

Canal Psy

ISSN : 2777-2055

Publisher : Université Lumière Lyon 2

72 | 2006
Psychiatrie

Enjeux actuels

Illustration : Laurence
Chassard

 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3269>

Electronic reference

« Psychiatrie », *Canal Psy* [Online], Online since 18 mai 2021, connection on 08 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3269>

DOI : [10.35562/canalpsy.3269](https://doi.org/10.35562/canalpsy.3269)

ISSUE CONTENTS

Anne-Claire Froger
Édito

Psychiatrie

Enjeux actuels

Emmanuel Dignonnet
Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus

Jean-Jacques Ritz
Images de la psychiatrie aujourd'hui

Erratum

Marcel Sassolas
Le soin des troubles psychotiques en institution

Écho

Éliane Moulin
« Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir »

Édito

Anne-Claire Froger

TEXT

- 1 Dans ce numéro 72, nous avons choisi d'aborder les questions qui traversent la psychiatrie actuellement en France.
- 2 Les discussions se multiplient en effet concernant l'orientation que les politiques actuelles de santé donnent au soin dans son ensemble : démarche qualité, logique de réduction des coûts, etc. Plus récemment encore, le débat s'est trouvé relancé en réaction au rapport Inserm, et à la façon dont celui-ci propose d'aborder les troubles de conduite chez le jeune enfant, sans compter la médiatisation répétée des agressions violentes dont des soignants ont été les victimes dans les services hospitaliers.
- 3 Depuis sa fondation après la Révolution, et le tournant qui s'est amorcé après la seconde guerre mondiale, la psychiatrie semble traverser depuis les années 80 une nouvelle période de réaménagement. Les soignants se trouvent ainsi de plus en plus soumis à des nécessités de quantification et d'évaluation statistique de leur pratique. On évoque aussi la volonté de mesurer, voire valider, scientifiquement l'efficacité des soins prodigués, ce qui ne peut que nous laisser perplexe quant à l'écart et la méconnaissance que cela traduit avec la démarche de soin psychique et du processus qui lui est inhérent.
- 4 Que penser de tous ces événements bruyants qui se font entendre ? Qu'est-ce qui se trouve ainsi signifié de la place et de la pensée accordée au soin psychiatrique dans notre société ?
- 5 Au même titre que la fustigation violente de la psychanalyse lancée par certains tenants des TCC, on peut se demander ce que ces dernières politiques d'État viennent interroger de cette discipline médicale spécifique à la croisée des dimensions biologique, sociale, psychique et politique, et ce que cela traduit des attentes inconscientes dont elle pourrait être l'objet. *Que veut-on à la psychiatrie ?*

- 6 Emmanuel DIGONNET, Jean-Jacques RITZ et Marcel SASSOLAS ont pris la plume pour nourrir ce dossier, et en rubrique « Écho » vous trouverez un texte d'Éliane MOULIN qui retrace la cinquième journée des psychologues du Vinatier qui s'est déroulée en octobre 2005.
- 7 Nous vous souhaitons une excellente lecture à tous.

AUTHOR

Anne-Claire Froger

Psychiatrie

Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus

Emmanuel Dignonnet

DOI : 10.35562/canalpsy.3274

OUTLINE

D'où venons-nous ?

Et aujourd'hui ?

L'actualité de la psychiatrie

La psychiatrie a-t-elle un avenir ?

TEXT

D'où venons-nous ?

- 1 En 1656, il y eut le « grand renferment ».
- 2 Le pouvoir débordé par les mendiants, par la criminalité qui accompagne la famine de l'époque, décide de réguler les errances des indigents, et autres gueux parmi lesquels quelques malades mentaux appelés insensés. Ils sont regroupés dans les « hôpitaux généraux » qui hésitent entre prison, assistance et soins. Ces œuvres charitables, dirigées dans un premier temps par des religieux, s'occupent de la mise au travail des uns, la répression des autres, prodiguant des soins aux nécessiteux.
- 3 Ces soins conduiront à ce que diminuent les mendiants et les insensés pris en charge, pour orienter les « hôpitaux généraux » vers le traitement des malades. Certaines institutions se spécialiseront alors dans l'accueil de ceux dont personne ne veut, ou encore de ceux que l'on « place » par lettres de cachet. Parmi eux, de nombreux « irresponsables » mis à l'écart par leur famille, car déviants et marginaux, qu'il convient au mieux de rééduquer, au pire de garder. Or, lorsque la Révolution abolit les lettres de cachet, les aliénés, eux, restent internés.
- 4 Il faudra attendre PINEL pour que se pose la question du « gouvernement » des insensés enfermés dans les maisons de force.

Les asiles deviendront hôpitaux psychiatriques, construits à la périphérie des villes. Si l'argument principal de cet éloignement est la recherche du grand air, propre au traitement des maladies comme la tuberculose, on voit bien ce que cet éloignement inaugurerait des rapports entre la société et ceux qu'elle décrète fous : une cohabitation impossible.

- 5 Il faudra attendre le début du XIX^e siècle pour que des médecins théorisent les soins à apporter aux malades mentaux (théorisation balbutiée par certains avant cette date), mais dans le même temps les hôpitaux psychiatriques continueront à être sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, et ce, jusqu'à une période récente.
- 6 La psychiatrie contemporaine commencerait après la seconde guerre mondiale, lorsque l'insupportable des camps, vécu par certains, conduira à remettre en cause la notion d'enfermement dans le traitement des maladies mentales. De la psychothérapie institutionnelle à la mise en place très progressive du secteur, la folie tente de réinvestir la société de laquelle elle était écartée. Cela n'ira pas sans mal, sans vives discussions, sans opposition de la part de la population qui voit dans l'ouverture des portes des hôpitaux psychiatriques un danger certain pour l'ordre public.
- 7 L'apport des sciences humaines telles la philosophie, la sociologie, le rôle pris par d'autres professionnels, la place donnée au malade, conduiront certains médecins effrayés à s'accrocher à leur mandarinat, et amènera à la division de la discipline entre neurologie et psychiatrie. Les premiers resteront dans leurs hôpitaux universitaires, les seconds investiront la société pour y assurer prévention et continuité des soins. Malgré cette séparation, quelques psychiatres resteront dans les CHU où ils continuent d'avoir une influence considérable sur la discipline (la formation de leurs pairs est leur domaine réservé quand bien même la majorité de leurs futurs collègues sera amenée à exercer ailleurs qu'au CHU).

Et aujourd'hui ?

- 8 Ce très rapide survol « d'où nous venons » est indispensable si l'on veut parler sur « où nous allons ». Les rapports entre psychiatrie et société sont encore très présents aujourd'hui, de la médiatisation des

événements qui mettent en cause un malade mental, aux multiples tentatives de rattacher la psychiatrie à la médecine générale pour mieux la réformer.

- 9 Car c'est bien de réforme dont on parle aujourd'hui et non plus de révolution. Les progrès réalisés depuis le milieu du xx^e siècle ont certes été accompagnés de la découverte des neuroleptiques qui ont permis de véritables avancées dans la relation au malade, mais surtout ont été le fait de desseins politiques portés par des hommes et des femmes engagés. Et cela ne pouvait se faire qu'en fonction d'un projet de société qui allait bien au-delà du soin en psychiatrie, qui prônait une certaine conception de l'homme.
- 10 L'évolution de la psychiatrie, peu ou prou traduite dans la législation, a encore une fois été le fait d'équipes au travail. C'est ce qui fait qu'aujourd'hui on ne peut parler de LA psychiatrie tant les visions de la maladie, du soin, de son traitement, tant les moyens utilisés de la chimiothérapie aux thérapies comportementales, des apports de la psychanalyse à ceux des théories systémiques, sont différents, voire divergents.
- 11 L'ignorance de cette histoire, de ses histoires, a conduit la plupart des ministres de la Santé à commander « leur » rapport sur la psychiatrie, non pour comprendre ce qui échappe à leur schéma traditionnel de la médecine, mais pour réaligner la psychiatrie sur le modèle médical.
- 12 De B. KOUCHNER supprimant le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, et disant que l'on pouvait transposer en France les expériences des travailleurs humanitaires au Kosovo, à F. MATTEI qui compare la psychiatrie et la biologie moléculaire, les rapports commandés par les uns et les autres ont toujours été mis au placard par le ministre suivant. Et pendant ce temps, les équipes ont développé leur savoir-faire et ont investi la cité pour y prodiguer des soins, non pour y surveiller les malades.
- 13 Prises dans des injonctions inconciliables, des équipes ont rivalisé d'imagination pour transposer dans les faits leur vision de la société, où le fou ne serait pas reclus, mais accompagné. Entre les craintes du contrôle social, lors de la mise en place de la sectorisation, et les fantasmes d'internement arbitraire, entre les demandes d'intervention des familles débordées par la psychose, et les appels à

l'enfermement de tous les exubérants, les soignants ont inventé et développé le soin dans la cité, faisant de l'hospitalisation une étape dans un parcours de soins.

- 14 Cette évolution de la part des professionnels s'accompagnera d'une évolution de la part du public. Les problèmes psychologiques ne sont plus des « maladies honteuses » et il n'est plus rare de parler de sa dépression, de son « psy ». Le recours aux psychologues, aux psychiatres se multiplie dans certains milieux. Cependant, ne nous leurrions pas, le changement d'image du psychiatre ne s'accompagne pas d'un changement d'image de la folie.
- 15 Pour les médias et les politiques, partageant les mêmes *a priori* que la société dont ils sont issus, sur la dangerosité de la maladie mentale et sur son incurabilité, la psychiatrie reste un épouvantail. Lorsque G. MASSÉ prône le tout « hôpital général », des pneumologues toulousains pétitionnent contre l'implantation d'un service de psychiatrie à leur porte.
- 16 Comme pour rassurer tout le monde, on essaye de saucissonner la psychiatrie. Aux uns les psychoses débutantes, aux autres les jeunes suicidants, ailleurs les psychoses chroniques. Accompagnée par certains psychiatres publics, cette évolution sonne la fin du secteur qui n'est pas une organisation territoriale, mais une continuité des soins. Alors on a modifié les termes, et introduit de nouveaux « partenaires ». Mais de la psychiatrie à la santé mentale ne s'est pas opéré qu'un glissement sémantique. Entre les deux s'est glissée la psychiatrie privée lucrative. Dès lors, les rôles sont répartis. À la santé mentale, la prévention, la réinsertion et le traitement social de la maladie mentale devenue handicap psychique, au privé lucratif les soins, pourvu qu'ils ne prennent pas trop de temps, et à la psychiatrie l'enfermement et le contrôle social des « déviants ». Quand les banlieues s'enflamment, parmi les mesures préconisées par le Premier ministre figure en bonne place : « Je souhaite développer les ateliers "santé ville", qui permettent la mise en réseau de tous les acteurs de santé, et amplifier le dispositif des équipes mobiles psychosociales. L'accès aux urgences dans les hôpitaux devra être complété par un accueil psychiatrique dans les grandes villes » (mesures annoncées le 12 novembre 2005).

