

# le Carnet PSY



## Pour une psychiatrie humaine

L'heure est grave pour la psychiatrie et les patients qu'elle accueille et soigne.

De très nombreuses équipes de secteur, en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie, connaissent une situation dramatique. D'une part, les demandes d'aide et de soins qui leur sont adressées sont innombrables et les délais pour y répondre s'allongent de façon vertigineuse, et d'autre part, les moyens pour y faire face sont menacés par une paupérisation préoccupante et une réorganisation des dispositifs qui apparaît problématique à tous ses acteurs. Mais les moyens en péril ne sont pas seulement économiques, ils sont surtout humains. Le soutien continu de l'Etat à sa politique de psychiatrie de secteur, condition essentielle pour que les équipes de soignants assurent une fonction phorique indispensable à l'accueil des pathologies les plus graves, est remis en cause depuis plusieurs mandatures politiques pour des raisons purement démagogiques. Le démantèlement de la psychiatrie qui est ainsi engagé est d'autant plus cynique que nous savons maintenant que le dispositif de la sectorisation est sans doute la plus grande révolution culturelle psychiatrique du vingtième siècle, et qu'il assurait de façon toute humaine un cordon de sécurité sanitaire autour des patients les plus en difficulté, et a fortiori, de tous les autres.

La psychothérapie institutionnelle née pendant la deuxième guerre mondiale et qui a donné vie à la psychiatrie de secteur est aujourd'hui d'une actualité cruciale, et tout doit être fait pour en transmettre l'histoire et les pratiques concrètes aux jeunes générations de « psychistes ». A un moment de l'Histoire où un tyranneau en revient à des pratiques barbares consistant à « exécuter » les toxicomanes philippins sans sommations (« le Monde » du 10 Octobre 2016), il est urgent de rappeler qu'on juge du degré d'une civilisation à la manière dont elle traite ses malades et ses prisonniers.

Pr Pierre Delion

## 2 Agenda

## 10 Parutions du mois

## 11 Bloc-notes

- 11 **Mon combat pour une psychiatrie humaine** de Pierre Delion  
Jean-François Rey
- 12 **Rester freudien avec Lacan** de Danièle Brun  
Vannina Micheli-Rechtman
- 13 **Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique** ss la dir. de  
Benoît Bayle  
Laure Woestelandt

## 15 Exposition :

Oscar Wilde : l'impertinent absolu  
Simone Korff-Sausse

## 16 La psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme ?

Actes du 3<sup>ème</sup> colloque d'éthique du 22 janvier 2016

coordonnés par le Pr. Maurice CORCOS, Marie-Aude PIOT, Pablo VOTADORO

- |  |  |
|--|--|
| 17 Maurice CORCOS<br><i>La modernité du mal</i>  | 32 Gilles HANUS<br><i>D'une violence paradoxale</i>                                    |
| 20 Nicolas LEBLÉ<br><i>Le patient au travers de la grille symptomatique</i>                        | 34 Emmanuelle BERGER<br><i>De la formation des infirmiers en psychiatrie</i>           |
| 22 Pablo VOTADORO<br><i>La passion du chiffre</i>  | 36 Pierre DELION<br><i>La psychiatrie se dissoudra-t-elle dans le néolibéralisme ?</i> |
| 27 Michel PINARDON<br><i>Esquisse d'une réflexion à partir d'une patiente mise sous contention</i> | 39 Christophe DEJOURS<br><i>Les psychiatres survivront-ils au néolibéralisme ?</i>     |
| 29 Bernard ODIER<br><i>Commentaires du texte de Michel Pinardon</i>                                | 43 Marie-Aude PIOT<br><i>De l'esprit de la psychiatrie</i>                             |
|  | 46 Jacques HOCHMANN<br><i>Conclusions</i>  |

## 50 Le temps qui passe

## 50 Le site du mois

# Agenda France



## RECRUTEMENT D'UN ASSISTANT SPÉCIALISTE

A partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017

### PROFIL DE POSTE

#### DESRIPTIF DU SERVICE

Le département de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (DPEA) présente une activité centrée principalement sur le CMP Alfred Binet, situé 76 bis avenue Edison, 75013 Paris. Le CMP s'appuie sur des services d'accueil de jour et un placement familial. Il intervient sur le 5<sup>e</sup> secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile.

Le poste est rattaché :

- Au CMP Centre Alfred Binet (Equipe 7-8, Regroupement B). L'intersecteur est divisé en 3 regroupements d'équipes (A, B, et C).
- A l'Unité de Soins Intensifs du Soir (USIS) situé 6, rue du Conventionnel Chiappe, Paris 13<sup>e</sup>. Horaires : Lundi de 16h à 19h - Mardi de 16h à 20h - Jeudi : de 10h. à 19h.

#### GRANDES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL DU SERVICE

Le Centre Alfred Binet est le CMP qui reçoit les enfants du 13<sup>e</sup> arrondissement. L'assistant est en poste sur un regroupement d'équipes dense en population. Il fait un travail de consultation et de liaison, ainsi que des consultations non programmées.

L'USIS s'inscrit comme soin structuré de jour au sein du DPEA et fait partie d'un dispositif intitulé les Unités René Diatkine. Elle accueille une vingtaine d'enfants de 6 à 15 ans, tous les soirs après l'école, durant 2h30 dans un projet de thérapie institutionnelle pour des pathologies de type narcissique, états limites ou de dysharmonie psychotique.

#### DIPLOME REQUIS

Fin d'études de médecine – Doctorat en médecine.

L'ASM13 dispose d'un riche département d'Enseignement-Recherche-Publication où de nombreux séminaires, colloques et publications assurent l'approfondissement des connaissances et le perfectionnement des jeunes collaborateurs. L'accès à tous ces enseignements est gratuit et ouvert dans son intégralité à l'assistant spécialiste.

Si ce poste vous intéresse, merci de nous adresser une lettre de candidature assortie d'un curriculum vitae.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez vous adresser à Nathalie LE ROUX. Tél. 01 40 77 43 69. Mail : [nathalie.leroux@asm13.org](mailto:nathalie.leroux@asm13.org)

#### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaires de l'ASM13.

**Consultation vidéoscopée en pédopsychiatrie.**

3<sup>e</sup> jeudi du mois (12h30-14h30).

**L'autisme infantile, recherches, modèles, cliniques.**

3<sup>e</sup> lundi du mois (21h-23h).

Contact : [www.asm13.org](http://www.asm13.org)

Tél : 01 40 77 43 18 ou 43 17.

#### ◆ CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

**Psychopathologie de l'adolescent et sciences sociales.**

14/11/16 : Séance introduction :

thématique de l'année : **Délinquance.**

12/12/16 : **Comportements troubles.**

16/01/17 : **Du stigmatisme à la violence.**

20/02/17 : **Délinquance**

**à l'adolescence.**

13/03/16 : **Radicalisation.**

24/04/16 : **Rapports entre jeunesse, déviance et délinquance dans les sciences du psychisme.**

15/05/17 : **Sociologie de la famille, enjeux actuels.**

19/06/17 : **Conclusions, perspectives.**

Lieu : Institut Mutualiste Montsouris.

Contact : Tél : 01 56 61 69 23.

[salima.belferroum@imm.fr](mailto:salima.belferroum@imm.fr)

#### CYCLE 2017

Paris

Journées de formations de l'ASM13.

**Autisme infantile, aspects scientifiques et cliniques.**

**Itinéraires et dispositifs de soins et de prise en charge.**

17 mars, 21 avril, 19 mai et 16 juin 2017.

**Adolescence en souffrance.**

Entre avril et juin 2017.

Contact : [www.asm13.org](http://www.asm13.org)

Tél : 01 40 77 43 18 ou 43 17.

## Psychologie

#### 14-15 novembre 2016

Paris

Congrès des 20 ans de l'association *Paroles d'Enfants*.

**Les rendez-vous manqués, avec les souffrances muettes des enfants.**

Lieu : Théâtre Mogador,

25 rue de Mogador, 75009 Paris

Contact : [info@parole.be](mailto:info@parole.be)

#### 16-17 novembre 2016

Paris

Journées d'étude organisées par l'association *Paroles d'Enfants*.

**L'approche sensorimotrice en psychothérapie d'enfants et d'adolescents.**

Lieu : ASIEM, 75007 Paris.

Contact : [info@parole.be](mailto:info@parole.be)

#### 18 novembre 2016

Plabennec (29)

Séminaire organisé par l'association Psychologie & vieillissement.

**Un possible/impossible chez soi ? Quand la dépendance bouscule le lieu de vie.**

Lieu : Le Champ de Foire, Espace culturel de Plabennec.

Contact : Tél : 02 99 54 94 68.

Fax : 02 99 54 67 42.

[psychologie.vieillesse@wanadoo.fr](mailto:psychologie.vieillesse@wanadoo.fr)

#### 18 novembre 2016

Paris

Journée de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des disciplines associées (SFPEADA) en partenariat avec la Fondation Santé des Etudiants de France.

**Décrochages scolaires à l'adolescence, problématiques individuelles ou institutionnelles ?**  
Contact : [sfpeada@gmail.com](mailto:sfpeada@gmail.com)

#### 19 novembre 2016

Nanterre (92)

Journée d'étude de la Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues.

**Commande, demande, consentement, questions déontologiques ?**

Lieu : Université Paris Ouest

Nanterre La Défense.

Contact : [www.cncdp.fr](http://www.cncdp.fr)

#### 25 novembre 2016

Paris

**3<sup>èmes</sup> rencontres annuelles des psychologues de l'Île-de-France** organisées par le Syndicat National des Psychologues (SNP).

## Psychiatrie de l'adulte

#### 18 novembre 2016

Paris

Colloque organisé par l'Association Française de Psychiatrie.

**Actualité de la phénoménologie psychiatrique.**

Lieu : AQNDC, 75014 Paris.

Contact : Tél : 01 42 71 41 11.

Fax : 01 42 71 36 60.

[secretariat@psychiatrie-francaise.com](mailto:secretariat@psychiatrie-francaise.com)

#### 23 novembre 2016

Montpellier (34)

2<sup>es</sup> Rencontres Soignantes en Psychiatrie organisées par la revue "Santé Mentale".

**Comment la psychose interroge l'éducation thérapeutique du patient ?**

Lieu : Le Corum.

Contact :

[rencontressoignantesenpsychiatrie.fr](mailto:rencontressoignantesenpsychiatrie.fr)

#### 23-26 novembre 2016

Montpellier (34)

8<sup>e</sup> Congrès Français de Psychiatrie.

**Innovater : pourquoi et comment ?**

Lieu : Le Corum, 34000 Montpellier.

Contact : Fax : +33 (0)1 55 43 18 19.

[laurence.eyraud@carco.fr](mailto:laurence.eyraud@carco.fr)

[congresfrancaispsychiatrie.org](http://congresfrancaispsychiatrie.org)

#### 9 décembre 2016

Paris

Colloque de l'AFAR.

**L'entretien et la relation d'aide en psychiatrie au quotidien : confiance, empathie et fonction contenante.**

Lieu : AG2R La Mondiale, 75008.

Contact : Tél : 01 53 36 80 50.

[formation@afar.fr](mailto:formation@afar.fr)

#### CYCLE 2017

Paris

Séminaires de l'Association de Santé Mentale du 13<sup>e</sup> (ASM13).

26-27 juin 2017 :

**Les situations de violence.**

Contact : [www.asm13.org](http://www.asm13.org).

Tél : 01 40 77 43 18 ou 43 17.

## Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

#### 9-10 juin 2017

Amiens (80)

Congrès français de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent organisée par

Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des

disciplines associées (SFPEADA).

**Imaginaire et nouvelles machines.**

Contact : [sfpeada@gmail.com](mailto:sfpeada@gmail.com)

Association  
Psychanalytique  
de France

## L'ENFANT DE LA PSYCHANALYSE



**Samedi 21 janvier 2017** (9h30 - 18h)

**SALONS DE L'AVEYRON**  
17 rue de l'Aubrac - 75012 Paris

**INTERVENANTS :** Michel GRIBINSKI,  
Dominique SUCHET, Bernard GOLSE

**DISCUTANTS :** Jean-Claude ROLLAND,  
Edmundo GOMEZ MANGO, Kostas NASSIKAS

**Tarifs :** 90 € - 40 € étudiants moins de 30 ans  
**Renseignements :** lapf@wanadoo.fr ou 01 43 29 85 11  
[www.associationpsychanalytiquedefrance.org](http://www.associationpsychanalytiquedefrance.org)

CLINIQUE  
DES APPRENTISSAGES  
ASSOCIATION

LABORATOIRE  
PSYCHOLOGIE CLINIQUE  
PSYCHOPATHOLOGIE  
PSYCHANALYSE

UTRPP  
Unité Transversale de Recherches :  
Psychiatrie et psychopathologie,  
psychologie, psychanalyse, anthropologie

## 19<sup>ème</sup> Journée sur l'Examen Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent

Organisé par CLINAP  
en collaboration avec le PCPP (Paris Descartes)  
et l'UTRPP (Paris 13)

### GARÇONS ET FILLES FACE AUX (TROUBLES DES) APPRENTISSAGES

**Samedi 18 mars 2017**  
Institut de Psychologie  
Université Paris Descartes, Boulogne-Billancourt

Avec : Jean-Yves CHAGNON, Marie-Laure DURAND,  
Caroline HURVY, Alain GUÉRIN,  
Evelyne LENOBLE, Daniel MARCELLI,  
Catherine WEISMANN-ARCACHE, Véronika TALY.

**Renseignements :** [associationclinap@gmail.com](mailto:associationclinap@gmail.com)  
**Tél :** 07 88 75 46 06  
<http://clinap.fr>

Lieu : Maison de la Salle,  
78A rue de Sèvres, 75007.

**Contact :**  
[snp-idf@psychologues.org](mailto:snp-idf@psychologues.org)

#### 2 décembre 2016

Paris  
Colloque *Enfances & PSY* organisé  
par Anne-Sophie Mintz, Romain  
Dugravier et Jean-Louis Le Run.

**De la dépendance à l'autonomie :  
la théorie de l'attachement.**

Lieu : Espace Reuilly,  
21 rue Hénard, 75012 Paris.  
**Contact :** Enfances & PSY.  
Tél : 01 46 33 70 47 (boîte vocale).  
[colloques@enfancesetspsy.net](mailto:colloques@enfancesetspsy.net)

#### 3 décembre 2016

Boulogne-Billancourt (92)  
Colloque organisé par la  
Société du Rorschach  
des Méthodes Projectives de  
Langue Française, le Laboratoire  
PCPP et le DUPP de l'Université  
Paris Descartes.  
**Les sexualités.**

Lieu : Amphi Lagache,  
Institut de Psychologie.

**Contact :**  
[secretariat.societe.rorschach@gmail.com](mailto:secretariat.societe.rorschach@gmail.com)  
[secretariat.pcpp@parisdescartes.fr](mailto:secretariat.pcpp@parisdescartes.fr)

#### 3 décembre 2016

Paris  
49<sup>ème</sup> Journée de travail  
du Centre Alfred Binet.  
**Traumatisme :  
de l'impact à l'après-coup.**  
Lieu : Amphi Buffon, Université  
Paris VII Denis Diderot, 15 rue  
Hélène Brion, 75013 Paris.  
**Contact :** ASM13.  
Tél : 01 40 77 43 18 ou 43 17.

#### ◆ 19 janvier 2017

Paris  
Colloque du Centre de Victimologie  
pour Mineurs (CVM).  
**Jeune violent : fais-moi peur !  
Adolescence extrême,  
adolescent victime.**  
Lieu : Espace Reuilly, 75012 Paris.  
**Contact :** [www.cvm-mineurs.org](http://www.cvm-mineurs.org)

#### 10 mars 2017

Paris  
Colloque de l'AFAR.  
**L'enfant agité.**  
Lieu : Maison de la Chimie, 75007.  
**Contact :** Tél : 01 53 36 80 50.

#### ◆ 18 mars 2017

Boulogne-Billancourt (92)  
19<sup>ème</sup> Journée sur l'Examen  
Psychologique de l'Enfant et de  
l'Adolescent organisée par CLINAP  
(Clinique des Apprentissages).  
**Garçons et filles face aux  
(troubles des) apprentissages.**  
Lieu : Institut de Psychologie,  
Université Paris Descartes,  
71 avenue Edouard Vaillant,  
92100 Boulogne-Billancourt.  
**Contact :** Tél : 07 88 75 46 06.  
[associationclinap@gmail.com](mailto:associationclinap@gmail.com)

#### 17-21 juillet 2017

Paris  
22<sup>ème</sup> Congrès de la Société  
Internationale du Rorschach et des  
Méthodes projectives.

**Actualités des recherches et des  
pratiques en psychologie projective,  
nouvelles problématiques,  
nouvelles découvertes.**  
Lieu : Espace des Cordeliers.  
**Contact :** Tél : 06 19 88 04 88.  
[contact@rorschachparis2017.org](mailto:contact@rorschachparis2017.org)  
[www.rorschachparis2017.org](http://www.rorschachparis2017.org)

#### ◆ CYCLE 2016-2017

Lyon (69)  
Conférences du Département de  
Psychologie SHS de l'Université  
Catholique de Lyon.  
**2/12/16 : Le thérapeutique  
et l'éducatif : du mythe  
"psychanalyse/suggestion"  
au mythe "soin/éducation",**  
Albert Ciccone.  
**20/01/17 : Psychopathologie de la  
violence clinique du désaxement  
de la subjectivité dans les formes  
d'expression radicales de la  
destructivité,** Magali Ravit.  
**10/02/17 : Etat des connaissances  
sur l'autisme,** Céline Jacob-  
Grosmaître.

**10/03/17 : Impact de la  
violence du voir pornographique  
sur la structuration de  
la sexualité adolescente,**  
Barbara Smanioto.

**7/04/16 : Psychopathologie de  
processus représentatifs  
dans les états psychotiques,**  
Vincent Dirocco.  
Lieu : Université Catholique de  
Lyon, Campus Carnot, 69002 Lyon.  
**Contact :** Département de  
Psychologie SHS de l'Université  
Catholique de Lyon.  
Tél : 04 26 84 52 28.  
[secretariatmastershs@univ-catholyon.fr](mailto:secretariatmastershs@univ-catholyon.fr)

## psychopathologie

#### CYCLE 2016-2017

Paris  
**Séminaires de psychopathologie  
des Troubles des Conduites  
Alimentaires (TCA)** de l'Institut  
Mutualiste Montsouris.

adolescent • P  
omité  
me • Toxicom  
Sexualité • H  
ologie • H  
e et psych



**8/11/16 : Modèles étiopathogéniques et approches compréhensives des TCA.** Ph. Jeammet.  
**6/12/16 : Prise en charge ambulatoire.** C. Lamas. **Modalités de la prise en charge psychothérapeutique.** A. Morel.  
**10/01/17 : Traitement institutionnel, hospitalisation.** N. Godart.  
**Application de la neuro-psychologie à la prise en charge des TCA.** Mme Berthoz.  
**21/02/17 : La 1ère consultation auprès d'un adolescent présentant un TCA.** R. de Toumemire.  
**Prise en charge somatique, complications organiques, traitement, prévention.** JC Melchior.  
**07/03/17 : Approche familiale clinique et thérapeutique.** I. Kaganski et B. Carrot.  
**18/04/17 : Etude, vie professionnelle et soins.** N. Mammari.  
**Devenir à l'âge adulte.** A. Pham-Scottet.  
**16/05/17 : TCA, grossesse et post-partum.** I. Nicolas.  
**TCA chez l'enfant.** C. Doyen.  
**13/06/17 : Automutilations.** P. Votadoro. **L'anorexie masculine.** J. Chambry.  
**27/06/17 : Présentation clinique avec enregistrement vidéo.** M. Corcos.  
 Lieu : Institut Mutualiste Montsouris.  
**Contact :** Tél : 01 56 61 69 23. salima.belferroum@imm.fr

## Psychanalyse

**5 novembre 2016**

*Paris*  
 Colloque du Quatrième Groupe.  
**Le rêve entre actuel et origine.**  
 Lieu : Association du Quartier Notre-Dame des Champs.  
**Contact :** Tél : 01 55 04 75 27. quatrieme-groupe@orange.fr

**5 novembre 2016**

*Paris*  
 Colloque du Réseau pour la Psychanalyse à l'Hôpital.  
**La passion de l'ignorance ou le savoir inconscient.**  
 Lieu : Salle Vinci, 75002 Paris.  
**Contact :** Tél : 06 35 47 81 36.

**5 novembre 2016**

*Paris*  
 Journée scientifique organisée par la Coordination Internationale de Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes avec Autisme (CIPPA), en collaboration avec l'Université Paris Diderot Paris 7.  
**Continuité des parcours : prendre soin de la séparation.**  
 Lieu : Université Paris Diderot Paris 7, Halles aux Farines, 15 Esplanade Pierre Vidal Naquet 75013 Paris.  
**Contact :** contact@cippautisme.org www.cippautisme.org

**10 novembre 2016**

*Marseille (13)*  
 Journée d'Etude de la Section clinique d'Aix-Marseille.  
**Ce que l'inconscient n'est pas. Ce que l'inconscient est.**  
 Lieu : IRTS, 20 bd des Salyens, 13008 Marseille.  
**Contact :** Tél : 06 81 53 31 35 ou 06 03 50 70 20.

**12 novembre 2016**

*Marseille (13)*  
**Nuit blanche de la psychanalyse** organisée par la Section clinique d'Aix-Marseille, l'Association de la Cause freudienne Méditerranée-Alpes-Provence (ACF MAP) et le 29<sup>e</sup> festival des instants vidéos.

Lieu : La Cartonnerie, Friche de la Belle de mai.  
**Contact :** Tél : 06 76 75 20 91. nuitblanchepsychanalyse@orange.fr

**15-16 novembre 2016**

*Montfavet (84)*  
 Journées de formation organisées par l'ARIP, avec le Dr Oguz Omay.  
**La psychothérapie interpersonnelle.**  
**Une introduction clinique.**  
 Lieu : CH de Montfavet.  
**Contact :** arip@wanadoo.fr

**◆ 18 novembre 2016**

*Toulouse (31)*  
 Journée d'Etude du Quatrième Groupe.  
**Le sentiment de solitude à l'aune de la psychanalyse.**  
 Lieu : Salle du Sénéchal.  
**Contact :** Tél : 01 55 04 75 27. quatrieme-groupe@orange.fr

**18-19 novembre 2016**

*Toulouse (31)*  
 Journée d'Etude de Toulouse organisée par le Quatrième Groupe.  
**Le sentiment de solitude à l'aune de la psychanalyse.**  
 Lieu : Salle du Sénéchal, 17 rue Rémusat, 31000 Toulouse.  
**Contact :** Tél : 01 55 04 75 27. quatrieme-groupe@orange.fr

**19 novembre 2016**

*Paris*  
 Rencontre-débat du Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie.  
**Algorithmes, Réel, Symbolisations.**  
 Lieu : FIAP, salle Oslo, 75014 Paris.  
**Contact :** CIPA. contact@cipa-association.org

**19 novembre 2016**

*Paris*  
 Colloque de la Société Psychanalytique de Paris (SPP).  
**La vie psychique, à tout prix.**  
 Lieu : Paris Mariott Rive Gauche, 17 bd St-Jacques, 75014 Paris.  
**Contact :** www.spp.asso.fr

**19-20 novembre 2016**

*Paris*  
 Journées d'études de la Société de psychanalyse Freudienne, en collaboration avec les PUF.

**L'argent, valeur, dette, désir.**

Lieu : ASIEM, 75007 Paris.  
**Contact :** Tél : 01 43 22 12 13.

**26 novembre 2016**

*Lyon (69)*  
 Journée d'étude organisée par la Société d'Etudes du Psychodrame Pratique et Théorique (SEPT).  
**Qu'est-ce qui fait Psychodrame ?**  
 Lieu : Agora Tête d'Or, 69006 Lyon.  
**Contact :** sf.puthomme@orange.fr

**26 novembre 2016**

*Paris*  
 Colloque de l'Etude et Traitement Analytique par le Psychodrame (ETAP).  
**Jeux et enjeux du corps.**  
 Lieu : FIAP Jean Monnet, 75014.  
**Contact :** etap@spasm.fr

**26 novembre 2016**

*Paris*  
 Journée d'étude du Groupe International du Rêve Eveillé en Psychanalyse (GIREP).  
**Masculin / Féminin : l'Altérité en question(s) ?**  
**Contact :** Tél : 01 42 22 75 14.

**26-27 novembre 2016**

*Paris*  
 Weekend du Groupe d'Etudes et de Recherches Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson (GERPEN) avec Marie-Rose Moro : **Psychanalyse et métissage culturel.**  
**Filiations/affiliations au risque de la diversité familiale, sociale et culturelle ; la psychanalyse au risque de l'altérité.**  
 Lieu : ASIEM, 75007 Paris.  
**Contact :** Tél : 01 45 94 16 30. ass.gerpen@orange.fr www.gerpen.org

**◆ 26-27 novembre 2016**

*Paris*  
 Journées nationales de l'Ecole de Psychanalyse ds Forums du Champ Lacanien (EPFCL).  
**Actes et inhibition.**  
 Lieu : Maison de la Chimie, 75007.  
**Contact :** Tél : 01 56 24 22 56. secretariat-epfcl-france@epfcl.fr

**26-27 novembre 2016**

*Paris*  
 Colloque de l'Association de Relaxation Psychanalytique Sapir (AREPS).

**Variations sur la peau.**

Lieu : FIAP, 30 rue Cabanis, 75014.  
**Contact :** Tél : 01 46 23 13 62. secretariat@areps.eu

**2 décembre 2016**

*Paris*  
 Colloque de la revue *Cliniques*.  
**La répétition en institution : pour le meilleur et pour le pire.**  
 Lieu : Théâtre Adyar, 75007 Paris.  
**Contact :** Tél : 01 30 15 16 15. www.apspi.net

**9 décembre 2016**

*Lyon (69)*  
 Conférence "Poésie et Psychanalyse" organisée par Joël Clerget (20h).  
**L'impossible et le réel. Une pomme réelle dans l'herbe vraie.**  
 Lieu : Agora tête d'Or, 93, rue Tête d'Or, 69006 Lyon.  
**Contact :** Tél : 07 57 63 84 96. joel.clerget@free.fr

**9-10 décembre 2016**

*Paris*  
 XVI<sup>e</sup> Colloque GYPSY organisé par le Pr Frydman et du Dr Flis-Trèves. (Gynécologie et Psychanalyse)  
**L'intranquillité. Dénier ou réalité.**  
 Lieu : Centre Universitaire des Saints Pères, Faculté de Médecine, 45 rue des Saints-Pères, 75006.  
**Contact :** Tél : 05 55 26 18 87. inscription@cerc-congres.com

**10-11 décembre 2016**

*Paris*  
 Colloque organisé par le Collège International de l'Adolescence (CILA).  
**Psychothérapies d'adolescents. Le CILA a 20 ans.**  
**Contact :** CILA. www.cila-adolescence.com

**21 janvier 2017**

*Paris*  
 Colloque de l'Association Psychanalytique de France (APF).  
**L'enfant de la psychanalyse.**  
 Lieu : Salons de l'Aveyron, 75012.  
**Contact :** Tél : 01 43 29 85 11. lapf@wanadoo.fr

**21 janvier 2017**

*Lyon (69)*  
 Colloque organisé par le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes (GLPRA).

**La liberté psychique.**

Lieu : Palais de la Mutualité,  
69003 Lyon.  
**Contact** : Tél : 04 78 38 78 01.  
Fax : 04 78 38 78 09.  
glp.spp@wanadoo.fr

**21 janvier 2017**

Lyon (69)  
Séminaire de lecture de textes  
psychanalytiques.

**La crainte de l'effondrement,**

(suite), D. W. Winnicott  
(Gallimard, 2000).  
Lieu : Agora tête d'Or, 69006 Lyon.  
**Contact** : Tél : 07 57 63 84 96.  
joel.clerget@free.fr

**27-28 janvier 2017**

Paris  
16<sup>e</sup> Colloque de la Société  
Médecine et Psychanalyse.

**Tous connectés :**

**Le numérique et le soin.**

Lieu : Université Paris Diderot,  
Site des Grands Moulins.

**Contact** :  
www.medpsych.org

**24 février 2017**

Paris  
5<sup>e</sup> colloque *Babylone* "Psychanalyse  
& Littérature" de l'IMM.

**Souvenirs d'enfance.**

Lieu : Institut Mutualiste Montsouris.  
**Contact** : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

**2-3 mars 2017**

Paris  
Congrès organisé par la  
Coordination Internationale de  
Psychothérapeutes Psychanalystes  
et membres associés s'occupant  
de personnes avec Autisme (CIPPA).

**Autisme(s) et Psychanalyse(s) III.**

**Construction et partage**

**du monde interne.**

Lieu : Espace Reuilly, 75012 Paris.  
**Contact** : contact@cippautisme.org  
www.cippautisme.org

**11-12 mars 2017**

Paris  
Weekend du GERPEN.  
**Débat entre deux psychanalystes**  
(Joshua Durban, Riccardo  
Lombardi) **sur le transfert**  
**corporel et le contre-transfert.**  
Lieu : ASIEM, 6 rue Albert  
de Lapparent, 75007 Paris.  
**Contact** : www.gerpen.org

**23-24 mars 2017**

Metz (57)  
Session de sensibilisation  
organisée par la Société  
d'Etudes du Psychodrame  
Pratique et Théorique (SEPT).

**Le psychodrame face  
à la fragmentation du lien.**

**Contact** :  
st.puthomme@orange.fr

**24 mars 2017**

Lyon (69)  
Colloque organisé par le Collège  
International de L'Adolescence.

**L'adolescent et la tentation  
suicidaire.**

Lieu : Université Catholique de  
Lyon, Campus St Paul.  
**Contact** : cilaparis1995@gmail.com

**◆ 25 mars 2017**

Sceaux (92)  
Journée scientifique organisée par  
le Centre de Psychanalyse Henri  
Danon-Boileau.

**Actualité de la séduction dans les  
cures d'adolescents et de jeunes  
adultes.**

Lieu : Ancienne Mairie de Sceaux,  
68 rue Houdan, 92330 Sceaux.  
**Contact** : Tél : 01 40 91 50 25.  
catherine.galat@fsef.net

**25 mars 2017**

Metz (57)  
Journée d'étude organisée par la  
Société d'Etudes du Psychodrame  
Pratique et Théorique (SEPT).

**Temporalité de la séance et temps  
du sujet en psychodrame.**

Lieu : Metz.  
**Contact** : sf.puthomme@orange.fr

**◆ 25-26 mars 2017**

Lorient/Larmor-Plage (56)  
XXV<sup>es</sup> Journées Tavistock  
organisées par le Centre d'Etudes  
Martha Harris-AEDPEA (Association  
pour l'Étude du Développement et  
de la Psychopathologie de l'Enfant  
et de l'Adolescent).

**Expérience émotionnelle et  
développement : le sentiment  
de honte et son impact sur le  
développement de l'enfant.**

Lieu : Hôtel Les Rives du Ter.  
**Contact** : Tél : 02 97 65 49 40.  
Fax : 02 97 33 68 39.  
aedpea@cegetel.net

**27-28 avril 2017**

Hyères les Palmiers (83)  
Congrès de Hyères organisé par le  
Dr Pierre Benghozi, parrainé par la  
Chaire UNESCO de Santé sexuelle  
et Droits humains, la Fédération  
Européenne de Psychothérapie  
Psychanalytique, en collaboration  
avec les Universités de Rio de  
Janeiro et de Sao Paulo, la Société  
Française de Psychothérapie Psy-  
chanalytique de Groupe (SFPPG).

**L'intime, le privé, le public,  
une clinique de l'effraction...**

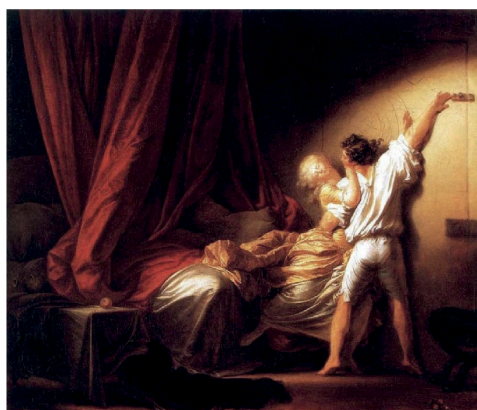
**Quels enjeux pour les  
professionnels  
de l'enfance, de la famille,  
des institutions, du lien social ?**

**CENTRE DE  
PSYCHANALYSE  
HENRI DANON-BOILEAU**

**JOURNÉE SCIENTIFIQUE**  
**Samedi 25 mars 2017**  
**13h30-18h30**

**Actualité de la séduction dans les cures  
d'adolescents et de jeunes adultes**

Organisée par Isabelle CAILLAUD - Dr Georges PAPANICOLAOU  
Intervenants : Dr Alain BRACONNIER- Francine CARAMAN -  
Florence LAMOUR-DELMARE  
Discutante : Catherine CHABERT



À l'ancienne Mairie de Sceaux 68 rue Houdan 92330 Sceaux

Renseignements et inscriptions : catherine.galat@fsef.net ou 01 40 91 50 25  
Participation aux frais : 30 euros, 20 euros pour analystes en formation et 10 euros pour étudiants  
Places limitées et réservées aux professionnels



Clinique Médicale et Pédagogique Dupré  
Directeur : Blandine CHARREL  
Coordinateur Médical : Dr Patricia BENHAMOU

Lieu : Forum du Casino.  
**Contact** : Bruno Manuel.  
Tél : 06 60 99 59 47.  
manuel.13012@gmail.com

**15-19 mai 2017**

Paris  
Semaine de formation du  
Collège International de  
L'Adolescence (CILA).  
**Actualité de la  
psychopathologie de l'adolescent.**  
**Violences dans la famille.**  
Lieu : FIAP Jean Monnet,  
75014 Paris.  
**Contact** : Tél : 07 89 26 52 00.  
formation.continue.cila@gmail.com

**10-11 juin 2017**

Paris  
Weekend du Groupe d'études et de  
recherches psychanalytiques pour  
le développement de l'enfant et du  
nourrisson (GERPEN).  
avec **Antonino Ferro.**  
Lieu : ASIEM, 75007 Paris.  
**Contact** : www.gerpen.org

**2-3 décembre 2017**

Paris  
Weekend du GERPEN  
avec **Mark Solms.**  
Lieu : ASIEM, 75007 Paris.  
**Contact** : www.gerpen.org



## De la dépendance à l'autonomie : la théorie de l'attachement

**Vendredi 2 décembre 2016 - Espace Reuilly - 21 rue Hénard - 75012 PARIS**

Initialement élaborée par John Bowlby dans les années 1950, la théorie de l'attachement permet de mieux comprendre les enjeux des relations interpersonnelles et la place des adultes dans le développement de l'enfant. D'abord pensée pour le bébé et le jeune enfant, cette théorie a ensuite trouvé des applications précieuses pour analyser les difficultés de l'adolescence ou explorer les différentes formes de parentalité. En France, son émergence est récente mais ces dernières années elle a pris de l'ampleur et les professionnels de l'enfance de diverses origines - Aide sociale à l'enfance, Education nationale, services de psychiatrie - infanto-juvénile, PMI - y ont de plus en plus recours.

