

# **A C T A**

**PENSEES DE PSYCHIATRIE  
PENSEES DE PSYCHIATRIE**

A.S.B.L.

**III<sup>e</sup> SYMPOSIUM**

**« L'honneur perdu de la psychiatrie... rôle et fonction du  
psychiatre dans une société de mutation. »**

Hélécine, le 26 octobre 2002

## Le mot du Président

Monsieur le Représentant du Ministre,  
Chères Consoeurs,  
Chers Confrères,  
Mesdames,  
Mesdemoiselles,  
Messieurs,

En tant que Président de « Pensées de Psychiatrie », j'ai le plaisir de vous accueillir à son IIIème Symposium, organisé avec la collaboration du C.H.R.H., des firmes Astra-Zeneca, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Glaxo Smith Kline, Lundbeck, Organon, Wyeth-Lederle, Merck, ainsi qu'avec le concours de la Plate-Forme Psychiatrique de Liège.

« Pensées de Psychiatrie » est une association belge de psychiatres qui a pour vocation d'aborder, dans le domaine de la santé mentale, des thèmes délaissés par les circuits traditionnels existants, en offrant la possibilité d'en débattre.

Nous sommes donc des psychiatres qui pensent (ce qui pourrait paraître un tantinet injurieux pour nos Consoeurs et nos Confrères) : en tout cas désireux de creuser la réflexion dans le sens du Sens.

Que faisons-nous dans notre pratique ? Qu'est-ce qui se fait autour de nous et qui nous fait faire ce que nous faisons ?...

Nos thèmes sont choisis par l'Assemblée Générale annuelle, à partir de propositions soumises par le Conseil d'Administration.

Notre souci est d'inviter des orateurs provenant d'horizons différents et concernés par le problème abordé.

Notre Ier Symposium, en 2000, était consacré au « Monde des psychotropes, enjeux éthiques, scientifiques et économiques »; notre II ème Symposium s'intitulait : « Une psychiatrie à mission sociale dans une société générant des exclus ». Le thème de ce IIIème Symposium est : « L'honneur perdu de la psychiatrie... rôle et fonction du psychiatre dans une société en mutation ».

J'aimerais peut-être éclairer le sujet en me référant au modèle du noeud borroméen, cher à Lacan, et explicité par le Professeur DE MUNCK lors d'un colloque intitulé : « Les murs de l'asile, les murs de la pensée », organisé par le Club Antonin Artaud à Bruxelles le 04 octobre dernier.

Le noeud borroméen est un concept constitué de trois anneaux imbriqués l'un dans l'autre. Sa caractéristique est que, si vous brisez l'un des anneaux, les deux autres se disloquent aussitôt et l'ensemble s'effondre.

La psychiatrie pourrait selon cette vue reposer sur trois anneaux :

- le premier anneau, c'est celui du regard, du regard extérieur; c'est ce qui est observé, c'est la nosographie décrite, l'objectivation neuro-biochimique; c'est ce qui va de l'extérieur vers le sujet, dont la pharmacothérapie;
- le deuxième anneau, c'est celui de l'écoute; c'est un cercle subjectiviste, qui s'intéresse à ce qui vient de l'intérieur du patient et qui met en jeu les sentiments dans le cadre du colloque singulier, son prototype étant la situation analytique;
- le troisième anneau, c'est le cercle institutionnel, c'est le rôle thérapeutique par elles-mêmes des structures de soins existantes, l'interaction avec les structures familiales et avec les autres composantes de la société. C'est une clinique de l'inter-relation. Les intervenants du troisième anneau ont comme caractéristique de ne pas être des psychiatres, contrairement aux protagonistes des deux premiers anneaux mais ce peut être l'entourage familial, les autres patients du service... On sait parfois que, pour les patients complètement désinsérés socialement, l'institution hospitalière, l'hôpital de jour, les habitations protégées restent le seul lieu de contact et d'échange, le seul fournisseur d'un cadre et de repères structurants. Ce sont des ressources, des possibilités non perçues (c'est la femme de ménage qui essuie les larmes d'un patient) et qui échappent, par nature, aux évaluations d'efficacité, car il ne s'agit pas d'un service presté, mais d'un effet lié à la présence, difficilement quantifiable...

Les trois anneaux seraient complémentaires, dans l'idéal équilibrés, chacun ayant besoin l'un de l'autre pour assurer la cohérence du tout.

La psychiatrie contemporaine n'est-elle pas en train de déséquilibrer le noeud boroméen en faisant porter un accent trop exclusif sur le premier cercle, le cercle nosographique, en DSM IVisant la psychiatrie, en objectivant « les maladies mentales » avec le risque d'évacuer l'écoute et la souffrance présentées comme inopportunes et inintéressantes, le symptôme apparaissant comme une excroissance aberrante qu'il faut faire disparaître, de préférence par voie pharmacologique, sans référence à l'histoire personnelle du patient, à la limite sans intérêt.

Le modèle somatique n'est-il pas en train d'envahir la psychiatrie comme une lame de fond, laissant subsister quelques îlots entourés de murailles où de curieux personnages, les psychanalystes, sont tellement persuadés du bien-fondé de leur discipline qu'ils ne s'aventurent jamais au-dehors, sans voir que le flot affouille leurs remparts.

Le deuxième cercle n'est-il pas en perte de vitesse, et la psychiatrie, enjôlée par les sirènes de l'objectivité, n'a-t-elle pas quelque peu délaissé le camp de la subjectivité, l'univers de l'écoute, faute de temps, soumise à la pression de la rentabilité par la société du dehors ? Sans pour autant dramatiser, car la place du relationnel ne s'étend-elle pas au fil du temps ?

L'honneur perdu de la psychiatrie... au-delà du clin d'oeil culturel, ne collationne-t-on pas des check-lists de symptômes plutôt que de soupeser le poids décisif d'un symptôme cardinal, égaré par le quantitatif ? La psychiatrie a-t-elle tenu son rang et a-t-elle suffisamment défendu sa spécificité ?

Tout comme le Dauphin criant à son père, Jean Le Bon, ferraillant contre ses ennemis, de se garder à droite et de se garder à gauche, ne devons-nous pas craindre d'être alors grignotés par les logues, neuro-logues d'un côté et psycho-logues de l'autre ?

Le rôle et la fonction du psychiatre ne sont-ils pas modifiés par l'évolution actuelle de la société ?

Je voudrais ici citer le Confrère GODFROID, qui a magistralement introduit le sujet dans un article du Vif l'Express, dont je ne résiste pas au plaisir de vous lire quelques extraits : « Le psychiatre est généralement malmené par le cinéma, qui le présente tour à tour comme un géôlier inaccessible (Vol au-dessus d'un nid de coucou; Terminator II), un incompetent vénal (Ma vie est un enfer), un excentrique survolté (Quoi de neuf, Bob; Ally Mac Beal), au mieux comme un doux rêveur (Un divan à New York) quand il n'est pas lui-même un dangereux déséquilibré (Le silence des agneaux; Hannibal; Pulsions) ».

Quel est vraiment le rôle du psychiatre dans la société ? Un sorcier moderne ? car la famille du patient, et dans une moindre mesure le patient lui-même, ont souvent une attente magique à l'égard de l'intervention du psychiatre. Un régulateur social ? lorsque la société ne parvient plus à contenir sa violence de manière raisonnée et que les policiers peinent à remplir leurs missions, la justice croit souvent que le psychiatre pourrait être la solution providentielle. Le magistrat se défait ainsi sur le psychiatre des tâches de contrôle social alors que, GODFROID le rappelle, le psychiatre est un soignant basant sa pratique sur le consentement mutuel en faveur d'une alliance thérapeutique.

Un philosophe domestique ? Il participe en effet à tous les débats et reality-shows; son nom apparaît dans les magazines féminins et autres médias de grande audience : le psy explique l'inexplicable, interprète, juge, pontifie,...

Il est beaucoup demandé au psychiatre dans la société contemporaine, dit-il en conclusion, ne lui demandez pas en plus de la changer.

Ne renvoie-t-on pas vers la psychiatrie des phénomènes de société (toxicomanie) en élargissant sans cesse son objet ? Dans nos sociétés, la dimension psychologique n'est-elle pas de plus en plus prise en compte : pas de catastrophe sans psy..., psy à qui on demande de rétablir le lien social, de s'occuper de l'émotion... et demain peut-être d'intervenir dans les conflits sociaux ? Sa raréfaction via le numérus clausus va-t-elle entraîner son remplacement dans diverses fonctions ? Assistons-nous à une modification des psychopathologies en fonction des changements des représentations sociales, la société actuelle ne secrète-t-elle pas des cas-limites comme la société bourgeoise du temps de Freud secretait la névrose ?

En sus des modifications qualitatives, n'observe-t-on pas des modifications quantitatives, comme le doublement de l'incidence des dépressions tous les 10 ans ? La logique du marché est-elle entrée dans les têtes ? Quel devenir pour quelle psychiatrie ?