L'actualité de la psychiatrie

- 17 Aujourd'hui, l'on pourrait dire que la psychiatrie « colle » à l'idéologie ambiante. Toute activité doit être une activité marchande. Pour cela il faut être efficace, quantifiable et assurer la sécurité des citoyens produisant des richesses. Le corollaire de cette idéologie est l'évaluation des soins selon des méthodes venues de l'industrie sidérurgique (démarche qualité), l'introduction de nouvelles molécules sensées traiter au plus tôt tout désordre mental associé à un désordre social. Ainsi, d'éminents spécialistes alarment *via* les médias les parents sur le fait que de nombreux enfants présentent une pathologie dont on ne prend pas toute la mesure, les TOP : Troubles Oppositionnels Provocateurs. Le trouble de comportement est devenu symptôme à réduire sous peine de voir son enfant devenir délinquant à l'adolescence. Et comme le hasard fait bien les choses, dans le même temps, l'industrie pharmaceutique propose un médicament pour calmer ces rejetons. Et pour finir, là où les soignants demandaient plus de sécurité pour travailler, pour soigner, on leur propose le recours au sécuritaire, vigiles, alarmes, etc.
- 18 La traduction de cette idéologie se retrouve dans de nombreuses orientations politiques successives. On prétend évaluer les psychothérapies, en se basant essentiellement sur leur efficacité à court terme par rapport au symptôme. Les thérapies comportementalo-cognitives (TCC) deviennent donc la voie à suivre.

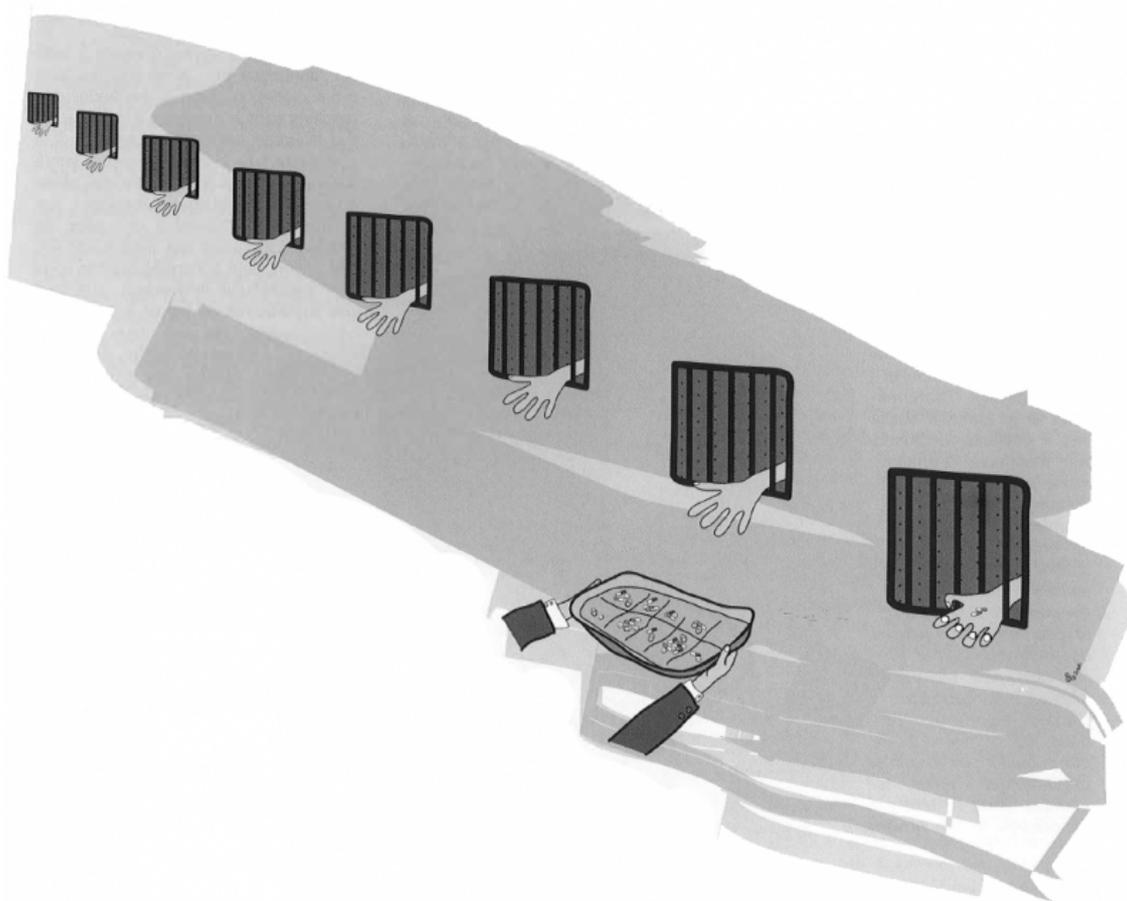


Laurence Chassard

- 19 L'Inserm, publie un rapport prônant le dépistage et le traitement précoce des enfants, basé sur les troubles du comportement, les traitements médicamenteux précoces deviennent la règle. Le privé lucratif et le service public sont mis en concurrence à partir du coût des prises en charge, sans tenir compte des missions incombant au service public, le service public est montré du doigt comme gouffre financier. Les représentants des laboratoires sont devenus « informateurs médicaux », les médecins sont des « chefs de pôle ». Le sécuritaire, lui, est également en place. Ainsi lorsque les soignants réclament des conditions de sécurité pour soigner, le ministère de la Santé signe une convention avec le ministère de l'Intérieur (15 novembre 2005).

- 20 Devant la plainte des soignants en psychiatrie de ces dix dernières années, dénonçant l'acharnement des pouvoirs publics, la déqualification des intervenants, et la baisse continue des budgets, les derniers gouvernements ont changé leur manière d'aborder le sujet.
- 21 La politique aujourd'hui consiste à faire des annonces et... à ne pas les faire suivre d'effet, ou bien à demander des résultats sans les moyens annoncés.
- 22 Par exemple, les millions annoncés à la publication du dernier plan de santé mentale, fondent à la lecture, calculette en main. Ces budgets, rapportés par équipes, se réduisent à une peau de chagrin. La plupart des crédits alloués, soit étaient déjà annoncés (parfois sous des appellations différentes), soit sont pris sur d'autres crédits en dehors de la santé, et au final restent quelques lignes pour lesquelles les ARH disent attendre des instructions. Mais, les médias convoqués ont relayé la publicité recherchée par les politiques, et les équipes continuent à « se débrouiller » Un exemple flagrant, l'HAD. Une nouvelle loi en février 2004 annonce des moyens spécifiques et des « crédits ciblés » (c'est-à-dire qui ne seront pas pris sur les budgets des hôpitaux, mais « ajoutés » à ces budgets pour ceux qui mettront en place des projets d'HAD). La loi prévoit qu'il n'y aura pas de fermeture de lits intra-hospitaliers pour l'ouverture de lits d'HAD. Dix mois plus tard, un certain nombre d'équipes arrivent à la DDASS, avec un projet bien ficelé sous le bras, et la demande de quelques moyens supplémentaires. Réponses invariables des DDASS : « nous n'avons pas reçu de directives ni de budgets spécifiques ». Mais les médias sont sur un autre sujet, l'annonce a été faite.
- 23 Enfin, les choses bougent en psychiatrie. Pour la première fois un rapport (ou plus exactement un plan) sur la santé mentale n'est pas enterré par le successeur de celui qui l'a initié. Commandé par F. MATTEI, au lieu d'être mis au placard lors de la valse ministérielle comme il est d'usage, il est publié par son successeur P. DOUSTE-BLAZY et après un nouveau remaniement ministériel, il est aujourd'hui mis en application par le dernier ministre en date X. BERTRAND. Quel bel avenir pour un rapport.
- 24 S'agit-il d'une volonté nouvelle de donner la priorité à la psychiatrie ? Pas sûr, car ce plan santé mentale n'est pas à lire isolément. Il n'est

qu'une pièce d'un puzzle, où les autres pièces s'appellent « réforme de la sécurité sociale », « plan hôpital 2007 », etc. On le voit, il ne s'agit donc pas de la révolution attendue mais bien de son intégration dans des réformes structurelles visant la réorganisation du système de santé en général vers le secteur marchand et concurrentiel.



Laurence Chassard

La psychiatrie a-t-elle un avenir ?

- 25 Alors vers quoi allons-nous ? Un nouveau grand renfermement ? Un découpage en tranche de l'accueil de la folie, avec les patients réadaptables en structures légères, et les fous et les déviants pour l'asile fermé ?
- 26 La psychiatrie comme toujours s'en sortira si les équipes quittent la plainte pour la revendication. Si l'on est en capacité d'opposer des

projets à la déstructuration qui nous est annoncée. Si la place des patients est prépondérante sur celle des usagers. Si le corps médical ne se laisse pas duper par le pouvoir relatif qui lui est proposé dans les conseils exécutifs, destinés à les impliquer dans la gestion économique, à la place de l'animation d'équipe et des projets de soin. Si nos partenaires du social résistent eux aussi aux glissements de leurs missions vers le contrôle et la gestion de l'exclusion, et « l'entretien des handicapés psychiques ».

27 Les états généraux de la psychiatrie ont réuni deux mille participants en 2003 à Montpellier pour tirer la sonnette d'alarme et porter leurs revendications. Le budget spécifique réclamé a été catégoriquement refusé par F. MATTEI car c'était là une reconnaissance du fait que la psychiatrie n'est pas « classable » dans une spécialité médicale.

28 Or, quelles que soient les références théoriques qui sous-tendent l'exercice des uns et des autres, en dehors de la prescription de neuroleptiques, qui n'est qu'une infime part de la prise en charge en psychiatrie de secteur, qu'a donc d'exclusivement médical le soin psychiatrique ?