Dès ses débuts, cette théorie a permis le développement de recherches offrant de nouvelles perspectives sur la psychopathologie de l'enfant et sur leurs relations avec leurs parents.

Quels en sont les concepts-clés ? Les développements les plus récents ? Nous montrerons comment cette théorie évolue sans cesse et permet un regard nouveau sur certaines des problématiques actuelles, telles que les difficultés d'apprentissage à l'école, les situations de maltraitance, les effets du traumatisme sur les relations parent-enfant ou encore le travail avec les familles d'accueil.

**Intervenants :** Jean-Pierre Benoit, Augusta Bonnard, Liliane Daumas, Romain Dugravier, Odile Faure-Fillastre, Christine Genet, Nicole Guedeney, Claire Lamas, Annick Le Nestour, Anne-Sophie Mintz, Jean-Louis Le Run, Sandra Rusconi-Serpa, Dan Schechter, Lauriane Vulliez.

Tarifs : 100 € (inscription individuelle) - 150 € (formation continue) - 50 € (Tarif réduit)

Renseignements et inscriptions : [www.enfancesetpsy.fr](http://www.enfancesetpsy.fr) - [colloques@enfancesetpsy.net](mailto:colloques@enfancesetpsy.net) ou 01 46 33 70 47 (boîte vocale)

### ◆ CYCLE 2016-2017

Lyon (69)

Cycle de GREPSY-conférences.

**Les conjugaisons du temps.**

**23 nov. 2016 : Du traumatisme au soin : la temporalité de l'autre.**

Omar Guerrero.

**12 janvier 2017 : Temps, présence**

**et crise. Une approche**

**phénoménologique de la**

**temporalité.** Sarah Brunel.

**22 mars 2017 : Le temps et la**

**psyché, une relation bien**

**conflictuelle qui ne va pas de soi.**

Daniel Marcelli.

**13 juin 2017 : Espace et**

**temporalité : leur construction**

**par le psychodrame analytique.**

Philippe Valon.

Lieu : C.H. Jean de Dieu, Espace

conférences Sanou Sourou.

**Contact :** Tél : 04 37 90 10 10

(poste 29 00).

[grepsy-conferences@arhm.fr](mailto:grepsy-conferences@arhm.fr)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaires Babylone

**Psychanalyse et Littérature.**

**7/11/16 : Hubris et le monstre**

**dans les arts.** J. Clair.

**5/12/16 : James McNeil Whistler :**

**peindre la vierge,**

**la maman et la putain.**

Yves Sarfati.

**9/01/17 : Vendredi et le roi des**

**adultes : des trésors littéraires**

**pour la psychopathologie.**

Pierre Delion.

**6/03/17 : Jean Genet**

**et ses cinq récits de soi.**

Boris Cyrulnik.

**15/05/17 et 12/06/17.**

Lieu : Institut Mutualiste Montsouris.

**Contact :**

[corinne.dugre-lebigre@imm.fr](mailto:corinne.dugre-lebigre@imm.fr)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaire animé par

Simone Korff-Sausse

et Régine Waintrater.

**Les courants contemporains de la**

**psychothérapie psychanalytique.**

(le 2<sup>e</sup> jeudi du mois, 18h-20h).

**Contact :** [sksausse@hotmail.com](mailto:sksausse@hotmail.com)

[rwaintrater@gmail.com](mailto:rwaintrater@gmail.com)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaire animé par

Simone Korff-Sausse.

**Introduction**

**à la lecture de W.R. Bion**

(le 2<sup>e</sup> mardi du mois, 18h-20h).

**Contact :** [sksausse@hotmail.com](mailto:sksausse@hotmail.com)

[rwaintrater@gmail.com](mailto:rwaintrater@gmail.com)

### CYCLE 2016-2017

Lyon (69)

Cycle de 5 conférences du Groupe

Lyonnais de Psychanalyse Rhône-

Alpes (GLPRA).

**Liberté de penser** (20h-23h)

**Mardi 15 novembre 2016**

**Préoccupation maternelle**

**primaire endeuillée, obsessions**

**vengeresses et liberté de penser.**

Sylvain Missonnier.

**Mardi 13 décembre 2016**

**L'être humain est-il**

**nécessairement aliéné ?**

Geneviève Bourdellon.

**Mardi 14 mars 2017**

**Peut-on apprendre à être libre ?**

Maja Perret-Catipovic.

**Mardi 11 avril 2017**

**De la liberté de penser au**

**"mentalement correct".**

Pierre Lamothe.

Lieu : Palais de la Mutualité, 1 place

Antonin Jutard, 69003 Lyon.

**Contact :** Tél : 04 78 38 78 01.

[contact@glpra.fr](mailto:contact@glpra.fr)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaires **Psychanalyse et**

**transferts culturels** organisés par

Diana Kamienny Boczkowski (21h.)

**9 novembre 2016 :** "Les mutants"

"Golda Meir".

**14 décembre, 12 janvier 2017,**

**22 février, 15 mars.**

Lieu : Maison de l'Amérique Latine,

217 Bd Saint Germain, 75007 Paris.

**Contact :**

[psychanalyse@transferts-culturels.com](mailto:psychanalyse@transferts-culturels.com)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Séminaires organisés par

Schibboleth-Actualité de Freud.

**La responsabilité en question.**

**17 nov : La responsabilité :**

**Freud vs Lévinas.**

V. Chétrit-Vatine, M. Bar Zvi,

C. Birman, Ch. Hoffmann.

**1er déc : Vichy, une mémoire**

**empoisonnée.** M. Tarnero,

J. Tarnero, G. Bensoussan.

**15 déc : Traumatismes**

**hyperprécoces et traumatismes**

**catastrophiques.**

B. Golse, L. Ouss, JJ Moscovitz.

**5 janvier : La science et ses**

**dérives - du transhumanisme.**

M. Vacquin, J. Testard, MA Frison-

Roche, D. Folscheid, M. Levy-

Soussan, M. Fabre Magnan, O. Roy.

**19 janvier : Traumatisme, déni,**

**deuil traumatique et résilience.**

D. Sibony, Y. Malpertuy, Y. Gampel,

E. Weil.

**2 février : La Confrérie, enquête**

**sur les Frères Musulmans.**

M. Prazan, S. Hefez.

**16 février : Les schibboleths**

**freudiens - Le rêve et son**

**interprétation.** M-A Ouakni,

M. Nacht, C. Barazer, F. Coblence.

**2 mars : PMA, du biologique au**

**Symbolique.**

Ch. Dudkiewicz-Sibony,

R. Frydman, M. Levy-Soussan.

**16 mars : La responsabilité :**

**Sigmund Freud vs Hannah Arendt.**

J-P Winter.

**6 avril : Figures du féminin, haine**

**du masculin et antijudaïsme.**

D. Horvilleur, E. Abecassis,

S. Wiener, I. Fitoussi, P. Benghozi.

**20 avril : Littérature et**

**psychanalyse : fiction et vérité,**

**écriture et traumatisme.**

M-H Routineau, S. Chauveau,

M. Vacquin, R. Rosenblum.

**4 mai : L'homme déplacé :**

**frontières, migrations, identité,**

**passages, appartenance, peuple,**

**traditions, nation, Loi.**

Ph. Robert, R. Kaës,

P. Zawadzki, D. Lippe.

**18 mai : Rites, ritualisation,**

**mythologies contemporaines.**

S. Nizard, P. Zawadzki,

J-F Bensahel.

**1er juin : L'humour, paradigme**

**de la pensée et de la subjectivation,**

**responsabilité de l'éthique,**

**éthiques de la responsabilité.**

E. Chauvet, H. Widlöcher,

M-A Ouakni.

**15 juin : L'urgence face au réel**

**du traumatique.** P. Bantman,

J-J Moscovitz, L. Naccache.

**29 juin : Les territoires de la**

**République, aujourd'hui.**

G. Bensoussan, D. Sobiny,

J. Tarnero.

**6 juillet : Lire Freud, aujourd'hui.**

D. Brun, E. Malet.

Lieu : ISEG, 75004 Paris.

**Contact :** [secretariat@schibboleth.fr](mailto:secretariat@schibboleth.fr)

### CYCLE 2016-2017

Paris

Conférences publiques

de la SPP.

**La psychanalyse à l'épreuve de la**

**clinique contemporaine.**

**Introduction à la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent.**

Le mercredi (21h15).

**23 novembre 2016 : La question du langage dans la cure de l'enfant.**

L. Danon-Boileau.

**22 février 2017 : Plaidoyer pour une psychopathologie du virtuel quotidien.** Sylvain Missonnier.

**22 mars 2017 : Au-delà des controverses, les autismes aujourd'hui.** Denys Ribas.

**28 avril 2017 : Adolescence et psychodrame.** Fabienne De Lanlay.

**24 mai 2017 : Quand l'analyste se confronte aux traitements des enfants.**

Suzanne Deffin-Cunha.

**Introduction à la psychanalyse de l'adulte.**

Le jeudi (21h15).

**10 novembre 2016 :**

**Quand tout le corps pleure.** Christian Garneau.

**12 janvier 2017 : Cerveau et psyché. Psychanalyse et neuropsychologie.**

Jacques Boulanger.

**2 mars 2017 : Psychose et psychodrame psychanalytique individuel.** Alain Gibeault.

**11 mai 2017 : Fin de cure.**

**Quand le paradoxe s'en mêle.** Béatrice Braun.

**1er juin 2017 : Rêves traumatiques.** Marie-Françoise Laval.

Lieu : SPP, salle de conférence, 21 rue Daviel, 75013 Paris.

**Contact :** Tél : 01 43 29 66 70 (du lundi au jeudi : 10h-12h). spp@spp.asso.fr

**CYCLE 2016-2017**

Paris

Séminaires Jean Courmut d'Introduction à la psychanalyse organisé par la SPP  
Un lundi par mois (20h45).

**Le refoulement.**

**7/11/16 : Les phobies.**

Gérard Bayle.

**21/11/16 : Les identifications.**

Chantal Lechartier-Atlan.

**5/12/16 : Refoulement et répression.**

Paul Denis.

**16/01/17 : Clivage et refoulement.**

Bernard Brusset.

**20/02/17 : Contre-transfert et refoulement.**

Isabelle Martin-Kamiéniak.

**6/03/17 : Le refoulement en psychosomatique.**

Marie Sirjacq.

**20/03/17 : Destins du refoulement au psychodrame psychanalytique.**

Bernard Touati.

**15/05/17 : Le refoulement chez le psychotique.** Josiane Chambrier.

**19/06/17 : L'hystérie chez**

**l'enfant : le retour du refoulé.**

Bernard Bensidoun.

Lieu : SPP, 21 rue Daviel, 75013.

**Contact :** Tél : 01 43 23 66 70.

Fax : 01 44 07 07 44.

accueil@spp.asso.fr

**CYCLE 2016-2017**

Paris

Séminaires organisés par Didier Lauru et Christian Hoffmann  
(2<sup>e</sup> mardi du mois, à 21h).

**Le transfert et l'acte psychanalytique.**

Lieu : 12 rue de Bourgogne, 75007 Paris.

**Contact :** Tél : 01 40 56 99 66

ou 06 19 50 43 91.

**CYCLE 2016-2017**

Paris

Séminaires de **présentation clinique avec les adolescents** organisées par Didier Lauru  
(2<sup>e</sup> mercredi du mois, 14h30-16h)  
Lieu : CMPP Etienne Marcel, 75002 Paris.

**Contact :** Tél : 01 42 33 21 52.

lauru.didier@wanadoo.fr

**CYCLE 2016-2017**

Paris

Soirées de l'Ecole Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient (EPCI) : 19h30-22h.

**7 nov. 2016 : L'appareil**

**psychique... n'est pas l'appareil neuronal !**

**21 nov. 2016 : Les séductions originaires.**

**Pourquoi l'inconscient est sexuel ?**

**5 déc. 2016 : Le trésor des représentations.**

**Corps, affects, images, mots.**

**9 janvier 2017 : L'accès au plaisir, ses conséquences.**

**La vengeance et l'angoisse.**

**23 janvier 2017 : Le réservoir inépuisable des pulsions.**

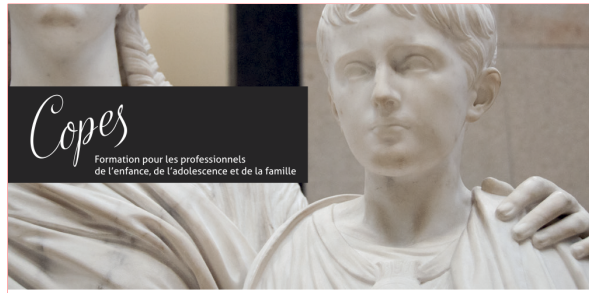
**Permanence, insistance et diversité.**

**27 février 2017 : Surmoi, moi idéal et idéaux.**

**Règles, interdits et valeurs.**

**13 mars 2017 : La hantise de la castration.**

**La structure oedipienne.**



**SM17-35 LES ÉPREUVES PROJECTIVES DANS L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

Destiné aux psychologues pratiquant ou ayant une formation initiale.

Avec O. Rouvre, psychologue clinicien.  
31 janv., 1<sup>er</sup>-2 février 2017. — 732 €

**CY17-09 L'OBSERVATION DU BÉBÉ SELON LA MÉTHODE D'ESTHER BICK** NOUVEAU Formation à Nantes

Avec V. Taly, psychologue clinicienne. — Les samedis matin :  
4 févr., 4 mars, 1<sup>er</sup> avr., 29 avr., 3 juin, 1<sup>er</sup> juil., 9 sept.,  
14 oct., 18 nov. et 16 déc. 2017. — 1220 €

**SM17-30 LES ENFANTS À BESOINS SPÉCIFIQUES** NOUVEAU

Quelles questions pour les professionnels et pour les candidats à l'adoption ?  
Avec F. Cohen-Herlem, pédopsychiatre et A. de Truchis, pédiatre. — 27-28 févr., 1<sup>er</sup> mars 2017. — 732 €

**SM17-48 LE JEU DE L'ENFANT COMME OUTIL : APPORTS DU SCÉNO-TEST**

Avec V. Taly psychologue clinicienne.  
3-10 mars 2017. — 488 €

**Renseignements et inscriptions**  
Copes  
26 bd Brune  
75014 Paris  
01 40 44 12 27  
formation@copes.fr



[www.copes.fr](http://www.copes.fr)

**27 mars 2017 : Le narcissisme.**

**Ses deux modalités et leurs rapports.**

**24 avril 2017 : La question du désir. Au cœur du fonctionnement psychique.**

**15 mai 2017 : Le processus de symbolisation. L'intersubjectivité.**

**29 mai 2017 : L'espace du rêve.**

**Ses conditions, sa nécessité.**

**19 juin 2017 : La différence des sexes. L'accès à l'altérité.**

Lieu : Hôpital des Diaconesses, 75012 Paris.

**Contact :** Ecole Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient.

Tél : 01 43 07 89 26.

**CYCLE 2016-2017**

Paris

Journées de formation de l'Ecole Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient (EPCI).  
Un mardi par mois (9h-16h30).

**15 novembre 2016 : Gérard Bonnet :**

**La relation thérapeutique.**

**6 décembre 2016 :**

Paul-Laurent Assoun :

**Le sommeil et ses troubles à l'épreuve de la psychanalyse**

**17 janvier 2017 :** Marjolaine

**Hatzfeld : Plaisir ou jouissance.**

**21 février 2017 :** Caroline Bonnet :

**Séparation, placement : conséquences psychiques.**

**21 mars 2017 :** Paul-Laurent

**Assoun : Perversion et féminité.**

**25 avril 2017 :** Gérard Bonnet :

**Psychanalyse des rites.**

**16 mai 2017 :** Paul-Laurent Assoun :

**Fantasma et sublimation.**

**Destins du sexuel.**

**13 juin 2017 :** Benjamin

**Abdassadok : Actualités des psychoses.**

Lieu : St Eloi, 75012 Paris.

**Contact :** Tél : 01 43 07 89 26.

**CYCLE 2016-2018**

Paris

Cycle de formation organisé par l'Association Psychanalyse et Psychothérapies (APEP).

**Pratique de la clinique et des thérapies psychanalytiques.**

**Contact :** Sonia Cohen.

Tél : 06 69 05 90 01

ou 01 44 93 57 36.

scohen@bbox.fr

**CYCLE 2017**

Marseille (13)

Journées de formation de l'Institut du Champ Freudien-Section clinique d'Aix-Marseille (11h30 à 17h30).

**- L'inconscient, drôle de mot !**

**Enseignement de propédeutique.**

**- L'Autre dans la clinique**

**psychanalytique contemporaine.**

**- L'angoisse.**

**Contact :** Institut du Champ Freudien-Section clinique d'Aix-Marseille.

[www.section-clinique.org](http://www.section-clinique.org)

**I addictologie**

**8-9 décembre 2016**

Nantes (44)

Journées de formations de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC).

**Approches sur le jeu pathologique et le jeu excessif.**

Lieu : Hôpital Saint Jacques.

**Contact :** Institut Fédératif des

Addictions Comportementales.

Tél : 02 40 84 76 20.

adolescent • P  
me • Sexualité • H  
logie • H  
e et psych  
toxicom



**ENREGISTREMENTS AUDIO**  
**“Destructivité et exaltation”**  
 Colloque BBADOS des 30 sept. et 1er oct. 2016

**3 formats au choix : clé USB, MP3, CD**  
 Commande en ligne : [www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)  
 (rubrique « BOUTIQUE / Enregistrements Audio »)  
 Contact : [est@carnetpsy.com](mailto:est@carnetpsy.com)



## Art-thérapie

25-26 novembre 2016

Tours (37)

Congrès international d'Art-Thérapie organisé par l'Association Française de recherches & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine (AFRATAPEM).

**Art-thérapie : pratiques cliniques, évaluations et recherches.**

Lieu : Centre de congrès Vinci.

Contact : Tél : +33 (0)2 47 51 86 20. [afratapem@wanadoo.fr](mailto:afratapem@wanadoo.fr)

## Gériatrie

◆ 3 décembre 2016

Paris

3<sup>e</sup> Journée francophone de Psycho-Gérontologie organisée par la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie.

**La mort dans les pratiques psychologiques :**

**si proche, si lointain.**

Lieu : Grand-Anphithéâtre, Université Paris Descartes, 12 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris.

Contact : Tél : 09 86 47 16 17. [siege@ffpp.net](mailto:siege@ffpp.net)

9 mars 2017

Paris

Colloque de l'AFAR.

**Vieillir : les risques d'un effondrement psychique et les chances d'un rebondissement.**

Lieu : Maison de la Chimie, 75007.

Contact : Tél : 01 53 36 80 50.

## Handicap

25-26 novembre 2016

Paris

11<sup>ème</sup> Séminaire InterUniversitaire International sur la Clinique du Handicap.

**Le handicap, une identité entre-deux.**

Contact : SIICLHA.

[seminairehandicap@gmail.com](mailto:seminairehandicap@gmail.com)

## Périnatalité

4 novembre 2016

Grenoble (38)

Journée de Périnatalité d'hommage organisée par les collègues et amis grenoblois de Véronique Lemaître et Francis Maffre.

**Préventions précoces, avec Sylvain Missonnier.**

Lieu : Maison des Associations, 6 rue Berthe de Boissieux.

Contact :

[christelle.revon@gmail.com](mailto:christelle.revon@gmail.com)  
[fwildpili@gmail.com](mailto:fwildpili@gmail.com)

9-10 novembre 2016

Beaune (21)

Journées annuelles de la Société Marcé Francophone.

**Bébés et cultures.**

**Histoires et empreintes culturelles d'hier et de demain...**

Lieu : Palais des Congrès.

Contact : Tél : 03 80 42 48 31. [3petitspoints.asso@gmail.com](mailto:3petitspoints.asso@gmail.com)

17-18-19 novembre 2016

Avignon (84)

12<sup>e</sup> Colloque de périnatalité organisé par l'Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité (ARIP).

**Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s).**

Lieu : Centre International des Congrès, Palais des Papes.

Contact : Tél : 04 90 23 99 35 [arip@wanadoo.fr](mailto:arip@wanadoo.fr)

◆ CYCLE 2016-2017

Boulogne-Billancourt (92)

Séminaire international de Sylvain Missonnier. "Premier Chapitre". Le mercredi (18h-21h).

14 déc. 2016 : Pierre Delion :

**Le bébé à risque autistique, les parents et le psychanalyste.**

11 janvier 2017 : Sandra Rusconi :

**Impact du traumatisme maternel sur la relation précoce.**

1<sup>er</sup> février 2017 : Alexandra Durr et Marcela Gargiulo : **Parentalité et risque de transmission génétique.**

1<sup>er</sup> mars 2017 : Alain de Broca :

**Les parents qui refusent l'IMG.**

19 avril 2017 : Jacques Gelis :

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

3 mai 2017 : Lucien Hounkpatin :

**Le ventre sacré chez les Yoruba.**

7 juin 2017 : Christine Davoudian :

**Femmes enceintes « sans papiers ».**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

**Comment le bébé se construit aux siècles modernes ?**

26 novembre 2016

Paris

Colloque de la WAIMH France.

**Quoi de neuf, bébé ?**

Lieu : Université Paris Diderot, Pôle des langues et civilisations, 65 rue des Grands Moulins, 75013.  
 Contact : [secwaimf@noos.fr](mailto:secwaimf@noos.fr)

1<sup>er</sup> décembre 2016

Lille (59)

Congrès interrégional organisé par l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support, le CH de Valenciennes et la Société Française de Psycho-Oncologie.

**Soins de support et démarche palliative.**

Lieu : Le Nouveau Siècle.

Contact : Tél : 05 57 97 19 19.

[info@comm-sante.com](mailto:info@comm-sante.com)

7-8-9 décembre 2016

Nantes (44)

33<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société Française de Psycho-Oncologie.

**Le corps éprouvé par le cancer et les traitements.**

Lieu : Cité des Congrès.

Contact : Société

Française de Psycho-Oncologie.

Tél : 05 57 97 19 19.

[www.sfpo.fr](http://www.sfpo.fr)

CYCLE 2016-2017

Paris

Les samedis de l'Institut de Psychosomatique Pierre Marty (IPSO) (10h-13h).

3 décembre 2016 :

**La clinique de l'adulte I.**

**Les régressions somatiques.**

11 mars 2017 :

**La clinique de l'adolescent.**

22 avril 2017 :

**La clinique de l'enfant.**

6 mai 2017 :

**La clinique de l'adulte II. Les désorganisations somatiques.**

Contact : IPSO-Pierre Marty.

Tél : 06 85 89 27 31.

[enseignement@ipso-marty.org](mailto:enseignement@ipso-marty.org)

## Santé mentale

◆ 25 novembre 2016

Paris

Journée organisée par le Centre Primo Levi, le service de Santé Mentale Ulysse de Bruxelles, l'association pour la Promotion Sociale par le Travail et l'Insertion (PSTI) et Parole sans Frontière.

**Au-delà des frontières. Accompagner et soigner autrement.**

Lieu : Centre de Sèvres, 75006.

Contact :

[infos25novembre@primolevi.org](mailto:infos25novembre@primolevi.org)

8-9 décembre 2016

Paris

Colloque de la Ligue Française pour la Santé Mentale.

**(Bonne) santé mentale et société.**

**Prévention/comprendre pour prévenir.**

Lieu : Espace Reuilly, 75012 Paris.

Contact : Tél : 01 42 66 20 70.

◆ 9 décembre 2016

Paris

Colloque de l'Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques (UNAFAM).

**Troubles psychiques : vers une amélioration de la qualité de vie.**

Lieu : ASIEM, 75007 Paris.

Contact : [www.unafam.org](http://www.unafam.org)

## Société

25-26 novembre 2016

Toulouse (31)

Journées d'études organisées par les Editions Eres.

**L'éducation spécialisée :**

**pour quoi faire ?**

Lieu : Théâtre des Mazades.

Contact : [www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

◆ 26-27 novembre 2016

Paris

4<sup>e</sup> Colloque organisé par L'Arche en France, en collaboration avec l'association *Fragilités interdites*.

**Liberté, Égalité, Fragilité : revisiter la Fraternité. Comment la prise en compte de la fragilité peut-elle être une ressource du vivre ensemble.**

Lieu : Docks de Paris.

Contact : [www.fragilites-interdites.fr](http://www.fragilites-interdites.fr)

1<sup>er</sup>-2 décembre 2016

Paris

Colloque organisé par le Conservatoire National des Arts et Métiers.

**Santé dégradée, santé négociée.**

**Le travail en question ?**

Lieu : CNAM, Paris.

Contact :

[colloquesante2016@gmail.com](mailto:colloquesante2016@gmail.com)



## Thérapie familiale et de groupe, thérapie de couple

18-19 novembre 2016

Paris

Journées de formation du Centre d'Études Cliniques des Communications Familiales. **Jusqu'ou et comment se servir de soi comme outil d'intervention et/ou thérapeutique.**

Lieu : Espace Reuilly, 75012 Paris.

Contact : Tél : 01 48 05 84 33.

www.ceccof.com

19 novembre 2016

Lyon (69)

12<sup>e</sup> Journée scientifique, 6<sup>e</sup> journée internationale organisée par Apsylien-Rec en partenariat avec l'Institut des Sciences de la Famille.

**Dispositifs innovants et transformation des liens.**

Lieu : Université Catholique de Lyon, 10 place des Archives, 69002.

Contact : Tél : 06 87 71 84 55.

apsylien@wanadoo.fr

21-22 novembre 2016

Paris

**Journées cliniques Maurizio**

**Andolfi** organisées par l'Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles (APRTF).

Lieu : Espace St-Martin, 75003.

Contact : Tél : 01 43 38 16 98.

inscription@aprtf.formation.fr

**CYCLE 2016**

Paris et province

Journées de formation de l'Institut Français d'Analyse de Groupe et de Psychodrame (IGAFP).

- **Séminaires de 1<sup>ère</sup> approche d'analyse de groupe et de psychodrame.**

Paris : 18-20 nov, 9-11 déc.

Avignon : 18-20 nov.

Bordeaux : 2-4 déc.

Lyon : 18-20 nov.

Rennes : 4-6 nov.

- **Séminaire de perfectionnement des praticiens de groupe et de psychodrame :** Paris : 4-6 nov.

- **Groupes d'analyse de groupe et de psychodrame** (10 séminaires) :

Paris, Avignon, Bordeaux,

Lyon, Nantes.

- **Groupes de formation**

**au psychodrame :**

Paris et Montpellier.

- **Groupes de travail théorico-cliniques.**

Contact : Tél : 01 45 88 23 22.

ifaag@club-internet.fr

**CYCLE 2017**

Paris

Journées de formations de l'ASM13.

**Formation à la thérapie familiale.**

Entre février et décembre 2017.

Contact : ASM13.

Tél : 01 40 77 43 18 ou 43 17.

## Conférence-débat

19 novembre 2016

Lyon (69)

La revue Spirale fête ses 20 ans à Lyon.

**Bébé et son corps. Chant,**

**Berceuse, et culture**

(14h à 17h30).

Avec les auteurs du n° 74,

**Bébé et son corps** (Erès, 2015).

Lieu : Agora tête d'Or

Contact : joel.clerget@free.fr

## théâtre/expo/ciné

◆ 21 novembre 2016

Paris

Débat organisé par "Théâtre & psychanalyse, A corps Perdu" à propos de "Eileen Shakespeare" de Fabrice Melquiot, par la Compagnie "Les Ailes du Nord", mise en scène par Carole André.

Lieu : Théâtre Poche Montparnasse.

Contact : Tél : 06 73 09 06 14.

contact@lesaillesdunord.com

◆ 1-4 décembre 2016

Paris

3<sup>e</sup> Episode de Nathalie Joly d'après l'œuvre de Yvette Guilbert, mise en scène par Simon Abkarian.

**Chanson sans gêne.**

Lieu : Théâtre de la Vieille Grille.

Contact : Tél : 01 47 07 22 11.

vieillegrille@gmail.com

◆ EXPO 2016

Paris

**Carte blanche à Tino Sehgal.**

**Jusqu'au 18 décembre 2016.**

Lieu : Palais de Tokyo.

Contact : www.palaisdetokyo.com

◆ EXPO 2016

Paris

Exposition **Oscar Wilde.**

**L'impertinent absolu.**

**Jusqu'au 15 janvier 2017.**

Lieu : Petit Palais

Contact : www.petitpalais.paris.fr

EXPO 2016

Paris

Exposition **Persona, étrangeté humaine.**

**Jusqu'au 13 novembre 2016.**

Lieu : Musée du Quai Branly-

Jacques Chirac, 75007 Paris.

Contact : www.quaibrany.fr

EXPO 2016

Paris

Exposition de la collection de l'Hôpital Sainte-Anne. **Brut et Joli. Jusqu'au 18 décembre 2016.**

Lieu : Musée d'Art et d'Histoire de l'Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris.

Contact : entrée gratuite.

◆ CINÉ 2016

Paris

Rencontres "Cinéma et

Psychanalyse", proposées par

P. Sullivan et A. de Cazanove, L. Lалу.

Lieu : Studio des Ursulines, 75005.

Contact :

cinema.psychanalyse@hotmail.fr

◆ 7 juin 2017

Lorquin (57)

37<sup>e</sup> Festival Psy de Lorquin.

Contact : Tél : 03 87 23 14 79.

cnasm@orange.fr

## AGENDA INTERNATIONAL

10-11-12 novembre 2016

Rio de Janeiro (Brésil)

4<sup>e</sup> colloque INTERPSY organisé par Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie (ALFAPSY).

**Folie privée, folie publique.**

Contact : www.alfapsy.net

◆ 19 novembre 2016

Bruxelles (Belgique)

**Conférence avec Michael Parsons** organisée par la Société Belge de Psychanalyse.

Lieu : Maison de la Société

Belge de Psychanalyse.

Contact : info@psychanalyse.be

Tél/fax : +32 (0)2 344 38 14.

◆ 25 novembre 2016

Luxembourg

Journées organisées par le Groupe d'Étude et de Recherche Clinique en Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adulte (GERCPEA).

**Identité de sexe, identité de corps, identité de genre.**

**Réparer, soigner, guérir.**

Lieu : Maison d'Accueil des Sœurs Franciscaines.

Contact : Tél : +352 621 28 03 29.

◆ 28 janvier 2017

Bruxelles (Belgique)

Journée d'étude de l'Association pour la Recherche en Psychothérapie Psychanalytique (ARPP).

**Honte, culpabilité & traumatisme.**

**Exigences de travail psychique**

**imposé par le trauma.**

Lieu : ULB, salle Dupréel.

Contact : Tél : +32 (0)2 511 55 43.

◆ 20-21-22 avril 2017

Barcelone (Espagne)

24<sup>e</sup> International Symposium about Current Issues and Controversies in Psychiatry.

**"Crisis" in psychiatry ?**

Contact :

www.ControversiasBarcelona.org

◆ CYCLE 2016-2017

Beyrouth (Liban)

Conférence de l'Association Libanaise pour le Développement de la Psychanalyse (ALDEP).

12 janvier 2017 : **"Le temps (c'est)**

**de l'argent"**. Maurice Khoury.

23 février 2017 : **"Autour d'un livre**

**"La psychiatrie au Liban"**.

Sami Richa.

23 mars 2017 :

**L'autre : le dissemblable.**

Mouzayan Osseiran.

11 mai 2017 : **Un divorce**

**meurtier.** Wafica Kallassi.

22 juin 2017 : **"Nous/eux" : quand**

**se manifeste "l'inquiétant"**.

Marie-Thérèse Khair Badawi.

Contact : info@aldep.org

◆ CYCLE 2017

Bruxelles (Belgique)

Cycle de 3 week-ends organisés par Carine De Buck et Denis Hirsch.

**Sensibilisation au groupe**

**et au psychodrame.**

21-22 janvier, 18-19 février 2017,

18-19 mars 2017.

Lieu : Maison de la Psychanalyse.

Contact :

groupe.debuck.hirsch@gmail.com

**CYCLE 2016-2017**

Bruxelles, Liège (Belgique)

Cycle de séminaires du mercredi de la Société Belge de Psychanalyse.

**Face aux émotions, la dynamique des défenses psychiques.**

30 novembre 2016 :

Blandine Faoro-Kreit et Edith Creplet

"J'aurais voulu naître vivant"

**Comment ressentir, vivre et penser quand le pare-excitation**

**vient à défailir ?** La solution

comporte-mentale et addictive

2<sup>e</sup> partie).

8 février 2017 :

Francoise Labbe et Carine De Buck

**Les défenses autistiques à**

**l'épreuve de la clinique quotidienne.**

8 mars 2017 :

Anne Englert et Denis Hirsch.

**Clivage et refoulement.**

29 mars 2017 :

Katy Bogliatto et Géraldine Castiau

**Les dénis de 0 à 107 ans.**

26 avril 2017 :

Liliane Dirx et Isabelle Lafarge

**L'emprise comme défense.**

31 mai 2017 :

Francoise Labbé, Marie- France

Dispaux et Theresa Spadotto.

**Table ronde autour des défenses**

**et de leur dynamique.**

Lieu : Maison de la Société Belge de

Psychanalyse.

Contact : info@psychanalyse.be

**CYCLE 2016-2017**

Bruxelles, Liège (Belgique)

Cycle de 3 ans de séminaires

ouverts organisés par la Société

Belge de Psychanalyse.

**Lire Freud aujourd'hui.**

**I. Découverte de la psychanalyse**

**1895-1910.**

**II. Années de maturité 1911-1920.**

**III. Nouvelles perspectives**

**1920-1939.**

Lieu : Société Belge de Psychanalyse.

Contact : info@psychanalyse.be

sobelpsy@infonie.be

Tél : +32 (0)2 344 38 14

**CYCLE 2016-2017**

Bruxelles (Belgique)

Cycle du Groupe d'Étude en Clinique Familiale Psychanalytique de la Petite Enfance (GECFAPPE).

**Formation au travail psycho-**

**thérapeutique parents-bébé.**

Lieu : Hôpital Edith Cavell.