Pour tenter de répondre à toutes ces questions et éclairer notre lanterne, quatre orateurs vont se succéder ce matin :

- **Michel DEGOSSELY**, pédo-psychiatre et responsable du Centre des Hautes-Fagnes, et membre du conseil d'administration de « Pensées de Psychiatrie »;
- **Bernard FOUREZ**, psychiatre et thérapeute de famille, professeur exerçant aux cliniques universitaires de l'UCL à Mont-Godinne, auteur de nombreux articles et coauteur d'un livre récemment paru « Les ressources de la Fratrie », il s'est intéressé aux rapports entre sociologie et psychologie, ainsi qu'à ceux entre psychothérapie et culture. Il anime avec Monsieur GAUCHET un séminaire de réflexion sur la personnalité contemporaine;
- **Jean DE MUNCK**, professeur de sociologie à l'UCL, à la production abondante et qui a le mérite de s'exprimer dans un langage compréhensible; philosophe et sociologue, il s'est plus particulièrement intéressé aux domaines de la santé mentale, de la toxicomanie, de la médiation et du Droit. Il est notamment auteur de deux ouvrages, l'un intitulé « Mutation du rapport à la Norme » et l'autre l' « Institution sociale de l'Esprit » (PVF); il est donc, lui aussi the right man in the right place...;
- **Vinciane DESPRET**, brillante philosophe, qui nous éclairera sur les passions agitant la société d'aujourd'hui.

Docteur J. FANIELLE

## **Identité professionnelle et peau de chagrin**

### **Michel DEGOSSELY**

La prise en compte de l'identité de l'être humain est primordiale dans notre pratique. Dans le dictionnaire historique de la langue française, Alain Rey (1992) en fait remonter l'origine au bas latin *identitas* qui signifie : « qualité de ce qui est le même ».

Un sentiment de continuité est nécessaire à la bonne perception que nous avons de nous-mêmes; c'est pourquoi, nous parlons en psychopathologie des troubles de l'identité.

Bien que constituant pour l'essentiel une construction personnelle, l'identité a besoin d'étayages dans le monde extérieur : appartenance à une bande chez l'adolescent, appartenance à un milieu professionnel chez l'adulte.

Ce milieu crée une identité professionnelle plus ou moins sécurisante selon les conditions matérielles et de pratiques mais aussi selon les représentations que la société élabore à ce propos, ainsi que le rôle qu'elle lui assigne dans son organisation.

Il est tout à fait d'actualité que le psychiatre s'intéresse maintenant à son identité professionnelle puisque celle-ci subit un processus qui peut la modifier, processus désigné pour la première fois en 1831 par Honoré de Balzac par le terme de « peau de chagrin ».

Dans le roman homonyme, le héros Valentin a acquis un talisman : une peau d'âne sauvage (chagri en turc) qui a comme pouvoir de réaliser un certain nombre de désirs mais dont la surface diminue selon la vitesse de leur accomplissement : finalement, le talisman disparaît en même temps que son propriétaire.

La peau de chagrin est devenue une expression courante qui signifie un rétrécissement progressif des possibilités. On a considéré la peau de chagrin comme une métaphore de l'existence humaine, voire d'une profession (les phthisiologues ont disparu malgré leurs montagnes magiques) mais c'est aussi la métaphore de la dégradation du climat d'une époque, comme en témoignent les nombreux articles écrits par Balzac parallèlement à la rédaction de son roman. Le Paris de 1830 présente une certaine analogie avec notre temps : caractérisé qu'il est par la confusion des repères politiques, philosophiques, épistémologiques, avec désacralisation des valeurs (marchandisation généralisée) entraînant un appauvrissement des possibilités de réflexion : bref une autre modalité du processus en peau de chagrin.

Nous allons prendre comme point de départ ce qui se passait dans le secteur psychiatrique au cours des années 60. C'est le moment où, quittant les murs de l'asile, le psychiatre arrive dans la cité : apparaissent de nouveaux besoins et les autorités de tutelle (à l'époque représentées seulement par deux ministres, celui de la Santé Publique et celui des Affaires Sociales) élaborent un programme de formation pour porter le nombre des neuro-psychiatres (comme cela s'appelait alors) de 200 à 900 unités en quelques années.

Dans les années 60, les professions qui deviendront ultérieurement concurrentes sont peu actives : les assistantes sociales ne font pas encore de psychothérapie, les psychologues sont des licenciés en orientation professionnelle dont l'essentiel de l'activité concerne les tests; il existe quelques psychanalystes non médecins, la plupart du temps enseignants, la sociologie est une référence lointaine.

En ce qui concerne les références intellectuelles, la palette très large des intérêts peut être illustrée par les thèmes traités dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale - section psychiatrie - où la discipline ne se présente pas fermée sur elle-même, mais se trouve à l'articulation entre les sciences naturelles et humaines, entre le général et le singulier, entre l'universel et le spécifique. C'est l'époque du concept bio-psycho-social (auquel il faudrait ajouter le culturel) : idéal de connaissances très étendues, individuellement inaccessible qui dessine la perspective où l'on situe dès ce moment la prise en charge de l'être humain.

1960, c'est enfin la parution en langue française du livre de Michaël Balint : « Le médecin, son malade et la maladie ». L'oeuvre illustre les pouvoirs de la relation médecin-malade. L'interaction devient thérapeutique (c'est la personne du médecin elle-même qui constitue le médicament le plus efficace). Très rapidement, cette démarche va prendre de l'ampleur : les groupes Balint vont rassembler différents professionnels de la santé : on peut voir ici l'illustration d'une forme de la Psychologie Médicale.

Où en est-on 40 ans après ?

Depuis une décennie, nous savons que le champ de la psychiatrie a tendance à se diluer dans celui beaucoup plus vaste de la Santé Mentale : ainsi, un certain nombre de plateformes psychiatriques sont devenues des plateformes de concertation en santé mentale (certes, il existe depuis plus de 25 ans des centres de santé mentale où jusqu'à présent le psychiatre a joué un rôle de directeur et de coordinateur non négligeable).

Cette évolution témoigne de l'apparition de nouveaux besoins : à côté des troubles et maladies mentales proprement dites, on repérera le mal-être existentiel, la détresse morale, l'inadaptation variable aux contraintes de l'existence. On ne prévoit pas devant cette marée une augmentation du nombre de psychiatres déjà insuffisants mais la reconnaissance officielle d'intervenants en santé mentale qui ne se définissent pas comme des para-psychiatres sans que l'on sache dans quelle mesure ils prennent en charge les troubles et maladies mentales proprement dites.

La proposition de Loi déposée à la Chambre le 27 mars par Mr Y. Mayeur et Mme C. Burgeon (proposition de loi modifiant, en ce qui concerne l'exercice des professions de la santé mentale, l'Arrêté Royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé) illustre bien la « philosophie » en ce domaine qui s'établit en opposition à la médecine et sans liaison apparente avec la psychiatrie (même si l'on admet les psychiatres et pédo-psychiatres comme professionnels de la santé mentale).

Quelques extraits :

« Il ne peut y avoir une quelconque dépendance entre les disciplines relevant des soins de santé car cela nuirait aux droits du patient et à l'objectivité du diagnostic ».

« La psychologie clinique est une science à part entière et se différencie de façon nette de la médecine. N'ayant pas reçu de formation approfondie en psychologie clinique, le médecin n'est pas en mesure d'apprécier la nature des interventions, ainsi que le nombre de séances nécessaire pour traiter le patient ».

« Permettre à l'individu de choisir en toute liberté l'accompagnateur qu'il trouve le plus approprié à sa situation en favorisant le recours à celui-ci sur une base volontaire est de nature à favoriser son épanouissement au sein de la société et sera bénéfique à l'ensemble de celle-ci ».

Pas moins de 17 professions différentes sont concernées par le dépôt de cette proposition, dont nous ne ferons un commentaire qu'en considérant la nature de la psychologie clinique telle que d'autres auteurs l'ont définie (C. PREVOST - 1988 - La psychologie clinique. P.U.F. (Paris) et D. LAGACHE - 1949 - L'unité de la psychologie. P.U.F. (Paris) ).

Pour C. Prevost qui en a décrit l'évolution, la psychologie clinique a toujours été conflictuelle, son noyau est « l'étude approfondie des cas individuels » sans négliger l'interaction, son statut de science peut être discuté car elle se situe entre le général et le singulier. Elle ne peut se suffire à elle-même et c'est un de ses fondateurs, le Docteur Daniel LAGACHE qui soulignait sa dette vis-à-vis de la psychiatrie, des psychothérapies, de la phénoménologie. La psychologie médicale constitue une branche spécialisée de la psychologie clinique.

En pratique, la peau de chagrin psychiatrique se manifeste notamment dans l'unité perdue (scission entre les psychiatres d'orientation infanto-juvénile et les psychiatres d'adultes, dans la substitution de plus en plus fréquente des psychiatres par les psychologues dans diverses fonctions avec le soutien de l'autorité politique, dans l'exclusion des psychiatres des instances élaborées par les décideurs (ainsi la Task Force créée pour une politique intégrée en santé mentale groupe, à titre d'experts, les professionnels suivants : psychologues, sociologues, économistes de la santé, juristes mais pas de psychiatres ou de pédo-psychiatres) encore que l'on puisse se demander si cette exclusion est délibérée ou se présente comme le peu de disponibilité professionnelle des psychiatres pour ce genre d'activités. Enfin, les avancées de la neurologie, couplées au progrès de la pharmacothérapie, pourrait enlever au psychiatre tout un pan de sa pratique (il existe déjà un circuit neuro-pédiatre-enseignement spécial de type Teacch dans le domaine de l'autisme sans qu'un pédo-psychiatre ait été nécessairement consulté).