29 La psychanalyse, même lorsqu'elle n'est que référence théorique, ne vise ni le soin ni la guérison du patient. Les thérapies comportementalo-cognitives visent, par la modification des comportements invalidants, à « re-normer » le patient pour lui permettre de vivre. Les analyses systémiques cherchent à comprendre ce qui, dans un système, dysfonctionne pour permettre à l'individu d'y inter-agir.

30 Qu'y a-t-il de médical dans tout cela ? La psychiatrie n'est pas plus exclusivement du côté du social. La visite d'un patient à son domicile, l'accompagnement dans des démarches sociales, sa participation à des activités thérapeutiques à médiation, ne visent la réinsertion que comme moyen de soin.

31 La psychiatrie est avant tout pluridisciplinaire, et c'est en cela que son champ d'intervention dépasse largement les cases préformatées dans laquelle on veut la faire entrer.

32 La psychiatrie est aussi pluri-théorique, de la philosophie à la sociologie, de la psychanalyse à la médecine. Toutes ces références sont indispensables à qui veut aborder un patient dans ce qui, au-delà

de sa maladie, fait sa vie, et est donc le lieu d'expression de sa maladie.

- 33 Ces particularités de la psychiatrie, pluri-disciplinarité, pluri-théories, exigent une formation spécifique pour qui veut travailler en psychiatrie, qu'il soit médecin, infirmier ou ergothérapeute. C'est là une autre revendication forte que doit porter le secteur lié à sa spécificité.

« Il faut choisir : ou laisser la psychiatrie se complaire dans l'exercice d'un "pouvoir" qui dissimule mal son impuissance croissante ou lui rendre sens et vigueur en la branchant résolument sur un véritable potentiel humain. Partage du savoir, transfert de compétences... »

Francis JEANSON

AUTHOR

Emmanuel Dignonnet

Infirmier de secteur psychiatrique, association SERPSY, Soins Études et Recherches en PSYchiatrie, <http://www.serpsy.org>

IDREF : <https://www.idref.fr/05344907X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000001323881>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13574576>

Images de la psychiatrie aujourd'hui

Psychanalyse et psychiatrie. Crises d'identités ?

Jean-Jacques Ritz

DOI : 10.35562/canalpsy.3276

OUTLINE

Identités des acteurs

TEXT

- 1 La question du lien entre psychiatrie et psychanalyse a fait couler beaucoup d'encre et suscité de nombreuses prises de position sur les origines, les enrichissements mutuels, les appropriations, les dépendances et les rivalités, les mélanges et les incompréhensions. Comme le rappelle à juste titre H. VERMOREL, la psychanalyse n'est ni fille de la psychiatrie, ni fille de la neurologie : elle est née de l'hypnose, méthode qui a historiquement largement dépassé le champ purement médical.
- 2 Je désirerais aborder cette question sur deux plans : d'une part, comment la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui, et ses nombreux spécialistes du psychisme, traite et considère « la machine à penser et à rêver », et selon quelles orientations techniques et scientifiques ? D'autre part, comment la psychanalyse a traversé, et traverse, la psychiatrie au regard des diverses identités professionnelles de ses acteurs : psychiatres, psychologues et psychanalystes ?
- 3 Les entrelacs et contorsions de la psychanalyse et de la psychiatrie ont eu une fonction révélatrice d'une éthique du « traitement de la pensée », puisque chacun y soutient (dans de nombreuses et variées chapelles) une ou plusieurs vérités ou paradigmes sur la vie psychique et ses avatars. Floraison dans les années 70 d'états limites, puis de troubles narcissiques, retour à l'héboïdophrénie (le passage à l'acte prendrait le dessus sur nos beaux délires d'antan) dans les années 90, bref, sommes-nous à une époque où le prêt à penser,

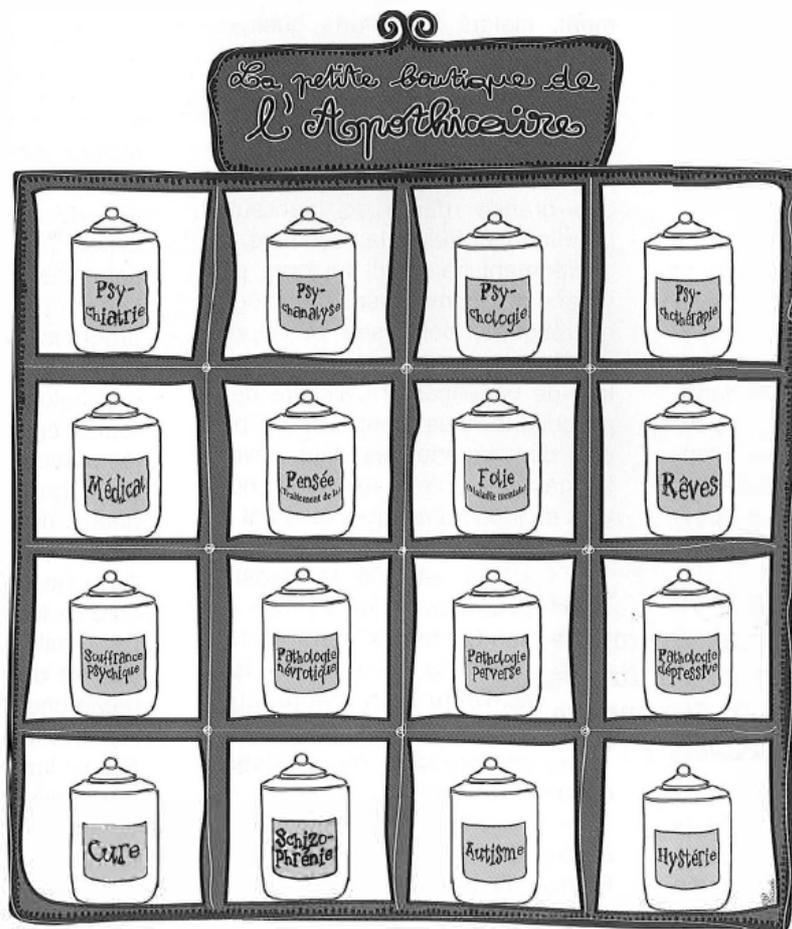
l'indifférence culturelle, le vide idéologique, tarissent les plus belles productions verbales, les plus riches sources analytiques, où l'égoïsme (d'où s'absenterait la bonne vieille culpabilité), le passage à l'acte, le culte de la mélancolie allié paradoxalement à la négation (négationnisme) de la mort emplissent cabinets, asiles et cliniques, de patients qui n'ont rien à dire et qui ne demandent qu'à voir disparaître leurs symptômes sans y penser ?

- 4 La représentation de la folie (même lorsqu'on la nomme « maladie mentale ») n'a pas beaucoup évolué depuis deux siècles, depuis les petites maisons, depuis l'enfermement, malgré les efforts quelques fois ambigus, d'autre fois fort subtils, des médias pour présenter une image qui fasse un peu sortir de l'ombre la souffrance psychique.
- 5 L'institution psychiatrique a-t-elle une grande marge de manœuvre pour innover face à la psychose, qui décidément ne guérit toujours pas, et face aux nombreuses pathologies névrotiques, perverses et dépressives, qui apportent à leurs auteurs tant de bénéfices ?
L'histoire de la psychiatrie nous montre assez bien que des expériences dites révolutionnaires (centres d'accueil, hôpitaux de jour, réinsertion, etc.) ont été tentées dès le début du XIX^e siècle, et que la question posée avec intelligence par Jan GOLDSTEIN¹ dans son travail sur la folie dans ce siècle-là, reste bien d'actualité : « consoler ou classer », comprendre ou éradiquer, écouter ou traiter.
- 6 Après bien des réticences, en France, la psychanalyse a fasciné psychiatres, psychologues et quelques autres. Les psychiatres en ont souvent fait leur soupe, leur patchwork, leur religion (selon un style parfois moliéresque), et les psychologues, obstinément avides de reconnaissance, en ont fait leur phallus et leur identité, reniant sans scrupule ni questionnements le seul titre sérieux qu'ils possédaient : psychologue. Ils ont ainsi posé, et posent encore, de délicats problèmes de repérages, mais il faut leur reconnaître une grande qualité : ils ont apporté, au sein de la psychiatrie, la dimension laïque et profane, non teintée de médical, de la pratique psychanalytique. (On peut cependant espérer que la profession de psychologue trouve un jour sa propre originalité mais elle souffre d'avoir pour titre professionnel un... adjectif qualificatif indéfini !)
- 7 La psychiatrie française a eu, je le crois, un moment d'inspiration génial au cours de son histoire au retour de la deuxième guerre

mondiale, bien que, comme le note J. HOCHMANN ce mouvement fût minoritaire. Relire ses débats (dans *L'Évolution psychiatrique*), ses questionnements et propositions de l'époque apporte une bouffée d'air frais, pour ne pas dire de consolation, à tout lecteur attentif. Cette recherche d'un humanisme cohérent dans la gestion de la fragilité psychique était certes étayée par l'ambiance politique, culturelle et sociale. Ce fut un terrain privilégié pour l'installation progressive puis massive de la psychanalyse, c'est-à-dire de la métapsychologie comme base de référence épistémologique et clinique, les pratiques analytiques – héritières de la cure – s'installant avec parfois beaucoup d'inventivité, et parfois de façon très sauvage (il y a eu l'époque de la neutralité malveillante comme le souligne C. VASSEUR).