Contact : Tél : +35 26 21 28 03 29

c.frischdesmarez@gmail.com

www.gecfappe.be

# Parutions du mois

## Alric Jérôme

*Fin de vie & psychanalyse.  
Menace de disparition  
et relance désirante*  
Sauramps Médical, 29 €

## Baldacci Jean-Louis

*L'analyse avec fin*  
PUF, 14 €

## Berthelet Lorelle Christiane

*Les créations du corps et de  
l'inconscient.  
Yoga et psychanalyse*  
Liber, 15 €

## Bossuoy Muriel (dir.)

*La psychologie clinique  
transculturelle.  
11 fiches pour comprendre : lien entre  
psychisme et culture, troubles du  
langage, adoption internationale...*  
In Press, 10 €

## Brun Anne, Roussillon René, Attigui Patricia

*Evaluation clinique des  
psychothérapies psychanalytiques :  
dispositifs individuels, groupaux et  
institutionnels*  
Dunod, 39,50 €

## Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 56

*Temps et systèmes*  
De Boeck supérieur, 35 €

## Cahiers jungiens de psychanalyse, 144

*Écritures*  
Cahiers Jungiens de  
Psychanalyse, 30 €

## Catheline Nicole

*Souffrances à l'école.  
Les repérer, les soulager,  
les prévenir*  
Albin Michel, 17,50 €

## Christien-Prouet Claire

*Effraction de la pudeur.  
Quand la violence politique fait  
ravage*  
Erès, 25 €

## Dimitriadis Yorgos

*Le corps en crise.  
Dans la pratique psychanalytique  
et médicale*  
Hermann, 28 €

## Doucet Patrick

*La vie sexuelle des enfants ?  
Tout ce qu'on aimerait sans doute  
savoir, mais qu'on ne souhaite  
peut-être pas entendre*  
Liber, 20 €

## Emery Jacinthe

*L'attachement parent-enfant.  
De la théorie à la pratique*  
Ed. Sainte-Justine, 40 €

## Fabre Nicole

*J'aime pas me séparer.  
Traverser les séparations  
dans la vie*  
In Press, 10 €

## Fauré Christophe, Allix Stéphane

*Accompagner  
un proche en fin de vie*  
Albin Michel, 15,90 €

## Feldman Marion (dir.)

*Les enfants exposés  
aux violences collectives*  
Erès, 23 €

## Franck Nicolas (dir.)

*Outils de la réhabilitation  
psychosociale. Pratiques en faveur  
du rétablissement*  
Elsevier Masson, 38 €

## Galli Alessandra

*Comment sortir d'une psychose  
et terminer sa psychanalyse*  
L'Harmattan, 16,50 €

## Genoud-Champeaux

**Marie-Dominique**  
*Deuil, maladie, séparation.  
Pratiques d'accompagnement  
des familles*  
De Boeck supérieur, 25 €

## Golse Bernard,

**Braconnier Alain (dir.)**  
*Civages. Du bébé à l'adolescent,  
entre séparation et rupture*  
Erès, 18 €

## Greig Philippe

*Le dessin de l'enfant :  
jeu, langage, thérapie*  
Erès, 15 €

## Jalley Emile

*La psychanalyse  
pendant et après Lacan.  
Tome 2 : Robion.  
Remarques sur Jacques Lacan*  
L'Harmattan, 27 €

## Jordan-Young Rebecca M.

*Hormones, sexe et cerveau*  
Belin, 28 €

## Habib Stéphane

*La langue de l'amour*  
Hermann, 20 €

## Kristeva Julia

*Je me voyage.  
Entretiens avec Samuel Dock*  
Fayard, 20 €

## Lopez Christine,

**Arnaud Michel**  
*Art-thérapie et autisme.  
Du geste à la parole. Récits d'ateliers  
et réflexions cliniques*  
L'Harmattan, 18 €

## Manzano Juan,

**Palacio Espasa Francisco,  
Abella Adela**  
*Précis de technique  
psychanalytique avec son  
application à la psychothérapie*  
PUF, 25 €

## Martin-Mattéra Patrick (dir.)

*Incidences (inter)subjectives de  
la perversion*  
Erès, 28 €

## Mestre Claire (dir.)

*Bébés d'ici, mères d'exil*  
Erès, 16 €

## Morel Marie-France (dir.)

*Naître à la maison.  
D'hier à aujourd'hui*  
Erès, 16 €

## Moro Marie Rose

*Avec nos ados, osons être parents !*  
Bayard, 14,90 €

## Nasio J.-D.

*Oui, la psychanalyse guérit !*  
Désir Payot, 16 €

## Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol.64/6

*Prise de risque. Radicalisation.  
Trouble du spectre autistique.  
Troubles du comportement  
alimentaire*  
Elsevier Masson

## Prieur Nicole, Prieur Bernard

*La famille, l'argent, l'amour.  
Les enjeux psychologiques des  
questions matérielles*  
Albin Michel, 17,50 €

## Raoult Patrick-Ange, Blanquet Brigitte (dir.)

*Rage et violence adolescentes*  
In Press, 18 €

## Roskam Isabelle

*L'évaluation du comportement  
chez le jeune enfant*  
Mardaga, 28 €

## Stoleru Serge

*Un cerveau nommé désir.  
Sexe, amour et neurosciences*  
Odile Jacob, 24,90 €

## Tordo Frédéric

*Le numérique et le robotique en  
psychanalyse.  
Du sujet virtuel au sujet augmenté*  
L'Harmattan, 29 €



avec les concepts du philosophe C.S. Peirce. Mais ce qui est sans doute le plus personnel et le plus éclairant dans ces pages, ce sont les petites histoires : « A la claire fontaine », le tablier de Jeanine. Ici on prend en compte, sans employer tout de suite les gros mots comme « pathique », toute l'épaisseur sensible : odeurs, contacts, regards. Ce sont les pages les plus émouvantes du livre. Elles illustrent bien mieux qu'un exposé didactique ce que peut être une hiérarchie subjective.

En témoignent aussi les pages consacrées au « trésor de la vie quotidienne » : la table, le lit, les couloirs. La quotidienneté est traitée comme un espace de jeu, une aire transitionnelle ou encore, avec beaucoup d'humour, comme ces « pièges à singularités » que sont l'invitation à participer à un atelier, une réunion, une sortie. Le singulier est un concept essentiel à la psychiatrie, à condition de ne pas le nier en renvoyant le patient « au jardin de espèces » (morbides), comme le disait Foucault à propos des classifications héritées de Linné, et ce bien avant le DSM. A rebours de la vie quotidienne où on s'ennuie ou s'enlise parce qu'elle est vide de sens, on appréciera ici les « marais salants à désirs » : lieux dans lesquels les personnes peuvent dire ce qu'elles veulent et « ainsi s'approcher de leur désir inconscient » (du patient comme du soignant). On lira avec profit la page 125 où l'auteur fait le bilan de ce qu'il a appris : il n'exclut rien, ne se prive d'aucun recours. Ce pragmatisme réfléchi devrait dérouter les mauvais procès et les combats douteux : la folie est un processus complexe et il ne faut s'interdire aucune piste.

C'est tout l'attrait de ce livre rédigé en collaboration avec Patrick Coupechoux, historien de la psychiatrie contemporaine. Grâce au style vivant, proche de l'entretien, on comprend que l'auteur a souffert de campagnes calomnieuses de la part d'asso-

ciations ou d'autorités mal informées. Pourtant, jamais le moindre ressentiment ne parcourt ces pages. Pas d'esprit de revanche, mais une vigilance jamais en sommeil : contre les réductions classificatoires pour qui les signes porteurs de sens sont de simples observables, contre la pensée managériale d'entreprise qui, appliquée sans esprit critique à toutes les institutions, substitue la logique *a priori* du protocole à une logique de soin *a posteriori*. Ce livre fait du bien car il apaise sans rien céder sur l'essentiel.

Jean-François Rey  
Philosophe

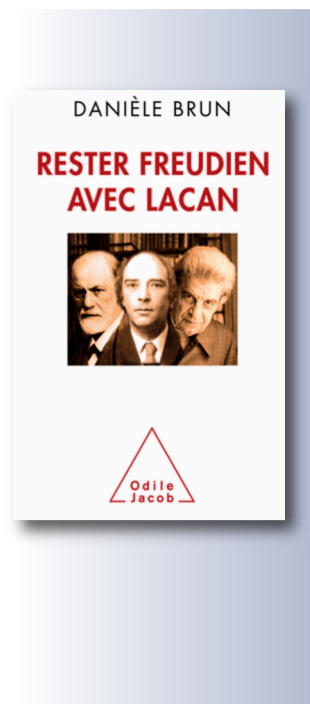
## DANIÈLE BRUN

### Rester freudien avec Lacan

Editions Odile Jacob, 2016,  
180 pages, 23,90 €

Ce nouveau livre de Danièle Brun *Rester freudien avec Lacan* est un livre très important pour l'histoire et la théorie de la psychanalyse. Le débat d'idées entre freudiens et lacaniens a été rarement public et ce livre en rapporte un épisode essentiel. Il aborde la question de savoir si l'on peut tenir une position à la fois lacanienne et freudienne : « Lacanienne au sens d'une prise en compte particulière de la parole et des signifiants qui la supportent. Freudienne au sens des enjeux de la situation analytique et du transfert, en ce qu'elle mène vers la régression et la découverte de l'infantile. » comme le souligne Danièle Brun.

En effet, en 1966, lors d'un séminaire intitulé *L'Objet de la psychanalyse*, Lacan invite le jeune psychiatre et psychanalyste Conrad Stein à discuter de ses travaux de décembre 1965 à juin 1966. En effet, dès 1960, Lacan avait marqué son intérêt pour les



travaux de Conrad Stein dont il avait suivi le parcours dès les années 1950, c'est-à-dire, depuis l'époque où sa demande d'analyse didactique à la *Société Psychanalytique de Paris* (SPP) avait été acceptée par la commission d'enseignement dont Lacan faisait partie. Cet épisode est resté à ce jour ignoré et inédit, alors qu'il est d'une grande importance pour la psychanalyse, puisqu'il s'agit d'un débat autour des concepts de Freud, en particulier trois points de sa doctrine : le narcissisme primaire, la régression topique et l'enfant.

Conrad Stein démontre lors de ce séminaire de Lacan que ces trois points sont bien présents chez Freud et qu'ils ne peuvent pas être écartés de l'ensemble de la théorie et de la clinique freudienne. Lacan pense autrement. Il élabore son « retour à Freud » deux ans après avoir inventé un nouveau paradigme analytique en 1953 qu'il nomme S.I.R. qui emploie donc une dynamique ternaire, là où Freud se situe dans la dualité. En effet la distinction entre primaire et secondaire est essentielle chez Freud, que ce soit pour le refoulement, le narcissisme ou les processus. Le débat est donc essentiel mais assez difficile entre

les deux hommes. Comme l'écrit Danièle Brun : « Consacrer six mois de discussion aux travaux d'un auteur ne fut pas chose courante pour Lacan. Peut-être même n'existe-t-il pas d'autre exemple qui se soit terminé, chez lui, par une explosion de colère d'abord retenue puis irrépressible. Dans quel cadre et sur quelles butés vinrent-ils l'un et l'autre achopper ? »

Ces butés sont notamment trois points freudiens : le narcissisme primaire, la régression topique et l'enfant, qui semblent pour Lacan difficiles voire impossibles à concilier avec ses élaborations. Ainsi, le narcissisme primaire serait incompatible avec l'expérience du miroir de Lacan. Il le dit le 22 juin 1966 « Le narcissisme du miroir, voilà le seul narcissisme primaire.. » ou plus loin, au fur et à mesure que l'irritation de Lacan monte : « Qu'est-ce que le narcissisme primaire ? Je n'irai pas par quatre chemins : le narcissisme primaire, au sens où il est usité chez presque tous les auteurs dans l'analyse, est quelque chose devant quoi je m'arrête, et que je ne peux aucunement admettre sous la forme où c'est articulé ».

Le concept d'imaginaire pour Stein est lié en partie au narcissisme et est donc éloigné de la conception de Lacan. La distance prise par Lacan sur cette question du narcissisme primaire va créer un conflit avec Stein au point d'ébranler l'édifice lacanien durant quelques séances du séminaire.

Lacan remettait l'Autre à l'honneur avec la dimension du manque, là où le patient, selon Stein, se laissant aller à la régression, pouvait se bercer d'une illusion totalisante. Lacan voulait donc faire céder Stein sur sa conception de la régression topique en voulant faire entendre l'importance de sa topologie. Conrad Stein tente de faire comprendre à Lacan qu'il s'intéresse à la surface alors que pour lui, l'importance se porte sur les volumes, et ainsi Stein le

souligne : « Mais je crois que là où nous nous séparons peut-être provisoirement, c'est que moi je fais un sort au volume que ces deux êtres délimitent ».

Conrad Stein a choisi de suivre une route ouverte par Lacan, tout en développant différents aspects issus de sa lecture de Freud, à la fois plus personnelle et centrée sur d'autres enjeux comme la régression topique et la composante onirique de la séance. Il est resté freudien sans ignorer Lacan.

Danièle Brun souhaite dans ce livre passionnant relever le défi d'une réconciliation entre freudiens et lacaniens, c'est-à-dire de rester freudien avec Lacan sans pour autant devenir lacanien. Elle propose un nouveau souffle à la psychanalyse et souhaite démontrer ainsi ses capacités de renouvellement et de transformation.

Ce livre nous invite à remonter aux débuts de la psychanalyse et à retrouver la liberté avec laquelle on lisait dans les années 1960 les textes fondateurs de Freud. Comme l'écrit Danièle Brun : « Ne peut-on postuler chez Stein, une équivalence entre ce que représenta pour lui le séminaire de Lacan en 1965-1966 et ce que Rome représenta pour Freud au tout début du siècle, un lieu d'incertitude, dont les traces s'esquivalent de la mémoire et du souvenir pour s'inscrire dans les rêves où elles suivent un cours sinueux. »

Danièle Brun est psychanalyste, membre d'*Espace analytique* et présidente de la société *Médecine et Psychanalyse*. Elle est professeur émérite à l'Université Paris-Diderot. Elle a publié *Une part de soi dans la vie des autres*, *La Passion dans l'amitié* et *L'Insidieuse Malfaisance du père*, *Les Enfants perturbateurs* et *Mères majuscules*.

**Vannina Micheli-Rechtman**  
psychiatre, psychanalyste,  
membre d'*Espace analytique*

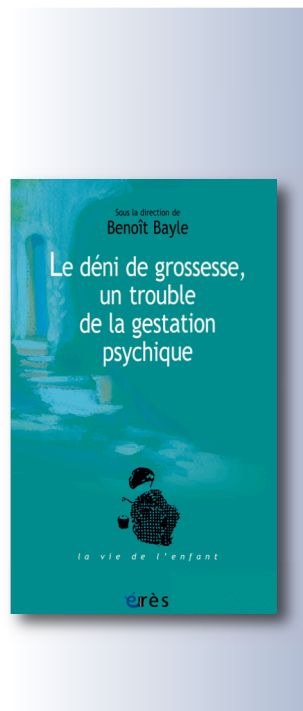
**BENOÎT BAYLE**

## Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique

Editions Érès, 2016, 248 pages, 25 €.

Le déni de grossesse, encore peu reconnu malgré un intérêt croissant en France et en Europe, étonne et questionne toujours nos théories et nos pratiques. Ce livre nous invite à un véritable tour d'horizon de cette maladie orpheline de l'obstétrique, de la psychologie et de la psychiatrie grâce aux regards croisés des auteurs, gynécologues, psychiatres, psychologues et pédopsychiatres.

Cet ouvrage tente de percer les mystères et de comprendre les enjeux de ce curieux symptôme, assurément témoin d'un conflit psychique inconscient, mais à quel niveau et dans quel contexte ? La première partie, plus théorique, s'attache à dessiner les contours de la problématique et la deuxième décline plusieurs

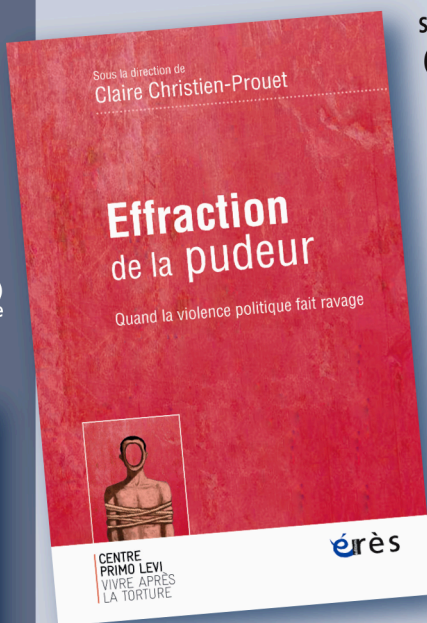
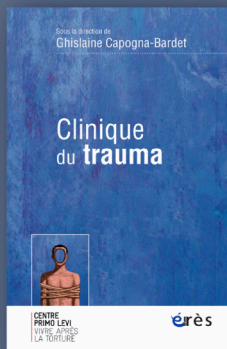


éditions  
**ères**

Et aussi :

Sous la direction de  
**Ghislaine Capogna-Bardet**  
**Clinique du trauma**

Préface de **Alain Didier-Weill**  
Le trauma associé à la violence  
extrême (violence politique, torture)  
est interrogé à partir de l'expérience  
clinique et d'autres champs  
disciplinaires.  
200 pages, 22 €



Sous la direction de

**Claire Christien-Prouet**

## Effraction de la pudeur

Quand la violence politique fait ravage

**Q**u'est-ce que la pudeur ? Peut-on la définir ?  
Comment se construit-elle pour chaque  
sujet ? Quelles sont les conséquences  
des atteintes à la pudeur des personnes victimes  
de violences politiques ?

Le nombre de personnes réfugiées en France  
victimes de traumatismes s'est sensiblement accru  
ces derniers temps. Philosophes, psychanalystes,  
juristes et artistes ont été invités par le Centre  
Primo Levi à réfléchir, face aux personnes victimes  
de violences politiques, sur les moyens  
de reconstruire une pudeur, protéger ce qu'il  
en reste, inventer des manières de dire et  
de faire avec la pudeur comme socle commun.

Cet ouvrage, en apportant réflexions

et témoignages a pour ambition de contribuer à la formation des professionnels souvent  
démunis face à cette demande croissante de soin. 272 pages, 25 €

Consultez notre catalogue sur [www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Editions éres - 33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse - Tél. 05 61 75 15 76 - Fax 05 61 73 52 89 - e-mail : eres@editions-eres.com

situations cliniques. Mais d'abord quelle(s) définition(s)? Regroupés sous le terme de négation de grossesse (Dayan) ou de troubles de la gestation et de troubles de la nidation psychique (Bayle), les dénis de grossesses, selon Missonnier, comprennent un large éventail de mécanismes psychopathologiques, de la dénégation au clivage. Dans le déni donc, toutes les nuances peuvent exister et/ou se succéder et compris chez la même femme. Existerait-il alors un continuum dans tous les cas de négation psychique de grossesse ? Le débat reste ouvert.

L'hétérogénéité semble être la règle de ce phénomène qui en admet très peu ! A la diversité psychopathologique répond un polymorphisme des causes et de la population, détaillées dans une revue de la littérature (Auer et Rolland). Aucune spécificité ne se dégage des études épidémiologiques. Sara Seguin dans sa thèse ne relève pas de profil psychologique maternel particulier. Elle retrouve une majorité de structure névrotique et plus de la moitié des femmes sans troubles psychiques particuliers.

Les hypothèses explicatives, nombreuses, de la question de la place du corps aux révélations impossibles, aux filiations impensables (lors d'un viol par exemple), au désir inconscient de protection de l'enfant ne s'excluent pas les unes des autres et témoignent d'une architecture psychique complexe qui ne peut se résumer à vouloir ou ne pas vouloir un enfant (Vacheron). Sont aussi abordés les questions du deuil périnatal dans ce contexte (Beauquier et Vion).

Et qu'advient-il du bébé ? En dehors des cas extrêmes de néonaticide et d'accouchement sous X, il existe peu d'études sur la qualité des interactions précoces parents-bébé et de leur développement psychoaffectif ultérieur ; nous attendons donc les résultats d'une recherche en cours sur ce sujet (Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) national « déni de grossesse et attachement »).

Le déni de grossesse, processus mouvant, paradigme des intrications somatiques et psychiques,

par sa prévalence, 1/4000 naissances, et la variabilité des cas rencontrés, représente donc un défi contemporain et nouveau en termes de prévention primaire et secondaire. Il nécessite, à l'heure de la protocolisation ambiante, de proposer au contraire des réponses à géométrie variable au sein de dispositifs des soins adaptés à la singularité de la souffrance de chaque femme. Cet ouvrage se lit comme la déclinaison d'une réflexion transdisciplinaire sur les causes du déni et la recherche de dispositifs de soins adéquats pour assurer la bonne harmonie des liens parents-enfants.

**Laure Woestelandt**  
Pédopsychiatre, Hôpital Necker

## EXPOSITION

Oscar Wilde.  
L'impertinent absolu

Petit Palais Paris.

Jusqu'au 15 janvier 2017.

Il était un personnage célèbre avant d'être un artiste. Il s'est fait connaître en tant que dandy esthète, vêtu de manière recherchée et excentrique, causeur brillant et cultivé, de réputation sulfureuse, ami des grandes artistes du spectacle, alors qu'il n'avait encore rien écrit. Il a traversé les USA pendant l'année 1882 pour y faire des conférences brillantes sur l'art. Il séjourne à Paris où il recherche les écrivains en vogue, Verlaine, Mallarmé, Hugo, Marcel Proust et André Gide. Il est fasciné par Sarah Bernhardt, qui comme lui, sait si bien cultiver son image. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il devient écrivain.

Il commence par des poésies, qui ont peu de succès, des contes pour enfants et des écrits sur l'art auxquels sont consacrées les premières salles du *Petit Palais*. On y voit les tableaux dont il fait l'éloge, et on est frappé par son choix plutôt conventionnel, privilégiant la peinture mythologique et historique, ainsi que par le style assez banal et descriptif, parfois emphatique, de ses commentaires. On se fait la même remarque dans l'exposition *L'œil de Baudelaire*, par ailleurs très intéressante, qui se tient actuellement au *Musée de la Vie Romantique* (jusqu'au 29 janvier 2017). L'un et l'autre semblent être passés à côté de la Modernité, Baudelaire avec Manet, Oscar Wilde avec Whistler. Wilde préfère *Electre sur la tombe d'Agamemnon* de William Blake Richmond, « œuvre de la plus haute excellence artistique », à *Loisir* de James Tissot, *Déjeuner sur l'herbe* dont Wilde critique le réalisme. Ensuite viennent les grandes œuvres, *Dorian Gray*, les essais, les pièces de théâtre.

Mais le goût - et le talent - pour se rendre célèbre, pour avoir une « visibilité » comme on dit main-

tenant avec *Facebook*, se sont retournés contre Oscar Wilde, qui a connu une fin triste et solitaire, exilé en France après le séjour de deux ans en prison pour homosexualité dans des conditions très dures qui ont attenté à sa santé.

La frivolité et les provocations ont empêché de mesurer la profondeur de son œuvre, méconnue à l'époque, universellement reconnue aujourd'hui. Derrière le personnage, il y a l'écrivain, l'un des plus lus de la langue anglaise, celui dont les aphorismes ne lassent pas et continuent à être cités.

Les amateurs d'opéra connaissent Oscar Wilde par *Salomé*, opéra de Richard Strauss d'après la pièce de Wilde, qui l'a écrite directement en français. Dans une des scènes les plus terribles de l'histoire de l'opéra, recevant la tête de Iokanaan sur un plateau, comme elle l'avait demandé à Herodias qui promettait de lui donner tout ce qu'elle voulait si elle dansait pour lui, elle dit : « Ah ! tu n'as pas voulu me laisser baiser ta bouche, Iokanaan. Eh bien ! je la baiserai maintenant. Je la mordrai avec mes dents comme on mord un fruit mûr (...) Mais pourquoi ne me regardes-tu pas, Iokanaan ? (...) Ouvre tes yeux ! Soulève tes paupières, Iokanaan. Pourquoi ne me regardes-tu pas ? (...) Eh bien, tu l'as vu ton Dieu, Iokanaan, mais moi, moi, tu ne m'as jamais vue. (...) Ah ! Ah ! pourquoi ne m'as-tu pas regardée, Iokanaan ? Si tu m'avais regardée, tu m'aurais aimée. Je sais bien que tu m'aurais aimée, et le mystère de l'amour est plus grand que le mystère de la mort. Il ne faut regarder que l'amour ».

Cette princesse abandonnée et mal-aimée, en quête d'un regard, serait-ce Oscar Wilde, lui qui a tant fait pour se donner à voir ? « Je devais garder à tout prix l'Amour dans mon cœur. Si j'allais en prison sans Amour, que serait devenue mon Âme ? », écrit Oscar Wilde dans *De Profundis*, écrit en prison et publié à titre posthume. C'est une longue lettre faisant le bilan d'une relation passionnée et



Napoleon Sarony (1821-1896),  
Portrait d'Oscar Wilde #15, 1882.  
© Bibliothèque du Congrès, Washington.

destructrice, adressée à son jeune amant, Lord Alfred Douglas, qui, par ses manipulations, a contribué à le faire emprisonner.

D'Oscar Wilde, il reste deux images, comme dans *Dorian Gray*. Il y a l'homme jeune et brillant qui s'est abîmé après le procès (dont Robert Badinter a dit que c'était un « suicide judiciaire »), se transformant en un homme malade, vieilli, objet d'un rejet féroce. Et puis il y a l'auteur d'une œuvre riche et profonde, qui a grandi après sa mort.

Au cimetière du *Père-Lachaise*, la tombe d'Oscar Wilde, ornée d'une spectaculaire sculpture de sphinx, doté d'un sexe masculin et dont le visage porte les traits de Wilde, est l'une des plus visitées. Elle a donné lieu à un étrange rituel qui est de la couvrir de traces de baisers faits au rouge-à-lèvre, ce qui a entraîné une dégradation de la pierre et nécessité un ravalement et une protection en verre, qui ne découragent pas les tentatives de l'embrasser quand-même.

Simone Korff-Sausse  
psychanalyste SPP



## Actes du 3<sup>ème</sup> colloque d'éthique

Coordonnés par le Pr Maurice Corcos, Marie-Aude Piot, Pablo Votadoro

22 JANVIER 2016 - PARIS - INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

# La psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme ?

Maurice CORCOS	La modernité du mal
Nicolas LEBLÉ	Le patient au travers de la grille symptomatique
Pablo VOTADORO	La passion du chiffre
Michel PINARDON	Esquisse d'une réflexion à partir d'une patiente mise sous contention
Bernard ODIER	Commentaires du texte de Michel Pinardon
Gilles HANUS	D'une violence paradoxale
Emmanuelle BERGER	De la formation des infirmiers en psychiatrie
Pierre DELION	La psychiatrie se dissoudra-t-elle dans le néolibéralisme ?
Christophe DEJOURS	Les psychiatres survivront-ils au néolibéralisme ?
Marie-Aude PIOT	De l'esprit de la psychiatrie
Jacques HOCHMANN	Conclusions

## Les ressources humaines jusqu'à épuisement

Pablo Votadoro

Les écrits colligés dans cette publication sont le fruit d'une réflexion portée par l'équipe du département de psychiatrie de l'*Institut Mutualiste Montsouris* du Pr Maurice Corcos, et de leurs invités. La proposition étant de se situer sur le terrain de l'éthique pour aborder une des grandes problématiques de la pratique psychiatrique actuelle. Des multiples débats en cours en psychiatrie, celui qui la secoue le plus violemment se résume en un mot : néolibéralisme. C'est pourquoi la question valait d'être posée : la psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme ?

Mais que désigne-t-on sous ce vocable ? Il s'agit d'une idéologie qui se répand au rythme de la mondialisation qui consiste comme le décrit Pierre Bourdieu (1998) : « en la mise en pratique d'une utopie, convertie en programme politique, mais une utopie qui, avec l'aide de la théorie économique dont elle se réclame, parvient à se penser comme la description scientifique du réel ». Vingt ans après cette description, son

expansion est toujours en marche, se prolongeant dans une pratique gestionnaire touchant tous les domaines de l'existence. Ainsi, il n'y a plus de limites à la marchandisation, à la mise en concurrence de tous contre tous, au cynisme dans le management. Si la prévision de Bourdieu, concernant la destruction des collectifs, ne s'est pas confirmée, il n'empêche que se vérifie quotidiennement l'érosion des valeurs qui portent les organisations sous couvert de management et de gestion. Ce qui s'observe à l'école, dans le monde du travail depuis vingt ans est arrivé aujourd'hui dans nos institutions de soins. Les effets délétères de ces évolutions sont devenues clairement perceptibles en psychiatrie, que ce soit du côté des patients ou bien dans les hôpitaux, chez les soignants.

En se situant sur le plan éthique, c'est au niveau subjectif que se posent les alternatives du soignant, qui, face à la rudesse du soin quotidien dans l'environnement individualisant et concurrentiel, risque surtout la solitude. Dans ce cas, le mérite de cette journée, et dont nous avons ici la trace, aura été de retrouver ensemble des ressources humaines qui, dans un monde gestionnaire, tendent à être utilisées jusqu'à l'épuisement.

Pablo Votadoro



## La modernité du mal

Maurice CORCOS

« *Tout ce qu'il faut pour que le mal triomphe, c'est que les braves gens ne fassent rien* »

Simon Leys, *Les naufragés du Batavia*, 2003, Arléa

Je ne suis pas mécontent que ce soit dans cet amphithéâtre, celui-là même qui connut mes émois post-adolescents d'étudiant en médecine, que je sois amené aujourd'hui à tenter de vous faire part de quelques-unes de mes splendides illusions perdues. Désillusions probablement liées à la hauteur trop importante des idéaux qui avaient présidé à ma vocation de médecin. Toujours est-il que devenu psychiatre, j'ai le sentiment que les causes qui concourent à la genèse d'une santé mentale précaire sont connues et que, pour autant, peu est fait pour les traiter et les prévenir.

Les études sont nombreuses et confirmées, ces causes sont des facteurs d'environnement pour l'essentiel. Parmi ceux-ci, il y a bien sûr une enfance adverse, c'est un euphémisme pour dire que cette enfance a été « élevée aux accidents » comme disait Arthur Rimbaud, ou que dans l'arrière pays de l'enfance que l'inconscience rendait innocent et insouciant, les émotions étaient peu partagées. C'est l'enfance carencielle jusqu'à traumatique avec des abus, des négligences, des maltraitements. La deuxième cause, c'est l'isolement jusqu'à l'exclusion sociale, et la misère économique jusqu'à l'extrême pauvreté. Et nous savons tous que dans les pays riches, les inégalités persistent et que la société y est même de plus en plus inégalitaire. La troisième raison, c'est le défaut d'éducation. Eduquer l'enfant puis l'adolescent, c'est-à-dire l'attirer à l'extérieur de son univers pulsionnel, tout en maintenant vivante sa vitalité, permet de lui offrir l'exercice et l'ambition d'autres buts et d'autres tâches que ceux de détruire. Eduquer et cultiver... La culture qui tempère les pulsions, plutôt que les fausses religions qui les exacerbent en imposant des rituels de pureté. Education et culture pour que chez nos enfants médiations et *différence* (différer pour mieux différencier) permettent que l'acte ne remplace pas la pensée. Grâce à une meilleure tempérance qui évite la décharge aveugle. Face à une pulsionnalité non maîtrisée par des voies de déplacement socialement acceptées et qui verse dans la décharge aveugle, non seulement par rapport à l'humanité de l'objet agressé, mais aussi par rapport à sa propre humanité qui décidera quelle est la frontière, par-delà le bien et le mal, entre le pathologique (la violence « pure », « anormale ») et la

perversité comme ultime survie ? Ce qui est sûr, c'est que le temps aujourd'hui n'est plus au « psychologisme », mais à l'« éthologisme ». Le psy, pas plus expert qu'un autre, est pourtant, aujourd'hui encore, l'ultime recours pour décider. Que peut-il dire si ce n'est que dans sa confrontation avec la clinique quotidienne, il rencontre des êtres, avalés et pas seulement absorbés par leur propre peur, happés et pas seulement assombris par leur obscurité interne, violentés et pas seulement irrités par leur rage intérieure. Et surtout qu'il n'y a pas de prévention de la récurrence sans mentalisation et élaboration de cette obscurité, peur et rage. Dans bon nombre de cas, on observe dans les suites d'un passage à l'acte qu'il n'y avait aucune tactique, mais un sauve-qui-peut la vie psychique, sans reconnaissance de l'objet qu'il agressait et sans référent interne. Il n'y a pas eu de sens advenu. Il y a eu face à l'ébranlement et l'anarchie des sens, un passage à l'acte qui ne faisait pas sens mais comblait la déperdition du sens.

Le fameux slogan « égalité des chances » inventé par un publiciste à qui on avait confié la communication de l'Etat est un crime pour la sémantique puisqu'il ne peut y avoir d'égalité des chances, ces deux mots étant antinomiques. Dans la réalité, c'est la farce la plus effarante de la comédie sociale et un mensonge cynique puisqu'il n'y a pas d'égalité des chances quant à l'accès à l'éducation et à la culture pour les plus économiquement démunis. Selon que votre lieu de naissance et votre habitus soient privilégiés, les affectations de cour vous rendront chanceux ou poissards ! La France a le taux le plus important de décrocheurs chez les 15 ans en Europe : devinez dans quels quartiers ? Qu'il serait intéressant de savoir ce que la réalité d'aujourd'hui aurait pu être si l'histoire humaine de l'immigration avait pris un tour différent... Si on avait octroyé des postes à des enseignants expérimentés dans les classes des quartiers défavorisés, (mixité sociale proche de zéro sûrement pour éviter la lutte des classes des camarades des classes), pour éviter l'humiliation pour les enfants d'immigrés de n'avoir pour avenir que de devenir des « subalternes » comme leurs parents, et que la vocation de l'école républicaine (élargir l'horizon) soit bafouée. Mais l'air du temps qui semble de plus en plus menacer la pensée, était déjà vicié à l'époque. Avant de stigmatiser la stupidité des groupes (communautaristes), ne faut-il pas s'interroger sur l'inconscience sociale ?

La quatrième cause, c'est la guerre, les tortures, la persécution, l'exil... Sujet brûlant d'actualité et l'on ne peut pas dire que notre qualité d'accueil des enfants soit au rendez-vous. Que tous ceux qui sont à l'abri de la misère économique, sociale et culturelle, et qui ont bénéficié suffisamment longtemps de

l'éducation républicaine, réfléchissent à ce qu'il advient du psychisme d'un sujet et de celui d'une communauté sur qui tous les malheurs se sont abattus : le désespoir d'ignorer comment « marche » le monde devenu absurde peut rendre fou (il est plus facile de penser que c'est l'homme qui est devenu anormal) et même les marchands de croyance qui pullulent comme toujours en temps de crise ne peuvent rien contre la désespérance ! Le monde néolibéral où ne comptent que les rapports marchands voire d'exploitation, et où toute forme d'idéal est considérée avec mépris, répond à certains codes précis que les plus démunis ignorent d'ignorer. Les idéaux (et non les idéologies), c'est ce qui constitue le tissu et non le ciment, l'étoffe de pensée liante d'une société et la protection toujours à reconstruire contre les calculs égoïstes. Le pragmatisme et le cynisme rongent ce frêle tissu, favorisant l'émergence d'ilots ne communiquant plus entre eux.