Il nous reste quelques minutes pour aborder l'épistémologie du paradigme de la santé mentale et nous verrons que la substitution de ce concept à celui de troubles et désordres mentaux n'apporte pas nécessairement la clarté : effet de la peau de chagrin dans le champ ici des représentations.

La santé mentale, c'est d'abord le mouvement pour la santé mentale créé en 1908 par Clifford W BEERS (à 38 ans, il publie un livre qui sera par la suite traduit en plusieurs langues : « Un esprit qui se trouve lui-même » où il décrit son parcours psychiatrique).

Le mouvement se constitue en société de santé mentale avec comme objectif celui d'améliorer la condition des patients placés dans les asiles américains.

En 1948, se constitue une organisation mondiale pour la santé mentale et en 1949, une section d'hygiène mentale est créée à l'Organisation Mondiale de la Santé.

En 1966, nous devons au Docteur François Clouthier, ancien directeur général de la Fédération Mondiale pour la santé, un petit livre sur la santé mentale (P.U.F., Paris) où celle-ci est définie comme un concept difficile à circonscrire (il écrit d'ailleurs plusieurs pages pour nous l'expliquer). Pour lui, ce concept implique un jugement, il est variable culturellement : enfin, on ne peut avoir de conception valable de la santé mentale que si on l'insère dans le cadre plus vaste de la santé en général.

Dans une perspective de santé publique, la santé mentale se définit dans son rapport à trois axes qui ne se recouvrent que très partiellement : l'axe pathologique, l'axe des normes fixées par la société, l'axe du bonheur et de l'adaptation.



Les travaux récents de l'équipe de Viviane KOVESS (planification et évaluation des besoins en santé mentale - Flammarion, 2001) avec l'ambition limitée d'établir les besoins du point de vue des planificateurs retrouvent ces trois axes :

- 1) santé versus maladie ou diagnostic;
- 2) bien-être versus détresse psychologique : c'est le meilleur prédicteur de demande d'aide, meilleur notamment que le diagnostic;
- 3) le fonctionnement social.

2001 est l'année de la santé mentale. A cette occasion, le rapport annuel de l'OMS s'intitule « Santé mentale, nouvelles conceptions, nouveaux espoirs ». Il s'agit d'un rapport très dense, d'inspiration bio-psycho-sociale mais qui ne peut que reprendre la définition fondatrice de l'institution : « La santé est un état de total bien-être physique, psychologique et social ». Celle-ci n'inclut pas seulement l'absence de maladie.

En ce qui concerne la santé mentale, l'OMS n'arrive pas à établir une définition universellement valable tant sont grandes les divergences culturelles. Peut-être faut-il retenir en Occident un sentiment de continuité, de maîtrise mentale qui permettrait d'avoir quelque influence sur son destin.

La distinction entre santé mentale et troubles mentaux n'est pas très nette : ainsi, pour établir les indices de santé mentale, on détermine ceux-ci en repérant le nombre d'individus atteints de troubles mentaux.

Peu de temps après, on peut télécharger sur internet le projet de rapport final de la Classification Internationale des Handicaps de l'O.M.S., rapport non encore publié qui nous présente une conception tout-à-fait originale de la santé.

Renonçant au schéma de causalité linéaire de WOOD (1980) avec feedback : maladie - déficience - incapacité (fonctionnelle) - handicap (social), dans sa seconde version (C.I.H. - 2), cette commission crée un modèle qui tient compte à la fois de la santé, du handicap et de la maladie : elle distingue dès lors divers niveaux de santé. Cette perspective pourrait être intéressante pour la santé mentale.

Enfin, après avoir abordé la santé mentale citoyenne, terminons par le sentiment de santé mentale intime.

La santé, en général, pose déjà un problème conceptuel. Dans sa conférence de 1988 à Strasbourg, G. CANGUILHEM, sur le thème : « La santé : concept populaire ou question philosophique » établit que la santé n'est pas un concept scientifique. Il cite de nombreux philosophes célèbres où il apparaît que la santé est un phénomène vaguement perçu. Rappelons la phrase du chirurgien Leriche : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ».

Si la santé mentale est peut-être davantage perçue, ne pouvant être un concept scientifique, elle doit être considérée comme une valeur, voire comme une valeur essentielle, telle qu'elle fut considérée de tout temps. En latin, valere signifie « avoir de la valeur » mais aussi « se bien porter ».

**Etre psychiatre et psychothérapeute quand la psychothérapie et l'expression de soi sont devenues deux foyers culturels**  
**Bernard FOUREZ**

**Introduction :**

Ce que je voudrais pointer aujourd'hui, c'est un certain regard sur la psychothérapie, à propos de ce qu'elle a secrété et mis en place comme culture, et de nous questionner sur notre travail de psychothérapeute, dès lors que la psychothérapie nous revient comme culture, traversant à la fois les patients que nous voyons et les thérapeutes que nous composons.

Dans un deuxième temps, tout en reprenant la genèse de ce que l'on pourrait appeler l'individu expressif, je porterai un regard sur l'acte psychothérapeutique - qui s'inscrit clairement dans la culture expressive - posé face à cette structuration psychique que construit ce foyer culturel de l'expression de soi.

Il y a une vingtaine d'années, un dessin de Sempé montrait un chemin sur lequel avançait un humain. Ce chemin bifurquait en Y et une des branches de l'Y menait à une église devant laquelle se trouvait un prêtre, l'autre branche du Y menait à un cabinet de psychanalyse, devant lequel se trouvait un psychanalyste. En voyant l'humain se rapprocher du carrefour, le psychanalyste s'adresse au prêtre en lui disant : « s'il a péché, c'est pour vous, s'il n'a pas osé pécher, c'est pour moi ».

Il ne faut pas être un grand clerc en effet pour constater que la psychothérapie, et la culture qu'elle a secrétée, a gentiment travaillé à l'érosion du Surmoi, au profit du désir, se déployant et installant sa généralisation dans les années 70, qui s'inscrivaient elles-mêmes dans la mouvance révolutionnaire et contestataire de l'après 68. En ce sens, la psychanalyse et la psychothérapie s'instituaient telle une cerise sur le gâteau de la modernité à savoir comme une expérience de libération des instances supérieures et notamment, le Surmoi.

Autrement dit, le dessin de Sempé permet de voir assez clairement avec quoi d'autre qu'elle-même la psychothérapie pouvait ou a pu s'articuler. La question qui me semble importante de se poser aujourd'hui est la suivante : avec quoi d'autre la psychothérapie s'articule-t-elle aujourd'hui ?

**1. La mentalité victimaire**

S'il y a bien une mentalité, un positionnement psychique qui semble se généraliser dans nos contrées, c'est la mentalité victimaire. Je reprends ce terme à l'essai de Pascal Bruckner « La tentation de l'innocence ».

A mon sens, la mise en place de cette mentalité n'est nullement étrangère à la grande mouvance qu'a été pour l'Europe occidentale l'installation de l'égalité des chances à laquelle notre Occident a travaillé depuis 1789. La lutte contre les privilèges a structuré son action en dégageant les victimes des abus que pouvaient agir certains pouvoirs et certains privilèges, en tentant de ramener ces victimes à une égalité.

Si 1789 a très clairement été une tentative de mise à égalité des bourgeois face aux nobles qui détenaient le pouvoir, les grands mouvements sociaux du début du 20ème furent une mise à égalité des ouvriers par rapport aux privilèges et abus de la classe bourgeoise. Le 20ème siècle a vu s'installer l'égalité de la femme par rapport à l'homme, puis la mise en situation égalitaire des adolescents face aux adultes (les teen-agers des années 60) et enfin, la mise à égalité de l'enfant par rapport à l'adulte (avec la charte des droits de l'enfant en fin du 20ème siècle).

Le mouvement peut se continuer au-delà de l'humain, avec ce que nous donne à voir le positionnement écologique consistant à repérer la nature comme victime, installant notamment un animal comme un être de droit, et plus récemment aux USA, l'arbre comme un être de droit.

Une victime semble n'avoir pas encore été repêchée, c'est sans doute le minéral, il ne faut pas exclure l'arrivée prochaine de la libération des minéraux : SOS-schiste foulé ou granit fêlé seront pour bientôt.

Ainsi donc, le héros d'une époque devient, dans l'installation de la mentalité égalitaire, le plus petit qui s'extrait des outrages subis. Autrement dit, celui ou celle - et de préférence celle à notre époque - qui a subi un outrage semble recevoir un crédit, une importance, une identité culturelle et donc sociétale.

L'installation de la mentalité égalitaire n'a pu se déployer, se généraliser que dans le contexte de l'arrêt des guerres en Occident. En ce sens, pour reprendre les propos de Marcel Gauchet, nous pouvons dire que nous vivons une période d'apaisement politique du fait qu'il n'y a plus de guerre entre les nations en Occident, ce qui a structuré les mentalités selon l'apaisement.

Ainsi donc, il me semble assez net que l'agressivité semble fortement proscrite de la charte des comportements de l'occidental, et la généralisation du « Politically correct », à mon sens, est là pour en témoigner.

Comment dès lors, se rejoue la dynamique agressive, l'agressivité, qui semble de tout temps avoir constitué un invariant anthropologique ?