- 8 Le « milieu psychiatrique » a créé très tôt des lieux de rencontres, de recherche (associations, groupes de recherches, revues, etc.), et de débats largement ouverts. Ils ont été très actifs jusque dans les années 1980, époque à laquelle beaucoup de psys se sont retirés de ces espaces privilégiés pour se retrouver dans leurs chapelles analytiques. Un peu refermés sur eux-mêmes. On se demande même s'ils ne se reproduisent pas entre eux... (« faire des enfants » n'est pas une histoire simple dans les sociétés analytiques). Aujourd'hui on remarque une profusion de séminaires, de congrès et de rencontres, qui sont la vitrine de chapelles et d'écoles (avec la hiérarchie interne qui s'y joint) plutôt que des lieux d'échanges d'idées. On s'y retrouve en vase-clos et entre initiés montrant patte blanche. Par exemple « les états généraux de la psychanalyse », organisés par E. ROUDINESCO et R. MAJOR, ont réuni en juillet 2000 à Paris environ 700 analystes du monde entier (dont beaucoup de Sud-Américains et aucun Allemand) à forte majorité lacanienne, mais pratiquement aucun analyste de l'IPA (Association Internationale de Psychanalyse basée aux USA et à laquelle adhère en France l'APF et la SPP, sociétés considérées comme « orthodoxes »).
- 9 Ainsi la psychiatrie n'a eu de cesse de faire des emprunts, des mariages, des divorces, des ralliements, et en voici quelques exemples, pour mémoire :
 1. Dieu², pour commencer, dont il n'est jamais simple de se débarrasser (faire comprendre que la consolation et le traitement moral ne suffisent

- pas) et que les miracles sont rares.
2. L'architecture, ensuite : beaucoup de thèses sur la question fort révélatrice des techniques de mises à l'écart, au chaud, loin des siens. Le « saut-de-loup³ » est une jolie construction de l'ambiguïté de l'institution : l'illusion de la liberté spatiale venait compenser la désillusion de l'enfermement.
 3. Explications scientifiques et rationnelles de la genèse des troubles mentaux : elles pullulent encore aujourd'hui. Lors de l'inauguration de l'asile Sainte-Anne à Paris, dans les années 1871, Maxime du CAMP, chroniqueur talentueux et grand voyageur, écrivait que l'on se lassait de ces aliénistes philosophes et poètes, et qu'il serait temps de trouver le siège biologique et cérébral de la folie. Même genre de questions aujourd'hui, parfois traitées dramatiquement par l'exclusion des « poètes » (les psychistes !) des lieux de soin.
 4. La nosologie, souvent fustigée mais d'une grande richesse conceptuelle. Ambiguë dans sa finalité : classifications, statistiques ou ouverture de la pensée clinique ?
 5. La pharmacie, les apothicaires et chimistes, grands alliés et capables du pire comme du meilleur. On s'accorde pour reconnaître les améliorations apportées à certaines pathologies et on se désaccorde sur le débat de leur fonction anesthésiante de la pensée et de la libido.
 6. L'art, l'art-thérapie et ses annexes, qui prennent aujourd'hui une place grandissante dans les soins institutionnels, l'art qui semble devenu la technique magique de toute guérison, partout et à tout âge, devenu une prescription incontournable, et à mes yeux, ambiguë. S'il est vraisemblable que la pratique de certaines activités artistiques contient une fonction cathartique et peut favoriser le travail de représentation et de liaison interne du sujet, l'association art et médecine (thérapie) me semble malheureuse. L'art, à mes yeux, ne se prescrit pas. Ou bien alors ce n'est plus de l'art mais de la pédagogie sauvage. Et il ne faut pas oublier que la folie a été un terrain d'expérimentations en effet très sauvages. L'art brut (silence, solitude, souffrance comme le définit la conservatrice du musée de Lausanne) ne se prescrit pas. Il est une expérience existentielle.
 7. La psychanalyse, aujourd'hui en crise d'expansion, après avoir baigné le milieu et l'avoir totalement réformé et transformé par son approche humaniste et respectueuse du désir. Et avoir surtout poussé au soin patients et praticiens. L'état de grâce semble dépassé. Et l'on se perd en conjectures.



Laurence Chassard

- 10 Cette petite liste, forcément caricaturale, m'a fait penser à une autre caricature : le psychiatre Don Quichotte de la médecine (image souvent citée pour évoquer son combat passionné pour une cause qui souvent lui échappe), le psychanalyste Don Juan de la pensée (par la séduction de sa pensée et son mépris osé de la mort), et le psychologue... don du ciel ou du... diable (je fais référence ici à sa fonction aumônière et vicariante).
- 11 Et la pensée dans tout ça ? Car au fond, dois-je amener le patient à « ma normalité » (métapsychologique, cognitiviste, médicale, sociale, etc.) ou le ramener à lui-même ? Là où, comme il est dit, le moi doit advenir ? C'est bien l'un des principaux messages, et la plus grande avancée subversive de la psychanalyse que de tenter de restituer pensée et parole au sujet souffrant. Il est certain que cela est

subversif et, qu'en se faisant, la psychanalyse pose aussi la question politique de l'être. C'est une approche idéaliste de l'existence qui nous amènerait à nous interroger sur les liens que la psychanalyse a tissés avec l'anthropologie, la sociologie, la littérature et la philosophie. Elle y est souvent frileusement associée, victime de son succès et d'une diffusion anarchique. Ces dernières remarques sont aussi des questionnements.

Identités des acteurs

- 12 Je voudrais revenir, pour terminer, sur une courte analyse des fonctions professionnelles des « lieux-tenants » de la psychiatrie, ceux que l'on surnomme les psys.
- 13 Il y a chez tout psychiatre un thaumaturge et un alchimiste qui sommeille. Je ne dis pas chimiste, ce qui serait fort réducteur. Il me semble (j'ai conscience de vous faire partager mes fantasmes) que non sans une sorte de secrète jouissance prémonitoire, le psychiatre attend la révélation de la formule de ce qui constitue génétiquement la folie, la découverte du virus de la schizophrénie, de l'autisme (on en sait quelque chose) ou de l'hystérie. Il est vrai qu'on la lui demande souvent. La « chute du cheval mécanique » n'est plus une explication suffisante mais le traumatisme originaire (biologique, génétique, psychologique ?) a bonne presse. Cette révélation lui donnerait ce que ses autres collègues médecins non-psychiatres ont et ce dont ils jouissent : découvrir l'origine d'une pathologie et en proposer sa guérison. On voit bien ici roder la pulsion de mort et la castration. Le psychiatre est sans nul doute, de tous les spécialistes, le plus polyvalent : il peut aussi bien proposer une analyse freudienne qu'une analyse d'urine...
- 14 Chez le psychanalyste il y a, on y revient, un petit Dieu qui sommeille (est-ce la sainteté dont parlait LACAN ?). Car lui, l'explication, il l'a ou, en tout état de cause, il sait à qui elle appartient. À l'Autre. Alors, quoi qu'il en soit de la folie, et armé de ses subtiles inventions conceptuelles et transféro-contre-transférentielles, il attend... la gloire, la reconnaissance, et peut-être une notoriété liée à son approche inédite des processus mentaux. Le verbe s'est fait cher. Le psychanalyste a aussi réussi à convertir bon nombre de psychiatres (à

leur ouvrir les oreilles) mais ce travail si utile paraît aujourd'hui moins aisé qu'il ne le fut.

- 15 Quant au psychologue, mi-sage, mi-mage, collaborateur et vicaire atypique, mais bel ornement intellectuel, soumis aux caprices et amours, identifications et rejets, haines et ambiguïtés, de ses chefs, souvent contraint au génie ou voué à l'insignifiance, encore poursuivi pour exercice illégal de la médecine, il s'est jeté, oscillant entre l'instrumentalisation et l'imposition des mains, sur la bonne mère psychanalyse sans aucune hésitation. Il y a parfaitement réussi, malgré l'abandon de ses frusques de testeur, et il s'est créé une identité salubre de psychanalyste. Mais la crise actuelle ne l'épargne pas et nombre de jeunes psychologues retournent à des positions cliniques paternalistes, opératoires et efficaces : ils deviennent (à la demande générale) aumôniers de guerre, consolateurs en catastrophes, sapeurs-pompiers, histoire de rassurer notre bon monde contre les diverses et terribles contrariétés qui l'assaillent en chatouillant l'ego dans le sens du poil !
- 16 Ces trois fonctions ne manquent pas de se mélanger régulièrement : n'a-t-il pas été question récemment, devant le manque de psychiatres, de donner aux psychologues des responsabilités très médicales ? Le statut de psychanalyste reste d'un abord plus aisé que l'accession au titre universitaire de médecin ! Il y aurait à ce propos beaucoup à dire.
- 17 Heureusement nous savons qu'aucune technique, découverte ou science n'abolira jamais le manque et le désir.
- 18 Le plaisir de pensée, la liberté de pensée, ce que nous prétendons maintenir au mieux chez le sujet nous incite je le crois aux plus fins aménagements, au respect du temps de vivre et d'élaborer de préférence à l'efficacité, à la révélation plutôt qu'à l'effacement ou au déni. Comme l'a dit J. HOCHMANN, nous avons en commun de défendre à tout prix la réalité psychique.

BIBLIOGRAPHY

BUIN Y., *Psychiatries, l'utopie et le déclin*, Erès, 1999, Ramonville.

MINARD M. et coll., *Exclusion et psychiatrie*, Erès, 1999, Ramonville.

ROUDINESCO E., *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France*, 2 vols, Seuil, 1982-1986, Paris.

NOTES

1 Jan GOLDSTEIN. *Consoler ou classifier. L'essor de la psychiatrie française, Les empêcheurs de penser en rond*, 1997

2 À propos de Dieu, j'ai cité une histoire que m'a rapportée René KAËS (Professeur émérite de l'université Lumière Lyon 2). FREUD meurt et arrive au paradis où St Pierre, apparemment inquiet, l'accueille. Dieu est déprimé, peut-il lui prodiguer des soins ? Dieu s'est enfermé dans son bureau depuis très longtemps... FREUD hésite, refuse, puis sur l'insistance de St Pierre accepte d'avoir un entretien avec Dieu. L'entretien dure des heures et lorsqu'il ressort du bureau on s'enquiert de ce qu'il va dire. Et FREUD déclare : « Je pense que pour sa dépression je pourrais faire quelque chose, mais pour sa mégalomanie, il n'y a rien à faire ! ». Il y a une variante : « Je pense que je peux faire quelque chose mais il n'est pas question que ce soit lui qui décide des heures des séances ». Nous laissons le lecteur à ses associations.

3 Saut-de-loup : technique architecturale des asiles psychiatriques remplaçant le mur d'un enclos par un profond fossé infranchissable. Lorsque le patient est dans la cour il a une vision dégagée du paysage.

AUTHOR

Jean-Jacques Ritz

5 rue Sala, 69002 Lyon, psychologue à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, psychanalyste, chargé de cours à l'Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2 (1975-2005), enseignant à l'École de Psychologues Praticiens (2006)

IDREF : <https://www.idref.fr/184134196>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000447742650>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12635237>

Erratum

Suite de l'article de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE

OUTLINE

Quel psychologue puis-je être dans cette place ?

TEXT

Dans le dernier numéro, une erreur s'est glissée dans la retranscription du texte de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE ; la conclusion a en effet été tronquée. Nous présentons aux auteurs toutes nos excuses. Vous trouverez ici la dernière partie de l'article accompagnée de la conclusion initiale.