On apprécie le niveau de démocratie d'une société à la façon dont il traite les plus faibles et parmi les plus faibles des plus faibles, les malades mentaux. Et vous savez la sensibilité extrême aux bruits du monde, en ces temps incertains, des malades mentaux parce que ces bruits résonnent avec leur espace intérieur et aussi avec la réalité extérieure de l'enfance dans laquelle il leur a été donné de sur-vivre. Ils sentent avant tout le monde, les périodes de transition, de *transe*-mutation qui annoncent les changements d'époque. Est-il encore acceptable en venant ici de voir sur les trottoirs, qui plus est près d'un hôpital, des mères, des enfants, des hommes âgés dont bon nombre sont des malades mentaux ? Où est la limite du raisonnable - nous ne sommes pas très loin de la *prison de la Santé*, qui est en train de se refaire une beauté - d'accepter sciemment qu'un nombre impressionnant de malades mentaux soient enfermés dans les cellules des prisons. Nul besoin d'en appeler à la morale ou même à l'éthique, il suffit de ne pas fermer les yeux et d'éprouver la honte de notre passivation et... pour continuer à se respecter, agir... faire sa part. Ce qui paralyse, tétanise, et finit par tuer c'est moins la barbarie que le silence. Et le cortège de mensonges qui l'accompagne. Serions-nous déjà « Damnés » comme dans le film de Luchino Visconti évoquant la seconde guerre mondiale où il n'y avait aucun secours à attendre de ceux qui regardaient sans réagir, ceux qui détournaient les yeux, ceux qui jouaient la comédie sociale ?

Nous payons aujourd'hui l'hypocrisie de l'absence d'une politique de prévention. Il n'est pas normal que les partenariats entre la santé et l'éducation, entre la santé et la justice soient toujours aussi difficiles du fait des clivages et des mesquineries quant à la répartition et affectation des budgets publics. Si c'est

bien une dimension éthique qui sous-tend notre action, elle n'élude pas pour autant la dimension économique. Bon nombre d'études ont montré que si nous avions un impact sur la prévention primaire, c'est-à-dire si nous pouvions traiter mieux les enfants et les adolescents, si nous avions des psychologues, des psychiatres en maternité pour aider les couples en vulnérabilité psychique au moment des interrelations précoces, nous pourrions avoir une action de diminution de 40% des troubles mentaux. De même si l'Education Nationale et la Justice laissaient la psychiatrie avoir une action en amont plutôt qu'en aval. J'insiste sur ces facteurs environnementaux, qui sont connus, pour dire que les différentes actions soignantes que nous pouvons engager les uns et les autres, ne suffiront évidemment pas à faire en sorte que la santé mentale dans ce pays s'améliore, s'il n'y a pas une action politique au sens de Durkheim (constituer un savoir réflexif qui permette à la société d'intervenir sur elle-même) qui s'oppose au laisser-faire, une action politique d'ampleur, une puissance d'agir, qui seule peut modifier cette société inégalitaire.

D'autant qu'on a senti souffler très fort ces dernières années, un vent politique récupérant la misère sociale et la misère psychique. On a entendu, effaré, dans un hôpital un président de la République évoquer la nécessité de bracelet électronique de surveillance, de chambre d'isolement, de tolérance zéro, de contrôle des comportements dans une illusion de sécurité absolue qui ne fait que renforcer l'escalade. On a vu aussi un système médiatique stigmatiser de plus en plus ces malades mentaux de manière insidieuse, avec des émissions absolument criminelles, qui utilisait pour exciter le public la détresse psychique d'un certain nombre de patients. Toutes ces dérives concourent à une chose qui est peut-être acceptée, insidieusement, par la *vox populi*, qui est qu'il ne faut pas nous laisser embêter, déranger, angoisser par l'effroi que suscite le désordre, l'absence de contrôle qui caractérise le malade mental et que nous autres psychiatres, soignants, nous allons être engagés à mettre en œuvre une pacification opératoire, si ce n'est à une normalisation de ces patients. Folie normopathique, pensée opératoire froide et déshumanisante. Ostracisme larvé à la recherche d'une caution à la santé mentale de ceux qui ont eu plus de chance d'éviter certaines trajectoires fatalitaires. Transformés en agents de la régulation sociale, il sera alors bien temps pour les soignants de s'interroger sur le changement de leur statut, comme les enseignants s'interrogent aujourd'hui sur leur devenir policier face à certaines souffrances sociales et scolaires. Il faut contrôler « le feu, cette bête sauvage incompréhensible » qu'est la folie, de manière collective sociale : fin de la philosophie de la politique de secteur (continuité des soins au long cours, même équipe) au

profit de l'expertise rapide et du suivi espacé ; qui entérine l'inutilité de partager la souffrance du patient... mon semblable-dissemblable, et de l'illusion de s'enrichir de ses apports à la communauté humaine ; qui confine au rejet du « fou », de l'irrationnel, de l'indescriptible, de l'irreprésentable... à la perte d'un sens commun avec le « fou » ; qui lorgne vers la logique totalitaire et la répression arbitraire (contentions, gestion).

Qui, pour écouter André Gide « Je crois que les malades sont des clés qui peuvent nous ouvrir certaines portes (l'autisme sur le développement de l'intersubjectivité, l'anorexie sur le féminin et le maternel (...)) je n'ai jamais rencontré l'un de ceux qui se vantent de n'avoir jamais été malade qui ne soit pas par tel ou tel aspect un pur sot, comme ceux qui s'enorgueillissent de n'avoir jamais voyagé ».

Tous ça est connu et pourtant rien n'est fait. Plus, les budgets sont dévolus majoritairement à la recherche biologique et non à l'évaluation de ces facteurs environnementaux. Pourquoi ? Peut-être parce qu'il y a une volonté « inconsciente » que ne dévoile pas la vérité des mécanismes et déterminations sociaux. Les structures de pouvoir font plus appel à la science dure généticobiologique comportementaliste et informatique qu'aux sciences molles, pour dire non seulement ce qui est mais aussi ce qu'il faut faire. Il est un fait que le nombre de psychiatres a considérablement diminué, du fait d'un trou dans le *numerus clausus* à l'entrée en médecine et de l'arrêt de l'internat de psychiatrie : la demande de soin de la souffrance mentale et sociale s'accroît tandis que les effectifs diminuent : entre 2007 et 2016 ceux de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont fondu de moitié. La modernité néo-libérale n'avait donc pas prévu cette société en désolation. Les rendez-vous sont à six mois si ce n'est plus. Ces psychiatres, faute de nombre et de temps, vont devenir des « experts » qui vont expertiser ce que les omnipraticiens et les services sociaux vont avoir à dépister ; et ces fameux experts psychiatres vont évidemment les expertiser en fonction d'un certain nombre d'évaluations pseudo-scientifiques, réductrices et rationalisantes. Ces malades vont être itemisés, *dsmisés*, diapositivés dans nombre de colloques, ils vont être expertisés en 10 minutes, traités et peut-être maltraités, en tout cas probablement non soignés. Le DSM issu de la technocratie américaine crée des entités morales discutables en favorisant l'extension du domaine de la psychiatrie, en même temps qu'elles servent d'alibi à l'hypersanté mentale de certains qui décident qui est fou sur des bases économiques et sociales plus que scientifiques, et en violant la langue par des reformulations réductrices (double pensée évoquée par Orwell). Attention au risque de subordonner l'éthique à la technique

pragmatique en pensant que la science avance toujours vers le progrès ! La science démontre les faits. Les faits ne sont que la réduction de possibles. N'assistons-nous pas depuis quelques années à un renversement anthropologique, progressif puis plus récemment violent, des valeurs particulières et réelles du soin, au profit des valeurs plus pragmatiques du néo-capitalisme qui apparaissent moins dignes en confondant le vivant et l'humain. Posons franchement la question d'une évolution d'une activité humaine, le soin, aux exigences de dignité vers une dérive en un traitement hygiéniste plus ou moins commercial.

Bref, bientôt peut-être ça en sera fini du beau mot de santé mentale et de l'autre beau mot qu'est le soin psychique et si on lâche sur les termes on lâche sur les concepts, on lâche sur les idées, on lâche sur les thérapeutiques. On voit apparaître des termes comme psychoéducation, remédiation, réhabilitation... des termes qui sont mus par des idéologies à la fois biologiques et technocratiques et qui vont avoir pour conséquence de nous imposer de rendre adaptés et performants ces malades et peut-être, bientôt de les « naturaliser ». La connotation morale, face à ce semblable si dissemblable qu'est le malade mental, est au nom du principe d'autonomisation, de « presser » le sujet à l'adaptation-normalisation, oubliant que certaines populations fragiles décompensent face aux injonctions de bonheur tempéré, obéissant en cela à une logique rigoureuse dans l'illogisme. Rien de bien fantastique dans ce réalisme cf. les patients sur les trottoirs de nos rues qui ne veulent pas gagner les foyers, les enfermés dans les prisons qui libérés ne savent pas quoi faire de leur liberté... et récidivent. Si les mots nous lâchent, nous tomberons dans le vide et nous céderons à la médecine vétérinaire pratiquée par ceux qui, déniaient la vie psychique, n'éprouvent pas le besoin d'écouter et de parler.

Trouvons donc aujourd'hui les mots, pour proposer que s'ouvre enfin un débat sur cette évolution en ce début du 21<sup>ème</sup> siècle, d'une psychiatrie de plus en plus normalisante, comprendre son évolution et les dérives de son action. Et pour éviter de devenir des médecins immoraux mais à la conscience blanche puisque en règle « avec le grand règlement ». Médecins esclaves qui instituent un maître, la science et une bible, le DSM, à qui le patient peut toujours essayer de se plaindre. Le choix de sa façon d'exercer est une option éthique dans un monde de plus en plus menaçant et incertain, où le lien social tend à se distendre, et où toute rencontre est vouée à la compétition agressive.

Ainsi ne faut-il pas obéir à certaines de ces impositions, ce serait se compromettre et perdre la dignité de la « chose » qu'est le soin. Et faire attention aux

conflits éthiques et au *burn out* (perte de sens tout autant qu'excès de travail). Prenons garde (nos jeunes collègues) de ne pas avaler les leurres de l'objectivation *vs* le subjectif, la guérison et la sécurité *vs* la peine de vivre, le progrès neuroscientifique *vs* la conjonction des savoirs neurobiologiques et psychoaffectifs pour éviter une médecine vétérinaire. Obéir, c'est se laisser contaminer par ce qui sous-tend le principe essentiellement économique du néo-libéralisme et/ou se justifie après-coup : la croyance « religieuse » d'une morale des troubles... on a ce qu'on mérite : les mauvais gênes, les mauvais comportements...

En ces temps d'idéologies, je revendique, ne serait-ce qu'un seul idéal : la psychiatrie ne doit pas s'interroger uniquement en termes de résultat, mais aussi d'exigence éthique, non pas uniquement en termes de savoir scientifique mais aussi de connaissance humaine. Certains traitements ne sont pas des soins lorsqu'ils se privent du prix élevé de l'amputation des ressources personnelles du sujet, et qu'ils répondent plus à des exigences sociales de sédation qu'à restaurer « le trouble de penser et la peine de vivre » (Tocqueville).

La multiplication des crises récentes pourrait être imputable à l'impact de l'extrémisme de certains systèmes néolibéraux sur l'Éducation et le Système de Santé. Les directeurs administratifs élevés au management des écoles de commerce ont pris la place des médecins directeurs (promus « chefs de pôle ») pour mieux réguler les dépenses de santé. La fonctionnarisation des médecins favorisent l'anonymisation de la rencontre et la demande d'une prestation de service, les traitements rapides et non les soins où le temps relationnel consacré au patient est fondamental. Confondant prévention et prédiction, ils se dépêchent de mettre en place des traitements adaptatifs ciblés sur des symptômes à l'impérativité radicale plutôt que des thérapies aléatoires centrées sur le sujet à même de favoriser son émancipation, faisant dangereusement se rencontrer sa « folie privée » et l'absurdité sociale. L'absurdité, c'est ce qui résiste apparemment au sens. Donner du sens, c'est l'équivalent d'une aide concrète, n'en déplaise aux auto-proclamés, c'est redonner la possibilité au sujet d'être actif grâce à des forces affectives retrouvées et non pas seulement assisté dans son aliénation. Une telle ambition devrait pourtant plaire aux tenants du néolibéralisme ! Ce colloque ambitionne de poser franchement la question de la poursuite d'une activité humaine (prendre soin) à l'exigence de vérité, ou d'accepter sa dérive commerciale.

**Pr Maurice Corcos**  
Professeur de psychiatrie,  
chef de service du Département de psychiatrie de  
l'adolescent et du jeune adulte,  
Institut Mutualiste Montsouris

## Le patient au travers de la grille symptomatique

Nicolas LEBLÉ

Lorsque l'on parle de « grille symptomatique », on désigne un raisonnement clinique fondé sur des symptômes d'expression comportementale et extériorisée ; une référence implicite peut être faite aux classifications internationales, CIM-10 ou DSM 5, construites sur des critères diagnostiques voulus comme objectivables, et progressivement devenus hégémoniques dans le quotidien des soignants en psychiatrie, une sorte de « notice universelle » selon l'expression de Corcos<sup>1</sup>. En effet, ils sont à la fois un support d'apprentissage de la sémiologie, un guide pour l'indication et la prescription d'un traitement médicamenteux, une justification pour le remboursement des dépenses de santé et un indicateur de l'activité des services (donc un élément de calcul de leur budget). La tarification à l'activité n'est pas -encore- en vigueur en psychiatrie, mais le recueil, à visée évaluative, des pathologies et des actes réalisés par les cliniciens (le « codage ») est bel et bien devenu un impératif quotidien. La « grille symptomatique » préfigurerait-elle alors la grille de l'hôpital, la porte d'entrée du service de psychiatrie, celle de la chambre d'isolement ? Serait-elle celle à travers laquelle le clinicien pourrait observer le patient, à distance, à l'abri, avec parfois le sentiment rassurant d'être « du bon côté » ? N'oublions pas qu'une grille a pour fonction d'organiser (un espace, un raisonnement), mais aussi de séparer, voire d'empêcher un passage, même si l'on peut reconnaître à la grille l'avantage de laisser passer la lumière et le son, et de permettre de se toucher à travers le treillis...

Approchons-nous de notre « grille », et de ce patient que l'on espérerait voir à travers. La question des « troubles du comportement » mérite tout particulièrement notre attention, car elle entretient avec cette « grille symptomatique » des rapports intenses, synergiques, voire pervers. En effet, en dehors d'une perspective diachronique, le symptôme ne parle pas : il ne peut que s'observer, ponctuellement. Le risque est alors de conduire le patient à exhiber son symptôme, parfois avec force, pour qu'il soit entendu. Un souvenir de garde dans un grand hôpital parisien, dépourvu d'espace fumeur, un samedi : un patient demande à être accompagné à l'extérieur pour fumer une cigarette, il lui est répondu que c'est impossible, faute de soignants disponibles. Il fume dans les toilettes et se fait remarquer. On peut décomposer cette situation en trois niveaux. *Le premier niveau* serait neurobiologique, celui du manque de nicotine, mais on tient à la disposition du patient des

substituts nicotiques, qu'il a refusé de prendre. Vient alors *le second stade*, celui où l'observation du comportement du patient fait conclure à une intolérance à la frustration, une impulsivité, et des comportements de transgression. Ce jour-là, l'équipe s'est arrêtée à cette conclusion, appelant une réponse autoritaire, en miroir : la confiscation des paquets de cigarettes de tous les patients du service, et la menace de mise en isolement des patients agités. L'interne de garde fut appelé pour signer *a priori* les prescriptions idoines, accueilli par cette phrase : « le service est bouillant aujourd'hui ! ». Il est frappant de mesurer combien, arrivant dans un service inconnu, le matériel clinique immédiatement et facilement accessible est celui du symptôme comportemental. Nul besoin de converser avec le patient, d'ouvrir son dossier, ni même de connaître les motifs de son séjour : le trouble du comportement prend toute la place, se suffit à lui seul. Et il effraie, suscitant des réactions d'intimidation en retour ; des sangles de contention furent disposées sur le lit d'un patient particulièrement agité, à la manière d'un shérif de western qui soulève sa veste pour faire entrevoir son colt... *Le troisième niveau* avait été oublié, celui de l'identification -mesurée- au patient, la prise en compte d'un message (tant de protestation que de sollicitation) dans cette « transgression », la mise en sens et le désamorçage du comportement par la verbalisation.

Cette anecdote illustre combien il est facile, pour le patient comme pour le soignant, de générer un de ces « troubles du comportement », auquel une réponse simple - bien que sans effet thérapeutique - peut être apportée. Elle montre également comment la réduction des effectifs soignants et l'absence de formation spécialisée viennent créer au sein des équipes un sentiment de peur, qui rigidifie les comportements<sup>2</sup>, entraînant l'augmentation du recours à l'isolement et à la contention au sein des services d'hospitalisation. Enfin, lorsque s'y ajoute l'obsession néolibérale de la minimisation des risques<sup>3</sup>, et « la peur de l'acte irraisonné »<sup>4</sup>, les réactions d'enfermement augmentent, le clinicien devenant alors opérateur d'un (bio)pouvoir ségréateur.

Cette « grille symptomatique » pourrait être considérée comme un innocent acolyte du psychiatre moderne, puisqu'à première vue, il n'est ni aberrant ni honteux de chercher à établir un diagnostic en utilisant des critères sémiologiques... Ce serait oublier que, lorsqu'elle est hégémonique et exclusive de tout autre raisonnement, cette « grille » est indissociable de son usage et de ses enjeux, individuels et sociétaux. A l'échelle de la relation clinique entre patient et clinicien, elle présente de nombreux attraits, qui sont ceux d'un leurre : elle est immédiate, peu coûteuse en énergie psychique, et se prête volontiers au jeu des défenses inconscientes du

soignant. Elle est également bien rassurante : aucune identification au patient n'est permise, la limite entre Normal et Pathologique est bien tracée, l'accent est mis sur l'objectivable et le perceptible, court-circuitant et générant une réponse immédiate dans le réel ; en forçant volontairement le trait, ne retrouverions-nous pas ici certains traits de ce que l'on qualifie parfois chez nos patients de « passage à l'acte » ? A l'échelle collective, la promotion d'une « psychiatrie des preuves »<sup>5</sup> sert puissamment les intérêts d'un système de gouvernance néolibérale où les coûts doivent être optimisés et les risques réduits. Cela se fait au prix de la liberté des uns, malades, et des conditions de travail des autres, soignants, en agrandissant le fossé entre ces deux catégories et en les opposant, comme nous l'avons vu plus haut : en finira-t-on par croire que le responsable de l'incendie, c'est l'allumette (le patient qui « flambe »), et non celui qui la tient ?

« Chaque époque est prisonnière de ses croyances, et n'avoir pour seul dieu que le savoir en est une, plus aveuglante » nous avertit Pontalis<sup>6</sup> ; il serait trop réducteur d'accorder à la psychiatrie d'orientation cognitiviste et neurobiologique l'exclusivité de l'utilisation d'un raisonnement clinique rigide, défensif, assignant au patient une pathologie que le clinicien serait trop content d'avoir circonscrite. Nous n'oublierons donc pas que la psychanalyse, ou certains psychanalystes, peuvent parfois s'abandonner à ce que Hochmann<sup>7</sup> nomme le « contre-transfert sur le cadre et la théorie », lorsque des réactions de prestance ou d'activisme surviennent dans un service de psychiatrie : fétichisation de ce fameux « cadre », rigidification des réactions soignantes et volonté de contrôle d'une part ; utilisation à visée autoérotique de la réflexion clinique par « des interprétations que les soignants ne font que pour eux-mêmes » (*ibid.*) d'autre part. Toute théorie, tout discours, forge ses « grilles » : une critique vivante et renouvelée permettra-t-elle de les maintenir ouvertes ?

Nicolas Leblé

Interne DES de psychiatrie, Ile-de-France

### Bibliographie

1. Corcos, M. (2011). *L'homme selon le DSM : le nouvel ordre psychiatrique*. Paris, A. Michel.
2. Delion, P., & Coupechoux, P. (2016). *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel.
3. Najman, T., Delion, P., & Joxe, P. (2015). *Lieu d'asile : manifeste pour une autre psychiatrie*, O. Jacob.
4. Haute Autorité de Santé. (2011). Rapport d'orientation de la commission d'audition : *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*.
5. Dodier, N., & Rabeharisoa, V. (2006). « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social ». *Politix*, 73(1), 9.
6. Pontalis, J.-B. (1998), *L'enfant des limbes*, Gallimard.
7. Hochmann, J. (1998). Propos sur le contre-transfert avec les psychotiques. In *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Erès.

## Le passion du chiffre. A propos du patient au travers de la grille symptomatique.

### Commentaires

.....  
**Pablo VOTADORO**

Les manuels de psychiatrie enseignent une sémiologie comportementale et subjective, dont la lecture se veut compréhensive, cohérente, orientée par ses effets sur la pratique. Elle est en quelque sorte contextualisée par un cadre général de pensée. Isolée de ce cadre, prise au pied de la lettre, sa mise en pratique révèle ses travers. Quand l'interne Nicolas Leblé analyse le risque de production du symptôme, non seulement par le patient, mais aussi du fait de son objectivation, il questionne implicitement la responsabilité de la psychiatrie. Ce qui est justement un des aspects de notre questionnement du jour : la responsabilité. Il montre bien dans son analyse les effets du puissant réductionnisme qui s'impose aujourd'hui. Comment une grille de lecture essentiellement comportementale le conduit au cours d'une intervention quotidienne au chevet du patient, dans l'antré clinique d'une enceinte hospitalière, à se retrouver face au détraquement de l'outil sémiologique, coincé dans l'opposition subjectivité/objectivité. Je propose ici de suivre ses pas, lorsqu'il cherche à rencontrer ses patients, et de nous poser avec lui cette question : par quel tour de passe-passe s'est-il retrouvé ainsi coincé dans ce qu'il convient d'appeler l'objectivisme ?

Pour ne pas sombrer dans un « déclinisme » hypocrite, je propose qu'on joue ici le conflit des générations, conflit structurel lié au renouvellement des médecins, comme à l'inexorable temps qui passe. Nous n'allons pas chercher à nous convaincre que c'était mieux avant. Nous allons essayer ensemble, de mieux identifier un des obstacles qui enserment le soin psychique aujourd'hui. Dans ce propos, je voudrais prendre la défense des psychiatres, non pas pour les déresponsabiliser, mais au contraire pour mieux situer les enjeux de leurs décisions : leur responsabilité. Je partirai de l'expérience ici rapportée, quand Nicolas Leblé constate que l'opposition objectif et subjectif s'avère une chausse-trappe, pour essayer de montrer que, bien que promu aujourd'hui par un libéralisme effréné, cela découle d'une longue évolution sociale et politique que nous nommerons : la passion du chiffre.

### Objectif-subjectif

Pour commencer, je ne crois pas qu'il faille opposer subjectivité et objectivité, de cette manière. Car, si l'on considère que ce qui est objectif n'est que le produit d'une construction visant à isoler, dans l'expérience subjective, ce qui peut être constant, l'objectif ne serait que le pur produit de la subjectivité. Ainsi, ces deux notions ne s'opposent pas par nature, mais elles s'opposent dans leur visée. L'une se focalise sur la singularité et l'autre sur l'universalité. Certes, le subjectif campe du côté de l'éphémère et de l'émotion, l'objectivité serait plutôt sur le versant froid du principe. Cette opposition rejoint de la sorte, l'opposition rationalité/irrationalité. Là où le patient s'égaré dans les méandres de ses passions irrationnelles, le psychiatre demeure droit, imperturbable, armé de la rationalité objective. Car bien que cette opposition soit au fondement des classifications médicales, elle peut nous prendre au piège. Ce qui peut s'analyser au niveau d'un groupe, ce qui émerge de l'expérience, ou bien dans la statistique d'une population, n'a pas forcément un grand intérêt au niveau individuel. Cependant, on ne peut nier non plus le caractère universel d'un certain nombre de faits humains et en particulier psychiques. Voilà tout le problème du « psy », connaître le caractère commun au plus grand nombre pour mieux situer les particularités individuelles. Autrement dit, les grandes structures ne s'opposent pas à la singularité, toutes deux se situent dans des niveaux d'analyse tout à fait distincts. La position du clinicien serait, dans ce cas, celle du pivot entre l'objectif et le subjectif, c'est-à-dire celle du passage entre les constructions théoriques et l'expérience singulière, entre les grandes structures et les sens.

Il est certain que cette opposition possède une certaine pertinence dans une démarche méthodologique. J'insisterai même en disant que cette opposition est tout à fait nécessaire à la démarche rationnelle. Par contre, dans la pratique, la raison doit prendre en compte le contexte, la réalité sensible comme l'écrit Emmanuel Kant<sup>1</sup>, et faire que la rationalité objective permette de mieux saisir la part subjective. Ce qui est surprenant dans la description de Nicolas Leblé est que l'on puisse se retrancher derrière cette opposition pour objectiver le patient. C'est-à-dire procéder à la démarche exactement inverse : situer le patient du côté de l'objectivité dans ce qu'il exprime, et le psychiatre dans la subjectivité de son interprétation. Cela procède d'un glissement : la rationalité qui permet au clinicien d'interpréter la subjectivité du patient, et d'établir une classification, qui a pour but de réduire la subjectivité du clinicien pour mieux relever dans la singularité du patient, ce qui renvoie à l'universel, pour mieux faire apparaître ce qu'il y a de singulier. Cette rationalité là, se trouve

dévoquée pour servir à l'objectivation. On pourrait dire tout d'abord que le problème ici relevé, n'est peut être pas la classification mais son utilisation.

### Sur la grille

Car les classifications ont tout d'abord été conçues pour permettre une connaissance, un savoir. Son utilisation en pratique correspondrait au savoir-faire. Alors le problème soulevé dans l'analyse de Nicolas Leblé pourrait se réduire à un défaut de formation dans ce savoir-faire. Cependant, l'expérience a montré que ce mesurage des catégories nosographiques était amplifié quand l'outil diagnostique lui-même n'était pas suffisamment précis ou bien s'il n'était pas bien conçu. Car dans ce cas, il pouvait lui-même être source d'interprétations, et laisser place à une grande part d'arbitraire. C'est-à-dire que si les classifications peuvent compiler et structurer un savoir, il est apparu par la suite, la nécessité d'encadrer la subjectivité du psychiatre. En effet, dans l'après guerre, jusque dans les années 70, il y a eu une inflation de maladies et syndromes disparates, dont certains pouvaient se recouper ou être assez proches, mais référés à des écoles différentes et contradictoires, tantôt médico-neurologiques, tantôt psychanalytiques. La psychiatrie était en passe de se transformer en tour de Babel<sup>2</sup>. Face à la tentation de faire de chaque patient un nouveau syndrome, en se référant tantôt à une psychopathologie, tantôt à une nouvelle maladie, l'épidémiologie est apparue comme la solution. C'est ce qui s'est traduit en termes statistiques par la construction de syndromes, qui ne devaient plus seulement se référer aux entités existantes, afin d'améliorer la fidélité inter-juge. C'est-à-dire, le recours au modèle statistique avait pour but que chacun puisse décrire les différents troubles à l'aide de signes facilement reconnaissables, ne laissant que peu de place à une interprétation. Cela a été explicitement le but des classifications internationales qui ont vu le jour. La grande révolution aura été celle du « DSM III » : la classification des maladies mentales éditée par l'Association Américaine de Psychiatrie, dans sa troisième version parue en 1980. Cette classification a introduit la statistique en grande pompe. Mais, on a peut-être pas suffisamment insisté sur le fait qu'elle a surtout voulu assumer pleinement le principe d'une psychiatrie bio-psycho-sociale. C'est-à-dire, qu'au « biologisme » qui constitue une des références en psychiatrie en tant que spécialité médicale, et le « psychologisme », qui est une des ambitions de cette spécialité, est venue s'ajouter le « sociologisme ». Cela signifie que ce qui a été pleinement assumé à partir des années 80, aura été les conditions sociales qui participent à la construction des grilles de lecture de ce qu'on a appelé les troubles mentaux. Que ce soit la gestion des vétérans du Vietnam dans la constitution du syndrome de Stress post-traumatique, les luttes des féministes dans la suppression de la

catégorie « hystérie », ou les revendications des *lobbies gays*, pour faire disparaître l'homosexualité du registre des maladies, le contexte socio-politique a pleinement fait irruption dans les classifications. Alors que ces dernières années, les débats sur le DSM en France, puis aux Etats-Unis même, ont beaucoup tourné autour de l'influence de l'industrie pharmaceutiques, on a peut-être un peu négligé que cela s'associait à l'avènement de considérations politiques.

### Sous la grille

Certes la présence du biologisme est tout à fait manifeste à en juger le résultat. C'est-à-dire que la plupart des catégories diagnostiques du DSM III et versions suivantes, se sont constituées autour de l'indication à une prescription médicamenteuse. La dépression pour un traitement antidépresseur, le trouble anxieux pour un anxiolytique, le trouble psychotique pour un neuroleptique... Si bien que le DSM constitue un excellent guide à la prescription. Mais pour ce faire, les rédacteurs du DSM ont dû le délester de la référence psychologique. Cela est une bonne raison pour décrier le « biologisme ». Pourtant, il n'est pas si choquant de vouloir encadrer la prescription. De même, il est un peu exagéré de clouer au pilori une classification qui n'a pas trouvé de solution au problème épistémologique de l'intégration des approches neuro-biologiques et psychopathologiques. On peut comprendre que les quatorze théories psychopathologiques répertoriées ne puissent pas toutes être intégrées, mais, ce faisant, on a négligé l'ouverture à la prise en compte subjective. Celle du patient bien sûr, et on comprend que le risque aurait été de faire surgir la subjectivité du psychiatre, autrement dit la dimension relationnelle. Cependant, ce qui paraît bien plus polémique est que dans le même temps, on ait voulu politiser les classifications en y intégrant des débats démocratiques, des tensions sociales, voire même des problèmes d'économie de santé. Richard Rechtman<sup>3</sup> montre bien comment les débats qui ont eu cours autour des vétérans de la guerre du Vietnam aux Etats-Unis, ont modifié la définition du trouble post-traumatique dans le DSM, afin de permettre aux anciens *GI's* victimes ou auteurs de crimes de guerre, de bénéficier des compensations médicales et financières. Si l'on suit cet auteur, le DSM serait devenu un instrument de consensus social, ce qui serait une façon pour la psychiatrie d'assumer pleinement sa fonction de régulation de la société. Ainsi, on peut considérer qu'en faisant bouger les lignes entre le normal et le pathologique, les classifications psychiatriques pourraient promouvoir les évolutions de certaines catégories de populations, prendre en compte des revendications de minorités actives, et ainsi devenir un instrument politique de progrès social. Dans ce cas, elles auraient acquis une valeur de droit. En s'attaquant aux classifications diagnostiques pour

y introduire des considérations sociales, les divers groupes de pression, les conflits sociaux, les tensions qui secouent les sociétés occidentales sont parvenues à faire endosser aux classifications des logiques de droit. En les modifiant, elles pourraient permettre de définir un statut donnant lieu à des droits. Alors, ainsi conçues, les classifications psychiatriques pourraient devenir, au même titre que le classement des maladies professionnelles, ou bien celui du handicap, au mieux un guide statistique pour l'épidémiologie, au pire un répertoire pour les administrations, pour la gestion des comptes des assurances ou bien pour l'économie de la santé. Et pourquoi pas ? Mais, il me semble que ce qui est vraiment très problématique est de prétendre qu'une classification puisse être tout cela à la fois. Car pour faire de la classification un instrument scientifique et politique, un répertoire pour les administrations et un guide de prescription, les auteurs ont dû recourir à l'objectivisme. C'est-à-dire que cette tâche aurait été impossible sans le tour de force consistant à maquiller des considérations sociales derrière une apparence scientifique. Cela ayant pour conséquence de négliger de façon remarquable la place de la psychologie, mais surtout, en subordonnant la réalité de la relation intersubjective, à la quantification, à la statistique, et en définitif aux nombres. C'est cela qu'un interne avisé peut éprouver dans sa pratique, quand il prend conscience du leurre de l'objectivisme de la classification.

#### Une objectivité en trompe l'œil

Pourtant, je ne veux pas dire que les classifications actuelles soient des leures, car elles constituent des repères pour structurer l'observation et conduire un traitement. De même qu'elles s'avèrent une interface solide avec le monde social, pour faire reconnaître un handicap, accéder à un remboursement, obtenir un droit. Mais c'est plutôt dans leur prétention à l'objectivité, un moyen de faire admettre des opinions, des principes et des valeurs qui par définition n'ont rien d'objectif, si ce n'est de les imposer ainsi comme des universaux.

Pourtant cela ne relève pas tant de la dissimulation, que du recours à une valeur érigée en vérité. Puisqu'au fond, ce n'est un mystère pour personne que les nosographies internationales actuelles ont pris pour référence la statistique. D'ailleurs DSM veut dire : « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ». Cela signifie, que la référence pour considérer un tableau clinique, n'est pas une cohérence structurale, ni une catégorie définie à partir d'une logique psychopathologique, ou d'une étude empirique. Non, ce qui définit un tableau clinique est une statistique. A partir de corrélations entre des caractéristiques épidémiologiques, des signes cliniques et un profil comportemental, on en vient à définir des pathologies. Or, la corrélation

statistique ne suffit pas à assurer une cohérence aux signes et comportements ainsi liés entre eux.

On le sait, se fonder sur une corrélation pour établir un lien entre deux phénomènes, comporte un fort risque d'erreur. En effet, certaines corrélations établies sur un lien statistique fort, peuvent s'avérer logiquement absurdes. Par exemple, en Allemagne, un lien statistique très fort existe entre le nombre de films documentaires produits et le nombre d'abattages de cochons. On voit bien dans cet exemple que le lien statistique doit être interprété pour que cela puisse avoir une valeur. Il faut bien chercher ailleurs que dans les chiffres l'explication qui relie deux faits entre eux. Si on présente la corrélation sans l'interpréter, on peut se trouver face à de fausses évidences qui peuvent être utilisées à des fins idéologiques ou politiques. En décembre 2012, est parue dans le fort sérieux *New England Journal of Médecine* une étude montrant un lien de corrélation extrêmement significatif entre la consommation de chocolat par un pays industrialisé et le nombre de *prix Nobel* qu'il avait remporté<sup>4</sup>. Deux autres chercheurs ont rétorqué en montrant une corrélation statistique entre les pays fabricant du chocolat et le nombre de tueurs en série dans ces mêmes pays<sup>5</sup>.

Ce qu'il y a d'objectif cache ainsi l'interprétation que l'on fait pour relier deux séries de phénomènes entre elles. Et c'est par le biais de cette interprétation que s'introduisent des considérations sociales, politiques, ou bien encore des principes moraux sous couvert d'objectivisme<sup>6</sup>.

#### La passion du chiffre

Dans *La Gouvernance par les nombres*, Alain Supiot montre qu'en invoquant les chiffres, la gouvernance étatique réussit à imposer son pouvoir aux dépens du droit<sup>7</sup>. Or, c'est le droit qui est le lieu privilégié de recherche de compromis social, entre une rationalité et une pratique, entre des valeurs politiques et leur mise en application. Le chiffre a l'immense avantage d'abolir la subjectivité de l'interprétation d'un phénomène. En recourant au chiffre pour étayer un lien entre des signes cliniques, on cherche à abolir l'interprétation et imposer une lecture univoque, ce qui correspond à une approche dogmatique. Les chiffres, de par leur valeur de vérité, ont permis d'imposer de nouvelles normes aux dépens du savoir médical issu de l'expérience, ils ont force de droit. Cela dénote une certaine confusion.