En effet, si les rapports sociaux invitent à ne plus prendre le dessus sur l'autre, c'est-à-dire prendre le pouvoir, l'abuser ou..., s'il ne s'agit donc plus de prendre le dessus, il me semble qu'assez clairement, la tactique agressive se reconduit en prenant le dessous. En d'autres termes, en tant qu'occidental apaisé, je ne rentrerai pas en conflit en prenant l'ascendant sur quelqu'un mais j'entamerai le conflit en me positionnant comme victime d'un agresseur. On pourrait donc dire que l'agressivité de nos jours semble se manifester plus volontiers par une position inverse de l'agressivité traditionnelle. Dans notre culture, actuellement, ce mécanisme se donne à voir dans les dynamiques de harcèlement, de discrimination, et de tout ce qui à trait à la notion de victime et du positionnement de celle-ci comme initiateur des conflits.

Souvenons-nous, le film de Weber : « Le placard ». L'acteur Daniel Auteuil, employé d'une firme qui produit des préservatifs, est menacé de licenciement. Sur les conseils d'un de ses voisins de palier - qui est psychologue d'entreprise -, il fait diffuser dans la firme pour laquelle il travaille, des fausses photos de lui-même en train de participer à des gay-party.

La rumeur se répand alors immédiatement sur les lieux du travail : Daniel Auteuil est un homosexuel. A ce moment, son licenciement devient bien plus problématique et est évité car, si un homosexuel est licencié, la firme pourrait être taxée de discrimination.

Venons en maintenant à nos psychothérapies.

Les théories psychanalytiques, dans leur vulgarisation - c'est bien de cette vulgarisation que je vais parler et non pas de la substance même de ces théories et dans leur inscription dans la culture - n'ont-elles pas apporté matière à conforter le réflexe victimaire ? En effet, les théories du trauma causées notamment au petit enfant par les fantaisies parentales, si elles ont une pertinence au sein de l'acte psychothérapeutique, ne constitueraient-elles pas un ferment victimaire dès lors qu'elles s'inscriraient dans la culture ?

Or, nous sommes à mon sens au point culminant de la mentalité victimaire solidement appuyée par le discours des médias, par l'appui constant de la société de droit, les systèmes assuranciers, - tous éléments baignant dans l'idéologie des droits de l'homme - et par l'idéal psychothérapeutique devenu clairement culture opérante, ressassant sans cesse les postulats victimaires.

La question devient donc : que faisons-nous, à quoi ouvrons-nous encore dès lors que nos théories relaient ce qui s'est institué comme culture ? Où y-a-t-il encore du sujet, tant du côté du patient que du thérapeute, dès lors que nos théories prêteraient le flanc à la subtile confirmation du victimaire,...

Je ne vous cacherais pas que je suis très étonné par l'engouement que manifestent avec une intensité somme toute effrénée les psy pour le Trauma. Il n'y a pas un trimestre, pas un mois où ne se déroule soit un colloque, une conférence, une sortie d'un livre ou d'un article qui ont trait au trauma; même les assistants en psychiatrie se montraient étonnés de l'importance accordée aux PTSD lors de leur cours de spécialité.

L'emballement pour le trauma me semble opérer un véritable vacarme intellectuel. Cet engouement en plein essor de la mentalité victimaire pourrait ne pas permettre au psy de se positionner comme sujet de sa culture : pour rappel, le sujet - on devrait d'ailleurs l'appeler le sujet moderne -, c'est précisément celui qui a la possibilité de casser son assujettissement à ce qui pourrait l'inféoder.

Deux éléments semblent ressortir du vacarme intellectuel du trauma. D'une part, le concept de la résilience qui donne une bouffée d'oxygène par rapport à ce climat. Toutefois, il est étonnant de constater que ce concept nous est présenté comme une grande nouveauté. Or, a-t-il été possible de s'engager dans le traitement de patients traumatisés, sans croire ou sans être animé par cette conviction d'une résilience possible ?

A l'inverse, et dans un même moment, on tente de nous sensibiliser à la transmission inter-générationnelle du traumatisme. Nous voilà repartis pour un tour, ou deux, ou trois ! Sur combien de générations en effet ? Probablement trois, comme cela fut décrit à propos de la psychose.

Pourquoi trois générations ? Sans doute que lors d'une thérapie familiale, il est difficile de rassembler plus que trois générations mais avec l'augmentation de la durée de vie, il n'est pas exclu que le chiffre quatre se profilera tôt ou tard dans les théories !

La vision finalement très individuocentrique hypersubjectivée de l'humain, semble avoir oté aux contemporains, la capacité de pouvoir dire d'un événement, d'une adversité : il advient. L'adversité est d'emblée ressentie comme une atteinte singulière, comme une atteinte au plein coeur de la subjectivité. Le langage des psy et des citoyens s'achemine de plus en plus dans une confusion entre adversité et traumatisme. Porter atteinte devient le plus souvent traumatiser. N'est-on pas sur les lieux d'une distorsion cognitive ? En effet, pour qu'il y ait traumatisme, il faut une adversité, ensuite un choc psychologique, et enfin, si ce choc n'est pas éludé, une inscription psychique traumatisante. Or, force est de constater que le langage courant tant des thérapeutes que des patients fait le plus souvent coïncider frustration, adversité, adresse agressive, peine, avec le mot trauma. Un récent congrès se dénommait les traumatismes au quotidien. Pourrait-on voir aussi dans cette dénomination, une banalisation du mot traumatisme ? Peut-on si facilement que cela faire coïncider traumatisme et quotidienneté ? Dans un débat, un psy parle de l'éducation comme quelque chose de traumatisant; n'est-on pas sur les lieux d'une distorsion cognitive ? Le phénomène éducatif comporte bon nombre des situations frustrantes bien évidemment, mais elles sont maturatives. Cette distorsion cognitive nous donne à voir la difficulté qu'a la mentalité égalitaire de percevoir ce qu'il peut y avoir de maturant humain dans l'inégal ou dans l'adversité.

Ainsi donc, si tout devient trauma, nos thérapies se devront-elles alors, de travailler à contre-courant de cette hypersubjectivation toxique ? Nos thérapies vont-elles devenir des hauts lieux de l'apprentissage d'un refoulement efficace ?

Envisageons maintenant un autre point très présent dans la psychothérapie d'une part et dans son impact culturel d'autre part : la culpabilité.

Comme le montre très clairement le dessin de Sempé, cité en début de cette conférence, la psychothérapie s'est notamment inscrite dans le traitement des culpabilités.

La culture psychothérapeutique semble par contre avoir assez nettement reconduit d'autres culpabilités : combien de parents ne sont-ils pas venus et viennent encore me consulter avec une culpabilité liée au fait qu'une adversité portée par eux-mêmes à leur enfant n'ait déjà créé le traumatisme chez ce dernier, trauma dont ils se sentent évidemment coupables ? Ils se vivent comme n'ayant pas été suffisamment préventifs (autre thème éminemment culturel) : des livres comme « Tout se joue avant 6 ans » sont à ce titre de puissants ferments de culpabilité parentale. On commence à entendre aussi très récemment des patients qui se culpabilisent du cancer d'un de leurs proches, puisque des théories étiologiques du cancer lient celui-ci à un stress ou bien sûr un traumatisme encouru par celui qui développe un cancer et dont l'entourage pourrait se ressentir l'auteur.

En guise de boutade, on pourrait dire que la psychothérapie est une formidable réussite sur le plan du marketing. En effet, s'attachant à traiter les culpabilités, elle a pu en recréer d'autres et se constituer ainsi de nouveaux patients.

Enfin, les théories du trauma ont ceci de particulier : elles permettent de repérer un trouble mental actuel en lien causal ou de continuité avec un événement antérieur; elles sont donc des théories qui s'étayaient sur l'antériorité. Un glissement épistémologique peut alors très vite s'amorcer; si les théories de l'antériorité peuvent expliquer le présent, ces mêmes théories pourraient-elles devenir dès lors des théories de la prévention de la pathologie future ? Il semble que dans bon nombre de mentalités, ce débordement épistémologique ait été allègrement franchi. Or, une théorie de soin n'est pas nécessairement une théorie de prévention. Par exemple, la prévention de la tuberculose ne réside pas nécessairement dans l'inondation d'une population avec de la streptomycine. Si tel était le cas, nous risquerions de ne plus nous entendre, ce qui deviendrait une maladie professionnelle pour les praticiens de l'écoute que nous sommes !

Je résumerais donc ce qui vient d'être dit en nous adressant une question : si nous avons été bien éduqués à faire de façon la plus soigneuse possible le travail de la **demande** à propos des patients qui viennent nous consulter, il me semble qu'actuellement il convient que nous portions aussi notre regard sur une autre dimension à savoir : **que nous offre à entendre le patient de notre offre ?**

Je pense que nous devons considérer qu'à l'heure actuelle, la psychothérapie ne constitue plus autant une surprise ou une ouverture ou quelque chose de neuf pour nos patients de la même manière que cela a pu se dérouler il y a une trentaine d'années.