Quel psychologue puis-je être dans cette place ?

- 1 À son grand étonnement – il avait toujours entendu que le marché du travail des psychologues était complètement saturé –, il trouva rapidement un poste de psychologue à mi-temps dans une petite institution recevant des adolescents ayant des troubles du comportement. Désormais, il n'avait plus de Maître de stage, il était seul, livré à lui-même, ce qui le rendait fier, mais l'angoissait également. Il se rendait bien compte qu'on ne devient réellement psychologue qu'à partir du moment où l'on n'a plus le statut de stagiaire. Au bout de deux mois, une situation de crise au sein de l'institution lui permit de commencer à asseoir sa place et d'être plus intégré par l'équipe : son intervention, sous la forme du Photolangage®, ayant favorisé la reprise d'un lien entre les professeurs des écoles et les éducateurs, alors pris dans des conflits ancestraux. Il analysa cette situation dans son groupe d'intervision et constata combien la technique avait été étayante pour lui. S'il trouvait

petit à petit sa place au sein de cet établissement, c'était évidemment en s'appuyant sur l'analyse et la manière dont il parvenait à penser les processus, tant institutionnels que lors de ses rencontres avec les patients, mais aussi grâce au cadre théorique qui lui servait de garant. À l'inverse, il se sentait moins à l'aise avec les comptes rendus qu'il devait effectuer à destination de structures qu'il méconnaissait. Sa formation ne lui avait pratiquement pas apporté de méthodologie sur ce type de travail. Il souffrait également d'une méconnaissance des structures en réseau avec son institution. Malgré tout, il put rapidement se documenter, puis participer à une session de la « CDES¹ plénière » et se faire son idée sur son fonctionnement.

2 Au bout de quelques mois, le psychiatre, chef de service, avait confié à Anatole quelques suivis, ce qui dépassait ses compétences, pensait-il. Il entreprit alors une formation en thérapie familiale, qui lui apporta d'avantage d'outils pour penser sa clinique, mais surtout plus de confiance. Il expérimentait et s'appropriait progressivement différentes théories du soin, pour se construire la sienne propre : la catharsis, l'interprétation, puis la fonction de contenance, étaient venues tour à tour occuper son esprit et ses lectures avant qu'il puisse introjecter sa propre théorie du soin, celle avec laquelle il se sentait à l'aise pour travailler. En outre, sa participation à des colloques et à des conférences, ainsi que la lecture d'ouvrages spécialisés fournissaient à Anatole des outils supplémentaires pour tenter de mener au mieux sa pratique de psychologue. Si son employeur reconnaissait l'importance de ces démarches, il ne lui permettait pas pour autant de bénéficier d'un temps de travail à l'extérieur de l'établissement, ce qu'Anatole interpréta, étant donné son jeune âge, comme de l'anti-rides².

3 En conclusion, reconstruire ce processus de formation a été pour nous l'occasion d'interroger notre propre processus de construction d'une identité trouvée-créée de psychologue. Ce travail, à la fois de construction et de déconstruction, se tisse par des mouvements complexes et parfois paradoxaux, comme nous avons tâché de le montrer à travers le cas d'Anatole, personnage fictif qui nous paraît sommeiller en tout étudiant en psychologie. Nous avons ainsi tenté de mettre en avant les atouts mais aussi les limites de notre formation, tels que nous les percevons aujourd'hui à travers notre propre vécu mais aussi celui des professionnels psychologue ou non.

Former au métier de psychologue n'est pas une tâche – primaire – facile, de par la grande diversité de postes, des missions, des publics et, finalement, des êtres humains qui se rencontrent dans un tel cadre. Cependant, au regard de nos pratiques actuelles, nous pouvons dire que dans l'après-coup de notre formation, nous avons pu nous mettre au travail en nous étayant principalement sur nos acquis universitaires. Il nous semble donc pouvoir qualifier notre formation de « suffisamment bonne », avec toute la polysémie que cela implique (la réforme LMD y apportera-t-elle des changements ?). Toutefois, le peu de recul dont nous disposons nous invite à la prudence. En effet, comment être objectif, comment avoir la possibilité, le cas échéant, de « cracher » sur le sein qui nous a nourris de son lait, ou dans la soupe universitaire qui nous a fait grandir ? Si Anatole a pu se nourrir du lait maternel il devra sans nul doute trouver d'autres espaces-ressources par la suite, la formation étant permanente.

NOTES

- 1 CDES : Commission Départementale d'Éducation Spéciale.
- 2 RIDES : Recherche Information Documentation Évaluation Supervision.

Le soin des troubles psychotiques en institution

Marcel Sassolas

DOI : 10.35562/canalpsy.3277

OUTLINE

L'intérêt des prises en charge institutionnelles
La réalité, vecteur de communication
La finalité soignante de toute vie institutionnelle
Établir une communication entre deux psychismes
Créer un climat de familiarité
Les défenses psychotiques
Réalité extérieure et réalité intérieure
La contamination de l'institution par le déni
Le sentiment d'appartenance
Le vécu d'appropriation
L'illusion créatrice selon WINNICOTT
Les conditions d'apparition de l'illusion créatrice en institution
L'anticipation thérapeutique
L'exercice de la sollicitude

EDITOR'S NOTES

Le Dr SASSOLAS a assuré pendant une trentaine d'années les fonctions de psychiatre dans le cadre de l'Association « Santé mentale et communauté » dont il est aujourd'hui président.

Il a participé à la création d'un certain nombre de structures innovantes, en particulier à Villeurbanne : le Foyer du Cerisier, la Maison de la Baisse, la Maison d'Accueil Psychothérapique, la Pension Le Florian, la structure Accueil-Liaison-Psychothérapie destinée aux prises en charge de suicidants.

Il est membre du Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes. Il assure la direction scientifique du « Cours sur les techniques de soin en psychiatrie de secteur » qui a lieu à Villeurbanne tous les deux ans, et dont les actes sont publiés aux Éditions ERES. La treizième session de ce cours s'est tenue du 28 au 31 mars 2006 sur le thème : « Conflits et conflictualité dans le soin psychique ».

TEXT

- 1 La remise en question de l'hôpital psychiatrique comme institution soignante dans les années 60 et 70 a été, dans tout le monde occidental, le préalable au renouveau de la psychiatrie. À cette époque où les psychiatres italiens obtenaient par voie législative sa fermeture, en France certains psychiatres – dont je suis – choisirent de lui tourner le dos, et d'inventer au jour le jour une pratique centrée sur la relation avec le patient, soit dans des consultations ambulatoires, soit à leur domicile.

L'intérêt des prises en charge institutionnelles

- 2 Au fil des années, la réflexion autant que l'expérience quotidienne m'ont amené à reconnaître la nécessité et l'intérêt de prises en charge institutionnelles au sein de petites structures. Renoncer à toute forme d'institution pour privilégier la seule relation verbale, ce serait ne pas tenir compte de la place particulière tenue par la réalité matérielle dans le fonctionnement mental psychotique. Les patients psychotiques entretiennent en effet avec la réalité extérieure une relation très particulière, et nous avons tout intérêt à tenir compte (et même à utiliser) cette particularité dans l'élaboration de notre stratégie de soins. La réalité a en effet pour eux une double fonction : celle de moyen de communication privilégié, celle de support de leur vie psychique extravasée dans le monde extérieur (dont les soignants font partie).

La réalité, vecteur de communication

- 3 Ce sont les troubles de la symbolisation qui sont à l'origine de cette particularité amenant le patient à utiliser la réalité – les objets, les actes – comme nous utilisons habituellement le langage, ensemble de symboles représentant ces réalités. Donc à communiquer avec autrui

– et avec eux-mêmes – par le truchement de ces réalités qui deviennent les vecteurs essentiels de notre communication avec eux¹. Si nous ne faisons pas l'effort de réviser, à la lumière de cette donnée de l'observation et de l'expérience clinique, notre manière de communiquer avec eux, nous pataugeons dans un perpétuel malentendu.

- 4 P.-C. RACAMIER a noté avec beaucoup de pertinence qu'un patient psychotique ne s'identifiera qu'à celui qui aura préalablement accepté de s'identifier à lui². La même remarque vaut pour la communication : il ne parlera un jour notre langue – celle dont les vecteurs sont les mots, les symboles – que si nous avons au préalable accepté de parler aussi la sienne, dont les vecteurs sont les actes et les choses. Parler sa langue, c'est observer et comprendre notre relation avec lui en la regardant de son point de vue, et non du nôtre. Cela signifie d'une part, entendre les particularités de sa relation à la réalité, ses actes et ses comportements comme des messages dotés de sens et de cohérence (même si l'un comme l'autre pour l'instant nous échappent) et non comme des témoignages de sa folie ; d'autre part, voir nos actes et les réalités du dispositif soignant que nous lui proposons comme il les voit, c'est-à-dire comme des messages plus significatifs et plus parlants que nos paroles.
- 5 D'une certaine manière, il me semble que pour aborder les patients psychotiques il faut créer une situation dans laquelle ceux-ci se sentent libres d'associer des actes les uns aux autres – comme il est proposé aux patients névrotiques en psychothérapie de se laisser aller à associer les unes aux autres les pensées qui leur viennent à l'esprit.

La finalité soignante de toute vie institutionnelle

- 6 Évidemment, ce qui fait une institution, ce ne sont pas les murs qui la circonscrivent, mais la finalité pour laquelle elle existe et le cadre qui incarne cette finalité – cadre dont les soignants sont la partie la plus vivante. La finalité de nos institutions, c'est le soin psychique – pas le gardiennage, ni la normalisation des comportements, ni la protection de la société. Évidemment, parfois une institution doit faire face

prioritairement à une de ces fonctions-là, ce qui l'amène à renoncer temporairement ou définitivement, partiellement ou totalement, au soin psychique.

- 7 Puisque notre vocation est le soin psychique, pour l'exercer il est nécessaire d'entrer psychiquement en relation avec ces personnes. Je ne parle pas seulement ici de contact social, de la rencontre d'individus – je parle de rencontre entre deux psychismes, le leur et le nôtre. Deux personnes peuvent se rencontrer souvent ou longtemps sans qu'il y ait pour autant une véritable rencontre psychique entre eux. Leur relation peut rester à un niveau opératoire, il y a entre elles, échange d'informations mais non échange intersubjectif.

