un ami : " J'avais prédit que je cracherais du sang dans " Un médecin de campagne " ". Mais cette blessure a aussi d'autres significations ...

De nombreux critiques se sont emparés de son symbolisme sexuel : la blessure a été comparée à un vagin et sa couleur est décrite comme étant de couleur rose-rouge, ce qui nous fait penser à Rose, de retour à la maison du docteur. Nous savons que les rapports de Kafka avec les femmes ont été difficiles et compliqués. Il a écrit des centaines de lettres d'amour, mais il garda ses distances par rapport au mariage, car il craignait que vivre intimement avec quelqu'un l'empêcherait d'écrire. Quoiqu'il ait été très attaché à sa fiancée Félice, il semblait préférer lui écrire qu'être en sa compagnie. Il eut aussi de courtes liaisons avec d'autres femmes, et quelques unes lui procurèrent du bien-être. Mais après des rencontres de passage il s'éloignait, dégoûté de lui-même. Ce n'est qu'à la toute fin de sa vie qu'il semble avoir trouvé une période de vrai bonheur, hélas très courte, avec une jeune femme prénommée Dora. Mais, même si cette blessure " rose-rouge " est un symbole sexuel, ceci n'explique pas pourquoi le jeune homme considère que cette blessure, avec laquelle il est né, soit la seule chose de valeur qu'il a amené avec lui en venant au monde.

Peut-être, comme le suggèrent certains critiques, la blessure représente aussi son don d'écrivain : une source de joie mais aussi de souffrance et, peut-être, finalement, de sa mort prématurée. Et que doit-on dire au sujet de la fameuse phrase concernant les ordonnances plus faciles à rédiger que ne peut l'être la compréhension d'autrui ? Que veut-il dire quand il parle de la capacité à comprendre autrui ? A cette période où l'histoire est écrite c'est-à-dire pendant l'hiver 1916-1917 c'était avec de grandes angoisses qu'il tentait de comprendre sa relation avec Félice. Leurs fiançailles étaient rompues, mais ils s'écrivaient et avaient même l'intention de se rencontrer. L'hémoptysie de Kafka en septembre 1917, " la blessure fatale " lui fournit une bonne excuse pour abandonner toute idée de mariage en raison de sa

santé défaillante.

Quand vous commencez à réfléchir au sujet des écrits de Kafka, des interprétations surgissent et révèlent des différences dans la compréhension de ces textes à des niveaux divers.

Certaines interprétations peuvent en contredire d'autres, mais ceci n'a pas vraiment d'importance. Quand je lis l'histoire, j'ai l'impression étrange d'avoir appris quelque chose d'important, sans pouvoir dire toutefois que je peux l'expliquer, ou dire quel en est le sens précis. C'est comme la lecture d'un très beau et mystérieux poème. La même impression peut être ressentie au cours d'une discussion au sein d'un groupe Balint. Toutes sortes d'opinions diverses peuvent se faire entendre. Nous avons souvent l'impression d'en avoir élucidé beaucoup, mais une incertitude reste lorsqu'on aborde le sujet du Médecin de Campagne et de son patient et de la relation qui existe entre eux dans l'esprit de l'auteur. Nous apprenons quelque chose de notre propre personnalité et de la communauté humaine. Exactement comme on le fait au sein d'un groupe Balint.