A ce titre, je voudrais vous raconter un cas clinique qui illustre bien la question de l'offre. Un psychologue vient me voir dans une période où il est sans travail, avec un discours peu enthousiaste et un élan fortement ralenti. Il a déjà parcouru quelques démarches psychothérapeutiques avec assiduité et vient me dire qu'il doit reprendre une psychothérapie pour continuer d'avancer. Le prenant au mot, je lui pose la question : « Pour pouvoir avancer, n'y-a-t-il pour vous que la psychothérapie ? ». Il me répond alors : « Vous pouvez penser qu'il y a d'autres voies que la psychothérapie pour avancer ? ». En tant que psy effectivement, il avait répondu à la question d'un psy par une autre question ! Je lui réponds alors en tant que psy par une question : « Ne pensez-vous pas ? ». Il a manifesté alors une réelle surprise par rapport au fait qu'on puisse penser que la psychothérapie n'était pas la seule manière d'avancer dans la vie. Je l'ai laissé avec cette question et lui ai remis un rendez-vous trois ou quatre semaines plus tard pour redébattre de la chose et quand il vint me revoir, sa décision fut assez claire de ne pas reprendre une psychothérapie ayant décidé de se remettre au travail ayant des projets en vue d'une réinsertion professionnelle.

Si jusque maintenant j'ai porté mon regard sur l'impact de la psychothérapie sur la culture et le retour de cette dernière dans le chef des patients qui nous consultent, je pense qu'il est aussi important de regarder comment notre discours peut-il lui aussi être teinté par certains éléments de la culture.

Je suis en effet assez frappé de voir au combien le mot droit est présent dans le discours de certains psy. Le droit à penser à soi, le droit de souffrir, le droit de ?... semble être une importation directe en provenance de la société de droit qui s'est installée et qui se déploie particulièrement aujourd'hui; cela nous repose à nouveau la **question du psychothérapeute comme sujet de sa culture.**

Ainsi, j'ai pu remarquer dans un numéro du « Journal des TOC », un article fait par un psychologue qui établissait une sorte de charte de droits pour le patient atteint de TOC.

« N'oubliez pas que si vous n'êtes pas responsable de la présence du TOC, vous restez responsable de votre vie et vous avez des droits ».

Le droit d'être respecté psychologiquement et physiquement.

Le droit de recevoir de l'aide pour soi.

Le droit d'exprimer ses propres émotions d'une manière non destructrice.

Le droit de maintenir une qualité de vie et de s'épanouir.

Le droit à l'intimité et le droit de vivre sa propre vie.

Le droit au repos et aux loisirs.

Le droit de refuser.

Le droit d'instaurer des règles de vie à la maison et de les faire respecter.

Le droit pour les parents d'un enfant obsessionnel d'être parents pour les autres enfants.

On voit ici très nettement la collusion entre un phénomène de culture qui vient teinter le discours et la position psychothérapeutique selon un mode dont il faudrait à mon sens débattre : devenir un individu de droit est-il réellement une voie de santé psychique ?

D'autre part, de qui ce thérapeute reçoit-il ce droit de proclamer la charte du Droit des TOC.

Enfin, pourrait-on imaginer que d'ici peu, un nouveau droit pourrait être ajouté à la liste qui vient d'être citée : « le patient a le droit à ne pas être bousculé psychiquement par un thérapeute », ce qui apporterait au phénomène psychothérapeutique une louche supplémentaire de maternel qui permettrait à la psychothérapie de rejoindre définitivement la matriarchie rayonnante qu'organise notre culture.

J'aborde maintenant la seconde partie de l'exposé.

## **2. L'individu expressif et l'identité expressive. Comment s'articulent-ils avec notre acte thérapeutique ?**

Pour aborder cette question, il me semble important de faire le détour par ce qui pourrait être une genèse de l'être expressif.

### **Genèse de l'individu expressif**

L'être humain s'est toujours senti double c'est-à-dire lieu de l'articulation du visible et de l'invisible. Pour reprendre les travaux de Gauchet, durant la plus grande partie de l'histoire humaine, l'invisible a été le divin clairement situé à l'extérieur de l'humain; le divin est ainsi le lieu de la totalité qui relie l'ensemble des individus et en même temps que le lieu d'où émane la vérité. Redisons à ce stade que le terme religion vient de religere c'est-à-dire relier.

Avec le développement de la modernité, l'humain visible s'est donné une place de plus en plus consistante par rapport à l'invisible, c'est-à-dire le divin. Je ne retracerai pas ici, faute de temps, le trajet de la modernité, mais lorsque le moderne Nietzsche au 19ème siècle énonce Dieu est mort, cela signifie que l'humain commence à pouvoir s'imaginer disposer de lui-même. **La découverte de l'inconscient dit Gauchet, c'est précisément l'instant historique où l'humain situe l'invisible non plus à l'extérieur de lui-même mais à l'intérieur de lui-même.**

J'ajouterais, que possédant ainsi le pôle de la vérité en lui, il pourra alors passer du stade de se vivre articulé avec la vérité, au stade d'avoir la vérité en soi, c'est-à-dire pouvoir s'inscrire dans l'authenticité. Ce qui me semble par contre s'être déroulé par la suite, c'est que le contemporain va de moins en moins considérer que l'Inconscient est dépositaire en lui d'un invisible, c'est-à-dire de quelque chose d'autre que lui. Il semble en effet que pour le contemporain, son Inconscient, c'est tout simplement lui.

Du fait de cette inclusion, l'individu devient ainsi un être dont le psychisme est devenu un lieu du singulier et en même temps le lieu d'où peut sortir l'authenticité. Il se vit donc comme un être à haute potentialité, un réservoir d'authenticité et donc une des expériences sociales majeures constituera de pouvoir faire émerger, exprimer ce potentiel, c'est-à-dire s'inscrire dans l'expression de soi. L'expérience sociale expressive consiste en effet en la mobilisation du potentiel en soi, potentiel lié à ce stade de l'inclusion de l'invisible en soi.

L'individu expressif recherche alors dans le contexte ou dans le monde ambiant ou dans l'autre qu'il rencontre, une situation qui aura une capacité d'animer, de susciter le potentiel en soi; il se constituera alors un événement. On reconnaît l'importance dans cette configuration du mot et du rôle de l'animateur dans notre jargon d'une part, et dans les rôles sociaux d'autre part. En effet, la fonction animatrice devient essentielle sur le plan de l'organisation d'une société afin de faire émerger les potentialités authentiques du coeur de chacun et constituer par l'émergence de ces dernières un phénomène reliant par la mise en scène de ces fractions invisibles qui aurait pour rôle de relier les humains singuliers. L'animation, la **suscitation** devient donc une expérience sociale majeure à notre époque.

J'ai déjà décrit cette éthique de la suscitation dans un article écrit il y a 5 ans « Docteur, je manque de confiance en moi ».

L'individu expressif est donc un personnage assez réactif, rapide, mobile, capable de multiples situations de changement, à la recherche incessante de l'événement à haute potentialité suscitative d'expression de soi.

Il développe aussi, de ce fait, une capacité festive très développée vu que la fête est par définition un moment de haute suscitation, d'animation des potentiels d'un singulier. Je renvoie ici pour la description de ce côté festif aux admirables descriptifs de Murray dans son livre « Après l'histoire » dans lequel il décrit le contemporain comme un « homo festivus. »

L'individu expressif est donc à mon sens indissociable du moment de l'histoire où le rapport à l'instant, au temps court, à l'immédiateté, sont devenus des piliers de la culture occidentale. L'instant présent semble effectivement primordial bien plus que la représentation d'une continuité. **L'accent se déplace sur l'instant révélateur du potentiel humain et beaucoup moins comme une articulation du passé, du présent et du futur qui construirait, elle, l'histoire d'un humain.**

S'articuler dans une histoire constituée par l'action de l'homme sur son milieu avait été le pilier constitutif de la modernité. La recherche de l'événement à haute possibilité de mobilisation de soi semble être le pilier constitutif de la post-modernité.

Attardons-nous maintenant, après ce descriptif, à la constitution de l'identité psychique ou plutôt de ressentiment de l'identité dans un tel dispositif. Lorsque je parle de sentiment d'identité, je distingue très clairement le sentiment d'identité psychique et l'identité sociale.



En effet, me référant aux travaux de Jean-Paul Mugniez (« L'identité virtuelle »), je reprendrais à ce dernier l'éclairage qu'il donne au concept de l'identité. En effet, dit-il, le mot identité contient la même racine que celle de « identique ». A ce titre, une identité sociale est précisément ce qui fait que je partage quelque chose d'identique avec quelqu'un d'autre : si j'ai pour ma part une identité de psychiatre, c'est que je ne suis pas le seul à être psychiatre sur terre mais que je partage quelque chose de l'ordre du même, avec d'autres qui pratiquent la même profession que moi.

Dans mon exposé, je m'attarderai sur le sentiment d'identité, c'est-à-dire la perception de l'identité singulière qu'a un individu par rapport à lui-même et à son propre discours. Le sentiment d'identité psychique se ressent de façon générale par une perception d'un continuum, d'une permanence qui traverse les changements de la vie et qui fait que quelque chose de l'ordre du même perdure, malgré les changements, et qui fait que l'on se reconnaît exister avec une identité aux différents stades et moments de l'existence. A ce titre, nous connaissons bien en clinique la phrase typique du dépressif qui, vivant une rupture dans son identité psychique, vient nous dire « je ne me reconnais plus ». Il ne vient pas nous dire « je ne me connais plus », mais « je ne me reconnais plus », le « re » indiquant le besoin de la répétition du même pour qu'il y ait perception d'identité.