Établir une communication entre deux psychismes

- 8 La séance classique de psychothérapie ou d'analyse est l'exemple type de communication psychique. Mais que faire lorsque la pathologie du patient ne permet pas cet échange intersubjectif, s'il le perçoit comme une stimulation psychique dangereuse ? Écoutez WINNICOTT dans son livre *Jeu et réalité* : « En psychothérapie, à quoi a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire ». Ce jeu entre deux psychismes, voilà en effet l'objectif de notre rencontre avec ces patients. Le séjour dans nos structures est une tentative pour les amener de l'état où ils ne sont pas capables de jouer psychiquement avec nous à celui où ils seront capables de le faire.

Créer un climat de familiarité

- 9 Une des difficultés réside dans le fait que les troubles psychotiques, ou les graves carences narcissiques, dont souffrent les patients dont il s'agit ici, les amènent à vivre toute rencontre authentique avec un autre être humain comme une source potentielle de danger. C'est pourquoi le préalable à la création d'une rencontre intersubjective entre eux et nous est la création d'un certain climat de familiarité rendant la proximité moins inquiétante, moins dangereuse – qu'ils

puissent nous reconnaître comme leurs semblables, et réciproquement. C'est là l'essentiel de la fonction d'accueil institutionnel. Ainsi toutes les situations de partage de la vie quotidienne dans l'institution sont l'occasion d'exercer cette fonction d'accueil, qu'il s'agisse d'une institution résidentielle ou d'une structure de jour. La charge de ceux qui l'exercent est de créer, à travers ces réalités partagées, ce climat de familiarité dont je viens de parler : faire que peu à peu le patient se sente à l'aise chez nous, et s'approprie progressivement cette maison jusqu'à la vivre comme sienne. Une fois créé ce climat de familiarité source de sécurité psychique, le jeu psychique entre eux et nous pourra se mettre en place.

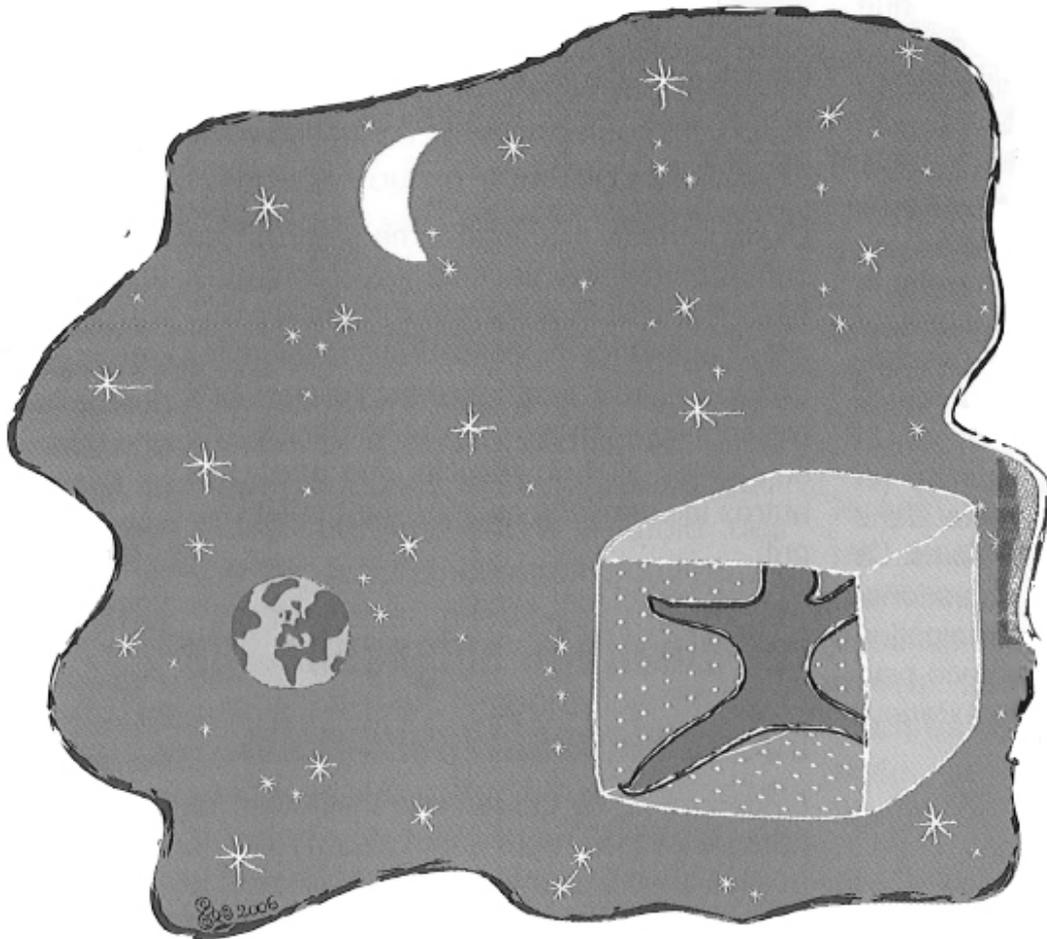
Les défenses psychotiques

- 10 Mais beaucoup de difficultés nous attendent sur ce chemin-là, qui sont inhérentes aux modes de défense psychotique. Au-delà des symptômes présentés à tel ou tel moment par ces personnes – délires, hallucinations, repli autistique, troubles de la pensée, angoisses de morcellement, troubles du comportement, passages à l'acte suicidaires – c'est leur fonctionnement mental particulier que nous allons devoir rencontrer au quotidien. Fonctionnement d'autant plus particulier que son objectif est la réduction de la vie psychique à sa plus simple expression – extinction des affects, laminage des fantasmes, distorsion ou extinction des pensées et des souvenirs, dissolution de tout ce qui fait l'identité de chacun dans l'anonymat, la confusion, l'absence de sens, l'oubli. La vie psychique étant vécue par de tels patients non seulement comme un risque de souffrance mais aussi comme un danger mortel de destruction, les processus défensifs psychotiques cherchent à les en protéger, en falsifiant et en laminant son contenu par le déni jusqu'à le détruire, ou en l'éjectant au-dehors sous forme de délires, d'hallucinations ou de vécus de persécution.
- 11 À un niveau interpersonnel, chaque soignant est confronté à ces processus-là, et ce sont ses propres réactions psychiques à cette manière d'être qui vont constituer le fil d'Ariane lui permettant de ne pas se laisser égarer, et de rester en contact avec les affects, les pensées, les souvenirs, les désirs et les peurs véritables du patient,

tenus à distance, falsifiés, projetés ou menacés de destruction par les artifices psychotiques.

Réalité extérieure et réalité intérieure

- 12 Le soignant psychiatrique est à la charnière de deux réalités : la réalité extérieure (j'emploie ce terme pour désigner tout ce qui est extérieur au patient), et la réalité intérieure, c'est-à-dire la vie psychique du patient. Ils ne peuvent être utiles aux patients psychotiques que s'ils y restent, et gardent sans cesse le contact avec ces deux parties de leur univers. En se maintenant sur cette frontière, ils constituent une véritable épine irritative psychique pour le patient, puisqu'ils se refusent à aller dans le sens des processus défensifs psychotiques qui escamotent toujours l'une ou l'autre de ces deux réalités.
- 13 Au niveau institutionnel, la difficulté est beaucoup plus grande, car les défenses psychotiques y agissent de façon plus difficilement repérable, et avec des effets plus massifs. Plus précisément, c'est sur le terrain institutionnel que va se jouer la problématique majeure que je viens d'évoquer, à savoir cette difficulté des patients psychotiques à concilier les exigences impérieuses et contradictoires de ces deux réalités : celles du monde extérieur dont l'institution fait partie, et qui n'en finit pas de résister durement à la toute-puissance de leurs désirs et de leurs fantasmes, et celles de leur vie psychique qu'ils ont besoin de neutraliser par le déni, la projection ou l'extinction. Notre travail, c'est non seulement de leur rappeler sans cesse – et pas seulement avec des mots – que ces deux réalités existent, mais de les aider à vivre leur coexistence, sans dénier l'une et sans détruire l'autre.



Laurence Chassard

La contamination de l'institution par le déni

- 14 Toute institution concernée par des patients psychotiques risque sans cesse d'être contaminée par le processus défensif le plus actif dans la psychose : le déni.
- 15 Dénier de la réalité extérieure : l'institution est soumise aux mouvements psychiques anarchiques des patients qui ne respectent plus les obligations du cadre, les places et les rôles des uns et des autres deviennent confus, le fonctionnement devient chaotique, imprévisible, les relations avec tout ce qui est extérieur à la structure se détériorent ou s'amenuisent. Le symptôme majeur de cette

contamination par le déni de la réalité est l'apparition puis la multiplication des passages à l'acte, des patients d'abord, de l'institution ensuite, signant une défaillance du cadre dans sa fonction de protection contre l'omnipotence des uns et des autres.

- 16 Dénier de la réalité intérieure : l'institution se rigidifie sur des procédures opératoires cloisonnées, les activités proposées aux patients deviennent une fin en soi et non un moyen d'atteindre leur vie psychique, le fonctionnel l'emporte sur le relationnel, les places respectives des soignants et des patients se figent dans des rôles. Le symptôme majeur de cette contamination par le déni de la vie psychique est l'apparition insidieuse d'un climat de répétition et d'ennui – que traduisent l'absentéisme des patients et la lassitude des soignants.
- 17 Il y a sans doute diverses manières d'aborder l'étude d'un fonctionnement institutionnel. Une voie d'approche intéressante est l'étude du type d'investissement que suscite, favorise, ou au contraire interdit ce fonctionnement. Le préalable à l'efficacité de n'importe quelle relation soignante est l'investissement de celle-ci par les deux parties : patient d'un côté, soignant ou dispositif institutionnel de l'autre. Voici une vérité élémentaire qu'il est plus que jamais nécessaire de rappeler : le premier ingrédient du soin, c'est l'investissement que les professionnels font de leur outil de travail, c'est-à-dire du dispositif soignant proposé au patient. Le deuxième, c'est l'investissement de ce même dispositif par le patient.