Certes les maladies mentales ont toujours été indexées à des normes qui évoluent. Mais comme l'ont montré Georges Canghilem<sup>8</sup> puis Michel Foucault<sup>9</sup>, ce ne sont pas les grilles diagnostiques qui fixent ces normes, mais la société. Dans ce cas, elles se répercutent indirectement sur les classifications



diagnostiques, par le biais de la souffrance des patients considérés comme anormaux. C'est alors qu'à partir du DSM, les nombres ont permis une intervention directe, en remodelant les manuels de psychiatrie, afin de modifier les effets des normes sociales sur les classifications.

Cette confusion entre le droit et les grilles diagnostiques fait apparaître la suprématie du chiffre permettant d'imposer à la nosographie construite sur des principes médicaux et politiques<sup>10</sup>, une rationalité issue de la santé publique et de l'économie de la santé. Or, dans la mesure où cela est contemporain de l'inflation impressionnante de l'évaluation, laquelle devient une méthode pour vendre n'importe quoi. Les publicitaires l'ont bien compris. Le leurre de l'objectivisme s'avère une stratégie pour intervenir au sein des classifications diagnostiques de la psychiatrie, les rendre plus valables en dépolitisant le propos.

### Le pouvoir de guérir

Le problème posé ici au niveau d'une pratique et qui fait polémique, est que cette référence nosographique cherche à s'imposer comme une règle de droit non seulement dans l'hôpital psychiatrique mais aussi au dehors. C'est-à-dire comme un instrument de pouvoir. Depuis Michel Foucault, on a dénoncé, souvent à juste titre, le pouvoir psychiatrique. Or, ce qu'il montre, c'est que s'il a pu être aux mains des psychiatres, ce n'était que pour servir la société dans son ensemble. C'est-à-dire, contrôler ce qui échappait à l'organisation sociale, les restes dont on ne savait que faire, et que la société post-révolutionnaire ne pouvait plus se contenter seulement d'exclure au titre de la folie. Cependant, si les catégories cliniques devaient s'ajuster aux problématiques sociales, pour légitimer l'application de ce pouvoir, elles n'ont jamais été confondues avec le droit. Aux mains des médecins, elles ont cherché, parfois avec maladresse, à rendre compte de la souffrance pour pouvoir la soigner et permettre ainsi de sortir les patients de la catégorie des fous. Alors, il ne s'agit pas de tant dénoncer les aspects politiques des classifications, car si elles se sont toujours fondées sur des principes médicaux, leur indexation aussi sur une norme, implique qu'elles sont issues de valeurs politiques. On doit la naissance de la psychiatrie à la mise en pratique, à partir de l'an III après la prise de la Bastille, des principes des lumières par le citoyen Philippe Pinel. Ce furent ces valeurs universelles qui ont amené Pinel et ses successeurs à inclure les aliénés dans la fraternité humaine, et à les considérer suffisamment dignes pour leur rendre leur liberté afin d'en faire des citoyens égaux en droits. Ces valeurs de droit ont permis la construction d'une nosographie médicale, intégrant les sujets refoulés de la société. Aujourd'hui, les stressés par les conditions de concurrence, les victimes de maltraitance au travail, les plus

fragiles faces aux exigences de l'école ou de la performance, ont une place. La psychiatrie a cherché à accueillir toutes les souffrances de la société, qui ne voulait rien en savoir. La psychiatrie avait un pacte secret avec la société, mais comme l'iceberg seulement visible lors des internements forcés pour trouble à l'ordre public. Mais il ne s'agit pas d'être nostalgique, car son approche a été entachée d'une certaine condescendance envers les malades mentaux, le psychiatre et l'institution psychiatrique avaient tout pouvoir sur eux, sans craindre l'abus de pouvoir.

### Grille ou grillage ?

Alors on pourrait penser que les classifications internationales actuelles ont pris en compte ce risque d'abus de pouvoir de la part de la psychiatrie et ont voulu rendre ce pacte plus démocratique. On devrait donc leur reconnaître l'audace d'avoir voulu encadrer le pouvoir psychiatrique. Mais alors on peut s'interroger sur les véritables principes politiques qu'elles ont introduit, c'est-à-dire les valeurs sur lesquelles est venue se fonder la nouvelle nosographie. Car quand on constate que cela s'est traduit par la refonte de toute la nosographie médicale au dépend de la psychologie et de la relation intersubjective, quand on voit que cela a pu conduire à une médicalisation de tous les comportements, comme c'est le cas dans la dernière version du DSM, et de surcroît pour le plus grand bénéfice de l'industrie pharmaceutique comme le montre Maurice Corcos<sup>11</sup>, on peut se demander pourquoi est-ce la nosographie qu'il aurait été nécessaire de modifier pour limiter ce pouvoir. Car, en République, ce sont les règles de droit et les instruments juridiques qui sont censés encadrer un pouvoir. En fait, l'opération n'avait pas pour but de diminuer le pouvoir psychiatrique, puisqu'il est une des conditions nécessaires à la pratique médicale.

Le psychiatre doit user de son pouvoir, pour soigner. La véritable question qui se pose aujourd'hui serait de savoir ce qui a fait que plutôt que de vouloir changer la société, on a préféré intervenir dans les classifications nosographiques. Car ce faisant, on s'est attaqué à un des principaux outils de soin. Et d'ailleurs, on peut se demander comment certains psychiatres ont pu participer à cette refonte. Comment en est-on arrivé à ce point là du renoncement au droit, en tant que compromis politique et social, pour laisser s'introduire dans les références au soin, les principes issus de la santé publique ou de l'économie de la santé ?

Que ce soit dans la prolifération de l'évaluation, dans la réorganisation de la santé, ou bien dans les classifications, la société cherche à contrôler la psychiatrie. Pourquoi ? Non pas pour limiter le pouvoir psychiatrique, mais l'usurper. C'est-à-dire prendre le contrôle sur le pouvoir psychiatrique, pour faire de la grille symptomatique une camisole parfaitement adaptée

aux exigences de la société, afin d'étendre les grilles de prison pour contenir les individus. D'ailleurs, la psychiatrie pourrait être remplacée par la santé mentale si elle n'obtempérait pas, ce qui serait l'aboutissement de la vision épidémiologique du fait psychiatrique, et qui a l'énorme avantage de promouvoir une gestion des faits psychologiques autour des valeurs économiques comme la performance, l'individualisation et la responsabilité, comme le montre Mathieu Bellahsen<sup>12</sup>.

### Grille de gestion

Je crois que l'idée qui guide actuellement le dévoilement de la pratique psychiatrique, est celle de la gestion. Au moment où l'Etat ne cherche plus à conduire des politiques, à faire de la planification mais plutôt à gérer les populations, gérer les risques face aux dégâts des politiques économiques et sociales, gérer les débordements, gérer les individus qui sortent des clous, gérer le commerce... Cette gestion chiffrée tous azimuts, mène à une croissance exponentielle de la bureaucratie, avec les risques que cela suppose : l'indisponibilité pour la relation, perte de sens de l'engagement, réification des individus... ce qui compte ce sont les chiffres.

Au fond, ce que souligne l'exposé de Nicolas Leblé, est la disparition du fait psychique en tant que phénomène psychologique, laissant toute sa place à l'utilisation de la grille symptomatique à des fins gestionnaires. Les hôpitaux sont désormais administrés par des bureaucrates, les médecins doivent s'y plier, l'ambition de soins psychologiques se réduit comme peau de chagrin. Quand la grille diagnostique ne se fonde plus sur les principes des droits de l'homme, sur l'idéal révolutionnaire en la promotion de la raison et de la liberté, mais sur le productivisme, la libre concurrence, et l'économie des coûts, c'est l'individu qui se trouve redéfini, le citoyen cède sa place à la force productive, l'individu est réduit à un chiffre dans une grille de gestion.

Dans ce cas, la fonction soignante de l'hôpital psychiatrique tend à se réduire à la simple régulation des comportements. N'ayant pas de doute que cela puisse avoir une certaine efficacité pour calmer les agités, voire resocialiser certains patients psychotiques, l'Histoire l'a montré. Cela a déjà été le cas par le passé aliéniste, Foucault l'a bien montré, mais la régression actuelle se fait moins à l'aune de la morale que de la gestion. Le soin, cantonné à cette part comportementale, facilite que les patients sortis reviennent à l'hôpital, ce qui du point de vue de l'activité économique hospitalière ne pose pas de problème : ça fait du chiffre.

Pour finir, je ne voudrais pas qu'il y ait un malentendu, je ne prétends pas que toute cette évolution soit le fait d'un quelconque prince machiavélique. Je dis seulement, que c'est la croyance en la vertu du chiffre en lui-même, qui conduit à l'expansion de l'idéal gestionnaire. Les nouveaux murs qui se dressent ici et là dans notre savoir-faire, peuvent trouver leur source dans l'idéologie du chiffre qui s'est imposée dans notre savoir. Si la société risque de se trouver aliénée par sa croyance folle dans la gestion sur un modèle économique, si la passion du chiffre ne sert plus qu'elle-même, n'est-ce pas aux psychiatres qu'il revient justement de le dire ?

**Pablo Votadoro**

Psychiatre, docteur en psychologie, Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris, chercheur associé CRPMS Paris VII

### Notes

- 1- Kant E. (1781) *Critique de raison pure*, trad. Tremesaygues et Pacaud, PUF, Paris, 1975.
- 2- En France Henri Ey avait tenté une synthèse, mais qui n'a pas fait école à l'étranger, puisque l'Allemagne et une partie de l'Europe sont restées très kraepelinienne, c'est-à-dire constitutionnalistes, voire biologique, sans réussir à intégrer les données de la psychologie et en particulier de la psychanalyse.
- 3- Rechtman R. « Etre victime : généalogie d'une condition Clinique », *L'Evolution Psychiatrique*, vol 67 - n° 4 - oct-déc. 2002, p.775-795.
- 4- Voir *Courrier international* du 13.04.15 citant un article du journal allemand *Die Zeit* titré : « les corrélations de l'absurde ». <http://www.courrierinternational.com/grand-format/statistiques-les-corrélations-de-labsurde>
- 5- Winters J.R., & col., « Chocolate Consumption, Traffic Accidents and Serial Killers » [http://replicatedtypo.com/wpcontent/uploads/2012/11/ChocolateSerialKillers\\_WintersRoberts.pdf](http://replicatedtypo.com/wpcontent/uploads/2012/11/ChocolateSerialKillers_WintersRoberts.pdf)
- 6- Le diagnostique trouble du comportement est en cela exemplaire, puisqu'il médicalise ce qui s'éloigne de la norme, les comportements déviants et la violence en générale. Utilisé comme synonyme du trouble des conduites chez l'enfant, on voit que cela désigne dans sa définition ce qui est généralement référé à la délinquance (le vol, la violence, la destruction des biens d'autrui). Cette forme objective de description a l'avantage de faire silence sur sa connotation morale, mais surtout permet d'éluder que les troubles du comportement soient plus fréquents dans les pays pauvres que chez les riches.
- 7- Supiot A., *La gouvernance par les nombres*, cours au collège de France, 2012-2014, Fayard, 2015.
- 8- Canguilhem G. (1943 et 1963-1966) *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.
- 9- Foucault M., *Les anormaux*, cours au collège de France, 1974-1975, coll. Hautes Etudes, Gallimard-Le Seuil, 1999.
- 10- Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique*, cours au collège de France, 1973-1974, Gallimard-Le Seuil, 2003.
- 11- Corcos M., *L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*, Albin Michel, Paris, 2011.
- 12- Bellahsen M., *La santé mentale, vers un Bonheur sous contrôle*, la fabrique édition, 2014.

## Esquisse d'une réflexion à partir d'une patiente mise sous contention

.....  
Michel PINARDON

Pour la survie du patient, il est une circonstance où la contention s'avère indispensable. La mise en danger est réelle lorsque les passages à l'acte hétéro-agressifs ou auto-agressifs demeurent menaçants ou établis, ou quand les risques de fugue chez un patient vulnérable représentent un trop grand péril pour lui-même ou pour les autres. Les mises en danger sont nombreuses et il n'est pas dans le propos d'en faire une liste exhaustive. La tentative de suicide est classique, celle d'homicide est plus rare, les violences sont assez fréquentes et en attendant que les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques aient le temps de se montrer efficaces, il peut être nécessaire d'isoler la personne dans sa chambre et, dans les formes les plus sévères, de poser des contentions. Les malades qui souffrent d'anorexie mentale et qui refusent toute alimentation y compris par gavage peuvent aller jusqu'à arracher systématiquement la sonde naso-gastrique. Les conséquences deviennent alors très vite catastrophiques, particulièrement dans le cas de personnes déjà carencées au plan alimentaire. C'est une situation où la vie et la mort se jouent sur un moment bref, comme celui où le désespéré qui, voulant sauter par la fenêtre, doit être ceinturé et plaqué au sol. Le stress est en son acmé tant pour le patient que pour les soignants mis à une place de sauveteurs. D'autant qu'il n'y a pas que les psychismes à être durement sollicités, les corps sont aussi engagés dans un affrontement qui peut prendre des allures de combat au corps-à-corps. Face au patient qui met son corps en action pour se défendre d'un environnement qu'il juge hostile parce qu'il cherche à le contraindre, il s'agit d'opposer une force plus grande en intensité et en nombre. Le pulsionnel mortifère doit être stoppé par des kilojoules de force contraire, le temps nécessaire à ce que la situation de crise s'apaise, ce qui n'est que rarement immédiat.

Nous voudrions, pour illustrer ces propos, détailler tout particulièrement le vécu de notre équipe infirmière en décrivant une situation qui nous a beaucoup interpellés dans l'unité de crise pour adolescents de l'*Institut Mutualiste Montsouris* (IMM) à Paris.

Il s'agit d'une jeune patiente de 14 ans qui souffre d'anorexie mentale sévère depuis ses quelques années déjà, bien que son passé psychopathologique sous forme d'angoisse intense et de deuils non faits remonte à sa prime enfance. Cela fait maintenant 5

ans qu'elle est hospitalisée pour des séjours dont la durée va *crescendo* avec la gravité de son état. Elle oppose un refus absolu et non négociable de s'alimenter et de boire, même en infime quantité. Elle ne cherche pas à arracher la sonde, elle s'oppose juste à son utilisation. Quand nous recevons cette jeune fille, elle venait de passer plusieurs mois dans le service de l'IMM qui est spécialisé dans la cure des anorexies mentales et dans lequel sa résolution inébranlable de s'alimenter, la violence de ses invectives et de ses gestes (griffures, morsures des soignants au moment du passage des aliments dans la sonde), les cris et les plaintes qu'elle pousse pendant de très longs temps ont sérieusement entamé le moral de nos collègues. Le sentiment d'échec et d'impuissance est écrasant, la tristesse côtoie l'exaspération, la colère se mêle à la compassion, l'équipe infirmière est épuisée et doute d'elle-même.

Dans un contexte de dénutrition chronique qui a altéré l'état général, il n'est plus question de temporiser. La pose de contention est médicalement prescrite. Elle s'applique le temps du passage des nutriments c'est-à-dire pendant 12 heures. Voilà maintenant 1 an qu'elle n'a pas mis dans la bouche le moindre liquide ni qu'elle se soit lavée les dents. Les muqueuses sont desséchées, les dents jaunâtres, les lèvres sont crevassées, l'haleine est effrayante. C'est dans ce contexte que, pour soulager nos collègues à bout de force et de nerf, nous recevons cette patiente pour une durée que nous décidons assez brève, 4 ou 5 semaines. Sans doute aussi, avec quelques traces de vanité incommensurable, nous espérons trouver un angle thérapeutique plus favorable que ceux déjà appliqués sans succès décisif depuis plusieurs années. Le service où était hospitalisée la malade est situé juste au dessus du nôtre si bien que nous la connaissons déjà. Nous avons été souvent appelés en renfort, nous avons travaillé dans ce service durant l'été et ses cris qui traversent les étages nous la rappellent sans cesse. Nous savons donc à qui nous avons affaire quand elle est admise dans notre service.

Nous voudrions présenter un moment-type afin de pouvoir donner une idée de la difficulté du soin et de l'énergie qu'il exige des infirmiers. Il s'agit de la mise en chambre à 20h qui permet de pouvoir faire passer les traitements dans la sonde et ensuite de brancher la pompe qui délivrera les nutriments jusqu'au matin suivant. La patiente à ce moment-là est le plus souvent dans la salle commune avec les autres malades. Ceux-ci ont terminé leur dîner depuis une demi-heure. Elle cherche un partenaire pour jouer au ping-pong, activité qu'elle pratique intensément afin de brûler le maximum de calories. Quand personne ne veut jouer, elle sautille de façon quasi-permanente, dans le

même but. Nous, les infirmières et infirmiers avec parfois l'interne, sommes déjà préparés au probable refus de la patiente de regagner sa chambre d'elle-même. Nous sommes en nombre suffisant, entre 4 et 6 soignants, pour pouvoir l'emmener si elle refuse. Dans sa chambre, l'équipement de contention est positionné de manière à ce que les sangles soient immédiatement opérationnelles. Dans les seringues de gavage, les traitements sont prêts, ainsi que la poche de nutriments et sa pompe. L'organisation du dispositif vise à procéder dans une économie d'effort maximum et dans le temps le plus bref. La négociation, d'emblée au point mort, ne progresse en rien. La tension monte vite chez la patiente, électrisant l'ambiance parmi les autres patients du service, si bien que la décision de la porter dans sa chambre est prise. A partir de ce moment, ce qui était déjà éprouvant nerveusement le devient aussi physiquement. Il faut bloquer ses doigts qui veulent nous griffer, il faut plaquer son corps tendu en arc de cercle, il faut surveiller ses mâchoires qui cherchent un bras, une main à mordre. Il faut se boucher mentalement les oreilles pour supporter les cris, les plaintes, les injures. « Salauds, salopes, sadiques » sont ses insultes les plus anodines. Lorsque les contentions des pieds, du ventre, du thorax, des épaules et des mains sont enfin posées, la patiente se calme instantanément, comme si le fait d'être rendue totalement incapable de résister la délivrait de l'angoisse de se nourrir. La soirée et la nuit se passent ensuite le plus souvent sans incident. Dans ces scènes qui se répètent tous les soirs, et sans compter les incidents qui émaillent les journées, l'équipe soignante est éprouvée par la violence subie et délivrée. Ainsi s'est déroulée la trentaine de jours pour cette patiente et ses soignants aux urgences psychiatriques. Au moment où elle a quitté le service, il a été demandé à chacun des membres du personnel de qualifier son ressenti en un mot ou deux. Les mots qui sont venus spontanément ont été : violence, bruyant, silence, cri, mouvementé, assiégé, prenant, questionnant, incompréhension, sadisme réciproque, une rencontre impossible, douleur, paradoxe, impuissance, désespéré, rage.

Trois semaines plus tard, nouveau tour de mots : attachement, un bébé, traces profondes, cri, mouvements encore, soulagement, apaisement, reste concerné, l'envie d'aider, oubli, remise en question, doute, violence renvoyée, le regard, l'effroi, épouvante, l'insupportable supporté quand même, son devenir. A la suite de cette hospitalisation, « les traces profondes », pour reprendre l'expression d'une infirmière, ont persisté un certain temps. Un collègue fraîchement diplômé a démissionné. Un article paru dans le journal *Libération* le 9 septembre 2015 qui concernait les contentions a encore accru le malaise qui nous avait saisis. Avions-nous été toujours dans le soin ou avions-nous abusé de notre pouvoir ?

Comment faire la part des choses dans ces moments où la faculté de penser se dilue dans l'intensité des émotions ? Est-ce que nos actions thérapeutiques n'avaient été constituées que de mises en actes réfléchies au service de la patiente ? Par exemple, dans l'assez longue liste de qualificatifs donnés par l'équipe soignante, le mot « haine » n'est pas cité, alors que la haine, l'exaspération et le rejet ont été clairement ressentis à certains moments particulièrement tendus. Cela fait penser à un interdit d'éprouvé sans doute parce qu'il est honteux, parce qu'il est culpabilisant, parce qu'il n'est pas dans le bagage professionnel du Diplôme d'État. Le contre-transfert qui ne peut pas s'élaborer pleinement a peut-être occasionné des passages à l'acte de nature sadique ou rejetante de la part des soignants. Wilfred Bion disait « qu'il y a nécessité pour tout soignant d'oser penser et sentir ce qu'il pense et ce qu'il sent, quel que soit l'avis de sa société, de ses collègues, et quelque soit son propre avis à lui sur ce que lui-même pense ». C'est l'effort de courage à fournir pour éviter le faux-*self*, la non-écoute, la congélation permanente des affects, le repli vers une position protectrice dans un statut invulnérable de sachant soigneusement préservé du plein contact avec la patiente.

Avons-nous réussi à éviter tous ces écueils ? Nous aimerions en être assurés, ce serait assurément plus confortable à vivre, mais cette prise en charge n'a rien eu de confortable ni de gratifiant. Nous n'avons pas trouvé l'angle thérapeutique idéal qui aurait miraculeusement pu tout régler. Nous n'avons permis que de donner encore à vivre à cette patiente, certes pas très bien, pas beaucoup, mais quand même un peu. Dans ce contexte, il faut savoir se contenter de petites satisfactions, et c'est déjà un gain considérable alors que la pulsion de mort attaque en permanence comme une enragée.

**Michel Pinardon**

Infirmier à l'Unité de Crise du Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, psychothérapeute  
Institut Mutualiste Montsouris

#### Bibliographie

- Ciccone, A., *La violence dans le soin*, Dunod 2014  
Ciccone A., *Psychanalyse du lien tyrannique*, Dunod, 2012  
*Groupal n°7, Anorexie et boulimie*, revue publiée par le Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, 2000  
Kaës, R., *L'appareil psychique groupal*, Dunod, 2010, 241-244  
Marcelli D. & Braconnier A., *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris, Masson, 1988, 132-143  
Racamier, P.C., *Le psychanalyste sans divan*, Payot, 1993, 78-80.  
Searles, H., *Le contre-transfert*, NRF Gallimard, 1981, 215-223  
Wiat, Y., *L'attachement, un instinct oublié*, Albin Michel, 2011.  
Haute Autorité de Santé, *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie*, juillet 2015.

## Commentaire du texte de Michel Pinardon

.....  
Bernard ODIER

Ce témoignage est précieux, par son authenticité. Mais il est dur, et pose des questions difficiles à la psychiatrie, dans un contexte où celle-ci est vivement contestée, que ce soit à propos des traitements anti-dépresseurs peut-être trop nombreux, des pratiques de contention qui seraient en augmentation, ou de ses fourvolements sur les causes de l'autisme. Je soulignerai quelques aspects de ce témoignage, mais une question se pose au préalable.

### Est-ce qu'on peut tout dire à des profanes ?

Ce témoignage nous emporte et nous convainc de la réalité de ce qu'il décrit. Il est brutal dans son absence d'apprêt, d'enjolivement. Ici, pas de feutrage du propos, l'auditeur n'a qu'à bien se tenir. Il est invité à ne pas se boucher les oreilles et à ne pas se voiler la face. Le récit organise un véritable suspense : et si cela allait mal se terminer ? À la fin heureusement l'apaisement de la patiente nous soulage.

Je me souviens qu'au début des années 70, le Pr Serge Lebovici, adossé au *Conseil de l'Ordre*, avait fait déprogrammer par la télévision une émission sur l'autisme qui montrait sans fard les balancements, stéréotypies et auto-érotismes d'un tout jeune patient. L'argument était que l'exposition au public de ces comportements, hors contexte, hors histoire, relèverait d'un exhibitionnisme malsain, et pas d'une saine volonté d'instruire. Ces scrupules semblent aujourd'hui d'un autre âge. Pourtant, quand nous communiquons à propos de nos patients et malades, nous devons être aussi conscients que possible que, ce faisant, nous modelons à notre tour les représentations qu'a le public des malades et de leurs troubles. Je pense que le Pr Lebovici souhaitait éviter que le grand public se représente les autistes comme des monstres de bestialité.

Aujourd'hui<sup>1</sup>, nous ne sommes pas entre gens du métier. Il y a ce que nous pouvons dire entre nous sans précautions particulières, et il y a ce que nous choisissons de dire ou de ne pas dire dans le cadre d'échanges plus limités avec des profanes. Cette distinction recoupe approximativement celle qui existe entre le savoir que nous accumulons et les connaissances que nous pouvons transmettre.

### Un témoignage « brut »

Tout le monde l'aura remarqué, et comme les auteurs le soulignent eux-mêmes, ce texte est débarrassé des oripeaux de la médecine. L'absence de vocabulaire

technique retire un des filtres qui, au travail, protège de l'émotion. Christophe Dejours, dans ses travaux, décrit les mécanismes de défense collectifs<sup>2</sup> qui permettent d'ignorer ou d'atténuer la peur au travail. Ici les mots de tous les jours nous exposent au contraire crûment à l'intensité de la violence décrite. C'est très clairement l'intention des auteurs de chercher à communiquer de leur mieux l'intensité des forces en présence, des résistances rencontrées dans ce travail particulier par l'absence de faux-fuyants, où il faut prendre le taureau par les cornes, c'est une question de vie ou de mort.

Pourtant, ce dénuement lexical est tout le contraire d'une absence de technique. Je ne parle pas ici de l'habileté et de l'efficacité narrative qui en découlent. Je veux souligner ici que ce semblant d'innocence théorique, que cette pseudo-candeur qui, avec l'air de ne pas y toucher, nous fait côtoyer l'abîme, que cette simplicité apparente du récit est un dépassement de la technique<sup>3</sup>, que c'est même une des fins du fin de la technique. Donner l'illusion de la simplicité, user du ton de la conversation ordinaire, c'est pour le clinicien expérimenté un des petits plaisirs de la consultation thérapeutique. Ici décrire avec les mots d'un combat de rue les gestes soigneusement répétés, mesurés, proportionnés à la résistance rencontrée qui composent la séquence de maîtrise qui s'impose et doit être recommencée presque à l'identique tous les soirs, c'est s'être engagé à corps perdu, y avoir perdu son latin, et y avoir retrouvé sa langue.

### La question du scandale

Elle est soulevée dans ce témoignage, et par ce témoignage. On nous dit que quelques soignants ont été ébranlés par l'article de *Libération*<sup>4</sup> de septembre 2015 sur la contention. Aujourd'hui, notre société fait des rechutes régulières dans le scandale<sup>5</sup>. France 2 et Denis Pujadas se sont rendus coupables en mai 2010 d'une émission de télé « *Les infiltrés* »<sup>6</sup> tournée dans un hôpital de banlieue en caméra cachée par un journaliste stagiaire, Pierre Morel, qui s'était fait passer pour un stagiaire aide-soignant.

L'une des séquences retenues pour scandaliser les téléspectateurs montrait une personne en blouse blanche qui amène comme elle le peut un jeune homme dans sa chambre, qui le couche sur son lit, qui noue une des extrémités d'un lien à la cheville gauche du malade, puis l'autre extrémité au pied du lit, tout cela sans un mot du malade. Sans paroles ni commentaires, cette scène est incompréhensible et vaguement inquiétante, même pour un professionnel à qui elle apparaît au bas mot énigmatique. Un médecin de ce service m'apprendra que le malade est un autiste parfois extrêmement difficile, que la

femme en blouse blanche est une aide-soignante qui travaille dans le service depuis quinze ans, qu'elle est en pratique la seule à savoir intervenir et la seule que le malade laisse intervenir quand il va mal, et qu'elle a trouvé un « truc » qui l'apaise et lui permet de se détendre : elle lui attache le pied au pied du lit avec une bande Velpeau une fois qu'elle l'a couché.

D'où le commentaire de Patrick Champagne, sociologue spécialiste des médias<sup>7</sup> avec qui nous sommes allés rencontrer l'équipe d'Aulnay : « ... *Si au lieu de voler des images, le stagiaire avait cherché à comprendre et avait discuté avec le personnel pour s'informer du sens qu'il fallait leur donner, le caractère qui était présenté comme scandaleux de la situation aurait été moins médiatique, l'accent du reportage aurait été mis sur les carences en personnel. ...* ». Le témoignage que nous venons d'entendre joue avec le feu sur ce plan-là. Il nous donne peu de repères biographiques, et inscrit à peine la période où les soins sont décrits dans l'histoire de la maladie de cette toute jeune fille. Seul le dénouement nous permet de comprendre que les choix tactiques de l'équipe soignante s'inscrivent certes dans une répétition désespérante, mais aussi dans une stratégie thérapeutique. Alors l'endurance et l'insistance sont lavées du soupçon de violence gratuite et d'acharnement qui vient à l'esprit au début. Ce soupçon compréhensible qui est repris dans certaines antipsychiatries, est également cultivé dans des instances officielles<sup>8</sup>. Cette situation clinique est très particulière, cependant des commentaires généraux peuvent en éclairer certains aspects.

### Passivité et passivation

Ce titre emprunté à un article<sup>9</sup> d'André Green permet d'introduire la question, prégnante dans cette observation, de la passivité. Beaucoup de patients se présentent comme refusant et réfutant toute passivité. Cette posture est très encouragée par tout ce qui se fait de moderne au titre des usagers, de l'éducation thérapeutique. Les patients sont encouragés à s'activer, et s'agissant des malades chroniques, on comprend tout l'intérêt positif de ce courant. Mais derrière le malade qui réfute toute passivité, qui discute pied à pied les médicaments proposés, qui accepte l'hospitalisation mais à condition de permissions toutes les après-midis, d'avoir son téléphone, il y a quelque part quelqu'un qui serait soulagé qu'on l'oblige à une certaine passivité. Pourquoi ? C'est un peu mystérieux, d'autant plus qu'en soutenant une telle hypothèse, on s'expose aux soupçons de paternalisme, voire d'infantilisation des patients. Mais parmi les malades, il y en a qui ont un besoin inavoué qu'on s'occupe d'eux comme des enfants, voire comme des bébés. Les psychiatres sont confrontés au fait que parfois des patients ont des

besoins de régression, qu'ils demandent implicitement que l'on prenne un certain nombre de décisions à leur place, que l'on fasse un certains nombre de choses pour eux. La passivation interviendrait au moment où le sujet aurait besoin qu'on lui prescrive une certaine passivité, une certaine inactivité, et qu'on l'organise matériellement autour de lui. La passivation comme acte psychiatrique est présente dans cette séquence thérapeutique.

### Expérience extrême

A entendre Michel Pinardon et ses collègues, on est pris de peur que cela tourne mal, que cela dérape. Concrètement, le risque de blessure est bien réel de part et d'autre. Il s'agit d'une expérience qui comporte des aspects ne pouvant pas ne pas mobiliser le sado-masochisme. La question de la possibilité pour les soignants d'encaisser masochiquement les souffrances que leur font endurer les malades se pose. Notre capacité d'encaisser, de souffrir au travail et de ne pas nous venger est étroitement dépendante de ce que B. Rosemberg appelle notre « masochisme gardien de la vie<sup>10</sup> ». De sa qualité, dépend notre capacité de violence proportionnée, mesurée sans plus. Dans le même ouvrage *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, B. Rosemberg propose un modèle du « travail de mélancolie », dans lequel il décrit le développement d'une relation sado-masochiste entre le malade et le médecin comme une issue à la solitude absolue du mélancolique enfermé dans son auto-sadisme.

### Environnement humain et non-humain

Harold Searles a attiré l'attention sur le fait que la construction de l'être humain se ferait par différentes étapes. La construction de l'être humain passerait par trois étapes qui, selon les situations, se chevauchent plus ou moins :

- d'abord comme être vivant qui se distingue du monde inanimé,
- ensuite comme être vivant et humain qui se distingue des mondes animés, végétal et animal,
- enfin comme être vivant humain singulier qui se distingue des autres êtres humains.

Selon lui « l'individu livre sa vie durant une lutte pour se différencier toujours plus totalement de la réalité humaine et non-humaine qui l'entoure, tout en nouant, à mesure qu'il y parvient, des liens de plus en plus chargés de sens avec cette même double réalité. »<sup>11</sup>

Il me semble que l'on pourrait suivre ce chemin à rebours au fil du récit qui a été fait. La jeune malade est en continuité avec le monde inanimé par ses liens, par la machine qui l'alimente, par les tuyaux qui envoient des aliments et des médicaments, il y a une

figuration possible de son vœu inconscient d'être en contact avec le monde inanimé. Il n'est pas impossible qu'elle trouve là un calme qui a pu être nommé *Thalassa*, quand l'on a été cherché le degré zéro de la différenciation, ou bien la pulsion de mort. En tout cas, une fois attachée à son lit et nourrie par sa sonde, elle est devenue une sorte d'être mixte qu'on pourrait dire « bionique », elle est maintenue en vie dans un tout indifférencié avec la machine. On peut imaginer qu'elle doit avoir sur ses origines un certain nombre de questionnements importants.

### La fonction de contenance des soins

En 2016, la psychiatrie est soumise à un questionnaire sociétal sur les abus de l'usage de la contention et de la chambre d'isolement. Elle doit l'accepter et s'y soumettre de bonne grâce. Cependant, il ne faudrait pas que cette interrogation efface la question technique, à débattre au sein de la profession, qui est celle de la fonction de contenance des soins. Sans doute, dès qu'on utilise les mots de contenance ou de contenant voire de cadre, on les expose, après les avoir rempli de notre génie thérapeutique, au risque de réification. Auquel cas, ces mots deviennent des objets dans lesquels nous ne reconnaissons pas notre production intellectuelle et notre savoir-faire. Cette fonction de contenance a été théorisée en plusieurs temps qui mériteraient chacun de longs développements. La notion de « pare-excitation » pour Winnicott, celle de « fonction contenante » pour Bion, celle d'« enveloppes psychiques » d'Anzieu, apportent chacune des éclaircissements sur les façons dont nous prêtons notre psychisme pour accueillir les projections les plus folles et les plus toxiques. Pour lever toute ambiguïté, soulignons pour finir que la notion de contenance est très importante également dans les traitements ambulatoires.

### En conclusion

En général, on n'est pas spontanément courageux, mais on le devient quand les circonstances l'exigent. Là, les soignants sont à la limite inférieure de l'héroïsme. C'est l'idéal. Il y a du dépassement de soi-même. Il y a aussi le rôle incontournable du collectif de travail « impossible s'il n'y avait pas l'équipe ». Et il y a la nécessité de créer et d'inventer quelque chose auquel on ne recourrait pas si l'on n'était pas mis dans cette situation. Quelle intelligence collective cet arrangement qui permet à une équipe épuisée de passer la main ! Le combat décrit est beau comme l'antique. C'est un combat à mains nues contre la grande faucheuse.

Dans la deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle, les aliénistes (on ne les appelait pas encore les psychiatres) ont commencé à écrire que la mélancolie était curable<sup>12</sup>.

Elle guérissait spontanément en huit à douze mois. Il fallait pour cela que le malade soit interné dans un service d'asile, un service d'asile où le malade était conservé en vie grâce à une alimentation par sonde gastrique quotidienne quand il « se soumettait au jeûne forcé » (*sic*). C'était l'apanage des meilleurs services, ceux dans lesquels la technicité était à l'honneur et où la discipline était impeccable. Sans cela les malades mourraient de complications diverses ou d'inanition. Ces équipes étaient dignes de leur monopole de la violence légitime dans ces situations extrêmes. Décrire les techniques de soins et les gestes soignants était alors le devoir des médecins.