Si ce sentiment d'identité psychique semble s'être fortement appuyé sur la perception d'une histoire qui se déroule au sein de nous-mêmes (et ceci me semble être constitutif de l'identité moderne) il me semble d'autre part que nous voyons de plus en plus un type d'individu chez qui la question du ressenti d'identité ne se pose plus de la même façon dans leur vie qui, elle, est hautement changeante, très clairement agencée dans l'anti-routine (ils nous disent ne pas supporter la routine) et dont la perception de l'identité semble s'amorcer lors de la répétition d'instant à haute expression du potentiel en soi.

Il ne s'agirait donc plus à ce moment d'une représentation d'un continuum, d'une permanence qui assurerait le ressenti d'identité, mais de la possibilité de réitérer de la manière la plus incessante possible la présentation d'un même potentiel.

Ainsi donc, dans ce modèle, on passerait du primat de la représentation au primat de la présentation. On quitterait d'autre part et d'une certaine manière, la culture de l'impression pour passer dans la culture de l'expression.

On passerait ainsi à mon sens d'une identité historique à une identité que je qualifierais de saltatoire, c'est-à-dire en saut.

« Le changement me fait exister » me disait une personne typiquement dans ce mode d'existence saltatoire.

L'identité serait donc sans cesse à devoir se constituer in situ, dans l'événement. Elle ne serait donc jamais permanente ou préexistante.

Il me semble que la fonction saltatoire que nous sommes en mesure de pouvoir penser à notre époque se lit aussi dans certains instruments techniques, et je pense à certains appareils électroniques qui possèdent des boutons dont la fonction est attribuée par d'autres commandes; en d'autres termes, cela veut dire que la fonction que remplit un bouton ou une touche n'est pas dévolue à cette dernière de façon permanente et est sans cesse à devoir être réactivée par l'action d'un autre bouton (l'animateur) et qui fait que la fonction du premier bouton est assurée par la conjonction suscitative d'un autre élément. L'identité saltatoire, c'est précisément cela. La définition de l'identité n'est pas faite de façon rétensive, permanente, mais se doit d'être modulée régulièrement par un contexte qui lui donne un sens ou un autre de façon saltatoire et toujours à devoir être reprise.

Nous sommes donc devant un type d'identité qui ne revendiquerait plus la mémoire pour pouvoir s'étayer. Il me semble que dans ce passage de l'identité historique à l'identité saltatoire, on reconnaît un passage analogue de celui du passage de l'économie de la matière à l'économie virtuelle avec la labilité typique de cette dernière. En effet, nous passons d'une identité qui serait une constitution progressive d'une oeuvre historique, par l'agencement de différentes étapes traversées et constituées autour de la permanence d'un sujet vers une identité qui serait constituée par une juxtaposition d'événements dont la mission serait l'émergence d'un potentiel, mais sans qu'il n'y ait aucune perception d'une quelconque préexistence de ce potentiel.

Pour rester dans le domaine du matériel, le passage de l'identité historique à l'identité saltatoire pourrait être analogue au passage du Lego comme jeu au Nintendo ou à la console Sega; le Lego invite à construire pièce après pièce une oeuvre qui s'élabore lentement et progressivement; les jeux électroniques invitent à la rapidité suscitative et adaptative dans une suite de moments réactifs et adaptatifs.

**Regardons maintenant comment ces phénomènes se lisent dans les pathologies que nous voyons arriver dans nos cabinets.**

D'une part s'inscrire dans la suscitation nécessite d'être concentré pour saisir le contexte suscitatoire. Or, nous avons de plus en plus de troubles de la concentration; ceci signe sans doute que la panne se trouve beaucoup plus du côté d'un problème de concentration que d'un problème d'énergie. D'autre part, nous pourrions nous poser la question : les gens qui viennent se plaindre de troubles de concentration seraient-ils en panne de ce type de modèle ? Résisteraient-ils autrement dit à ce type de constitution identitaire ? Nous pourrions nous poser la question à propos des plaintes concernant les troubles de la mémoire. Si la mémoire ne semble plus essentielle à l'étayage de l'identité, ceux qui se plaignent de troubles de la mémoire viennent-ils nous indiquer leur résistance à ce type de constitution identitaire ?

Vivre de façon saltatoire est une pathologie ? Je ne le pense pas d'emblée, mais il me semble que nous avons régulièrement en demande de thérapie des personnes qui semblent en panne du saltatoire : très souvent, ils nous arrivent avec des demandes « je voudrais fonder un couple », ou « je voudrais fonder une famille », comme s'ils se montraient percutés par la question de la durée de la permanence qui semble leur revenir en pleine face. Ou bien ils sont déstabilisés par une rencontre avec la mort, ou la finitude - ce qui revient au même - c'est-à-dire par exemple une maladie ou une difficulté somatique.

La mort véhicule le thème du temps long, Lapalisse en aurait dit autant. Ils ont souvent entre 30 et 40 ans. Ces demandes de thérapie, ou cette arrivée avec une plainte de ce type, montrent-elles une impossibilité, à partir d'un certain moment de l'existence, de continuer dans ce seul mode saltatoire ? De plus, il convient de considérer que ces individus viennent certainement nous voir parce que nous représentons pour eux, nous les psy, c'est-à-dire nous les vieux modernes, des chevaliers de l'historicité, historicité qu'ils se sentent devoir apprivoiser tout d'un coup. En clair, viendraient-ils nous montrer le besoin de sommation, d'organisation dans le temps que leur âme éprouve à un moment de leur existence ?

Une question anthropologique se pose à propos du saltatoire : dans le fond, l'être humain peut-il se passer d'une sommation de ses expériences de vie, sommation et réflexivité par rapport à ces dernières ? J'aurais tendance à penser que le besoin de sommation psychique est un invariant anthropologique. A ce titre, faut-il voir la revenue du récit dans les théories systémiques comme un besoin thérapeutique de sommation ? Que le récit soit à un niveau singulier ou à un niveau collectif.

Mais, je pense qu'il y a beaucoup de saltatoires que nous ne voyons pas. Ils se recrutent notamment auprès des représentants de l'homo festivus décrit par Murray et que nous pourrions voir en abondance si nous nous déplaçons à Ibiza. Je pense en effet qu'il y a moyen de vivre en harmonie avec le saltatoire dès qu'une époque possède dans ses registres culturels le rapport à l'instant.

Mais j'avancerais aussi l'hypothèse suivante : les saltatoires qui ne connaissent pas la panne de leur mode d'existence et qui donc ne remplissent pas nos salles d'attente, je me demande si on ne les retrouverait pas tout simplement dans les salles d'attente des chirurgiens plasticiens et esthéticiens. Je parle ici plutôt des adeptes du jeunisme plus que ceux qui souhaitent se modifier de façon constitutive. Les saltatoires réussis seraient-ils ceux qui ne vivraient plus la durée, la permanence dans la sphère psychique et qui reconduiraient cette dimension temporelle au niveau du corps et de la matière afin de disposer d'un corps inaltéré, jeune de façon permanente, sans trace de l'emprise du temps et rejoignant ainsi l'idéal du potentiel intact à tout instant ?

La place de la psychothérapie restera-t-elle alors dans ce milieu le lieu de la sommation psychique ?

Je terminerais alors mon exposé en reprenant la fiction de Sempé en l'adaptant à notre époque contemporaine : on pourrait imaginer un saltatoire avançant le long d'un chemin menant à une bifurcation. Sur la gauche, la route mène au cabinet de chirurgie esthétique avec devant ce dernier le chirurgien. Sur la droite, la route mène vers le cabinet du psychothérapeute avec devant ce dernier le psy. Le psy s'adresse alors au chirurgien en lui disant : « Si pour lui le temps psychique est du côté de l'instant, il est pour vous. Si pour lui, le temps psychique est du côté de l'histoire, il est pour moi. »

## Mentalisation du social, socialisation du mental

### Jean DE MUNCK

Bonjour à tous, je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui et donc, je vais jouer mon rôle, celui d'un non-psychothérapeute, non-psychanalyste, non-psychiatre, d'un sociologue qui jette un regard extérieur sur l'évolution de ce champ qui est tellement symptomatique des évolutions de la société dans son ensemble.

J'ai intitulé mon exposé « Socialisation du mental, mentalisation du social »; je pense que c'est vraiment ça qui est en train de se passer, de se réaliser sous nos yeux et donc, je vais très simplement diviser mon exposé en deux parties, d'abord la mentalisation du social, ensuite la socialisation du mental.

Il me semble qu'il n'échappe à personne que nous vivons pour l'instant une transformation importante dans les sociétés contemporaines, quoique difficile à élucider, qui se marque notamment dans la transformation de certains syndromes psychiatriques, transformation des dominances de certains syndromes, (on parle beaucoup de la boulimie, d'anorexie, de la dépendance, de la dépression, du borderline...) qui pourrait faire signe vers une transformation profonde, peut-être, de la nosographie et peut-être plus profondément encore, (c'est un peu la veine que suit volontiers Marcel Gauchet notamment), une transformation anthropologique sur les structures fondamentales de la personnalité dans la modernité. Et, il il semble que Bernard FOUREZ est allé un petit peu dans ce sens là.

Et puis, deuxièmement, indépendamment de ça, il y a incontestablement une transformation profonde du champ de la santé mentale. Nous sommes à peu près 40 ans après ce que j'appellerais la sortie de l'asile, (c'est à peu près les années 60). La politique de sectorisation en France par exemple, c'est 1960.