John Salinsky
Médecin généraliste
jvsalinsky@aol.com

Un médecin de campagne

Franz Kafka *

J'étais dans un grand embarras : il fallait que je parte pour un voyage urgent ; Un patient gravement atteint m'attendait dans un village distant de dix lieues; de fortes bourrasques de neige emplissaient le vaste espace entre lui et moi; j'avais une voiture, légère et à roues hautes, tout à fait ce qui va bien pour nos routes; emmitoufflé dans ma pelisse, ma trousse à la main, je me tenais déjà fin prêt dans la cour; mais le cheval, il manquait le cheval. Le mien avait crevé la nuit d'avant, exténué par les fatigues de cet hiver glacial; ma bonne courait à présent le village pour emprunter un cheval; mais c'était sans espoir, je le savais, et la neige s'entassait de plus en plus sur moi qui bougeais de moins en moins et restais planté là inutilement. La bonne apparut au portail, seule, balançant la lanterne; naturellement, qui va maintenant prêter son cheval pour un trajet pareil? Je traversai la cour encore une fois ; je ne trouvais pas de possibilité; distrait et tourmenté, je heurtai du pied la porte branlante de la porcherie qui ne servait plus depuis des années déjà. Elle s'ouvrit et se mit à battre sur ses gonds. Il en sortit de la chaleur et comme une odeur de chevaux. Une lanterne sourde d'écurie s'y balançait au bout d'une ficelle. Un homme accroupi dans le fond bas du réduit montra son visage avenant, aux yeux bleus. "Dois-je atteler? " demanda-t-il en s'avançant à quatre pattes. Je ne sus que dire et me penchai seulement, pour voir ce qu'il y avait encore à l'intérieur. La bonne était à côté de moi. " On n'a pas idée de toutes les choses qu'on a en réserve dans sa propre maison, dit-elle, et nous rîmes tous les deux. Allez, hue, Frère, hue, Sœur! " cria le valet d'écurie, et deux chevaux, des bêtes robustes aux flancs puissants, passèrent successivement la porte en forçant, les pattes contre le ventre et en baissant leurs belles têtes comme des chameaux, en tordant violemment la partie antérieure de leur corps pour se dégager de l'embrasement qui les contenait tout juste. Mais aussitôt ils se retrouvèrent bien droit sur leurs hautes pattes, le corps tout fumant de vapeur. Aide-le ", dis-je, et la fille empressée se hâta de passer au valet les harnais et les traits. Mais à peine était-elle près de lui, voilà que le valet l'enlace et colle son visage au sien. Elle pousse un cri et se réfugie près de moi ; la

marque rouge de deux rangées de dents se voient sur la joue de la fille. "Espèce de brute", criai-je, furieux, "tu veux le fouet?", mais je songe aussitôt que c'est un inconnu, que j'ignore d'où il vient et que c'est de son plein gré qu'il me tire d'affaire, quand tous les autres me lâchent. Comme s'il savait ce que je suis en train de penser, il ne se formalise pas de ma menace, il se tourne juste une fois vers moi tout en continuant de s'occuper des chevaux, et dit : "Montez." Et, de fait, tout est prêt. Je note que jamais encore je ne suis parti en si bel équipage, et je monte gaiement. " Mais c'est moi qui conduis, tu ne connais pas la route ", dis-je. " Bien sûr, dit-il, je ne viens même pas, je reste avec Rose. Non! " crie Rose, qui court jusqu'à la maison, avec le juste pressentiment que son destin est inéluctable; j'entends le cliquetis de la chaîne qu'elle met à la porte; j'entends le déclic de la serrure; je vois qu'en plus elle file dans le couloir et à travers toutes les pièces en éteignant les lumières, pour se rendre introuvable. " Tu viens ", dis-je au valet, sinon je renonce à cette visite, si urgente qu'elle soit. Il n'est pas question que je t'abandonne cette fille pour payer mon trajet. " Il dit : " Grand train! " - il frappe dans ses mains; la voiture est emportée comme du bois entraîné dans le courant; j'entends encore la porte de ma maison que l'assaut du valet fait craquer et voler en éclats, puis mes yeux sont tout emplis d'un sifflement qui pénètre uniformément tous les sens. Mais cela aussi, pour un instant seulement; car, comme si la ferme de mon patient se trouvait juste à mon portail, j'y suis déjà ; les chevaux, paisibles, sont arrêtés; la chute de neige a cessé; clair de lune alentour; les parents du malade sortent en hâte de la maison; sa sœur derrière eux ; on m'arrache presque à ma voiture; de leurs propos confus je ne retire rien; dans la chambre du malade, l'air est à peine respirable; le poêle négligé fume ; j'ouvrirai la fenêtre d'une poussée : mais d'abord je veux voir le malade. Maigre, sans fièvre, ni froid ni chaud, les yeux vides et sans chemise, le garçon se soulève sous son édredon, se pend à mon cou, me chuchote à l'oreille : " Docteur, laisse-moi mourir. " Je me retourne; personne n'a entendu; les parents sont penchés en avant, silencieux, et attendent mon verdict; la sœur a apporté une chaise pour ma trousse. J'ouvre la trousse et cherche parmi mes instruments; le garçon, du fond de son lit, essaie sans arrêt de m'attraper pour me rappeler ce qu'il m'a demandé; je saisis une pince, je l'examine à la lueur de