Le sentiment d'appartenance

- 18 Or les patients psychotiques ont un mode d'investissement très particulier, qui est de nature narcissique, nécessitant qu'ils puissent se reconnaître dans ce dispositif, ses lieux et ses rouages relationnels. Un service hospitalier peut difficilement susciter un tel investissement, il est trop hétérogène à ceux qu'il reçoit : dans son fonctionnement, l'accent est mis sur ce qui différencie les uns, venus subir des soins, et les autres qui sont là pour les leur donner – et non pas sur les points communs pouvant permettre aux uns de s'identifier aux autres. À l'opposé, la grande qualité des structures intermédiaires comme les Communautés ou les clubs thérapeutiques, les Centres de crise, c'est de pouvoir être investies narcissiquement par leurs

utilisateurs. Encore faut-il pour cela que leur fonctionnement ne soit pas rigidifié ou cloisonné comme celui des hôpitaux, et que pour cela soit évitée la mise à l'écart réciproque de la réalité quotidienne des soignants et de celle des patients.

- 19 Lorsque le fonctionnement institutionnel n'est pas trop hétérogène au fonctionnement psychique du patient et lui permet de se reconnaître en lui, cet investissement narcissique du dispositif par celui-ci va permettre l'instauration progressive en lui d'un sentiment d'appartenance à ce dispositif, vécu comme une instance idéalisée à laquelle il s'identifie. Une plus-value narcissique se dégage pour lui de cette appartenance. Une fois installé ce sentiment bénéfique d'appartenance, le travail thérapeutique va porter sur l'intégration progressive des déceptions successives que vont susciter les insuffisances réelles de cet objet idéalisé. Ce sentiment d'appartenance va permettre un début d'évocation et d'élaboration des conflits relationnels et intra-psychiques appartenant au registre de la symbiose, de la dépendance, de l'autonomie.

Le vécu d'appropriation

- 20 Mais cette confrontation du patient avec sa vie psychique sera beaucoup plus fructueuse si, de ce vécu d'appartenance, il peut passer à un vécu d'appropriation. C'est-à-dire si le fonctionnement du dispositif lui permet de vivre avec l'illusion que celui-ci lui appartient, qu'il en est même le créateur. Tous les fonctionnements institutionnels ne permettent pas l'installation de cette illusion créatrice, de ce vécu d'appropriation : ce n'est pourtant que lorsque celui-ci existe que les avatars de la vie institutionnelle deviennent significatifs pour le patient. Désormais il ne se contente plus de les subir, il les ressent comme autant d'événements qui le concernent. Un détour par la théorie est ici nécessaire pour mieux prendre la mesure de ce qui se joue dans de telles situations.

L'illusion créatrice selon WINNICOTT

- 21 C'est WINNICOTT qui a écrit les textes les plus pertinents sur l'illusion créatrice, et les notions dont je vais faire usage ici sont toutes

extraites d'un livre que je ne me lasse pas de relire et dont je vous conseille vivement la lecture ou la relecture *Jeu et réalité*, dont la première édition française date de 1975.

- 22 Évoquant les premières semaines de la vie du petit être humain, WINNICOTT dit qu'au début la mère par une adaptation qui est presque à 100 %, permet au bébé d'avoir l'illusion que son sein à elle est une partie de lui, l'enfant. Le sein est pour ainsi dire sous le contrôle magique du bébé. La tâche ultime de la mère va être de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner des possibilités suffisantes d'illusion. En d'autres termes, le sein est créé et sans cesse recréé par l'enfant à partir de sa capacité d'aimer ou à partir de son besoin. Encore faut-il pour cela que la mère place le sein réel juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon moment. Ce processus est valable évidemment pour les enfants non nourris au sein, et le mot sein désigne en fait l'ensemble des techniques de maternage.
- 23 C'est cela l'illusion créatrice, cette possibilité donnée au bébé par une mère attentive à ses besoins, de rencontrer au bon moment une réalité correspondant si bien à ses attentes qu'il a le sentiment de l'avoir lui-même créée. L'adaptation de la mère aux besoins du bébé, quand celle-ci est suffisamment bonne, donne à celui-ci l'illusion qu'une réalité extérieure existe et qu'elle correspond à sa propre capacité de créer. Il s'agit là d'une expérience fondatrice : dès sa naissance l'être humain est confronté au problème de la relation entre ce qui est objectivement perçu et ce qui est subjectivement conçu.

Les conditions d'apparition de l'illusion créatrice en institution

- 24 Comme le bébé a besoin de rencontrer au bon moment une réalité correspondant si bien à ses attentes qu'il a le sentiment de l'avoir lui-même créée, le patient a besoin que l'institution qui l'accueille corresponde si bien à ses attentes qu'il puisse avoir parfois le sentiment sinon de l'avoir lui-même créée, du moins d'être une pièce essentielle de son fonctionnement. Pour cela il est nécessaire que dans le fonctionnement institutionnel ne soient pas seulement prises

en compte les défaillances et les souffrances qui ont rendu nécessaire ce recours institutionnel, mais aussi les compétences qui lui permettent d'y vivre et d'en tirer bénéfice.

- 25 Ce message n'est vraiment perçu par le patient que si des signes concrets lui montrent que l'institution a besoin de sa participation pour fonctionner – comme par exemple, dans les structures résidentielles de Villeurbanne, l'absence délibérée de soignants à demeure dans les unes, de personnel hôtelier dans les autres. Participation à la vie matérielle d'abord, mais participation relationnelle aussi : le refus des soignants de prendre en charge la vie quotidienne de chacun, de gérer leur vie relationnelle dans la maison comme à l'extérieur, d'intervenir systématiquement dans la poursuite de leur traitement médicamenteux, constitue un message agi adressé au patient, dont le contenu est clair : vous n'êtes pas que malade, vous êtes compétent pour remplir ces diverses tâches. Bien entendu, d'autres messages institutionnels sont nécessaires pour éviter que ce recours aux compétences de chacun soit vécu comme un abandon.

L'anticipation thérapeutique

- 26 Faire de cette participation du patient un des ingrédients indispensables au fonctionnement institutionnel, c'est mettre l'accent sur ses potentialités – même virtuelles. C'est donc anticiper ses progrès, c'est lui montrer que l'objet de notre investissement soignant n'est pas seulement lui, avec ses souffrances, ses insuffisances et ses compétences actuelles, mais aussi ses potentialités – c'est-à-dire ce qui à terme va lui permettre de se détourner de nous, de se passer de nous.

L'exercice de la sollicitude

- 27 Un des intérêts de cette attitude institutionnelle d'anticipation thérapeutique est de donner au patient la possibilité d'exercer, grâce au soutien du cadre, sa capacité de sollicitude, c'est-à-dire sa capacité à prendre soin de lui et des autres – sur le plan psychique comme sur le plan matériel. Cette possibilité de prendre soin de soi dément et modifie le vécu d'incapacité à se venir en aide à soi-même, souvent présent chez de tels patients, et qui constitue une blessure

narcissique permanente, dommageable pour l'estime de soi, source d'auto-dépréciation et de vécu dépressif.

- 28 Quant à la possibilité de prendre soin des autres patients, elle donne à chacun l'occasion de vivre des attitudes bénéfiques de réparation que Melanie KLEIN et Harold SEARLES ont avec pertinence relié au vécu inconscient de culpabilité suscité par les fantasmes violents envers l'imgo maternelle qui accompagnent tout mouvement vers la séparation et l'autonomie. Trop souvent les situations institutionnelles réservent aux seuls professionnels l'exercice de cette salutaire capacité de réparation – au détriment des patients qui en sont exclus alors qu'ils auraient tant besoin de pouvoir l'exercer !

BIBLIOGRAPHY

La psychose à rebrousse-poil, ERES, 1997.

Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social, ouvrage collectif, ERES, 1997.

Le groupe soignant, des liens et des repères, ouvrage collectif, ERES, 1999.

Les portes du soin en psychiatrie, ouvrage collectif, ERES, 2002.

Malaise dans la psychiatrie, ouvrage collectif, ERES, 2004.

Éloge du risque dans le soin psychiatrique, ouvrage collectif, ERES, à paraître février 2006.

NOTES

1 Hanna SEGAL, *Délire et créativité*. Éditions des femmes, Chapitre IV : « Notes sur la formation des symboles » (p. 93). Chapitre VIII : « Quelques aspects de l'analyse d'un schizophrène » (p. 180).

2 Paul-Claude Racamier, *Les schizophrènes*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980.

AUTHOR

Marcel Sassolas

IDREF : <https://www.idref.fr/029492971>

ISNI : <http://www.isni.org/000000008143058X>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12110864>

Écho

« Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir »

Cinquième journée des psychologues du Vinatier

Éliane Moulin

OUTLINE

Présentation des questions
Bilan de la journée

TEXT

Présentation des questions

- 1 Les journées des psychologues du Centre hospitalier du Vinatier sont l'occasion de débats et d'échanges, elles permettent de penser ensemble pour faire avancer la pratique de chacun. Elles prennent à présent une place importante dans l'espace professionnel de la région. Les participants y sont de plus en plus nombreux et viennent de plus en plus loin. Depuis 10 ans donc, les thèmes choisis essaient d'être au plus près des intérêts et des tensions qui traversent les équipes, la psychiatrie, l'université et la société dans ses rapports à la folie.
- 2 « Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir ! »
- 3 Notre titre, pour le rassemblement du 21 octobre 2005, convoque FREUD d'emblée. En effet, S. FREUD¹ termine *Totem et tabou* par cette double référence poétique et biblique : « Au commencement était l'acte... ».
- 4 Une partie du texte de l'« Esquisse »² est une métapsychologie de l'action. L'acte est le mouvement de fond de la métapsychologie freudienne et la mise en acte, l'agir du passé oublié et refoulé se trouve être une retombée de ce mouvement.
- 5 Si FREUD distingue acte et parole, acte et représentation, il ne les oppose pas : l'origine en est toujours pulsionnelle.