40 ans après, nous assistons véritablement à une réarticulation du champ de la santé mentale, on a volontiers parlé de passage de la psychiatrie à la santé mentale autour de notions architectoniques, tout à fait nouvelles, comme celles du réseau, par exemple qui est une notion qui a non seulement beaucoup de succès mais qui, à relire les dernières déclarations des Ministres concernés, VANDENBROUCKE et le nouveau Ministre de la Santé, TAVERNIER devient véritablement structurante et va même être coulée en termes juridiques. En tout cas, c'est sur cette hypothèse que travaillent aujourd'hui les cabinets ministériels.

Je voudrais vous éclairer, essayer de faire le lien entre une transformation sociale de l'objet, « santé mentale », et une transformation non moins importante, des institutions de thérapie, de prise en charge au niveau de la santé mentale.

Commençons par une petite distinction, épistémologique : au fond, nous sommes d'accord que, lorsque nous nous occupons de santé mentale, nous nous occupons du pathologique qui renvoie évidemment au normal, à la normalité.

J'aimerais souligner le fait qu'il y a en fait deux statuts de la norme : il y a un premier statut qui est bien connu et qui est le statut de la norme en tant qu'elle désigne la normalité; la normalité, c'est bien connu en médecine, bien connu en sciences, en sciences naturelles, la normalité au fond c'est une régularité, c'est une régularité observable, c'est la régularité d'un comportement.

Lorsque nous disons que quelqu'un a un comportement anormal, nous voulons dire quelque chose comme quoi son comportement sort du système d'attente habituel, que l'on peut attendre de quelqu'un, compte tenu de l'ensemble des comportements auxquels on peut avoir affaire.

Par exemple, phénoménologiquement, constater qu'il y a une anormalité lorsque vos attentes habituelles de comportement, notamment dans la conversation, ne sont pas rencontrées. A ce moment-là, vous constatez qu'il y a une variation qui fait anormalité.

Alors, on peut équiper ce constat de statistiques; on peut se mettre à compter, on peut mesurer des degrés de variation, bref on ne peut commencer à construire un modèle du normal, un modèle du normal alors épistémologiquement fondé; c'est ce que font les sociologues et c'est ce que font volontiers les psychiatres.

Cela renvoie à une attente plutôt naturaliste.

Indépendamment de cela, il y a un autre statut de la norme : c'est la normativité, c'est le normatif, pas la normalité.

La normativité, ce sont les attentes de comportement que nous avons à l'égard de nous-mêmes ou à l'égard des autres, où on s'attend à ce que les gens se comportent d'une certaine manière correcte, comme on dit, valide, bref qui correspondent plus ou moins à un idéal de devoir être, donc à une normativité.

Mais, il faut tout de suite s'apercevoir que la normativité et le normal ne se confondent pas. On peut très bien être dans une situation par exemple où quelque chose est tout à fait normal, sans être du tout normativement acceptable.

Par exemple, pour reprendre le très simple exemple de Durckheim, il expliquait que, dans une société donnée, il est normal qu'il y ait un certain niveau de crimes. (C'est normal, il n'y a pas de société sans crimes); ça n'empêche pas que, normativement, le crime est condamnable mais nous n'allons pas considérer tout simplement qu'il n'y a pas à lutter contre le crime parce qu'il est normal qu'il y ait du crime.

Donc, normal et normatif, ce n'est pas la même chose.

Normatif renvoie à des attentes sociales qui peuvent être sanctionnées (je peux prédire que, par exemple, statistiquement, quand j'organise des réunions, les gens arrivent à peu près un quart d'heure en retard statistiquement mais il n'empêche que normativement, je vais toujours protester). C'est une sanction minimale, c'est presque une non-sanction mais enfin, c'est quand même quelque chose, mais vous pouvez instituer des systèmes de sanction beaucoup plus forts qui peuvent aller jusqu'à la punition...

Je crois que la psychiatrie se situe toujours inévitablement dans les deux registres. Le normal, certainement, qui renvoie effectivement à une régularité, et le normatif, et lorsqu'on engage une thérapie, lorsqu'on est un psychanalyste Lacanien, on a une certaine idée du normatif, c'est-à-dire de ce doit être le sujet en termes d'attente de comportement et de validation. On peut le justifier d'ailleurs par une éthique.

Mais évidemment, la psychiatrie s'occupe aussi du normal. D'ailleurs, on pourrait s'amuser à faire une espèce de continuum du normal au normatif en montrant que certaines pathologies relèvent probablement plus du normal ou de l'anormal, tandis que certaines pathologies relèvent plus du normatif.

Si vous prenez par exemple la schizophrénie, je pense qu'un certain nombre d'avancées très contemporaines laissent penser qu'il s'agit véritablement d'un phénomène qui a pour l'essentiel son origine, sa causalité, dans le génétique, le neurologique, mais, par contre, si vous lisez les textes de Freud sur la névrose classique, l'obsession par exemple « l'homme aux rats », il a affaire à l'interdit fondamentalement, c'est une problématique qui se situe plutôt dans le registre de la normativité.

Les deux sont toujours très probablement liés par des mécanismes très difficiles à cerner et qui posent évidemment ultimement des problèmes épistémologiques très compliqués, des liaisons entre les explications de type causaliste naturel et des explications de type compréhensif, interprétatif mais enfin, la psychiatrie, au fond, se situe vraiment entre les deux, se situe toujours sur les deux registres.

Alors, je pense que c'est une manière de relier ce qui se passe aujourd'hui en psychiatrie au champ du social parce que ce qui se passe en psychiatrie est relié au champ du social par le vecteur de la normativité, fondamentalement.

C'est parce que les systèmes d'attente normative de comportement sont en train de changer qu'un certain nombre de problématiques psychiatriques, de santé mentale, sont elles aussi en train de changer et que nous pouvons faire l'hypothèse d'une transformation assez profonde des structures de personnalité.

Il est probable du côté du normal et de l'anormal, donc du naturel, rien ne change. Il y a toujours, enfin l'hypothèse, que de ce côté-là rien ne change mais en tout cas, du côté du normatif, il y a des changements considérables.

C'est là que le sociologue intervient pour essayer de nommer ces changements et je dirais que ce qui est en train de changer fondamentalement, ce sont les idéaux de la subjectivité. Les idéaux qui structuraient fondamentalement les conditions d'inscription des sujets dans le lien social sont en train de changer. On le constate, ce n'est pas une affaire de philosophes, c'est une affaire de constat sociologique. On le constate par exemple dans les entreprises. On peut dire ceci : ce qui caractérisait le capitalisme industriel jusqu'à il y a peu, jusqu'aux années 60-70-80, c'était une attente de conformité et de subordination à l'égard d'une ligne hiérarchique qui était symbolisée par les places bien construites et dont l'apothéose si vous voulez a consisté en le système taylorien qui organisait de manière systématique la pyramide, le commandement de l'entreprise qui d'ailleurs permettait à celui qui y rentrait d'avoir une biographie structurée par le social, puisqu'il pouvait anticiper pour sa vie le fait de gravir, comme on disait, les échelons. C'était extrêmement structurant.

Alors, on a assisté à un phénomène, bien documenté, de réduction massive de la taille des entreprises et de transformation interne des règles d'organisation, en particulier les lignes hiérarchiques deviennent pratiquement illisibles, et il est bon qu'elles deviennent illisibles. C'est même théorisé comme tel par le management qui, à partir des années 80-90, explique dans des ouvrages qu'il ne faut surtout pas jouer au chef, mais de préférence s'habiller comme les employés, être familier « comment ça va ? », parler de l'enfant quand l'employé vient, alors, on peut obtenir une intensification du travail, une intensification de la productivité; on travaille en équipe, d'ailleurs travailler en équipe suppose, puisqu'on en parlait tout à l'heure, l'évitement de tout conflit syndical.

Simplement, ce qui est important de noter, c'est que l'idéal qui va guider l'inscription du sujet dans ce type de groupes, ce sera pour l'essentiel l'adaptabilité, la flexibilité, la capacité de changer, la capacité aussi de prendre l'initiative, la capacité de communiquer, problématique fondamentale des écoles de management des années 80-90. Comment faire que les gens communiquent dans l'entreprise, révèlent leurs informations, comme disent si bien les économistes. Dans un monde flexible, c'est tout à fait dysfonctionnel de fonctionner de façon hiérarchique et rigide, où les gens se taisent sur les informations concernant leur environnement. Donc, il y a une problématique de la communication qui s'introduit.

L'idéal donc devient celui de la flexibilité. L'idéal devient aussi celui de la négociation permanente de soi, des autres, y compris dans la famille. Nous savons que, pour désormais vivre une vie affective qui ne soit pas trop cahotique, il est requis, j'insiste, il est requis de parvenir à négocier sans cesse ses sentiments, sa séparation, son union, sa filiation, il faut sans cesse s'engager dans des discussions, ce qui suppose effectivement de nouveau une flexibilité extrêmement grande. Je tombe tout à fait d'accord avec B. FOUREZ quand il parle de la culture de la suscitation qui est un tout autre mode de positionnement subjectif par rapport au plaisir esthétique. La suscitation, c'est cette culture de l'intensification de l'expérience qui est bien symbolisée par les spots publicitaires, qui doivent être courts, intenses, prenants mais qui, surtout, ne doivent pas durer. Vous pouvez opposer ce type d'esthétique à l'esthétique de l'oeuvre d'art qui a structuré quand même toute la culture européenne, qui est une esthétique de l'oeuvre permanente, de l'oeuvre qui n'est justement pas transitoire et qui ne suscite son effet esthétique que par une lente maturation du spectateur, pas immédiatement; on apprend à regarder une oeuvre d'art, on apprend à regarder encore un Monet et même un Picasso, mais on n'apprend pas à regarder un spot publicitaire, on n'apprend pas à regarder des clips vidéos. Vous êtes là devant un tout autre registre.