la bougie, et la repose. " Oui, me dis-je en pestant, dans ces cas-là, les dieux vous viennent en aide, ils vous envoient le cheval qui manquait, ils en ajoutent même un second compte tenu de l'urgence, ils vous offrent encore le valet par-dessus le marché ... " C'est alors seulement que je repense à Rose; que faire, comment la sauver, comment la retirer de sous ce valet d'écurie, quand je suis à dix lieues d'elle et que ma voiture est tirée par des chevaux dont on ne peut se rendre maître? Ces chevaux qui ont dû à présent détacher leurs rênes; qui, je ne sais comment, poussent les fenêtres de l'extérieur, chacun passant la tête par l'une d'elles et regardant le malade sans se soucier de la famille qui se récrie. " Je repars tout de suite ", me dis-je comme si les chevaux m'incitaient à me mettre en route, mais je me laisse faire quand la sœur, me croyant engourdi par la chaleur, me débarrasse de ma pelisse. On me prépare un verre de rhum, le vieux me tape sur l'épaule, le sacrifice de son trésor justifie cette familiarité. Je secoue la tête; dans l'horizon borné du vieux, je suis pris de nausées; c'est l'unique raison qui me fait refuser de boire. La mère est debout près du lit et me fait des invites pour que j'approche ; je m'exécute et, tandis qu'un des chevaux pousse vers le plafond un hennissement bruyant, je pose ma tête sur la poitrine du garçon, que le contact de ma barbe humide fait frissonner. J'ai la confirmation de ce que je sais : le garçon est en bonne santé, un peu de mauvaise circulation peut-être, et trop imbibé de café par une mère inquiète, mais en bonne santé, et méritant tout simplement qu'on le jette d'un coup hors de ce lit. Je ne suis pas un redresseur de torts et je le laisse couché. Je suis appointé par le district et je fais mon devoir jusqu'à ras bord, jusque là où ça devient presque trop. Mal payé, je suis néanmoins généreux et secourable envers les pauvres. Il faut encore que je prenne soin de Rose, ensuite ce garçon peut bien avoir raison, et moi aussi je veux mourir. Qu'est-ce que je fais là, dans cet hiver qui n'en finit pas? Mon cheval a crevé, et il n'y a personne dans le village qui me prête le sien. J'en suis réduit à atteler avec ce que je tire de la porcherie; si le hasard ne voulait pas que ce fussent des chevaux, il faudrait que je parte derrière des truies. C'est comme ça. Et je fais oui de la tête à la famille. Ils ne se doutent de rien, et s'ils savaient, ils ne le croiraient pas. C'est facile de rédiger des ordonnances; mais, pour le reste, se comprendre avec les gens, c'est difficile. Eh bien, là, ma visite serait en somme terminée, une fois de plus on m'a dérangé sans nécessité, j'y suis habitué, ma son-