- 6 Il faut donc souligner l'ambiguïté et le paradoxe entre une conception de l'analyse comme verbalisation et rétention de la mise en acte, et une conception du transfert comme fragment de répétition, inéluctable agir. Ainsi, ce qui est pris en compte dans la référence analytique, ce sont des événements psychiques qui prennent valeur d'acte.
- 7 Plus tard, Piera AULAGNIER³, avec d'autres, a étendu le champ ouvert par FREUD des névroses aux psychoses, à celui des pathologies qui ont en commun un usage préférentiel de l'agir : somatisations, addictions, ou mises en actes. Cela l'a conduite à approfondir l'action exercée par la réalité, le corps, pour se demander quelles sont les conséquences et les limites des interactions entre fonctionnement psychique et fonctionnement somatique ainsi que l'impact du rapport à l'autre dans la construction de l'enfant.
- 8 FREUD nous a appris le différé, la mise en latence du pulsionnel, l'importance de la temporalité... Ce n'est pas sans un certain malaise qu'il a vu revenir l'agir sur le devant de la scène, présentant une menace pour l'élaboration psychique.
- 9 Or, à quoi assistons-nous actuellement ? Il semble que soit portée attention, et préférentiellement médiatisé, ce que l'on peut entendre comme une focalisation sur la question de l'acte, une valorisation des agirs sur la scène publique, le tout dans une accélération du temps. Comment se fait-il que les changements sociaux se centrent autant sur la question de l'acte ?
- 10 J'évoquerai 3 points, 3 exemples, qui nous touchent en tant que soignants et nous laissent désemparés.
- 11 Tout d'abord les terribles violences contre des soignants qui ont nourri une récente actualité comme en témoigne l'éditorial du *Monde* du 14 mai 2005 soulignant les difficultés de la psychiatrie publique.
- 12 L'angoisse suscitée par cette médiatisation de l'agir a pour effet la constitution de clivages entre la figure du meurtrier et celle de la victime, et engendre des réponses en miroir de nos dirigeants prônant la « répression au karcher » ou la mise en place de cellules plus étanches.

- 13 Comment composer avec l'existence de ces clivages et la pression qu'exerce sur nous la forme des réponses qui nous sont proposées ?
- 14 Mon deuxième point consistera à évoquer à l'aide d'Élisabeth ROUDINESCO⁴ « cette pulsion évaluatrice généralisée qui envahit les sociétés libérales et réduit l'homme à une chose, le sujet d'une marchandise, tout en prétendant obéir aux principes d'un nouvel humanisme scientifique ».
- 15 Nous sommes l'objet depuis quelques années d'une expérimentation d'évaluation du coût de la santé. Par des glissements progressifs, le système s'est transformé en un relevé d'activité constituée d'actes juxtaposés morcelant soignants et soignés. Insidieusement, ces relevés d'activité conduisent à augmenter les actes produits et la gravité des pathologies pour obtenir plus de moyens et de personnel.
- 16 Il ne s'agit pas dans ce propos de contester la réalité économique, certes, ni la difficulté gestionnaire, mais d'évoquer les conséquences de méthodes qui réduisent l'humain à ses objets partiels.
- 17 L'objectif de cette journée a été de convoquer à un partage sur la manière dont chaque hôpital, chaque service, chaque soignant composent avec ces contradictions profondes et particulièrement préjudiciables dans le champ de la psychiatrie.
- 18 Mon dernier point soulignera la conquête des sites culturels universitaires et soignants par les nouvelles théories et techniques de soin prétendant à une hégémonie et se livrant à une revisite partielle et idéologique des années d'histoire de la psychiatrie française. Je pense ici à la parution du *Livre noir de la psychanalyse*, promotionnant l'exclusivité des techniques cognitives et comportementales.
- 19 Il s'agirait, selon ces nouvelles théories, de résoudre les symptômes du corps et les déviations du comportement sans s'occuper de leur sens. Un discours de vérité viendrait en place d'une écoute du patient visant une normalisation, une rationalisation, une rééducation systématique.
- 20 Une posture d'expert remplacerait la posture clinique. Les « psys » devenant spécialistes de l'humain, détiendraient ainsi un savoir définitif sur : comment tenir son bébé, comment divorcer, comment

perdre son père... Dans cette optique, nous serions des experts de la vie et la vie deviendrait donc une maladie.

- 21 Là non plus, notre souci n'est pas de pourfendre la recherche dans ces domaines, ni de contester l'utilité de l'avancée des techniques rééducatives dont nous avons constaté la pertinence dans l'expérience acquise au fil des années de soin. Seule la tentative d'hégémonie et le combat idéologique visant à éliminer la prise en compte de la conflictualité psychique inquiètent véritablement les travailleurs du soin que nous sommes.
- 22 Le trouble s'accroît devant la multiplicité des approches qui s'imposent et nous placent dans une confusion des langues où se perd de vue l'unicité de l'humain. En conséquence, patients et familles se trouvent paradoxaux et manifestent une détresse observable devant le peu de contenance dont ils font l'objet.
- 23 Comment alors entendre cette énigme de la souffrance humaine dont nous parlait Jean GUILLAUMIN lors de notre précédente journée il y a deux ans ?
- 24 Comment pouvons-nous imaginer l'avenir de notre travail quelle que soit notre fonction et notre place dans l'institution ?

Bilan de la journée

- 25 Roland GORI⁵ et Christian HOFFMAN, professeurs d'université, psychologues et psychanalystes, nous ont apporté leur contribution et nous ont soutenus tout au long de la journée dans nos questionnements du côté de l'anthropologie du sujet humain : son rapport à la folie, l'essence de son agir et de ses actes.
- 26 La journée était organisée de telle manière que chacun puisse se sentir partie prenante des élaborations proposées par les intervenants. Des groupes de travail préalables avaient été constitués pour inviter R. GORI et C. HOFFMAN⁶ à développer leurs propos et leur pensée à partir de situations cliniques concrètes mises à jour et discutées dans ces groupes. Nos deux intervenants se sont prêtés avec intérêt au jeu.
- 27 R. GORI s'est livré à une intervention clinico-théorique *in situ*, s'exposant à des questions, voire à des contradictions d'autant plus

serrées qu'elles avaient été préparées en groupe.

- 28 Les participants ont donné un ton particulièrement libre aux échanges. R. GORI a surplombé progressivement les situations cliniques présentées en proposant une analyse épistémologique conséquente des discours scientifiques sur la folie, discours qui utilisent soit l'outil de la logique consciente, soit l'outil de la logique inconsciente. Ces propos prennent toute leur valeur dans la situation conflictuelle actuelle en psychiatrie. La qualité de la réflexion de R. GORI met en lumière la faiblesse théorique et la médiocrité des arguments échangés dans les tournures médiatiques du débat actuel. Ce débat semble en effet plus au service du pouvoir des uns et des autres qu'au service d'une réflexion véritable visant l'intérêt des malades.

« Si l'éthique fait défaut à la science, c'est bien parce que celle-ci s'est sans cesse éloignée de la pensée, de la pensée de ce souci de soi qui constituait la finalité de la connaissance antique... Nous ne pouvons nous résoudre à choisir entre une médecine techno-scientifique redoutablement efficace et une médecine humaine privée de moyens, démunie de reconnaissance scientifique et sociale. La médicalisation de l'existence et la marchandisation des expériences de vie vont ensemble... Le psychanalyste a appris que la véritable souffrance dans la souffrance, c'est son non-sens et que l'on souffre moins lorsque l'on souffre pour quelqu'un ou quelque chose... Dans cette civilisation folle de l'instrumentalisation du vivant et de l'objectivation du sujet humain, comment évaluer l'effet des paroles, le bienfait de la véritable présence de l'Autre ? Comment, et avec quels critères, évaluer qu'il fait plus clair quand on parle, comme le disait le petit garçon, de l'histoire freudienne ?... Bien au-delà des épistémologies de la psychopathologie, de la médecine et de la psychanalyse, c'est d'un choix de société qu'il s'agit. Un choix éthique. C'est de l'humain qu'il s'agit, de son avenir comme de son histoire, de son site comme de sa signature. En tant que cliniciens nous en avons reçu l'héritage⁷... »

- 29 Suite aux vignettes cliniques initiales interrogeant la clinique de l'acte ou du non-acte dans les thérapies de deux adolescents en CMP, C. HOFFMANN⁸ s'attache à distinguer l'acte du passage à l'acte. L'un comme l'autre sont la marque d'un franchissement : l'acte signe un passage dans le réel entraînant le symbolique et peut être lu chez

l'adolescent comme une action signifiante qui arrête la cogitation imaginaire paralysante. Il se formalise dans un énoncé du type « je l'ai fait ! ».

- 30 Le passage à l'acte (*acting out*), indique un « vouloir la jouissance tout de suite », qui est un court-circuit du désir et n'attend rien de l'autre. Il est alors vécu comme hors-transfert. La violence survient là dans un contexte de mépris de la parole. Lors des récents événements de violence sociale, la prévalence de l'enjeu de l'image (TV, scoops...) fait perdre de vue la fonction d'adresse des mises en scènes comportementales. On est dans une logique narcissique où l'évocation du nom du père ne fait plus médiation. Le débat avec la salle pose la question de savoir ce qu'est une demande de soin à l'adolescence et C. HOFFMANN souligne alors les réponses parcellaires souvent faites à cette question. Un accord semble se dessiner quant à la nécessité d'une réponse par l'acte à visée symbolisante dans la relation avec les adolescents.
- 31 À l'issue de cette journée de travail, nous pouvons souligner l'intensité des débats qui ont eu lieu, permettant à chacun de se repérer dans les grandes questions actuelles concernant l'évolution de la psychiatrie et de s'approprier des éléments de compréhension de son propre rapport à chaque patient dans l'institution soignante.

Les journées des psychologues du Vinatier sont organisées tous les deux ans et ouvertes à toutes les catégories professionnelles des différents services, hôpitaux, lieux de soin de la région lyonnaise. Elles sont organisées par l'Association des psychologues de l'hôpital ; elles sont financées par une partie de son budget de formation continue avec le soutien logistique de la direction de l'hôpital.

NOTES

- 1 Sigmund FREUD, 1912, *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1971.

- 2 Sigmund FREUD, « Esquisse d'une psychologie scientifique », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1969.
- 3 Piera AULAGNIER, 1975, *La violence de l'interprétation*, PUF.
- 4 Élisabeth ROUDINESCO, 2004, *Le patient, le thérapeute, et l'État*, Paris, Fayard.
- 5 Roland GORI, Marie José DEL VOGO, 2005, *La santé totalitaire*, Denoël.
- 6 Roland GORI, Christian HOFFMANN, 1999, *La science au risque de la psychanalyse*, Erès.
- 7 Roland GORI, Marie José DEL VOGO, 2005, *La santé totalitaire*, Denoël.
- 8 Christian HOFFMANN et coll., 1999, *Problématique adolescente et direction de la cure*, Erès, Toulouse.

AUTHOR

Éliane Moulin

Psychologue clinicienne, Association des psychologues, CH Le Vinatier, 95 Bd
Pinel 69677, Cedex