Que les soignants d'aujourd'hui prennent la plume et ajoutent aux gestes soignants celui d'écrire, c'est le gage qu'émerge enfin la Geste des soignants en psychiatrie, la chanson de geste de la psychiatrie, quelque chose de moins plat qu'*Urgences*<sup>13</sup> ou *Docteur House*<sup>14</sup>.

**Dr Bernard Odier**

Psychiatre des Hôpitaux,  
chef de service à l'ASM 13.

### Notes

- 1- Ce texte est celui d'une intervention faite dans une réunion ayant drainé un large public.
- 2- Dejours C, *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Bayard, 2008 (rééd.)
- 3- Benveniste alerte sur le tour de passe-passe qui consiste dissimuler par la simplicité d'une formulation la complexité d'une élaboration. Parfois l'élégance rhétorique cache plus qu'elle ne montre.
- 4- « Contention : la dérive sécuritaire », *Libération*, 9 septembre 2015.
- 5- Sur le scandale comme marqueur de régression culturelle et sociale, cf. les travaux de René Girard.
- 6- « Hôpitaux psychiatriques : les abandonnés », émission *Les infiltrés*, France 2, 18 mai 2010.
- 7- Champagne Patrick, *La double dépendance, sur le journalisme*, éd. Raisons d'agir, 2016.
- 8- Le « Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » visite les établissements psychiatriques et édicte des normes. <http://www.cpt.coe.int/fr/documents/fra-standards-scr.pdf>
- 9- Green A., « Passivité-passivation : jouissance et détresse », *RFP*, 1999, LXIII, 5, p.1587-1600
- 10- Rosenberg B., « Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie », *Monographies de psychanalyse*, PUF, 4, 1999)
- 11- Searles H., *L'environnement non humain*, Gallimard, Paris, 1986.
- 12- « On arrive à guérir sept mélancoliques sur dix » écrit Guislain, cité par H. Dagonet in *Nouveau traité des maladies mentales*, Baillères, Paris, 1876, rééd. Lilly 1998, (page 218).
- 13- *Urgences* est une série télévisée américaine créée par Michael Crichton, diffusée aux U.S.A. de 1994 à 2009, et en France de 1996 jusqu'en 2009.
- 14- *Docteur House*, série télévisée.

## D'une violence paradoxale

Gilles HANUS

N'étant ni psychiatre ni psychanalyste, endossant donc ici le rôle du profane, je n'en suis pas moins concerné par un certain souci pour ce que les Anciens appelaient *psukhè*. Si, en effet, psychiatres et psychanalystes s'occupent du psychisme, ils croisent d'emblée dans les parages de la philosophie qui s'intéresse elle aussi à l'âme ou à la conscience : *psukhè*. Les premiers, médecins ou thérapeutes, *traitent* les âmes ; le philosophe *commerce* avec elle. Ils soignent, quand le second prétend faire venir ou revenir à la vie, fût-elle vie de la pensée – c'est le sens de la maïeutique socratique. La proximité n'exclut pas la distance, au contraire, elle la présuppose et cette distance peut – du moins faut-il l'espérer – éclairer différemment ce dont nous voulons parler : le rapport de la violence et du soin.

On contestera peut-être qu'un rapport puisse exister entre le soin qui, visant à restaurer un sujet atteint, à lui faire recouvrer autant que possible son intégrité, semble se situer du côté de la sollicitude, de l'attention à la souffrance d'autrui et la violence, la plupart du temps aveugle et sourde du moins au souci de l'autre. Pourtant, chacun le sait, la situation thérapeutique est par nature paradoxale, qui implique toujours l'éventualité d'une certaine violence exercée en vue du bien. *Se résoudre à faire du mal pour le bien* : tel est le paradoxe exprimé simplement et telle est au fond l'une des formulations possibles de la maxime du soignant. C'est vrai pour la chirurgie qui tranche les chairs ou ampute les membres, retire ou réduit les organes en vue du salut du patient opéré ou plus modestement de sa santé, voire parfois simplement de son bien-être. Ce n'est pas moins vrai, en certaines occasions, de la médication, en psychiatrie ou ailleurs, voire même du « traitement psychique » dont Freud aimait à dire que la parole est le principal instrument. La parole de la cure psychanalytique, apparemment plus douce que bien des molécules chimiques, contient également un certain consentement à l'usage d'une *violence bénéfique*.

« Le profane trouvera sans doute difficilement concevable que des troubles morbides du corps ou de l'âme puissent être dissipés par la "simple" parole du médecin. Il pensera qu'on lui demande de croire à la magie. En quoi il n'aura pas tout à fait tort ; les mots de nos discours quotidiens ne sont rien d'autre que magie décolorée .<sup>1</sup> » La parole est porteuse de significations, elle se dépasse elle-même vers le sens qu'elle véhicule *volens nolens*. Par-delà le message

qu'elle délivre, en-deçà de ce qu'elle exprime d'abord, elle est toujours aussi symptôme et ce caractère « infini » (entendez : ne se finissant pas en soi, ne se limitant jamais à son seul contenu - tout Dit renvoyant, selon Lévinas, à un Dire plus fondamental<sup>2</sup>) du langage est aussi un des éléments de sa magie, comme le soulignait Walter Benjamin<sup>3</sup>.

Pour mettre en œuvre une telle magie, le thérapeute doit pouvoir accéder à tous les recoins du psychisme de son patient. Aucune réserve ne saurait persister, aucun secret : ils constitueraient de droit autant d'obstacles à la compréhension de ce que recèle le psychisme, conscient ou inconscient : « Il va sans dire que le traitement psychanalytique n'admet pas ce droit d'asile. Qu'on essaie, par exemple, de décréter, dans une ville comme Vienne, qu'aucune arrestation ne sera opérée dans des endroits tels que le Grand-Marché ou la cathédrale Saint-Etienne et qu'on se donne ensuite la peine de capturer un malfaiteur déterminé. On peut être certain qu'il ne se trouvera pas ailleurs que dans l'un de ces deux asiles<sup>4</sup>. »

Le traitement psychanalytique doit être panoptique, qui vise à mettre à nu ce qui se dérobe ordinairement aux regards. Il doit forcer les résistances et faire en quelque sorte violence à l'intimité psychique du patient, en vue de sa guérison.

Les Anciens avaient coutume de comparer philosophie et médecine. Cicéron en est un bon exemple qui écrit dans ses *Tusculanes* : « Les philosophes appellent maladies tous les troubles de l'âme ; et ils disent que celui qui n'est pas sage n'est jamais exempt de ces maladies. Or, ceux qui sont malades sont en mauvaise santé (ils sont *in-sanitatem*, dépourvus de santé, *mal-sains*), et les âmes de tous les non-sages sont malades ; donc tous les non-sages sont fous (*insaniunt* – de *insania* : la folie)<sup>5</sup> ».

La médecine traitant du corps, c'est à l'âme (*psukhè*) que se consacrait la philosophie qui n'est pas exempte de sortilèges ! Car pour être efficace, il lui faut faire violence à l'âme en vue de son bien, c'est-à-dire en vue du plein recouvrement de son statut et de sa puissance d'animation. La pensée n'avait alors rien d'un loisir (au sens moderne de ce terme) réservé à quelques oisifs. Il y était question de naissance, et d'une naissance qui, comme toute naissance, associe la souffrance et la vie. L'effort de la pensée ne se compare dans ce paradigme qu'aux douleurs de l'enfantement, et le philosophe par excellence est le digne fils de sa sage-femme de mère, qui accouche les esprits des idées qu'ils portent en eux. Aux yeux des profanes, les sages-femmes peuvent aisément faire figure de magiciennes qui ont, à en croire Socrate, le pouvoir « par les médicaments qu'elles donnent et par leurs chants (...) à la fois d'éveiller



les douleurs et de les rendre plus douces à volonté, et aussi de faire accoucher celles qui ont un accouchement difficile, tout comme, si leur avis est de faire avorter un jeune être, elles provoquent l'avortement.<sup>6</sup> » Si les soignants ont pour tâche de guérir, ils savent aussi du fait de leur compétence, de ce que les Grecs appelaient leur *tekhne* – leur savoir-faire –, déclencher les maux qu'ils soignent. Le remède – *pharmakon* – peut aisément s'inverser en poison – *pharmakon* – c'est en grec un seul et même mot.

La question de la compétence est essentielle parce qu'elle pointe ce qui confère au soignant un pouvoir sur celui qu'il soigne. Le soignant agit, le soigné pâtit, au sens premier du terme. Le soin est rarement doux et anodin. Dès lors que son but consiste à traiter véritablement, il exclut le confort car il ne peut agir efficacement qu'à n'être pas inoffensif. Soigner, c'est vraisemblablement toujours prendre un risque ; être soigné, c'est indéniablement en courir un : certains traitements sont d'ailleurs à ce point douloureux qu'on peut être amené à y renoncer, tant la maladie semble parfois préférable au remède censé en délivrer.

Le problème de la violence concerne au premier chef les soignants dans leur relation avec ceux dont ils ont la charge. Car chaque patient constitue à la rigueur un « cas » au sens où un cas, toujours nécessairement singulier, revêt en même temps une sorte d'exemplarité et constitue de la sorte une figure de ce que Sartre appelait *l'universel-singulier*. Le cas échappe aux généralités massives – d'où la difficulté inhérente à tout traitement, qui en appelle nécessairement à ce que Pascal appelait *l'esprit de finesse*. Échapper aux généralités, cela signifie aussi ne pas s'en tenir aux lois déjà établies, au connu, chercher, expérimenter et là encore, la violence du soin peut trouver un lieu où se déployer.

Certains cas peuvent, s'ils parviennent aux oreilles des profanes, provoquer le scandale (je pense notamment aux cas d'anorexie grave dont il a été question lors de cette journée). C'est par lui qu'est souvent abordée, dans l'espace public, la question de la violence du soin. Le *scandale*, c'est ce qui déclenche l'indignation, la réprobation morale. Mais le scandale cache comme souvent l'essentiel qui est l'extrême *désarroi* dans lequel sont parfois plongés soignants et soignés. Désarroi qui provoque un sentiment de détresse, existentiel plus que moral. Que faire lorsqu'on est confronté à des pathologies psychiques violentes qui poussent un patient à s'auto-détruire plus ou moins patiemment ? Comment nourrir celui ou celle qui refuse obstinément d'absorber la moindre nourriture ? Peut-on forcer quelqu'un pour lui sauver la vie ? Ne doit-on le faire qu'épisodiquement, en attendant que le patient

recouvre un certain discernement ? Que faire s'il tarde à en faire preuve ? Car la violence n'est acceptable qu'à titre exceptionnel (on peut alors se dire qu'il fallait bien ça pour régler la situation). Reconnue chaque jour, elle devient prévisible et moins facile à inscrire au registre de l'exception. Est-il supportable pour celui dont la tâche est de soigner, de soulager les souffrances d'en infliger d'autres au nom du souci du patient et de sa vie ? Face à ces questions, on peut comprendre le désarroi du personnel soignant, dépouillé de ce qui ordinairement permet de comprendre, de supporter, etc. La lumière crue jetée par une violence jugée nécessaire désarme certitudes et bons sentiments d'un même coup. *Là où l'évidence ne se trouve plus, là où donc plus rien ne crève les yeux et où on est contraint d'avancer sans y voir, le problème de la violence se pose dans toute son acuité* – ce qui ne signifie pas en toute clarté.

Certes, l'évidence n'interdit pas en tant que telle tout recours à la violence : rien ne ressemble davantage à une évidence, on le sait, qu'une certitude dogmatique qui, du haut de son indiscutable savoir, impose ses vues. Mais cette violence du dogme n'est pas essentielle ici. De manière générale d'ailleurs, une telle violence révèle assez rapidement sa nature et sa critique la plus traditionnelle consiste à opposer à sa lumière, aveuglante, une autre lumière, plus subtile, à faire jouer le savoir vivant contre le savoir figé. Après des années de règne sans partage, le dogmatisme n'a plus bonne presse et de fait ne suffit plus aujourd'hui (me semble-t-il au risque d'être exagérément optimiste) à justifier une pratique thérapeutique d'autant plus sûre d'elle-même qu'au profane elle ne devrait aucun compte.

La violence du soin, à lire les récits des soignants en psychiatrie n'a pas grand-chose de dogmatique, elle ne fait pas l'objet d'une affirmation première, mais est rendue nécessaire par l'impératif de sauver une vie apparemment fatiguée d'elle-même, d'une vie dont l'énergie est orientée vers la destruction des autres ou de soi. Elle n'est pas *a priori*, mais *a posteriori*. Ici se vérifie la remarque de Sartre selon laquelle « la violence se donne toujours pour une contre-violence, c'est-à-dire pour une riposte à la violence de l'autre ? ». Elle se vit toujours dans un halo manichéen comme réponse à une violence subie, réellement ou imaginativement, et qui n'a pas laissé d'autre choix que la violence. C'est vrai certainement pour le malade qui subit la violence de sa propre anorexie et de ce qui l'a déclenchée et que l'on contraint - nouvelle violence - à se nourrir. Mais c'est vrai aussi, et ça ne l'est pas moins, pour les soignants qui recourent à la contention pour contrer ce désir suicidaire et se heurtent alors à la résistance du patient. Dès lors, la certitude de ce qu'il faut faire se

dérobe et cède la place au doute. Doute de ceux qui se voient contraints d'exercer leur soin avec une certaine violence dont ils ne décident pas, qui leur semble s'imposer à eux qui n'ont pas même l'apparente certitude du dogme pour éclairer leur action thérapeutique et qui n'ont plus non plus le bénéfice de la puissance magique de la parole, celle-ci se heurtant à un refus absolu et non négociable. De ce fait, leur action curative est comme désarmée, même au cas où elle serait néanmoins efficace. La violence dont ils sont les agents, ils la subissent également en retour – la magie change de camp – si l'on peut dire. Leur propre violence leur fait violence et c'est cet enchevêtrement de violence qui constitue l'acuité, opaque et pesante, de ce dont nous parlons.

Pour échapper au cercle de la violence, il faudrait pouvoir faire un pas de côté, mais personne ne peut prétendre savoir ce qui rendrait ce pas possible. Il y faudrait un certain génie au sens où Sartre disait que le génie est la capacité à trouver une issue aux situations les plus désespérées, et le génie, comme on sait, échappe aux règles du savoir-faire, il est pure invention. L'acte de soigner sollicite, au moins face à des cas paroxystiques, un tel génie, il ne saurait s'accomplir dans une routine sûre de son bon droit. C'est dire à nouveau la violence qu'il exerce sur celui qui, s'il veut soigner, est enjoint au génie comme à celui qui, soigné, est enjoint à la patience et à la puissance de vivre.

**Gilles Hanus**

Philosophe, professeur de philosophie,  
directeur des *Cahiers d'études Lévinassiennes*

### Bibliographie

Benjamin Walter, « Sur le langage en général et sur le langage humain », in *Œuvres I*, Gallimard, 2000.  
Cicéron, *Tusculanes*, in *Les Stoïciens*, Gallimard, 1962.  
Freud Sigmund, 1 - « Traitement psychique », in *Résultats, idées, problèmes I*, PUF, 1984.  
2 - *Introduction à la psychanalyse*, Payot, 1997.  
Lévinas Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, rééd. Le livre de poche, 1990.  
Platon, *Théétète*, Garnier-Flammarion, 1995.  
Sartre Jean-Paul, *Critique de la raison dialectique*, Gallimard, 2<sup>e</sup> ed., 1985.

### Notes

- 1- Freud, 1, p. 2.
- 2- Lévinas, p. 78 et suivant.
- 3- Benjamin, p. 146.
- 4- Freud, 2, p. 270.
- 5- Cicéron, p. 297.
- 6- Platon, 149 c-d.
- 7- Sartre, p. 245.

## De la formation des infirmiers en psychiatrie

Emmanuelle BERGER

### Formation

Je suis arrivée en psychiatrie par le biais de l'anti-psychiatrie, une licence de psychologie clinique en poche, à la fin des années 1979. C'était une période qui mettait en question les formes de l'autorité tant politique que sociale. Le chômage était à peine chiffré, l'exclusion et la marginalité interrogées. Les courants de pensée s'inspiraient de l'existentialisme sartrien et de ses émules anglo-saxons pour le courant anti psy, d'une réflexion sur la fermeture des HP en Italie avec le courant de Basaglia, de l'invention de la psychiatrie institutionnelle en France avec Roger Misès et Jean Oury. Et de bien d'autres mouvances. C'est dans ce bouillon de culture que j'ai démarré ma carrière. J'ai été recrutée par entretien pour suivre une formation de 3 ans d'élève infirmière psychiatrique à l'hôpital Sainte-Anne, l'ancien asile parisien, pas encore rebaptisé CHS.

Le diplôme d'état, le DE, pourra être obtenu par les infirmiers psy grâce à un enseignement, des formations complémentaires et une validation, à partir l'année 1992, à la demande des intéressés, au vu de la mise à niveau européenne qui va modifier les statuts et la formation ultérieure. En effet, il n'y aura plus désormais de spécificité psychiatrique.

Mon premier souvenir a été la découverte des électrochocs qui ne se pratiquaient presque plus. Une patiente, bien connue de l'unité est arrivée, hagarde, bavant et surtout mutique. Elle s'est remise à parler après sa 1<sup>ère</sup> sismothérapie, le lendemain. Je suis restée perplexe ! Pendant longtemps, j'ai reçu les confidences d'un vieux patient schizophrène qui relatait ses aventures avec son « Dudu », son « porte esprit » lequel commentait toute sa vie et empêchait « les ouvriers » à l'intérieur de son corps de le rajeunir trop vite. En effet, son médecin - alors la chef de service - ne pourrait plus le reconnaître assis dans le couloir et demanderait : « Mais qui est ce beau jeune homme ? » (Ah, les incidences du transfert !!!) Aujourd'hui, comment rendre compte de ces paroles, pour qualifier ces instants de prise en charge avec les outils mis à notre disposition ? Je me le demande ?

### Changements progressifs depuis 1992

Dès lors, il sera question d'inventer et d'utiliser une langue infirmière spécifique : on ne pourra plus écrire dans nos classeurs que tel patient est déprimé, par exemple, mais il nous faudra formuler qu'il présente

« une baisse de l'élan vital »... Cela nous a été présenté comme la réponse à une volonté de créer un langage propre à la fonction, parallèlement à la terminologie médicale. Donc, l'*Ordre National des Infirmiers* a vu le jour, tardivement en Europe, en décembre 2006, pour la France, calqué sur l'*Ordre des médecins*. Il concerne surtout les IDE (Infirmier Diplômé d'Etat). Mais, on ne construit pas une langue par décret ; c'est elle, la langue qui nous transporte, nous façonne et nous transforme. Cette modélisation s'est imposée petit à petit par le biais des organismes de formation. Dans le même temps, à partir de 1992, sont apparus des recentrages intéressants venus des tutelles, tels que le glissement du dossier infirmier, vers le dossier de soins, puis vers le dossier du patient. La cible n'est plus le rapport de tel acteur, mais celui du patient dans tous ses états, pris en charge par tous les professionnels. Ce propos n'est pas anodin. Dans les services d'hospitalisation, avant 1992, les infirmiers devaient rendre compte de l'état des patients sur des classeurs infirmiers et les faits saillants du jour étaient consignés par le surveillant sur le cahier de rapport, qui était lu par le chef de service le jour suivant. Notons, qu'à ce jour, on ne parle plus de surveillant, trop carcéral, mais de cadres de santé, qui fondent désormais l'entreprise. Le mot est dit : l'entreprise !

Je me souviens des dossiers infirmiers quasiment vides, lors de mon arrivée au sein d'un Hôpital de Jour (HDJ) de pédopsychiatrie en 1998. Les transmissions étaient essentiellement orales, l'un des problèmes des équipes uniques. Heureusement, pour la mémoire des prises en charge, sont arrivés les dossiers de soins, à l'époque. Un bon point pour la modernité. Mais, mais... Mais, à ce nouveau concept se sont joints des aléas liés à ces nouvelles pratiques d'évaluation. D'abord, nous avons reçu, dans les années 2000, une formation continue de 2 ans : Les Transmissions Ciblées *via* le D. A. R., permettent de rédiger en termes convenus les comptes-rendus infirmiers : à savoir : D pour description, A pour action, R pour résultat. Cet usage n'a jamais pu rendre compte finement de nos appréciations cliniques.

Citons Mr A. que j'avais accompagné s'acheter des chaussures, pointure 43 et qui a demandé à la vendeuse du 41 car « ses ouvriers, lui avaient rétréci les pieds dans sa cure de rajeunissement !... »

Peu avant cette période, j'ai passé beaucoup de temps à « monter » des grilles de critères chiffrés pour tenter de coter nos actes soignants, alors que je travaillai au sein d'un HDJ de secteur : un point pour un quart d'heure d'entretien infirmier, 2 pour une demi heure, tant pour une activité, tant pour la distribution des traitements, etc... Le contenant

tenait lieu de contenu, un glissement insidieux. C'est une torsion intéressante qui transférait l'intention clinique vers une prévention juridique et...économique. Maintenant, on doit tout gérer : l'angoisse, la fonctionnalité, la pathologie, le temps de travail et sa maîtrise... Tout est protocole ! Aujourd'hui, on pourrait évoquer des méta-protocoles, des protocoles de protocoles... J'ai assisté à l'absorption progressive de l'autorité médicale par l'autorité administrative. Ça a été la fin d'un certain âge d'or de la psychiatrie ! Et la psychanalyse disparaît !

Mr A. m'apprend que Dudu et lui, envoyés en long séjour en province - au nom de la nouvelle dynamique de la file active - ont vécu une expérience incroyable. Le train qu'ils avaient pris pour gagner leur destination s'est « transmuté » et ils se sont retrouvés à leur point de départ... Machine arrière ! Même s'il le doit, Mr A. a du mal à quitter le service...

#### Aujourd'hui

Pendant mes années de formation à l'École d'infirmiers, nous avons obtenu mes pairs et moi, à notre demande, une formation d'analyse transactionnelle, puis par la suite des groupes Balint. J'ai suivi de nombreux stages, en fonction des populations dont je me suis occupée : adultes, enfants et adolescents aujourd'hui. Sur l'autisme, sur le jeu, en arts plastiques et en sculpture, au sein d'écoles de psychanalyse... J'ai été formatrice à temps partiel en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) et en école d'éducateurs spécialisés, pendant de nombreuses années. Mais, forte de toutes ces expériences, je n'arrive pas à remplir correctement les grilles d'évaluation de stage des étudiants en soins infirmiers. Je ne comprends pas ce langage. Surtout lorsqu'il s'agit de coter les techniques relationnelles qui sont : non pratiquées, insuffisantes, à améliorer, ou acquises... C'est édifiant !

Des supers techniciens ! Voilà la visée des enseignements des écoles, qui éduquent les générations actuelles à l'art et à la manière de la gestion -oserait-on dire humaine ?- où la maîtrise est certifiée ! Pour ma part, je ne « gère » pas mais j'écoute, me laisse surprendre, je suis prise dans la relation à l'autre, déprise, j'accompagne et...je témoigne ! C'est une autre histoire !

Pour conclure, tous ces protocoles pourraient-ils nous ramener vers une psychiatrie qui se replierait sur elle même, soit une nouvelle forme d'enfermement ? Et malgré la modélisation gestionnaire du tout économique actuel, ne faudrait-il pas se recentrer sur l'humain dans sa singularité ?

**Emmanuelle Berger**

Infirmière à l'Unité de jour de l'Institut Mutualiste Montsouris

## La psychiatrie se dissoudra-t-elle dans le néolibéralisme ?

### Quelques réflexions d'un pédo-psychiatre sur les conditions de la psychiatrie transférentielle

Pierre DELION

Merci aux organisateurs d'avoir osé un titre pareil pour une journée d'étude en psychiatrie, et, qui plus est, sous l'égide d'un universitaire. Il est réjouissant de voir que de jeunes *jedi* de la psychiatrie ont organisé ce colloque, preuve que les choses ne vont peut-être pas dans le sens qu'on imagine quand on est un peu déprimé, observant la psychiatrie se déconstruire progressivement. La manière dont Maurice Corcos l'a résumée en introduction est une bonne synthèse de ce qui est en train de se passer globalement, quelque chose d'un désenchantement qui gagne beaucoup de soignants aujourd'hui.

Je vous propose deux ou trois points sur lesquels nous pourrions travailler pour ne pas oublier la question de l'humain dans l'équation en question. Ce qui m'a vraiment formé est la confrontation directe avec les situations impossibles des patients, dont on m'avait confié très vite la responsabilité de les soigner. Quand j'ai commencé la psychiatrie, ses lieux de soins ressemblaient plus à l'asile qu'à autre chose. Il y avait très peu de psychiatres, ce qui mettait les quelques « psychiatres en formation » devant la nécessité de répondre des soins pour les patients hospitalisés. Et j'ai eu cette chance de tomber dans la période de la mise en place de la psychiatrie de secteur (1972-73), pré-déterminée par tout ce que mes maîtres avaient réfléchi ensemble pour aboutir à la création de ce dispositif formidable.

À mes yeux, la psychiatrie de secteur est la révolution psychiatrique du 20<sup>ème</sup> siècle. Paradoxalement, elle est souvent vue comme une organisation un peu lointaine et déshumanisée. Alors que c'est précisément la volonté d'une psychiatrie humaine qui a présidé à sa création. On dit souvent de la psychiatrie de secteur qu'elle est obsolète. Vous êtes dans un secrétariat, vous entendez la secrétaire répondre à une demande de rendez-vous : -« Vous habitez dans quelle rue ? Pas de chance, c'est l'autre secteur, je vais vous donner son numéro ».

Les gens caricaturent le secteur en disant que c'est ça. C'est scandaleux, car le secteur ce n'est pas ça du tout. C'est une philosophie de soins qui consiste vraiment à traiter le patient dans son contexte de vie

tout le temps qu'il faudra. Ce qui donne toute son importance au concept de « continuité des soins ». Bonnafé a proposé au ministère que le concept de « transfert », héritage freudien s'il en est, soit repris sous le terme de « continuité des soins ». Tous nos pères fondateurs avaient compris que ce nouveau dispositif devait permettre de suivre le patient tout le temps nécessaire, des années voire toute une vie. Par exemple, pour des enfants autistes ou des adultes schizophrènes, psychotiques, toutes ces graves pathologies psychiatriques, il ne s'agit pas seulement de les soigner pendant la crise, pendant l'urgence, il s'agit de les soigner pendant tout le temps qui sera nécessaire. Ce qui ne veut pas dire pour autant les soigner à plein temps : il est nécessaire d'adapter, en fonction de chaque patient, le costume thérapeutique sur mesure qu'on va fabriquer avec lui et ses soignants. Et évidemment pour cela il faut faire du travail de haute couture, qui évolue avec le temps pour un même patient. Toute cette philosophie de la psychiatrie de secteur est fécondée par une méthode qui permet de la faire vivre, la psychothérapie institutionnelle au sens large. Tosquelles, Oury, Racamier, Daumazon, et beaucoup d'autres, tous ces gens ont réfléchi pour mettre en place un système dans lequel accompagner les patients de façon humaine et cohérente. C'est dans ce creuset que je me suis formé.

Et si s'est produit un certain nombre d'événements qui ont fait que - comme le disait Maurice Corcos en introduction - progressivement, une pensée médicale de l'accompagnement du malade mental a perdu de son importance dans le rapport de force entre la techno-bureaucratie et les soignants chargés d'accompagner les malades mentaux dans la vie quotidienne. Cela a abouti au fait qu'aujourd'hui nous vivions dans un environnement très problématique pour soigner humainement. Comment puis-je rendre compte à un patient du fait que, mes moyens étant diminués, je ne vais plus pouvoir le voir toutes les semaines comme il en aurait besoin, mais tous les quinze jours, puis progressivement tous les mois ? Il pourrait se jeter par la fenêtre ! C'est un problème de moyens bien sûr, mais qui met notre éthique dans un sale pétrin. Vous, comme moi, si un patient a besoin d'être vu toutes les semaines, même si nous n'en avons plus les moyens, nous le verrons quand même, mais jusqu'à quelles limites ? n'est-ce pas dans ces conditions qu'apparaît le fameux « burn out » ?

Il me semble que dans cette logique là, toute la question de la formation prend une place considérable. En effet, nos jeunes collègues qui se forment aujourd'hui, aussi bien les infirmiers que les internes, les psychologues, vont être confrontés à la réalité de la maladie mentale au cours de leur stage et ça va produire chez eux des effets que les psychanalystes appellent « le contre-transfert ». C'est un mauvais

mot parce que ça semble vouloir dire qu'on est contre le transfert. Or, ce n'est pas ça du tout ! je préfère la notion de « double transfert » chez Salomon Resnik, qu'il développe dans son formidable livre, *Temps des glaciations*. La relation entre le patient et le soignant actualise chez le patient la façon dont il s'est construit dans son enfance. Il utilise donc la psyché du soignant pour y projeter sa dramaturgie personnelle, et surtout ses traumatismes, ses angoisses, ses difficultés existentielles. Et cela produit des effets sur le soignant, c'est le transfert. Et la relation en retour du soignant avec le patient produit des effets sur le patient, qu'on souhaite positifs. De mon point de vue, c'est aussi une relation transférentielle. Mais classiquement nous l'appelons « contre-transfert ». La fonction du soignant est de transformer ce qu'il a reçu du patient en éléments assimilables, compréhensibles, acceptables. Cela l'amène à discerner dans tout ce « tas de choses » échangées dans la relation, ce qu'on nomme le « matériel transférentiel », ce qui vient du patient de ce qui vient de lui. Sinon, sa fonction thérapeutique peut n'avoir aucun effet, voire devenir iatrogène pour le patient. Donc c'est très important que ceux qui sont en formation, et qui, de ce fait, vont être « pris » dans ce double transfert, puissent en extraire une fonction thérapeutique.

Sinon, les angoisses projetées par le patient dans le transfert avec son ou ses soignants peuvent avoir des effets délétères sur eux. Cela peut aller de l'envahissement de la psyché du soignant jusqu'à l'impossibilité de continuer à faire ce métier jusqu'à la tentative de ne plus être en lien avec le patient. Cette dernière peut prendre différentes formes plus ou moins conscientes qui vont de la prescription médicamenteuse exclusive (« je vous soigne avec les médicaments, pour la discussion, allez voir un psychothérapeute ! ») à la position d'expert (« je donne un avis scientifique objectif qui ne doit pas être entaché par la relation »). Mais une autre forme, étudiée par des psychanalystes comme M. Balint, pour qui j'ai une grande vénération, existe. J'ai participé à un groupe Balint quand j'étais jeune interne dans le service de Jacques Henry à Sainte-Gemmes-sur-Loire. Norbert le Guérinel, ethnologue et psychanalyste venait faire un groupe de supervision avec les infirmiers et les internes qui le souhaitaient, et le médecin chef participait au groupe de supervision ; de temps en temps il parlait des relations transférentielles qu'il avait avec des patients qu'il prenait en psychothérapie. Dans ce groupe, la question de la hiérarchie se travaillait de fait. Il me semble donc qu'il y a ici quelque chose qui est une source de formation très importante. La fonction Balint est justement cette possibilité offerte dans notre formation (initiale et/ou continue) de soumettre le « tas de choses » qui peut nous envahir lors de la rencontre avec le patient. Soumettre ce tas de choses à une tentative d'analyse

pour nous et pour le patient est un gage de qualité de travail et un outil de prévention de la santé mentale du soignant. Cela permet de mettre en forme la réalité de l'exercice de la psychiatrie d'une autre façon que la seule expertise ou la recherche exclusive. Non pas que je sois contre les recherches et les expertises, les deux sont évidemment nécessaires. Mais ce n'est pas le fond de la pratique de la psychiatrie. Quand je vois les études des psychiatres d'aujourd'hui, j'ai peur qu'on mette la recherche au premier plan, et que de fait cela serve à ne pas prendre en considération de façon suffisamment cohérente la question du transfert/contre-transfert, et celle de tout soignant qui est confronté à un malade mental. La recherche en psychiatrie est fondamentale pour avancer dans la compréhension des maladies mentales. Mais je ne suis pas sûr que de former tous les psychiatres sur ce seul référentiel en fasse pour autant des chercheurs de qualité, sans compter que la référence à la formation psychothérapique aura disparu entretemps. Or les psychiatres de secteur doivent essentiellement soigner les patients avec leurs équipes. Ce basculement des références fondamentales risque de nous emmener vers une domination idéologique des neurosciences qui pèse beaucoup sur les organisations des dispositifs de soins et sur les formations proposées aux plus jeunes.

L'autre tendance dominante, c'est la tendance expertale : ne pas être en contact affectif avec le patient pour pouvoir être objectif. Ce qui éloigne de la capacité du soin. Les gens s'en sortent très bien en disant « cela ne veut pas dire qu'on ne veut pas qu'il soit soigné ; les soignants doivent le faire, mais il faut quand même qu'il y ait des experts, qui, eux, ne peuvent être soignants ». Comment peut-on devenir expert sans passer par une longue expérience du soin ? Nous voyons de plus en plus apparaître des spécialistes, experts dans leur domaine, d'un symptôme : THADA, TOC, TED, troubles « dys », souvent regroupés dans des centres ressources, et se présentant comme les experts incontournables de tel domaine psychiatrique. Les équipes de secteur sont disqualifiées de fait dans ces nouvelles organisations et le patient veut disposer d'un avis d'expert. Cette fétichisation de l'expertise risque de démobiliser l'ensemble des soignants. L'exemple de l'autisme est, de ce point de vue, absolument démonstratif.

Or, quand on reprend l'histoire de la psychiatrie, une première tentative très humanisante avec Pinel et Pussin a eu lieu. En appui sur les *Encyclopédistes*, l'idée est formulée que les malades mentaux sont des citoyens de droit comme les autres. Un effort doit être tenté pour les faire appartenir à la communauté. Esquirol, grâce à la loi de 1838, va dédier des espaces aux malades mentaux, les asiles. Mais très vite va se reproduire dans les asiles ce qui se produisait déjà

## La psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme ?

pour les malades mentaux dans la société, c'est-à-dire des mécanismes d'exclusion. Et vous connaissez bien ce mécanisme : les plus fous sont mis au fond de l'asile tandis que les moins fous sont plus près de la sortie.

Puis Freud invente le concept de « transfert », ce qui va révolutionner totalement la psychopathologie. Mais ses élèves qui vont appliquer le concept de transfert freudien aux psychotiques ou aux autistes, vont aboutir à des catastrophes. Il va falloir attendre les travaux de Tosquelles qui consistent à dire : il faut une institution pour accueillir toutes ces pathologies graves, voire gravissimes. Se dégage ainsi progressivement dans l'histoire une notion qui va avoir beaucoup d'importance à mes yeux : celle de l'institution, lieu dans lequel la rencontre entre un patient et « ses » soignants. Et ce que je propose d'appeler la constellation transférentielle, c'est la réunion de ces soignants qui vont se rassembler dans le cadre d'une réunion ayant des critères très spécifiques en psychiatrie et dans laquelle ils vont pouvoir exprimer chacun leur contre-transfert. Et c'est la réunion de ces contre-transferts très différents dans la constellation transférentielle qui permet de traiter le patient.