nette de nuit sert à tout le district pour me tourmenter, mais avoir dû cette fois abandonner Rose en plus, cette belle fille qui vit depuis des années chez moi sans que je lui prête guère attention ... , ce sacrifice est trop grand, et me voilà contraint de l'arranger tant bien que mal dans ma tête en recourant à des subtilités, pour ne pas m'en prendre à cette famille qui, du reste, avec la meilleure volonté du monde, ne peut pas me rendre Rose. Mais tandis que je referme ma trousse et demande d'un geste ma pelisse, et que toute la famille est là debout, le père reniflant le verre de rhum dans sa main, la mère vraisemblablement déçue par moi - eh, qu'attendent donc ces gens? - et se mordant les lèvres en larmoyant, et la sœur brandissant une serviette toute maculée de sang, je me sens vaguement disposé à convenir éventuellement que le garçon est peut-être malade tout de même. Je vais vers lui, il m'adresse un sourire, comme si je lui apportais je ne sais quel bouillon des plus concentrés - ah, voilà les chevaux qui hennissent tous les deux; ce vacarme est sans doute organisé en haut lieu pour faciliter l'examen! - et maintenant, je trouve : oui, le garçon est malade. Sur son côté droit, dans la région de la hanche, une plaie s'est ouverte, grande comme la paume de la main. Rose, avec de nombreuses nuances, sombre au fond, plus claire vers les bords, d'un grain délicat, avec du sang qui s'y accumule irrégulièrement, béante comme une mine à ciel ouvert. Voilà à distance. De près apparaît encore une aggravation. Qui peut regarder cela sans émettre un petit sifflement? Des vers, aussi gros que mon petit doigt et aussi longs, roses par eux-mêmes et de surcroît éclaboussés de sang, se tordent, retenus qu'ils sont à l'intérieur de la plaie, vers la lumière, avec leurs petites têtes blanches et leurs nombreuses petites pattes. Pauvre garçon, on ne peut plus rien pour toi. J'ai découvert ta grande plaie; c'est de cette fleur à ton flanc que tu es en train de mourir. La famille est heureuse, elle me voit en action ; la sœur le dit à la mère, la mère au père, le père à quelques hôtes qui entrent sur la pointe des pieds, les bras écartés en balancier, par le clair de lune de la porte ou verte. " Vas-tu me sauver? " chuchote le garçon en sanglotant, tout ébloui par cette vie dans sa plaie. Les gens sont comme ça, dans ma région. Toujours exiger du médecin l'impossible. Ils ont perdu l'ancienne foi ; le prêtre reste chez lui et fait de la charpie avec ses chasubles, l'une après l'autre ; mais le médecin est crédité de tous les pouvoirs, avec sa main délicate et chirurgicale. Eh bien, comme il vous plaira, ce n'est

pas moi qui me suis proposé; si vous m'exploitez à des fins sacrées, là encore je me laisserai faire ; que puis-je désirer d'autre, vieux médecin de campagne, privé de ma bonne ~ Et les voici qui viennent, la famille et les anciens du village, et qui me déshabillent ; un chœur d'écoliers conduit par l'instituteur a pris place devant la maison et chante une mélodie extrêmement simple sur ce texte:

Déshabillez-le, il saura soigner.

Et s'il ne sait pas, alors tuez-le!

C'est qu'un médecin, c'est qu'un médecin.

Je me retrouve déshabillé et, les doigts dans ma barbe, je regarde tranquillement les gens en penchant la tête. Je suis tout à fait calme et me sens bien au-dessus d'eux tous, et je reste dans ces dispositions, quoique cela ne me serve à rien, car à présent ils me prennent par la tête et les pieds et me potent dans le lit. Ils m'y posent vers le mur, du côté de la plaie. Puis ils sortent tous de la pièce ; la porte se referme, le chant cesse ; des nuages viennent devant la lune et la chaleur de la literie m'enveloppe ; les têtes des chevaux bougent comme des ombres dans l'orifice des fenêtres. " Tu sais ", entends-je dire à mon oreille, " ma confiance en toi est très limitée. Car enfin tu as atterri par ici comme n'importe où, tu n'arrives pas sur tes propres pieds. Au lieu de me porter secours, tu me prends de la place sur mon lit de mort. Pour un peu, je t'arracherais les yeux. " - " C'est exact, dis-je, c'est une honte. Seulement voilà, je suis médecin. Que veux-tu que je fasse? Crois-moi, ce n'est pas facile pour moi non plus. " - " Je suis censé me contenter de cette excuse? Ah, il faudra bien. Je ne cesse de devoir me contenter. Je suis venu au monde avec une belle plaie; c'était là tout mon trousseau. " - " Mon jeune ami ", dis-je, " tu as un tort, c'est de ne pas avoir de vue d'ensemble. Moi qui ai déjà été au chevet de tous les malades possibles et imaginables, je te le dis: ta plaie n'est pas si terrible. Faite à angle aigu par deux coups de cognée. Beaucoup tendent le flanc et entendent à peine la cognée dans la forêt, et encore moins qu'elle approche d'eux. " - " En est-il réellement ainsi, ou est-ce que tu me trompes dans ma fièvre? " - " C'est réellement ainsi, crois-en la parole d'honneur d'un médecin fonction-

naire et emporte-la en partant. " Il me crut sur parole et se tut.

Mais il était temps à présent de songer à me sauver. Les chevaux se tenaient toujours fidèlement à leurs places. J'eus vite fait de ramasser vêtements, pelisse et trousse; je ne voulais pas me retarder en m'habillant; si les chevaux se dépêchaient comme à l'aller, j'allais sauter en somme de ce lit dans le mien. Docilement, l'un des chevaux se retira de sa fenêtre; je lançai le paquet dans la voiture ; la pelisse vola trop loin, se prenant juste à un crochet par une manche. C'était bien bon. Je m'élançai sur le cheval. Les rênes traînant mollement, les chevaux à peine attachés l'un à l'autre, la voiture errant à la traîne, la pelisse en dernier dans la neige. " Grand train! " dis-je, mais ça n'allait pas grand train; c'est avec une lenteur de vieillards que nous avançons dans le désert de neige ; longtemps résonna derrière nous le chant nouveau, mais erroné, des enfants : " Réjouissez-vous, patients, le médecin a été mis dans votre lit! "

Jamais je n'arriverai comme ça chez moi; mon cabinet florissant est perdu; un successeur me vole, mais sans profit, car il ne peut me remplacer; dans ma maison se déchaîne le répugnant valet d'écurie; Rose est sa victime; je ne veux pas y penser davantage. Nu, exposé au froid glacial de cette époque malheureuse entre toutes, je me traîne au hasard comme le vieil homme que je suis, avec une voiture terrestre et des chevaux qui ne le sont pas. Ma pelisse est accrochée derrière la voiture, mais je ne puis l'atteindre, et nul ne lève le petit doigt parmi la racaille mouvante des patients. Floué! Floué! Une fois qu'on a suivi le son faux de la sonnette de nuit - c'est à jamais irréparable.

Franz Kafka
 Considération. Le verdict.
 Dans la colonie pénitentiaire.
 Un médecin de campagne.
 GF Flammarion 1991 - Paris

Liste des animateurs en 2010

International

MADELEINE BLASER-JOSS	3, rue Mercerie, 1003 Lausanne madeleine_joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
RENATE BAIER MULLER	17, Herzog Wilhelmstrasse, 80331 München dr.r.baier-muller@onlign.de	00 49 89 26 02 43 42
SUZANNE DEJOIE	8871, Outremont, H2V3G8, Montréal Qc, Canada sdejoie@xplornet.ca	00 15 14 38 14 241
NOEL MONTGRAIN	Université de Laval, Fac de Médecine, Québec G1k 7P4 garneau.montgrain@sympatico.ca	00 14 18 65 381 76
PATRICIA PAVACCI	Via Malta3/18, 16121 Genova	00 39 34 75 74 04 93
PIERO TRUCCHI	CP 1234, 16121 Genova piero.trucchi@virgilio.it	00 39 033 540 22 48
JEAN-PIERRE BACHMANN	15, rue des sources, 1205 Genève jpbachmann@sunrise.ch	00 41 22 321 53 53/53 30
SYLVIE BURNAND	16, rue Voltaire, 1201 Genève sylvieburnand@bluewin.ch	00 41 22 345 91 03
CHRISTIAN BOURDY	christian.bourdy@sympatico.ca	