Ces choses là ne tombent pas du ciel : on les apprend. Et pour les apprendre, il faut être au contact avec le patient, et avoir des dispositifs qui permettent de le travailler. C'est tout le sens du *páthei máthos* des Grecs anciens, « l'enseignement par l'épreuve », franchir l'épreuve de la rencontre avec des gens qui vont nous aider, partager la souffrance avec l'autre et en faire quelque chose qui lui permette de moins souffrir, et à nous de ne pas trop souffrir par projection. Il ne s'agit pas d'envoyer tous les psychiatres en formation sur un divan, mais de les y intéresser dans le cadre d'enseignements tels que les groupes Balint, ou telles que les méthodes d'observations du bébé inventées par Esther Bick, ou les groupes d'études psychopathologiques de cas cliniques.

Plusieurs pistes de travail peuvent être proposées :

- La première consiste à présenter les éléments de base de l'apprentissage de nos métiers comme complémentaires. A titre d'exemple, il est très important de présenter le développement de l'enfant selon le point de vue du neuropédiatre qui va s'appuyer sur les neurosciences avec toutes les découvertes extraordinaires de ces dernières décennies, mais aussi selon celui du pédopsychiatre-psychanalyste qui présentera le développement psychoaffectif de l'enfant, y compris avec les apports récents de la théorie de l'attachement. Cela fait apparaître les savoirs comme complémentaires et évite les préjugés qui ne manquent pas de survenir lorsque l'enseignement est proposé sous la forme de choix : « Soit je choisis la recherche et les neurosciences, soit je

choisis la psychanalyse ». Si je commence ma formation avec cet état d'esprit, je vais me retrouver dans un univers dans lequel les choses sont clivées. D'où l'importance de les traiter dans la formation dès le départ, sans confusion, la psychopathologie est distincte des neurosciences, mais avec l'idée de leur complémentarité. Le réflexe archaïque de *grasping* vu par le neuropédiatre pour un petit bébé qui vient de naître est très intéressant pour comprendre le mécanisme d'identification adhésive pathologique de l'autiste. Et si on ne fait pas ces liens-là, cela n'aide pas les jeunes à faire des ponts entre ces différents aspects, et à considérer comme aussi important de se former en neurosciences qu'en psychopathologie.

- La deuxième concerne la fonction Balint. Elle doit faire l'objet d'un apprentissage prolongé. On a insisté sur le fait que les internes souhaitaient une grande mobilité au cours de leurs stages. Je pense que c'est un fantasme très intéressant : « Je veux découvrir le monde. Je suis nommé dans cette région et je vais aller voir les différents types de psychiatries pratiquées, et plus j'en verrai plus j'apprendrai. ». Seulement, cela est contradictoire avec le fait que si je veux apprendre vraiment mon métier et que, pendant mon internat, je ne fais que des stages différents en changeant tous les six mois, il n'y a aucun moment où je pourrai approfondir la relation en continu avec un patient, ce qui serait une mine d'apprentissage initiatique – sur la psychothérapie par exemple – tout à fait fondamentale. Il faudrait ainsi pouvoir dépasser ces paradoxes et rendre possible le fait de suivre des patients pendant un certain temps et donc d'être en supervision par exemple dans un groupe Balint, pour pouvoir faire connaissance avec un patient dans le cadre d'un suivi continu et long. Parce que la maladie mentale n'est pas une petite maladie qui dure cinq minutes. La fonction Balint semble très importante à privilégier dans la formation que l'on propose aux étudiants de nos métiers. Et j'insiste sur cet aspect, ces « histoires » Balint ne concernent pas seulement les relations avec un patient en psychothérapie individuelle. Jacques Hochmann a beaucoup insisté sur la notion d'« institution mentale », y compris en groupe. Les constellations transférentielles sont des groupes où l'on apprend à plusieurs à être les supports d'un transfert d'une personne qui n'a pas encore accédé à la relation objectale. Par exemple, le schizophrène ou l'autiste. Cela s'apprend aussi dans ces groupes Balint. Cette expérience fait partie des outils nécessaires pour notre métier.

- La troisième piste de travail est une formation plus spécifique destinée à ceux qui veulent vraiment se former à la psychothérapie. Je pense qu'il est de notre responsabilité de médecins hospitaliers, et/ou universitaires de proposer des dispositifs pour que l'on puisse se former à ces techniques très approfondies que sont les techniques psychothérapeutiques. C'est

dans cette perspective qu'à Lille, j'ai proposé il y a maintenant plusieurs années, de créer un *Institut de formation à la psychothérapie psychanalytique d'enfants*, fonctionnant avec deux volets complémentaires. Un DU de cinq ans (une année probatoire et quatre ans de formation), créé en 2009 à la Faculté de Médecine de Lille 2. Et à côté de cette formation universitaire et de ses approches théoriques, une formation pratique dans le cadre d'un CMPP expérimental créé à cet effet. Celui-ci permet aux étudiants inscrits au DU de pouvoir faire des psychothérapies à trois séances par semaine avec des enfants et une supervision hebdomadaire de ce travail psychothérapique. Cette formation est ouverte aux psychologues et aux internes. Progressivement, nous accueillons aussi des psychomotriciens et des infirmiers en fonction de leur expérience et de leur motivation.

Ces pistes sont importantes à mettre en place pour que l'on puisse lutter contre cette atmosphère pénible qui promeut les seules neurosciences. C'est une vision partielle de la maladie mentale qui revient régulièrement. Rappelons-nous les conflits du 19<sup>e</sup> siècle. Le risque de cette logique serait d'aller vers une psychiatrie que j'appelle méchamment « vétérinaire », avec son corollaire, le logiciel DSM poussé à son paroxysme : observer les signes et en déduire le médicament à prescrire. Il faut donc pouvoir perpétrer des pratiques, des réflexions et des formations qui permettent d'articuler à ce premier élément essentiel – les neurosciences – les aspects psychopathologiques fondamentaux. Ceux-ci sont portés notamment par les freudiens, mais également par tout ce qui tourne autour de l'anthropologie (on a parlé de l'importance de l'environnement dans la maladie mentale) : les anthropologues et les sociologues sont là pour nous ouvrir un certain nombre de fenêtres que nos deux premiers métiers - neurosciences et psychopathologie - n'ouvrent pas suffisamment. Et l'on voit que dans ces conditions, sont réunis les paramètres permettant à ceux qui s'engagent dans ce métier de le faire sans le risque de devoir choisir entre « j'évite la rencontre avec le malade mental parce que j'ai bien vu que ça me faisait des choses que je ne peux pas traiter », et « faire de la science comme alibi pour ne pas être en contact avec le patient ».

Il faut donc absolument transmettre cette nécessité d'une articulation entre ces différents champs à nos plus jeunes collègues, quel que soit leur statut, seule possibilité pour une « psychiatrie transférentielle ». Il en va de l'avenir de la psychiatrie pour qu'elle ne se dissolve pas dans le néo-libéralisme.

**Pr Pierre Delion**  
Professeur de Psychiatrie à Lille 2  
Psychanalyste

## Les psychiatres survivront-ils au néolibéralisme ?

Christophe DEJOURS

### Introduction

Le titre général de la journée a le grand mérite de poser le problème de fond de l'étape à laquelle nous sommes rendus. La psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme ? La psychiatrie pourra-t-elle encore soigner ou traiter. Ce problème concerne la psychiatrie, mais aussi les autres domaines de la médecine. Pour tenter de donner un point de vue sur l'impact du néo-libéralisme en psychiatrie, il est utile de passer par la clinique et de remonter par voie rétrograde vers l'analyse que, nous psychiatres, pouvons ou devons faire du néolibéralisme. Analyse qui n'est pas forcément congruente avec celle qui nous est donnée par ceux-là qui la promeuvent, à savoir les économistes néo-classiques et les gestionnaires.

### Quelle clinique ?

Depuis quelques années, je reçois des psychiatres et des psychanalystes en exercice qui viennent me consulter alors qu'ils sont déjà en phase de décompensation psychopathologique en relation avec leur travail. Je ne parlerai ici que des psychiatres et des psychanalystes, je ne parlerai pas des autres soignants (infirmiers et infirmières, aides-soignants, agents hospitaliers, ...) qui depuis longtemps déjà, ont apporté leur lot de décompensations à la psychopathologie du travail. Le premier suicide au travail, en effet, dont j'ai eu connaissance a été celui d'une surveillante de l'*Assistance Publique* qui a attendu que les membres de son équipe soient rassemblés pour se tirer, devant eux, une balle dans la tête. C'était en 1995, il y a 20 ans déjà. Les décompensations chez les praticiens hospitaliers sont plus récentes.

Qui sont donc les psychiatres et psychanalystes qui viennent me voir ? Ce sont toujours des cliniciens fortement engagés, depuis de longues années dans la pratique en institution, centrés soit par la psychanalyse, soit par la psychothérapie institutionnelle. Ils ont en général 50 ans ou plus. Je ne vais pas décrire ici la souffrance de ces praticiens, ce serait trop long, même si cette clinique est extrêmement intéressante. Je m'en tiendrai à la discussion étiologique, parce qu'elle permet de remonter à la description des formes concrètes que revêt le néolibéralisme, en action, sur le terrain, qui est spécifiquement en cause dans ces décompensations.

### Etiologie

Dans un premier temps, et c'est une surprise, le scénario rapporté par ces praticiens est à peu près le même à chaque fois, en dépit du fait qu'ils œuvrent dans des institutions et des zones géographiques différentes. La décompensation suit de quelques mois à quelques années un changement de direction, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile ou d'une structure associative reconnue d'utilité publique. Le changement de direction est marqué par l'arrivée d'un nouveau directeur, jeune ou très jeune. Le plus souvent il s'agit d'un gestionnaire qui remplace un directeur administratif relativement âgé, médecin lui-même ou ayant eu par le passé une expérience professionnelle de la médecine publique. La nouvelle direction s'installe en faisant bruyamment savoir au personnel qu'on va remettre de l'ordre dans une institution déclarée vétuste, dépassée, rétrograde, dispendieuse. Le nouveau directeur bientôt affublé d'un directeur des ressources humaines et d'un aéronef d'administrateurs (directeur de cabinet, conseillers techniques) va procéder à un audit de l'institution. Il en ressort la conclusion qu'il est nécessaire de mettre en place des outils d'évaluation, d'une part, des protocoles de soin d'autre part. Il est urgent d'aligner l'offre de soin sur les standards nationaux, voire européens. L'évaluation des soins portera sur la durée, l'efficacité des traitements, leur coût, le degré de satisfaction des clients. Des instruments et des outils de mesure seront mis à disposition des personnels et serviront, en retour, à les évaluer individuellement.

Ladite normalisation des soins repose sur un ensemble d'outils et de méthodes : conférence de consensus ? recommandations pour la pratique clinique (RPC), *Evidence Based Medicine* (EBM), standard qualité, assurance qualité, certifications, accréditations dûment analysées dans l'ouvrage remarquable de Julien Dumesnil, *Art médical et normalisation des soins*. Cet auteur y confronte le corpus des textes d'orientation gestionnaire américaine de Baker à Daly en passant par l'AFNOR (Association française de normalisation), aux textes de philosophie et d'épistémologie de Bichat à Canguilhem, en passant par Thomas Kuhn et Karl Popper. A la lecture de ces textes, il est possible à chacun de nous de se faire une idée claire des arguments d'un débat qui a commencé dans les années 80 et de se situer, soi-même dans le gradient des positions scientifiques aujourd'hui en controverse dans le monde de la santé.

D'emblée ou avec quelques mois de latence, la nouvelle direction déclare haut et fort que la psychanalyse et les psychothérapies analytiques, les psychothérapies de groupe et la psychothérapie institutionnelle n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité devront être reléguées. En revanche il est désormais néces-

saire, pour les cliniciens souhaitant rester dans l'institution, qu'ils se forment aux thérapies brèves, aux thérapies cognitivo-comportementales et aux méthodes d'évaluation des soins. Dans d'autres cas, l'offensive de la direction est d'emblée plus brutale et commence par le licenciement d'une partie du personnel médical. De jeunes praticiens sont embauchés après un processus de recrutement strictement Ressources humaines dont les médecins sont exclus, sur des critères de conformité avec les techniques de soin décidées par l'administration et l'allégeance à l'usage des méthodes et des outils gestionnaires.

Puis commence la démonstration de force contre quelques cibles choisies parmi les infirmiers et les psychologues. Intimidation redoublée dans des réunions de médecins convoqués par la direction, où l'un des médecins désigné comme cible est l'objet d'une disqualification par le directeur, qui l'accuse de continuer à utiliser dans son service, ou son secteur, de techniques de soins non validées, non évaluées, non quantifiées, révolues, coûteuses, inutiles et inefficaces. Ce discours est proféré devant les autres médecins qui ne réagissent pas. Plus tard, ce médecin sera convoqué individuellement devant le *staff* de direction. Cette fois, il aura droit à des vociférations et des hurlements du directeur. Séance dont le médecin sort généralement mal en point, avec des symptômes de désorientation qui annoncent le processus de décompensation.

Chez ces cliniciens on retrouve toujours, pendant la phase intermédiaire, avant la décompensation, deux caractéristiques :

- ils sont très fortement investis dans leur travail professionnel depuis de longues années, et y ont même souvent consenti d'importants sacrifices sur leur vie personnelle et privée pour honorer leur métier.
- lorsqu'ils sont remis en cause ou critiqués par l'administration, ils commencent par redoubler d'efforts en consacrant du temps à remplir au mieux les documents administratifs qui pleuvent de la nouvelle direction, sur leurs activités propres ou sur celles de leurs équipes, en apportant une aide accrue à leur personnel parfois sincèrement déstabilisé par l'avalanche de directives inévitablement incohérentes selon qu'elles viennent de la hiérarchie médicale ou de la hiérarchie administrative.

Préserver les règles de métier de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, ainsi que les règles déontologiques implique un surcroît d'investissement et de travail de la part de ces cliniciens. La fatigue, voire l'épuisement qui en découlent potentialisent le processus de décompensation. La décompensation, lorsqu'elle survient se situe toujours dans un contexte marqué par la solitude et l'absence de réaction des pairs. C'est un point-clé de l'analyse étiologique sur lequel je reviendrai plus loin.



Du côté des directions on retrouve les mêmes caractéristiques dans toutes les situations rapportées par ces praticiens.

1 - Une direction résolument déterminée dans son action et prête à en découdre inlassablement avec les cliniciens.

2 – Derrière cette détermination, il y a des bases scientifiques dûment enseignées dans les écoles de commerce, d'administration et de gestion dont on retrouvera les principaux éléments dans le livre de J. Dumesnil. Ces bases scientifiques sont au fondement de techniques managériales, elle aussi enseignées dans les écoles ou transmises par des séminaires de formation pour cadres du système de santé sous le nom de NPM (*New Public Management*).

3 – Lorsque l'établissement est important en taille ou l'institution importante en nombre de salariés, la démarche de la direction est appuyée par des outils d'action structurés ; à savoir : le recours à des consultants spécialisés dans le NPM, appartenant généralement à des cabinets français, anglais ou américains très connus. Les consultants sont formés à partir de références à plusieurs auteurs contemporains, mais aussi à Machiavel comme le montre l'article publié par Nicolas Belorgey en 2014 sous le titre *Machiavel aujourd'hui : des consultants au travail dans le secteur public*. Leur intervention commence par l'organisation de réunions collectives présentées comme une consultation du personnel sur leurs besoins et leurs souhaits en matière de transformation de l'organisation du travail. Elle se poursuit par des entretiens individuels qui permettront d'identifier les « agents à fort potentiel ». Ce qui permet d'installer d'emblée des divisions et de créer des conflits entre collègues : entre ceux qui bénéficient de ce label, et ceux qui en seront privés, les premiers recevant des promesses au regard des projets personnels, de l'avancement, et de la carrière. Les individus à fort potentiel sont en fait ceux dont les consultants considèrent qu'ils peuvent devenir des alliés de la direction dans le projet de restructuration et seront ensuite chargés de vaincre la résistance au changement de leurs anciens collègues. C'est seulement lorsque la restructuration sera bel et bien commencée, que les individus à fort potentiel seront à leur tour mis en concurrence les uns par rapport aux autres.

Cette stratégie directoriale introduit rapidement la peur des sanctions parmi les soignants et la solitude, car il n'y a désormais plus l'unité sur les règles de travail, et par voie de conséquence les anciens consensus et les règles de solidarité s'effondrent. Dans les décompensations psychopathologiques on retrouve toujours chez les victimes le rôle majeur joué par le désarroi face au retournement, au silence, à la passivité ou à la trahison des pairs. Le sentiment d'impuissance est aggravé par la confrontation aux

jeunes praticiens embauchés récemment qui sont à la botte de la direction. Enfin, les assistants, les vacataires, et les contractuels étrangers venue d'Afrique du Nord ou d'Europe centrale en situation précaire font le plus souvent alliance avec la direction, car leur contrat de travail et par voie de conséquence leurs titres de séjour en France dépendent d'elle.

### Ethique ou politique ?

Le contexte de la LOLF<sup>1</sup>, de la T2A<sup>2</sup> (2007), de la RGPP<sup>3</sup> (2007), de la loi HPST<sup>4</sup> (2009) et de la MAP (Modernisation de l'Action Publique) (2012) du *New Public Management* constitue un ensemble de dispositifs dans lesquels se concrétise le tournant gestionnaire, délibérément engagé dans la lutte contre les métiers et la référence aux règles de travail, aux règles de métier et aux *ethos* professionnels qui structuraient naguère le monde du travail.

La bataille engagée contre les gens de métier au nom du réalisme économique n'implique pas seulement la référence à la théorie de la rationalité limitée promue par March and Simon (1947), relayée en France par Crozier et Friedberg (1977), qui mettrait à mal la dimension éthique et axiologique du travail. Cette bataille est aussi une bataille politique destinée à établir de nouvelles formes de domination, médiatisées par les nouvelles techniques de gestion et de management, qui démantèlent l'état providence, et exigent le renoncement aux progrès des techniques de soin élaborées par les psychiatres et les cliniciens depuis la fin de la Seconde guerre mondiale.

En d'autres termes, les difficultés que rencontrent les cliniciens dans l'exercice de leurs métiers ne relèvent pas que d'une problématique éthique. Elles ressortissent à une action politique dûment structurée sous le nom de néo-libéralisme. Contrairement à ce pour quoi on s'efforce de le faire passer, le néo-libéralisme n'est pas une fatalité relevant de l'économie et de la raison fonctionnaliste, c'est-à-dire qu'il n'est pas le résultat d'un processus endogène inévitable. C'est une politique structurée qui a bénéficié d'un long travail d'élaboration auquel ont participé et continuent de participer des penseurs, des chercheurs et des philosophes forts connus (Chambat, 1990 ; Giraud, 2015). Mais il faut le reconnaître, la doctrine néo-libérale a gagné la bataille et les conquêtes de *Conseil National de la Résistance* sur la base desquelles a été pensée et mise en pratique la psychiatrie que nous avons servie, sont méthodiquement démantelées, avec un lourd tribut payé par le monde du travail, avec son cortège de souffrances et de pathologies qui n'épargnent plus les psychiatres, les professeurs de faculté de médecine, et plus généralement les cadres dirigeants.

Dans ce contexte de défaite, le problème posé à la psychiatrie n'est plus celui de l'éthique soignante, parce que cette dernière a été trahie par de trop nombreux psychiatres au cours des vingt dernières années. L'éthique de la psychiatrie, comme plus généralement l'éthique du service public est désormais beaucoup trop affaiblie pour pouvoir alimenter et entretenir une pratique rationnelle du soin. Le problème actuel est différent : c'est celui de l'entrée en résistance.

L'entrée en résistance, c'est tout autre chose qu'une critique ou une dénonciation. Elle suppose la construction de solidarités entièrement nouvelles, fondées dans la pratique et sur la pratique de la lutte contre le NPM. Cette résistance est possible, mais elle implique des risques parce qu'il faut penser que l'adversaire n'est pas que du côté des dirigeants. Il est aussi et surtout du côté de ceux qui, parmi les soignants, consentent à apporter leur concours à des pratiques que le sens moral réprouve. Et s'il faut étudier des textes de la Renaissance, nous étudierons non seulement Machiavel (1532) pour apprendre à déjouer ces tactiques, mais surtout La Boétie et son *Discours de la Servitude volontaire* (1574). La résistance est possible. Elle passe par la formation de nouvelles solidarités entre soignants d'abord, par la formation de nouvelles solidarités avec certains personnels administratifs ensuite. En effet, parmi les gestionnaires et les dirigeants, il y a un nombre non négligeable d'individus ambivalents.

Jusque parmi le corps des directeurs d'hôpital et jusque dans l'*Ecole Nationale de Santé Publique* de Rennes, car, parmi eux, il y en a beaucoup qui souffrent aussi et avec lesquels il est possible de travailler. Des expériences ont été menées depuis quelques années avec des directions d'entreprises publiques, mais aussi d'entreprises privées qui montrent que d'autres modèles économiques et d'autres modèles de direction et de gouvernement sont possibles et efficaces. Mais ce sont des expériences pilotes seulement et la lutte sera longue pour réussir, un jour à infléchir les politiques publiques. Dans cette lutte, nous ne sommes pas tout à fait seuls. Il y a aussi des

forces parmi les juristes, avocats et magistrats, et des forces importantes de résistance dans l'art et la culture, comme le montre la floraison de pièces de théâtre, de documentaires et de films de fiction, de romans qui prennent la question du rapport subjectif au travail à bras le corps, avec beaucoup de talent. En d'autres termes, une nouvelle communauté de sensibilité se forme dans l'espace public, et c'est parmi les juristes et les artistes bien plus que parmi les intellectuels et les chercheurs, que l'on peut trouver les ressources d'une nouvelle alliance qui, me semble-t-il, commence à s'esquisser actuellement.

**Pr Christophe Dejours**

Psychiatre, Professeur de la Chaire de Psychanalyse-Santé-Travail au CNAM, directeur de recherche au Laboratoire PCPP de l'Université Paris Descartes, président du conseil scientifique de la Fondation Jean Laplanche, Psychanalyste APF

#### Notes

- 1- LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances, promulguée en 2001 et généralisée en 2006.
- 2- TZA : Tarification à l'activité
- 3- RGPP : Révision générale des politiques publiques
- 4- HPST : Hôpital, patients, santé, territoire

#### Bibliographie

- Dumesnil J. (2009) : *Art médical et normalisation du soin*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Belorgey N (2014) : « Machiavel aujourd'hui : des consultants au travail dans le secteur public », *La nouvelle revue du travail* (En ligne), 4 / 2014, mis en ligne le 12 mai 2014, consulté le 11 octobre 2016.  
<http://nrt.revues.org/1604> ; DOI : 10.4000/nrt.1604
- Chambat Pierre (1990) : « Service public et néolibéralisme ». In : *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 45 : 615-647
- Crozier M., Friedberg E. (1977) : *L'acteur et le système*. Paris, Editions du Seuil.
- Giraud G (2015) : « Préface à "L'Imposture économique" de Steve Keen », *Revue du MAUSS* : 45 : 329-340
- La Boetie E. de, (1574) : *Discours de la servitude volontaire*, Editions Vrin, Paris, (2000).
- Machiavel N (1532) : *Le prince*, Florence, Antonio Blado d'Asola. Trad. Fr. édition Libro, Paris, 2016



## ENREGISTREMENTS AUDIO "Destructivité et exaltation"

Colloque BBADOS des 30 sept. et 1er oct. 2016

3 formats au choix : clé USB, MP3, CD

Commande en ligne : [www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)

(rubrique « BOUTIQUE / Enregistrements Audio »)

Contact : [est@carnetpsy.com](mailto:est@carnetpsy.com)

## De l'esprit de la psychiatrie

Marie-Aude PIOT

Dans son discours *Le savant et le Politique* (1919), Max Weber s'interroge sur la responsabilité des pacifistes allemands dans le déclenchement de la première guerre mondiale ; et plus généralement des fonctionnaires et politiques. Il distingue une « éthique de conviction » (déontologique, idéaliste, mais projective), à une « éthique de responsabilité » (téléologique, qui répond à des « conséquences prévisibles de ses actes », tenant compte des « défaillances communes de l'Homme »). Dans une tension dialectique entre ces pôles, la psychiatrie comme la politique, sont lieu de violence ; violence paradoxale dans son fondement (Hochmann, 2015) : en même temps qu'ils internent les « aliénés » (donc les excluent au service de la norme sociale), Jean-Baptiste Poussin et Philippe Pinel les libèrent (et tentent une subjectivation).

Par ailleurs, le quotidien du soignant s'étire entre une éthique de l'Autre (singulier, irréductible à tout autre) et une éthique de santé publique (collective). Ainsi, malgré des inégalités « indignantes », on ne peut céder au déni des conditions économiques permettant notre action. La maîtrise des dépenses de santé reste un impératif éthique : d'une part pour ne pas léguer cette dette à nos enfants ; l'impératif catégorique kantien devient alors « Agis de telle sorte que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie (...) le plus longtemps possible » (Jonas, 1979) ; d'autre part, dans un souci de juste répartition des dépenses publiques (éducation, justice, etc..) concourant d'ailleurs eux-mêmes à la santé (Rameix, 2002).

Néanmoins, la France d'après-guerre s'est donnée les moyens d'une maîtrise médicalisée de ces dépenses, grâce à la création de la Sécurité Sociale (1945) : centrée sur les besoins des personnes ; non sur la loi de l'offre (maîtrise budgétaire) ou de la demande (maîtrise libérale) ; situant la médecine « hors marché ». Cette maîtrise revient à « la recherche pour chaque patient des moyens diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, et, à efficacité égale, des moins coûteux » (Rameix, 2002). Pourtant, les restrictions budgétaires des 30 dernières années semblent décorrélatées des réalités de terrain, donnant au soignant le sentiment d'un émiettement imposé du système de protection sociale ; entre rationalisation et rationnement. Reste-t-il alors, une marge pour faire entendre les voix du terrain (soignants et usagers) vers des décisions politiques accordées ?

Le mouvement de psychothérapie institutionnelle n'aurait pas eu lieu, sans le soutien du Ministère de la Santé (Piot, Boudebessé & Martin 2012). Mais prenons l'exemple décentré des conditions socio-anthropologiques du rayonnement du DSM III (Demazeux, 2013 ; Piot, 2015). Dans les années 60, la société américaine remet en question la psychiatrie, la propulsant hors de son expertise habituelle : scandales médiatisés accusant l'incertitude diagnostique (telle l'expérience de Rosenhan, 1973) ; disparités diagnostiques selon les pays (Kendell & al., 1971) ; écoles de pensée qui ébranlent la foi dans la solidité conceptuelle du savoir psychiatrique (antipsychiatrique (Szasz, 1960) ; *École de Chicago* avec la « *labelling theory* » et le « rôle de malade » ; etc...). La psychiatrie américaine réagit par un contre-investissement de la subjectivité : en s'appuyant sur l'empirisme logique du philosophe Hempel (1965), qui prône un retour à une « description plus rigoureuse », « impliquant l'élaboration d'un vocabulaire (...) plus fiable (...) et expurgé de toute considération appréciative » (...). La « procédure », donc, assure la « fiabilité diagnostique », qui devient gage de la légitimité du psychiatre.

En effet, l'incertitude irréductible et angoissante qui habite la pratique psychiatrique en fait la cible facile des angoisses de l'ère du temps ; en même temps qu'un requestionnement permanent de sa pratique est incontournable. La tentation est grande d'un repli sur une pratique opératoire défensive, pour solidifier son assise narcissique. L'enveloppe identitaire de « soignant somatique » étant plus valorisée dans nos sociétés « naturalistes » (Descola, 2005). Ainsi, cet exemple témoigne de choix (donc d'une marge de manœuvre potentielle) opérés par la psychiatrie, précédant la récupération du DSM 3 par les industries pharmaceutiques ; et non l'inverse.

### Des collectifs pluriprofessionnels représentatifs

Le dernier rapport de santé mentale (2013) liste dans ce domaine près de quinze rapports (2000 à 2009), une loi de Santé Publique (2004), deux plans quinquennaux... Il synthétise 17 propositions récurrentes : formation des professionnels ; réduction des disparités régionales ; représentation des usagers ; etc... Denys Robilliard, le rapporteur, s'étonne de l'inapplication de ces mesures qui semblent pourtant quasi-consensuelles. Le plan de « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » préconise une « meilleure prise en compte des besoins en santé mentale par l'ensemble des acteurs ». Paul Ricœur définit l'éthique comme « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes » : elle implique d'abord un rapport évaluatif à soi ; confronté ensuite à la norme morale et politique ; et se résout enfin par la « sagesse pratique » dans le « tragique de l'action sur fond d'un conflit du devoir ». En suivant cette

démarche, une première série de proposition issues des débats de ce colloque, concerne la nécessaire horizontalisation des choix politiques en santé mentale. En reprenant les principes éthiques de discussion et délibération collectives, explicités par Jürgen Habermas (1987), ce serait une assemblée représentative et décisionnelle de l'ensemble des acteurs en santé mentale réunissant des gens du secteur et de l'université, du public et du privé, représentant des différentes approches théoriques, des usagers et leurs familles ou aidants, des partenaires sociaux, judiciaires et scolaires ou professionnels, etc... en dialogue avec les représentants du ministère public.

Ce qui impliquerait la possibilité et responsabilité pour le corps soignant d'élaborer des outils de compréhension pas trop réducteurs, accessibles à des « non-psychistes » ; mais connectés au quotidien, à cette « langue qui nous transporte, nous façonne et nous transforme » sans se draper derrière l'opacité du psychisme comme écran ; sans céder non plus au réductionnisme gestionnaire et dépersonnalisant des catégories et logiques du *new management public*, « qui n'est pas une langue vivante » (Emmanuelle Berger).

Jean Oury, soutenu par d'autres usagers et psychiatres, remettait en cause la *Haute Autorité de Santé* (HAS) : considérant les certifications comme chronophages, entraînant des frais à la nécessité discutée ; imposant un processus de normalisation légitimé par l'*Evidence Based Medicine*. A l'inverse pour Cédric Grouchka (président de la Commission des Recommandations de Bonnes pratiques) et le Dr Michel Laurence (chef du service des bonnes pratiques professionnelles), la certification est une accréditation « notion (qui) offre davantage de souplesse par rapport aux situations individuelles ». Son « manuel n'est pas une norme mais un cadre de réflexion et d'identification de sujets ». Disons donc qu'il est temps que l'ensemble des soignants et usagers, aient plus voix au chapitre pour débattre et participer à ces domaines et décisions les concernant.

C'est peut-être ce que tentent les Conférences de consensus et Recommandations de bonnes pratiques ; mais les récentes polémiques sur l'HAS autour de l'autisme par exemple, témoignent d'une représentativité très discutée dans certains processus de délibérations et de décisions. Dans ce sens néanmoins, on peut citer l'émergence de conseils locaux de santé mentale ou des groupes d'entraide mutuelle dont le succès croissant suffit à témoigner de sa pertinence. La constitution de Commissions régionales de concertation en santé mentale (code de Santé Publique ; 2010) semble aller dans le même sens.

### Une recherche ouverte sur les approches quantitatives et qualitatives

Une deuxième série de propositions ouvrant les débats de cette journée, pourrait avoir trait au domaine de la recherche. Dès son fondement, la psychiatrie tente de comprendre et d'expliquer les troubles mentaux. Oscillant selon le paradigme socio-historique (Lantéri-Laura 1998), dans une tension dynamique entre objectif et subjectif, entre singulier et universel, un des lieux d'élaboration privilégié de ce savoir est aujourd'hui celui de la recherche. Permettant une évaluation de la pratique psychiatrique, elle va dans le sens du premier temps de la démarche éthique définie par Ricœur : les bibliographies et revues de la littérature intégrant les avancées antérieures, les associant dans la discussion, ouvrant à une délibération collective ; le terrain clinique comme point de départ de la réflexion à travers les études ; des exigences de rigueur méthodologique ; etc... L'approche quantitative de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) a rendu de nombreux services, via l'essai Contrôlé Randomisé en double aveugle, « *gold standart* ». Néanmoins, cette approche ne peut suffire à expliciter l'ensemble des phénomènes psychiques utiles au soin. Dans la prise médicamenteuse par exemple, certains facteurs non réductibles à une approche quantitative exclusive interviennent : l'alliance thérapeutique, la croyance du médecin dans cette molécule, celle du patient, etc... Par ailleurs, Bruno Falissard (2014), biostatisticien, relativise des notions telle que le « niveau de preuve » ou la « causalité ». Par exemple, une étude observationnelle dans des conditions proches de la pratique du clinicien est parfois plus pertinente qu'un essai contrôlé randomisé réalisé dans une culture différente de la sienne. De même que certains effets subjectifs opèrent dans l'adhésion aux résultats d'une étude. Par exemple, à *design* méthodologique égal, dans une étude sur le cancer, on croit plus facilement aux résultats qu'en psychiatrie ; ou bien quand le degré de technologie est plus important (par exemple dans l'IRM fonctionnelle), les résultats paraissent plus crédibles que des questionnaires, malgré des études aux méthodologies « pas si rigoureuses » (Falissard 2014).

La notion de causalité quant à elle, implique une position contra-factuelle : soit un univers idéal où tout serait identique ; avec un sujet moyen ; infaisable dans la vie réelle où l'on traite avec des sujets réels. Dans notre monde non idéal, la causalité devient une « construction subjective pour organiser l'univers dans lequel nous vivons ». Bruno Falissard (2014) montre d'ailleurs que quantitatif et qualitatif se mêlent dans nombre d'études, décloisonnant *de facto* les approches.

Enfin, certains phénomènes sociologiques dans la communauté scientifique relativisent l'objectivité revendiquée des études liées à l'EBM. Prenons l'exemple du succès des critères diagnostiques de Feighner. Sans un « examen exhaustif et méthodique » de la littérature, ni « analyse statistique ou épidémiologique approfondie », ils seront d'abord « cités par un ensemble limité de chercheurs extrêmement actifs, déjà influents » ; « respectables » sur le plan académique » ; et « soudés par des intérêts de recherche convergents » ; par un « collègue invisible » (Blashfield, 1982; Demazeux, 2013) donc ; avant d'être diffusés par l'« effet Saint-Mathieu », selon lequel « on donnera à celui qui a, et il sera dans l'abondance, mais à celui qui n'a pas, on ôtera même ce qu'il a ». Ainsi dès 1981, « tout chercheur en clinique psychiatrique ne peut pas ne pas citer (même si c'est pour être en désaccord) » ces critères. Ces phénomènes peuvent s'expliquer autant dans les « luttes de notoriété », que par la nécessité structurelle de tri pour « stabiliser le front de recherche », au vu de « l'énorme masse d'informations scientifiques en circulation » (Demazeux, 2013).