France

FRANÇOIS BERTON	62, rue Charlot, 75003 Paris f.berton@orange.fr	01 42 78 38 86 / 06 11 82 07 77
MICHÈLE BONAL	26bis, rue du Lac Bleu, 31240 Caprais drmichelebonal@wanadoo.fr	05 61 35 85 38 / 06 86 41 63 85
ANNIE BOUILLON	1, rue Servan, 38000 Grenoble annie.bouillon@wanadoo.fr	04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91
CAROLINE DAUCHEZ	3, rue Edgard Quinet, 93300 Aubervilliers caroline.dauchez@cegetel.net	01 43 52 78 10
MONIQUE DE HADJELACHE	330, ruede Calvinsson Bizae, 30420 Calvinsson monique.de-hadjelache@orange.fr	04 66 01 45 72
ANDRE ESNAULT	12, rue Gustave Flaubert, 35000 Rennes y.a.esnault@laposte.net	02 99 50 64 25
MICHÈLE LACHOWSKY	17, rue Carducci, 75019 Paris lachowsky@aol.com	01 42 06 74 28
MARIE NOELLE LAVEISSIERE	9, av. Daniel Lesueur, 75007 Paris paulmarielaveissiere@free.fr	01 45 67 98 12
HENRY NACCACHE	23, montée de la Lieuse, 38070 St Quentin Fallavier henrynaccache@wanadoo.fr	04 74 94 26 72
ODILE RANDEGGER	6, rue Julien Jules, 13015 Marseille	04 91 58 07 37
MICHEL ROBINOT	4, rue de l'Orme, 35120 St Broladre mrobinot@rss.fr	02 99 80 24 54
SYLVIANE ROSET-JAULT	239, route de Vienne, 69200 Venissieux syjauset@gmail.com	04 78 00 02 20
LUC STEIMER	7, rue de l'Horloge, 30120 Le Vigan steimerlc@free.fr	04 67 81 88 90
PAUL TIVOLI	4, rue Alexandre Coupin, 13013 Marseille yvette.tivoli@orange.fr	04 91 70 27 79

Groupes réguliers

PARIS

- Groupe de F. Berton et Marie-Noëlle Laveissière. 2 séances tous les 2 mois. Tél. 01 42 78 38 86 / 01 45 67 98 12
- Automne 2010 : groupe de Annie Bouillon. 4 séances tous les 2 mois (le jeudi). Tél. 06 61 13 94 91
- Groupe dans le cadre du diplôme interuniversitaire de sexologie et de psychologie humaine, Bobigny (Dr C. Dauchez 01 42 40 68 18)

LE MANS

- Deuxième mardi de chaque mois à 20h30 (Dr F. Berton : 01 42 78 38 86, Dr M.-N. Laveissière : 01 45 67 98 12)

LILLE – ROUBAIX

- Un samedi matin tous les deux mois. 17/09/2010 – 21/11/2010 – 16/01/2010
Dr Caroline Dauchez : 00 33 (0)1 43 52 78 10 – caroline.dauchez@cegetel.net
et Dr Philippe Heureux : 00 32 (0)4 75 60 77 47 – ph.heureux@skynet.be

GRENOBLE

- 1 samedi tous les 2 mois – Annie Bouillon : 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 et le Dr J.P. Bachmann 00 41 22 321 53 53

LYON

- Groupe mensuel, 4e jeudi du mois, alternant Balint et psychodrame Balint.
Dr S. Roset Jault : 04 78 00 02 20 et Béatrice Brac de la Perrière : 04 74 66 57 93

NÎMES

- Une séance le mardi soir toutes les 3 semaines (Dr L. Steimer: 04 67 81 88 90 et Dr M. de Hadjetlaché: 04 66 01 45 72)

TOULOUSE

- Un groupe trimestriel, 9h - 16h (Dr Michèle Bonal : 05 61 74 37 41 - drmichelebonal@wanadoo.fr
et Dr L. Steimer : 04 6781 88 90)

COMPIÈGNE

- Groupe régulier le troisième mercredi (Dr. F Berton: 01 42 78 38 86)

RENNES

- Groupe de sensibilisation (en week end) (Dr André Esnault: 02 99 50 64 25))

SUISSE

- LAUSANNE** – Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint (M. Blaser-Joss : 00 41 21 323 48 74
et Dr G. Siegrist : 00 41 22 734 34 83)

- GENÈVE** – Groupe ouvert pour les médecins somaticiens: le mardi soir tous les 15 jours.
– Groupe ouvert s'adressant à des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique :
le mardi soir tous les 15 jours

Ces deux groupes sont animés par le Dr Jean-Pierre Bachmann.

(0041 22 321 53 53; fax 022 321 53 30; jpbachmann@sunrise.ch) Lieu de formation : 1205 Genève.

CANADA

- Groupe mensuel Suzanne Dejoie : 00 15 14 381 4241 et Christian Bourdy : 00 15 14 33 82 222

ITALIE

- Groupe à Gênes (Dr Piero Trucchi : 00 39 033 540 22 48, Dr Patricia Pavacci : 00 39 347 574 04 93) – Reprise suspendue.