Ainsi semble la plus appropriée pour la psychiatrie une recherche ouverte sur des approches complémentaires qualitatives et quantitatives, aux critères de rigueur et de scientificité adaptés à la spécificité de chaque approche ; laissant la place aux différents corps de métiers soignants, écoles de pensée, et disciplines non psychiatriques. Avec pour corollaire : une formation plus exhaustive des étudiants : dans les domaines quantitatifs et qualitatifs ; articulée par des opérateurs de continuité.

#### Une formation soignante au *care*, complémentaire au « *cure* »

Enfin, une troisième série de questions abordée lors de cette journée traite de la formation. L'exercice de la médecine se légitime dans sa « réponse à l'appel pathique » du patient (Canguilhem, 1966). Prendre soin d'un autre qui souffre implique un engagement de soi : on est touché. Puis pour « gérer », on a successivement évoqué la « fonction de contenance du soin » (Bernard Odier), les courants de « transfert et contre-transfert » (Pierre Delion), la supervision ou « intervision » (Lise Demailly), sur fond d'« égarements », de remise en question permanente, qui semblent tous peu « performants »...

Heidegger (1927) différencie deux modes d'« assistance » à l'Autre. Le premier se substitue à l'Autre pour lui ôter son « souci », l'assujettissant dans une dépendance : c'est l'attitude prescriptive, située sur le « plan existentiel de la technique ». Le second mode d'assistance, situé sur le « plan existentiel de la rencontre » précède l'Autre quant à son souci, non pour lui ôter, mais pour le lui restituer : de par son

expérience professionnelle et personnelle, il anticipe ce souci chez le patient pour l'accompagner vers sa prise de conscience, son acceptation, et son dépassement.

Un défi majeur dans la formation des soignants en santé mentale, c'est de transmettre ce qui ne peut être magistralement enseigné : la capacité d'accueil, de compréhension (et pas seulement de connaissance), l'acceptation de « prêter son appareil psychique » au patient. Cette démarche part d'un rapport évaluatif à soi, premier temps de la démarche éthique ricœurienne, et rejoint une forme contemporaine du « connais-toi toi-même » delphique par le processus maïeutique socratique (Gilles Hanus) ; et peut-être aussi le « Souci de Soi » hellénistique, dont la valeur éthique a été explicitée par Pierre Hadot (1981) et sa portée politique par Michel Foucault (1982) ; possiblisant un authentique Souci de l'Autre.

#### Conclusion

Ainsi, proposons cette triple ouverture :

- Une délibération collective représentative dans les décisions politiques,
- Une complémentarité des approches quantitatives et qualitatives dans la recherche,
- Une complémentarité du « *care* » au « *cure* » dans les formations de soin.

A ce titre, l'extension à la gouvernance publique des techniques de *New Management*, née dans les entreprises à des fins de performance et de rentabilité actionnariale, semble inappropriée. Sous couvert de sciences dites « exactes », une pensée « objectiviste, utilitariste, fonctionnaliste et positiviste » (De Gaulejac, 2005) est mise au service de la gestion pour en légitimer l'organisation et servir de support au pouvoir managérial. En pratique clinique, l'écart qui se resserre entre « travail prescrit et travail réel » (Dejours, 2009) perfore l'espace de pensée à disposition du patient, et en morcelle l'investissement, formatant les soignants à d'autres catégories et logiques plus difficilement conciliables à la psychopathologie.

**Marie-Aude Piot**

Psychiatre, CCA, Institut Mutualiste Montsouris

#### Bibliographie

Assemblée nationale : Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, présenté par M. Denys Robilliard, 18 déc. 2013 :

<file:///Volumes/Memoire/CULTURE/POLITIQUE/Colloque%202016/Synthèse/N%C2%A01662%20%20Rapport%20d'information%20de%20M.%20Denys%20Robilliard%20déposé%20en%20application%20de%20l'article%20145%20du%20règl.webarchive>

- Blashfield, R.K. (1982). Feighner et al. Invisible colleges and the Matthew effect. *Schizophrenia Bulletin*, 8(1), 1-6.
- Canguilhem G., *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943); réédité sous le titre *Le Normal et le Pathologique*, augmenté de *Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9<sup>e</sup> réed. PUF/Quadrige, 2005.
- Dejours, C., *Travail vivant*. Tome I : *sexualité et Travail*. Ed. Payot, Paris, 2009.
- Demazeux S., *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la Bible américaine*, Ed. Ithaque, 2013.
- Descola P., *Par-delà nature et culture*, Gallimard, 2005.
- Fallissard B., *La place des mots et des nombres en recherche : comment penser les méthodes mixtes ?* 7<sup>ème</sup> journée du GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUMF), Besançon, 21 juin 2014.
- Foucault M., *L'herméneutique du Sujet : cours au collège de France*, Paris, 1982-1983.
- Gadamer H.-G., *L'art de comprendre, Herméneutique et champ de l'expérience*, Aubier Montaigne, 1982.
- Gaulejac de V., *La société malade de la gestion - Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil Coll.: économie humaine, 2005, 275.
- Habermas J., *La Théorie de l'agir communicationnel*, tome I et II, Paris, Fayard., 1987.
- Hadot P., *Exercices spirituels et philosophie antique*, Études augustiniennes, 1981.
- Weber M., *Le savant et le politique*, Ed.10/18, 1917, 1919.
- Heidegger M., *Être et Temps*, 1927, Gallimard, 1986.
- Hempel, C., (1965). *Fundamentals of taxonomy, aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York, The Free Press.
- Hochmann J., *Histoire de la psychiatrie*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2015, 128 pages.
- Jonas H., *Das Princip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilization*, Frankfurt, Insel Verlag, 1979 ; trad. Greisch, J., *Le principe de responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Cerf, 1991, p 13-15.
- Kendell Robert, E., Cooper, J.E., Gourlay, J., Copeland, J., Sharpe, L., Gurland, B. (1971). « Diagnostic criteria of American and British psychiatrists ». *Archives of General Psychiatry*, 25 (2), 123-130.
- Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions du Temps, 1998.
- Piot M.-A., « Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie », *Perspectives Psy* 4/2015 (Vol. 54) , p. 379-387.
- Piot M.-A., Boudebessé C., Martin B., « De l'engagement humaniste à une clinique ouverte et multidimensionnelle. Entretien avec le Pr Roger Misès, psychanalyste et professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », *Perspectives Psy* 4/2012 (Vol. 51) , p. 386-393.
- Ricoeur P., « Ethique et morale », in : *L'éthique dans le débat public. Revue de l'Institut catholique de Paris*, Paris, av-juin 1990, Lectures I, Autour du politique, Seuil, 1991, p. 256.
- Rosenhan, D.L. (1973), « On being sane in insane places », *Science*, 179 (4070), 250-258.
- Szasz T. (1960), « The myth of mental illness », *American Psychologist*, 15, 113-118.

## Conclusions et synthèse

Jacques HOCHMANN

Je ne vais pas faire de conclusion, ni de synthèse, mais vous faire part de quelques associations personnelles et, je l'espère, ouvrir chez vous d'autres chaînes associatives qui se prolongeront. Ce qui est important à l'heure actuelle, c'est de continuer à penser. Malgré les difficultés, même si nous avons perdu une bataille comme on nous l'a dit, je crois qu'il y a une certaine vanité de la nostalgie. Le « c'était mieux avant » ne fait pas beaucoup avancer.

On nous a conseillé d'entrer en résistance tout en cherchant des alliances, même avec des gens d'orientations très différentes de la nôtre. Il y a peut-être un problème de stratégie. Ou bien on engage une lutte frontale contre les idées qui deviennent dominantes, ou bien on essaye de s'accommoder de la situation telle qu'elle est et d'en tirer quelque chose. C'est le grand enseignement de la psychothérapie institutionnelle. Les premiers pionniers de la psychothérapie institutionnelle ont essayé de s'adapter à la situation de la psychiatrie de l'époque, qui n'était pas brillante et d'en tirer quelque chose même s'ils avaient accepté de commencer à travailler dans un univers franchement concentrationnaire.

Accepter des compromis n'empêche pas d'être lucide. On a beaucoup parlé de la culture du chiffre, du poids des évaluations, du nouveau *management*. On a parlé aussi du mésusage des classifications. En soi, une classification ne représente pas le Mal. Il y a toujours eu des classifications en psychiatrie, dès Pinel. Sa classification très simple s'est ensuite compliquée après au fur et à mesure de l'avancée de la discipline et de l'affinement de la clinique, en particulier de la prise en compte de l'évolution des maladies et de la découverte de la chronicité. Les classifications ensuite, y compris les dernières éditions du DSM, étaient surtout à visée épidémiologique et administrative. Il faut tout de même administrer la santé. Les équipes psychiatriques dépendent l'argent des contribuables ou des assurés sociaux, il est normal qu'elles se soumettent à une gestion. Les classifications ont aussi servi à évaluer l'efficacité des traitements sur des groupes comparables. Il n'est pas scandaleux de chercher à évaluer la validité de nos pratiques notamment des chimiothérapies. Quelqu'un a dit que les classifications pouvaient également être utilisées comme un filtre pour atténuer des émotions insoutenables. Sous-produit des classifications, le diagnostic peut avoir une valeur positive, y compris pour le patient qui

trouve des bénéfiques sur un plan identitaire, à se référer à un diagnostic. J'ai été personnellement élevé à une époque où le diagnostic était mal vu, considéré comme une démarche objectivante, dépersonnalisante, réifiante qui obérait l'avenir du sujet en le forçant à ressembler à l'image que la « science » psychiatrique donnait de la pathologie diagnostiquée. On a appris depuis à modérer ces critiques et à tenir compte davantage de la demande de diagnostic formulée par les usagers. Cela dit, il y a un mésusage manifeste des classifications lorsque, contrairement à l'objectif de leurs promoteurs, elles deviennent une fin en soi, lorsque la démarche psychiatrique se réduit à cocher des items dans une classification pour placer le sujet dans une case aux parois rigides.

Il y a par ailleurs également un mésusage des neurosciences lorsqu'elles prétendent apporter une explication totale et définitive des troubles mentaux. On a souligné à quel point il était important d'articuler notre travail avec ce que les neurosciences commencent à nous apprendre. Il faut tout de même rappeler qu'elles n'ont pour nous, au moins actuellement, qu'un rôle annexe. Le mésusage consisterait à en faire le cœur de nos métiers. Puisqu'on a cité un certain nombre de philosophes, je voulais rappeler une phrase très connue d'Aristote : « il n'y a de science que du général », phrase dont on oublie souvent la suite : « mais il n'y a de médecine que du particulier ». Dans notre clinique, est-il objectif, est-il scientifique ou rigoureux de mettre entre parenthèses la subjectivité au nom de ce qu'on appelle un sujet moyen, un sujet idéal, qui n'existe que comme objet statistique ? Est-ce que c'est de la réelle objectivité ? Est-ce qu'il n'y a pas un mésusage de la science à ce moment-là ?

Il y a peut être aussi un mésusage de la pensée libérale avec cette caricature qu'est le néolibéralisme. Adam Smith a écrit un livre sur « la richesse des nations », qui est l'évangile du libéralisme économique où il fait l'apologie de la « main invisible du marché » et rejette toute intervention tierce sur l'offre et la demande. Mais on oublie souvent qu'il est aussi l'auteur d'un ouvrage sur la sympathie où il montre le rôle de l'échange intersubjectif d'affects de sympathie (on parlerait plutôt aujourd'hui d'empathie) dans la régulation sociale. On appelle cela quelquefois le « dilemme Adam Smith », et on se demande si Adam Smith n'était pas en quelque sorte schizophrène, s'il n'avait pas deux personnalités qui se combattaient ou bien si le deuxième point de vue centré sur les sentiments ne vient pas comme un correctif du premier. Le néolibéralisme a oublié ce deuxième point de vue et pervertit le *management* médical lorsqu'il le réduit à une gestion purement mécanique des flux économiques et financiers.

La question qui se pose alors est de se demander pourquoi les psychiatres se laissent-ils assez facilement convertir à ces divers mésusages ? Il y a peut-être là un problème de prestance par rapport aux autres spécialités médicales. Au fond, même si nous nous revendiquons comme des médecins ou plus généralement des soignants, nous n'avons pas des bases scientifiques aussi solides que les autres disciplines médicochirurgicales. Dans un monde basé sur la concurrence, nous risquons donc de nous trouver en situation d'infériorité. Le doyen de la faculté nous a rappelé que cette faculté réservait beaucoup de moyens à la psychiatrie. Ce n'est pas le cas de toutes les facultés. Il y a une certaine lutte pour les crédits qui est rarement à notre avantage car, dans cette lutte pour apparaître aussi scientifique que les autres, et pour avoir des postes, il faut avoir l'air très médical, utiliser des techniques scientifiques sophistiquées, parler un langage savant, bref se plier aux normes de l'*Evidence based medicine*, de la médecine fondée sur la preuve et les études statistiques en double aveugle et randomisées, qui sont devenues l'idéologie dominante. Au moins apparemment. Car, contrairement à ce qu'imagine un nombre croissant de psychiatres, le reste de la médecine est peut-être en train de redécouvrir l'importance des soins relationnels. Il se trouve que pour des raisons familiales, je suis, en ce moment très en relation avec des services d'oncologie. Je suis frappé par l'accueil extraordinaire sur le plan psychologique qu'on peut rencontrer actuellement dans ces services auprès des chirurgiens, des médecins, du personnel infirmier et de service. On arrive presque à se demander s'il n'y a pas comme une espèce de renversement : alors que la psychiatrie est en train de se déshumaniser, la médecine et la chirurgie s'humanisent de plus en plus. C'est un paradoxe ! Est-ce qu'un jour les vrais accueils humanistes se retrouveront en médecine pendant que les psychiatres se transformeront en statisticiens ou en *managers* ?

Ce paradoxe tient peut être aux dimensions fondamentalement paradoxales de la psychiatrie, des dimensions qu'au cours de son histoire, elle a toujours eu des difficultés à assumer, avec une évolution en dents de scie, des périodes fastes et des périodes beaucoup moins glorieuses. Dans ces différentes dimensions paradoxales qui pèsent sur la psychiatrie depuis ses débuts, je propose de repérer trois difficultés.

La première est que depuis très longtemps, depuis Hippocrate en fait, il y a eu des médecins pour s'occuper de la folie. On aurait pu imaginer un autre destin pour les fous (ils ont aussi fait l'objet de pratiques religieuses ou policières). Il se trouve que, de plus en plus, ils ont été pris en main par des médecins. Mais alors que, surtout depuis le 19<sup>ème</sup> siècle, la médecine a connu les progrès que l'on sait

en se fondant sur la mise en évidence de lésions anatomiques et de dysfonctionnements physiologiques, la psychiatrie, à quelques exceptions près, est restée incapable de trouver des lésions causales des troubles qu'elle traitait. Médecine sans lésion, elle reste, dans l'immense majorité des cas, comme la définissait Pinel : « une médecine spéciale ». Cette position étrange n'est pas facile à tenir.

La seconde difficulté, c'est que cette discipline qui prétend soigner des individus ne peut pas ne pas tenir compte des exigences sociétales. Quelqu'un a dit ce matin qu'il y avait un pacte secret de la psychiatrie avec la société. Je ne crois pas qu'il soit si secret. On ne peut pas imaginer une psychiatrie qui ne tiendrait pas compte de l'ordre public, qui ne serait pas dans une certaine mesure gardienne de l'ordre public. Elle n'est pas que cela, mais elle est aussi cela. Il est quelquefois très difficile, on l'a vu dans un exposé tout à l'heure, de tenir ces deux bouts en même temps.

La troisième difficulté, c'est que la psychiatrie développe nécessairement des espaces où la folie a la possibilité de s'exprimer. Pour pouvoir comprendre le malade, il faut qu'il s'exprime et qu'il s'exprime jusque dans son comportement anormal. Or, en même temps qu'on l'aide à s'exprimer, on réprime les expressions pathologiques. Le but final du soin psychiatrique est, comme on disait autrefois, la « critique du délire », l'abandon d'une conviction délirante, d'une obsession, d'une phobie, d'une angoisse. Même si nous avons appris à respecter davantage le symptôme, à reconnaître les bénéfices que le malade peut en tirer, éventuellement à abandonner une *furor sanandi*, à se placer davantage dans l'optique du « rétablissement », de l'aide à vivre avec son malaise, le modèle médical continue nécessairement à nous habiter. L'antipsychiatrie britannique avait cherché à contourner cette difficulté en faisant du délire un « voyage », une *metanoia*, une sorte de transe mystique à la recherche de modalités de penser et de vivre plus authentique. On sait que, même si elle nous a appris beaucoup de choses et conduit à une certaine modération thérapeutique, elle s'est souvent terminée en mystification. Il y a dans l'acte psychiatrique nécessairement une dimension violente dont il a été parlé ici à plusieurs reprises. Quelqu'un a cité cette phrase de Bion que je reprends de mémoire selon laquelle « Pénétrer même dans l'intimité d'une personne c'est déjà une violence » et dans une certaine mesure une violence insoutenable.

Puisque je viens de citer Bion et que j'aborde la question de la violence thérapeutique, qu'est-ce qui fait la différence entre la contenance et la contention ? On a peut-être quelquefois, tendance hypocritement à baptiser nos contentions de contenance, mais

qu'est-ce qui fait la différence ? C'est peut-être le fait que cette violence qui est une « interruption de la continuité de la personne » pour reprendre une phrase de Levinas citée par quelqu'un, ce traumatisme va trouver sa résolution dans une mise en histoire, dans une narration de ce qui se passe entre soignants et soignés. Ce qui m'amène à insister sur l'importance du courant dit de « médecine narrative » qui se développe de plus en plus aux États-Unis, mais aussi en Angleterre et qui s'est implanté dans la faculté où nous sommes, la seule en France, à ma connaissance, à proposer aux étudiants un « module de médecine narrative ». Il s'agit d'apprendre aux futurs médecins à mettre en histoire ce qu'ils vivent dans leur intimité personnelle, dans leur rencontre avec les patients et ce que vivent les patients, à articuler leur propre histoire avec l'histoire du malade qu'ils aident à construire. La médecine narrative s'est développée aux États-Unis en réaction contre la disparition d'espaces de parole à l'intérieur même de la médecine praticienne. Une enquête avait montré qu'un malade, lorsqu'il rencontrait un médecin, ne pouvait parler que quelques dizaines de secondes sans être interrompu et que la consultation se limitait à l'enregistrement sur ordinateur de quelques items, cochés sur un questionnaire rempli dès la salle d'attente, suivi parfois, mais pas toujours d'un examen physique. Ressuscitant, sous une autre forme, les travaux de Balint, cette optique de médecine narrative combat ce qui a été appelé ici une « protocolisation de la parole ». Elle peut apporter beaucoup à la psychiatrie. L'événement, quel qu'il soit, désirable ou indésirable, extérieur ou intérieur, comme une émergence pulsionnelle, a toujours une dimension traumatique. Il met en cause l'homéostasie, il désorganise, il déséquilibre, il rompt la « continuité de la personne ». La mise en histoire, par un tiers ou dans notre for intérieur, rétablit cette continuité. Elle réalise ce que Paul Ricoeur a appelé la « synthèse de l'hétérogène », elle donne sens à l'événement en lui donnant une place dans la trame qui tisse notre « identité narrative ». Les sujets en grande difficulté existentielle qui viennent consulter dans les services de psychiatrie ont du mal à se constituer seul cette identité narrative, ce récit intérieur. L'aide que nous pouvons leur apporter est essentiellement, de construire, à travers ce que nous vivons avec eux, par exemple dans la vie quotidienne d'une institution de soins résidentielle, semi-résidentielle ou ambulatoire, un récit significatif. Ce récit se préfigure souvent ou s'alimente du travail fait dans les réunions d'équipe et dans les supervisions individuelles ou collectives. On en a beaucoup parlé et décrit plusieurs styles de supervision ou d'accompagnement psychique des personnes qui sont en situation de soins. Il y a aussi plusieurs styles narratifs. Par exemple un style narratif qui serait dans le genre de Victor Hugo, celui du roman psychologique classique qui décrit « une



tempête sous un crâne » qui reconstitue empathiquement le vécu intime du patient. Ou un style narratif plus proche de Faulkner où on décrit davantage un comportement que ce qui se passe dans la tête. Est-on pour autant plus objectif ? L'objectif n'est pas le contraire du subjectif. Etymologiquement, c'est ce qui est jeté hors de soi, mais qui, de ce fait, garde une parenté avec le Soi et que le Soi se réintègre en se le racontant ou en l'entendant raconter par un interlocuteur. Il y a dans un conte d'Hoffmann, *Princesse Brambilla*, une scène amusante où un magistrat ivre tombe dans un escalier en présence d'un de ses subordonnés et s'exclame, mettant, pour ce tiers son trauma en histoire, se constituant comme sujet narrateur pour un autre : « Quel est ce moi qui du moi fait naître le non moi, déchire ses propres entrailles et pourtant chasse le chagrin et conserve la joie ». La confrontation avec la réalité et la transformation narrative de cette confrontation dans le dialogue, voilà peut-être une manière de donner ou de redonner sens à une psychiatrie qui risque de se noyer dans les « eaux glacées du calcul égoïste », à une époque où l'extrême individualisme ne trouve ses limites que dans le communautarisme et où, la démocratie, par laquelle et dans laquelle la psychiatrie est née, est en danger.

**Pr Jacques Hochmann**  
Psychiatre, psychanalyste,  
Professeur émérite  
Université Lyon 1 Claude Bernard

le Carnet PSY



**Dossier à paraître  
en décembre 2016**

# TERREUR ET TERRORISME

## Questionnements psychanalytiques

**Avec la participation de :**  
**Dominique BOURDIN**  
**Denis HIRSCH**  
**Nicole KAC OHANA**  
**Geneviève WELSH**

### LE CARNET PSY

Revue mensuelle éditée par les Éditions Cazaubon  
RCS Nanterre B 397 932583.

#### Rédaction et Publicité :

8 avenue Jean-Baptiste Clément, 92100 Boulogne, France  
Tél. 01 46 04 74 35.

#### Directrice de la Publication et de la Rédaction :

Manuelle Missonnier <man@carnetpsy.com>

#### Coordnatrice de rédaction

#### Responsable Agenda et Publicités :

Estelle Georges-Chassot <est@carnetpsy.com>

#### Abonnements :

**CRM-ART - Service abonnement Carnet Psy**

**CS 15245 - 31152 Fenouillet cedex**

<carnetpsy@crm-art.fr>

Abonnement annuel (9 numéros).

Le numéro : 8 € France - 10 € Etranger

Abonnement : 52€/70€ - Étranger : 70€/85 €

Imprimerie Neuville. Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2016

Commission paritaire : 0917 T 82018. ISSN 1260-5921

### Comité scientifique et de rédaction :

**Pr Jacques André** - Université Paris-Diderot

**Pr Marie-Frédérique Bacqué** - Université de Strasbourg

**Dr Gérard Bayle** - SPP, ETAP

**Dr Alain Braconnier** - Centre Philippe Paumelle

**Pr Anne Brun** - Université Lyon 2

**Pr Catherine Chabert** - Université Paris Descartes

**Pr Maurice Corcos** - Institut Mutualiste Montsouris

**Pr Pierre Delion** - CHU Lille

**Pr Bernard Golse** - Université Paris Descartes, Hôpital Necker

**Dr Patrice Huerre** - Maison de l'adolescent 92

**Pr Roland Jouvent** - Hôpital Salpêtrière, CNRS

**Dr Vassilis Kapsambelis** - Centre Philippe Paumelle

**Pr Serge Lebovici** †

**Pr François Marty** - Université Paris Descartes

**Pr Sylvain Missonnier** - Université Paris Descartes

**Pr Marie Rose Moro** - Maison de Solenn

**Pr François Richard** - Université Paris Diderot

**Pr René Roussillon** - Université Lyon 2

**Sylvie Séguret** - Hôpital Necker

**Pr Daniel Widlöcher** - Pr Honoraire Hôpital La Salpêtrière

## le temps qui passe... par Alain de Mijolla



**Jedi 7 novembre 1899** – Sigmund Freud, lettre à Wilhelm Fliess : « J'en viens à la question pratique. Jusqu'ici, mes patients étrangers étaient à la pension *Vienna* sur la Maximilianplatz (Frankgasse 8), tenue par la veuve d'un médecin qui est tout à fait convenable et qui, en cas de nécessité, s'occupe aussi un peu des patients. Les gens en étaient moyennement satisfaits ; il y a aussi des *homes* plus élégants à proximité, non loin de chez moi aussi. C'est selon la nature du cas qu'on se voit amené à engager une garde-malade simple ou plus distinguée. Ce qu'on ne peut sans doute pas éviter quand il s'agit de femmes et de jeunes filles. C'est D. F. qui m'a fait connaître autrefois la pension *Vienna*. On devrait sans doute obtenir davantage de résultats que chez Binswanger. Jusqu'à quel point, cela dépend sans doute encore beaucoup du cas. Cette année, j'ai tiré de mes spéculations sur la théorie sexuelle une nouvelle et puissante motivation dans l'analyse ; il reste pourtant quelque part dans cette affaire un point qui n'est pas clair et par conséquent une lacune thérapeutique. Les fantaisies - mon acquisition de l'année dernière - se vérifient parfaitement ; la prédisposition a gagné bien plus de latitude sans pour autant se soustraire à l'analyse. Dans la région des affects une énigme guette son tour.

**Mardi 10 octobre 1922** - Lettre de Charles Odier à Raymond de Saussure : « Je débarque de Berlin. J'ai trouvé Freud délicieux, mais le congrès trop dogmatique et trop chapelle. Et puis, que de Juifs, Seigneur. Toutes les tribus réunies nageant comme des canards dans le sacro-saint marécage de la libido ! Claparède ne dérogeait pas. Malgré tout, conférence intéressante ; celle du Maître, sur une nouvelle instance psychique, le *Es* ou le *Überich*, contenant la résistance et la culpabilité, qui sans être conscient n'est point inconscient, et chevauche le *Ich* comme un cavalier sa monture. Le terme *Es* lui a été suggéré par Groddeck qui l'a pris dans une chanson d'étudiants, au moyen d'une réminiscence infantile. Son explication était tordante - J'ai trouvé Abraham épatant, et supérieur à la moyenne, comme esprit critique. Il a rapporté sur 2 guérisons de mélancolie. Stärke s'est lancé, et perdu un peu, dans de la haute métapsychologie : *Der Gottlose* (sic) *Zeugung* ! Quant aux autres, ils sont tous dans le narcissisme et la castration jusqu'au cou. »

**Lundi 4 novembre 1946** - Lettre de Daniel Lagache à Rudolf Loewenstein : « Je n'ai pas reçu du Brésil des propositions plus précises ; je suis donc toujours libre de ce côté ; je m'étais d'ailleurs réservé en raison d'une élection possible à Paris. Sous ce rapport, rien n'est encore décidé ; un premier vote m'a désigné officieusement, mais en raison d'absences, le Conseil l'a considéré comme non concluant ; tout au moins certaines ambitions plus ou moins légitimes ont usé de cet argument ; les choses s'éclairciront à la fin du mois. J'irais très volontiers au Canada ; le pays me plaît, je connais les deux langues ; le travail qui m'est demandé me permettrait de préparer le traité de psychanalyse que les PUF me demandent ; enfin la proximité des États-Unis est un argument à la fois scientifique et amical. Le cas échéant j'y resterais. Les conditions de vie sont de plus en plus pénibles ; nos rations de matière grasse ont été très diminuées, mais le kilo, en un mois, est passé de 95 à 150 fr. Je me tire assez bien d'affaire grâce à la psychanalyse ; autrement, ce serait presque la misère, et c'est le sort de nombreux professeurs d'université, comme Marc Klein bien connu comme histo-physiologiste, qui ne peut pas acheter des chaussures à ses enfants. Il y a un très grand désordre partout, même dans l'Université, où les questions de personnes et de politique jouent un rôle qu'elles n'ont jamais joué (...) Donc, en principe, la proposition d'un voyage d'étude - une "explo", comme disent les scouts, me paraît acceptable ; ma femme aimerait venir avec moi ; n'oubliez pas il s'agit de venir avec quatre enfants. Il me faudrait des renseignements précis sur le nombre et la nature des conférences que je pourrais faire. »

Alain de Mijolla  
ademijolla@free.fr



Psychisme  
psychisme.org

Les tamis des moteurs de recherche ramènent parfois, avec des mots-clés généraux, des petites pépites, sites qui seraient passés sans cela inaperçus, à se demander comment les internautes parviennent à y accéder.

Psychisme en fait parti. C'est le travail d'un seul auteur, psychiatre libéral, épistémologue, docteur en sciences humaines et philosophie. Il s'adresse à tous les étudiants et professionnels de la santé intervenants en psychiatrie. Il souhaite nous former sur tous les plans, de la clinique à la législation, par une approche globale du patient, pluraliste et hiérarchisée, prenant en compte les facteurs relationnels, neurobiologiques et socioculturels dans une démarche humaniste et antiréductionniste, inscrite dans le courant psychodynamique.

On trouve donc des articles classés en chapitres comme clinique, psychopathologie, mais aussi méthodologie et société. Il y a une partie magazine, en fait un *blog* qui est

alimenté régulièrement. Le reste du site est plus ancien, la plupart des pages datant de 2011, car il est certain qu'il est difficile pour un seul auteur d'assurer des mises à jour fréquentes. C'est aussi le charme de ces découvertes qui nous font parcourir la *Toile* comme des archéologues du futur trouvant parfois des liens obsolètes ou des articles désuets enrichissant nos connaissances historiques. Mais il existe des sujets indémodables comme la clinique dont l'approche est ici originale avec des concepts, telles la personnalité distanciée ou la forme caractérielle égoïste de l'état limite, qui restent uniques. Mais tous sont abordés de manière inédite suivant un plan partant de l'enfance, du caractère, pour décrire ensuite l'évolution avant d'exposer la théorisation qui s'appuie sur la psychanalyse.

Des pépites donc, qui peuvent être l'objet d'une ballade automnale.

Éric Boissicat  
psy@orkal.net

# TARIFS ABONNEMENT 2016-2017

## SERVICE ABONNEMENTS *Carnet PSY*

CRM ART - CS 15245 - 31152 Fenouillet - France

Tél : 05 61 74 92 59 - Fax : 05 17 47 52 67 - [carnetpsy@crm-art.fr](mailto:carnetpsy@crm-art.fr)

Mme  Mr

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Etablissement \_\_\_\_\_

Ci-joint, mon règlement par :

chèque à l'ordre de « Carnet Psy »

carte bancaire (CB, Visa, Mastercard, Eurocard)

N°

Expire fin    3 dernières positions verso

Le \_\_\_\_\_

Signature

Je souhaite recevoir une facture acquittée

### BON DE COMMANDE (frais de port gratuit)

**8 € LE NUMÉRO (France) - 10 € (Etranger)**

Je souhaite commander le(s) numéro(s) suivants :

N° \_\_\_\_\_

Soit un total de \_\_\_\_\_ €

### BULLETIN D'ABONNEMENT (abonnement papier)

**Abonnement Particulier** (Abonnement papier)

France

1 an - 9 n° au tarif de **58 €**

2 ans - 18 n° au tarif de **105 €**

Etranger et Dom-Tom

1 an - 9 n° au tarif de **85 €**

2 ans - 18 n° au tarif de **150 €**

**Abonnement Institutionnel** (Abonnement papier)

France

1 an - 9 n° au tarif de **90 €**

2 ans - 18 n° au tarif de **160 €**

Etranger et Dom-Tom

1 an - 9 n° au tarif de **105 €**

2 ans - 18 n° au tarif de **190 €**

**Abonnement Etudiant (sur justificatif)** (Abonnement papier)

France 1 an - 9 n° au tarif de **50 €**

Etranger et Dom-Tom 1 an - 9 n° au tarif de **65 €**

ED0202

abonnement : 9 numéros (1 an) - 18 numéros (2 ans)

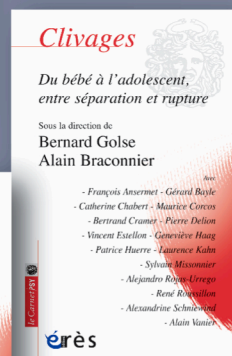
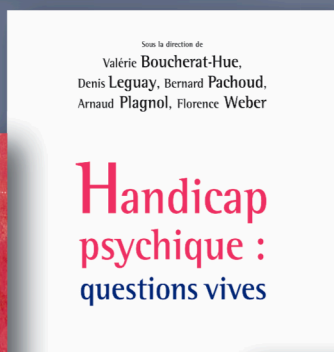
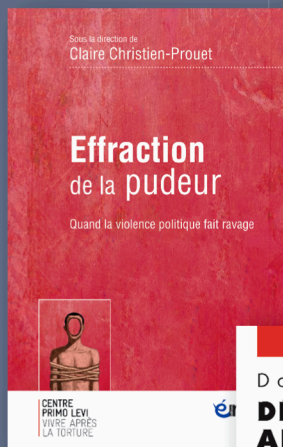
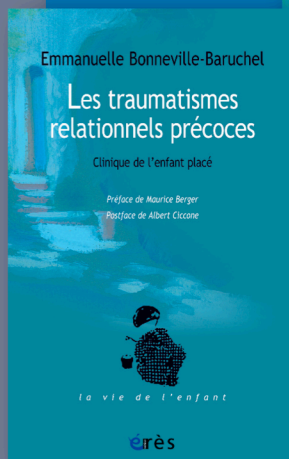
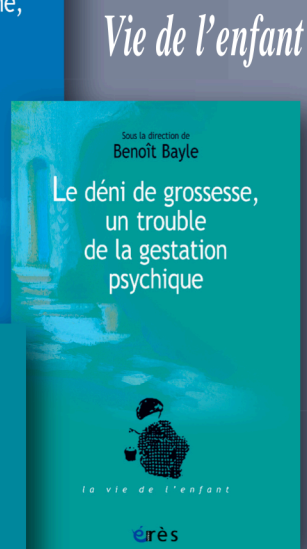
**TOUT ABONNEMENT SOUSCRIT COMMENCE  
AVEC LE DERNIER NUMÉRO PARU**

**Les abonnements en version NUMÉRIQUE ou INTÉGRALE  
se règlent uniquement en ligne par carte bancaire  
(paiement sécurisé) sur [www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)**

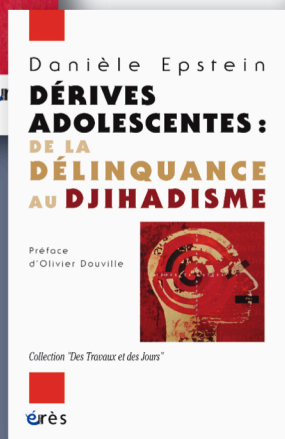
**Retrouvez nos 3 formules d'abonnement :**  
**NUMÉRIQUE à partir de 40€ (offre réservée aux particuliers)**  
**INTÉGRAL (numérique + papier) à partir de 80€**  
**PAPIER à partir de 50€**

**Tous nos tarifs d'abonnements sont consultables  
sur notre site [www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)  
(Rubrique boutique / abonnements)**

Psychanalyse et clinique



Santé mentale



Carnet Psy