Et chaque année lors des journées de l'AIPB (suivant les régions).

S'adresser à Ruth Bernoulli, 04 67 54 51 40 - r.bernoulli@free.fr

Quelques dates

XVI^e Rencontres de l'AIPB

Dates : 9 octobre 2010

Lieu : Hôpital Universitaire de Cery - 1008 Lausanne Prilly (Suisse)

Thème : L'implication émotionnelle du soignant

Organisation, inscription et renseignements :

M^{me} Madeleine Joss Blaser - Tél. +41 21 323 48 74 - madeleine_joss@bluewin.ch

Dr Gilbert Siegrist - Tél. +41 79 223 70 74 - gilbert.siegrist@bluewin.ch

Dr Jean-Pierre Bachmann - Tél. +41 22 321 53 53 - jpbachmann@sunrise.ch



Colloque National Balint - SMB

Dates : 15 - 16 - 17 octobre 2010

Lieu : Poitiers

Thème : La formation - Recherche Balint - Vers une médecine du sujet

Contact :

Michel Nicolle - 06 15 73 84 04 - michel.nicolle2@wanadoo.fr



Congrès de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe (SFPPG)

Dates : 11 - 12 - 13 novembre 2010

Lieu : Athènes

Contact :

sfppg@wanadoo.fr



Journée d'étude de la société Balint Belge (SMB)

Dates : samedi 27 novembre 2010

Thème : Les symptômes médicalement inexpliqués - chance et agacements

Contact :

M^{me} B. Bodson - Tél. 02 731 92 33 - www.balint.be

43, rue de la limite - 1950 Kraainem



Colloque AREPS Association de relaxation SAPIR (anciennement AREFFS)

Dates : 22 et 23 janvier 2011

Lieu : Paris

Thème : Relaxation et psychanalyse

Contact :

Simone Cohen-Léon - Tél. 01 42 64 90 17 / Fax 01 42 64 54 56 - s.cohenleon@free.fr

XIX^e Séminaire international sur l'enseignement de la relation médecin / malade

Dates : 25 et 30 janvier 2011

Lieu : Tignes Val Claret (France)

Atelier, jeux de rôle et présentations suivis de discussions

Contact :

Jacques Frenette - jacques.frenette@fmed.ulaval.ca



Et toujours les journées d'Annecy

Dates : 1^{er} au 4 juin 2011

Lieu : Hôtel Atria Novotel - Annecy

Thème : La relation soignant-soigné.

Séminaire de formation pour médecins et soignants

Contact :

Simone Cohen-Léon - Tél. 01 42 64 90 17 / Fax 01 42 64 54 56 - s.cohenleon@free.fr

Dr Michel Robinot - Tél. 02 99 80 24 54 / Fax 02 99 80 33 09 - mrobinot@rss.fr

4, rue de l'Orme - 35120 St Broladre



Congrès de la Fédération internationale Balint

Dates : 5 et 11 septembre 2011

Lieu : Philadelphie (USA)

Consulter le site de l'AIPB

www.psychodrame-balint.com



**L'AFB organise pour médecins libéraux
des séminaires OGC dans le cadre des actions de formations indemnisées
"Développer les compétences relationnelles du médecin
par la formation Balint"**

Secrétaria de l'AFB chez le Dr Lehmann - 01 45 35 93 20 - nadine.afb@gmail.com

Argument de la Journée

La rencontre avec nos patients se tisse dans un corps à corps qui a pour cadre le réel. Notre clinique habite de multiples espaces, découverts ou créés au fil des relations. Le temps, l'histoire du sujet et de la relation, les éléments spatiaux, l'environnement concret, la distance corporelle s'imbriquent, se déploient, se contractent, voire disparaissent, avec nos patients comme avec les autres soignants.

Tous les éléments prennent une perspective nouvelle au gré de la reconstitution du décor, des souvenirs et des oublis, des lapsus, et de ce qui surgit dans les jeux...

L'expérience du Psychodrame Balint participe à la création et au développement d'un espace psychique personnel, mais aussi groupal, pour penser la relation de soin.

C'est à mobiliser tous ces espaces que nous sommes conviés durant cette journée.