Ce sur quoi je veux insister, c'est que ce qui est requis de chacun d'entre nous, les lacaniens diraient par l'autre en général, mais qui est au fond incarné par les médiations sociales, a profondément changé en 30 ou 40 ans et a des effets sur la structuration de nos liens sociaux.

Une autre sémantique est en train d'émerger, les gens le disent, les travailleurs sociaux, les concepteurs de politique, c'est l'insertion, on n'appartient plus, on s'insère. Qu'est-ce que c'est l'insertion ? C'est que justement vous ne rentrez pas dans un groupe organisé. S'insérer, ça veut dire se mettre dans un réseau et s'activer, s'activer surtout avec pour objectif principal de ne pas en être exclu, ce qui est quand même ce qui vous pend toujours au nez car, quand vous êtes dans des groupes organisés, de type églises, familles,... vous pouvez transgresser les normes mais vous n'êtes pas exclu, vous êtes puni, c'est tout différent.

Par contre, dans un réseau, si vous ne parvenez pas à sans cesse séduire, convaincre, à vous insérer, vous n'êtes pas puni. Il n'y a pas de loi qui va vous tomber dessus, il n'y a pas de punition mais vous serez exclu. C'est ce qui se passe dans les écoles. Les mêmes insupportables, on ne les punit plus, on ne les met plus au fond de la classe mais à un moment donné, s'ils sont vraiment insupportables, on leur dit d'aller dans une autre école.

De cette manière, vous construisez un réseau d'écoles qui reçoivent les exclus jusqu'à la dernière, l'école des exclus. Donc, vous êtes là devant un type de lien social très particulier mais qui est extrêmement exigeant à l'égard des sujets qui s'y engagent. Nous tous, ce n'est pas seulement l'affaire d'une partie de la population et donc, si vous voulez, c'est cet investissement subjectif qu'il faut à tout moment faire quand on est adulte. La socialisation, ce n'est plus seulement l'affaire des enfants, mais aussi l'affaire des adultes et c'est surtout l'affaire des vieux.

Vous croyez que vous avez fini votre vie et que vous êtes intégré, et bien pas du tout, vous êtes largué et vous devez vous réinsérer, vous devez refaire des efforts et comme on dit si bien, réussir sa retraite. Réussir sa retraite, ça veut dire tout simplement maintenir un niveau d'inclusion suffisant.

C'est très pompant, psychiquement d'être dans ce type de société et la question qui se pose est : que veut dire aider quelqu'un à s'insérer de cette façon et à répondre à ce type d'idéaux, pas des idéaux de conformité, mais des idéaux d'intensification.

Qu'est-ce que cela veut dire ? C'est là que j'en viens à la socialisation du mental.

Jusqu'à présent, au fond, à travers l'évolution normative, vous pouvez comprendre le lien qu'il y a avec le processus de mentalisation du social. Dans la mesure où le social est de moins en moins donné d'avance, que de plus en plus le sujet doit s'investir, il doit de plus en plus mentaliser effectivement son lien social, le vouloir ou comme on dit si bien, être en projet, être en projet c'est quelque chose qui pousse à la mentalisation ou comme disait Weber, à l'intellectualisation du lien social.

Maintenant donc, la question est : que veut dire aider ? et qu'est-ce qu'une maladie mentale dans ce cadre ? Il n'échappe à personne que le champ de la santé mentale depuis 40 ans a profondément évolué et a probablement accompagné comme son ombre ce processus de transformation. Il a accompagné comme son ombre parce que ce qui est devenu, depuis grosso modo les années 60, un axiome du champ, c'est qu'il n'y a pas de vraie distinction entre le normal et le pathologique. Ce qui ouvre potentiellement un champ d'intervention illimité aux psychologues, aux psychiatres. Il n'y a plus la frontière entre le normal et le pathologique.

Deuxièmement, les institutions de santé mentale ont vécu depuis les années 60 non pas un mais deux processus; le premier processus dont on s'est enchanté dans les années 60, à juste titre, a été bien entendu progressivement la fermeture de l'asile; le second processus, plus sournois et peut-être plus décisif, c'est la progressive déshospitalisation, la sortie d'hôpital du malade mental (chez nous, c'est symbolisé par l'arrêté Busquin), mais c'est un mouvement absolument général que vous observez dans tous les pays européens.

Comment était organisé le champ de la santé mentale jusqu'au début des années 80 ?

Il y avait deux principes de structuration qui faisaient comme les deux moitiés d'une orange : il y avait un premier principe qui était le marché, le marché médical où le patient est libre de choisir l'offre de soins qui lui convient. Le marché, c'est un modèle de soins en cabinet, en face à face avec des offreurs et des demandeurs, c'est un modèle politique, le marché, parce que ça suppose qu'il n'y ait pas de direction centrale, pas de gouvernement, un modèle de soins. C'est un modèle économique, c'est la concurrence et c'est le prix qui fixe le principe de coordination.



En fait, en réalité, depuis l'Etat-Providence, nous n'avons plus à faire à un marché mais à un quasi-marché où on admet que le prix est fixé par l'Etat à travers des consultations de partenariat social entre médecins et mutuelles, mais ça ne change pas grand-chose en fait, ça durcit un peu les conventions de rencontre de l'offre et de la demande mais la liberté du choix reste fondamentale.

A côté de cela, il faut remarquer que s'était développée l'autre moitié de l'orange, un monopole institutionnel, qui était soit l'asile soit l'hôpital. Vous n'aviez pas le choix. Si vous quittiez le marché (et parfois il le fallait pour de bonnes raisons thérapeutiques ou économiques, ou les deux), il n'y avait qu'une seule institution : c'était d'abord l'asile, puis cela a été l'hôpital. Et c'était très curieux de voir au fond ce système fonctionner avec d'un côté un marché ouvert, d'un autre côté un monopole institutionnel. Cela a bien fonctionné jusqu'aux années 80.

Aujourd'hui, nous sommes en train de quitter l'un et l'autre modèle. Ce qui s'impose effectivement, c'est le modèle du réseau. Le réseau ce n'est pas exactement le marché. Pourquoi ? Parce que, dans un réseau, se proposent des institutions diverses, d'ailleurs le plus souvent assez expérimentales qui proposent des services très diversifiés, mais, ces institutions sont subsidiées, sont financées par la puissance publique. Vous avez donc vu émerger comme des champignons ces institutions nouvelles, habitats protégés, maisons de soins psychiatriques, tout l'ambulatoire et puis, des créations tout à fait atypiques : accueil de toxicomanes, centres de jour pour toxicomanes, centres de jour pour femmes ayant un enfant et toxicomane, vous avez une offre institutionnelle très diverse, un paysage institutionnel très éclaté qu'il serait vain de vouloir de rassembler dans un seul concept. Ce n'est pas le marché mais ce n'est pas le monopole institutionnel, c'est justement la diversité institutionnelle.

Alors, ce modèle du réseau correspond très exactement au plan de santé mentale, à la grande restructuration du lien social qui se déroule ailleurs. Les entreprises aussi se mettent en réseau, les écoles aussi se mettent en réseau c'est-à-dire c'est toute la société qui est en train de réorganiser son architecture de coordination autour de la notion de réseau, c'est-à-dire de manière fondamentalement déhiérarchisée. Parce qu'un réseau, ça s'oppose à la hiérarchie.

Dans une hiérarchie, vous avez une pyramide; pour aller du point le plus bas au point le plus haut de la pyramide, il n'y a pas le choix, il faut passer par les échelons intermédiaires, vous devez suivre la ligne hiérarchique. Le propre du réseau, c'est que vous pouvez aller d'un point à un autre sans passer par un troisième, sans passer par la voie hiérarchique.

Le problème qui se pose à l'action publique aujourd'hui, c'est d'organiser un réseau, c'est de construire un concept de réseau et spécialement en santé mentale.

Qu'est-ce que ça veut dire un réseau en santé mentale ? Il semble qu'il y a au moins trois grands problèmes qui se présentent aujourd'hui, que l'on rencontre dans les politiques.

Le premier problème est un problème épistémologique : le propre du réseau, c'est que, comme il met en connexion de multiples interlocuteurs sans centralité, il y a un problème constant de traduction des langages, c'est-à-dire que, si vous fonctionnez en réseau, il y a un psychiatre et un psychologue, il y a un assistant social, un infirmier, des exigences de la municipalité et donc, à tout moment, se pose la question de la compatibilité des langages.

C'était bien ce problème-là dont l'hôpital faisait l'économie, parce que l'hôpital organisait la centralité d'un savoir médical et du reste, ne voulait rien savoir, mais si vous êtes en réseau, c'est à tout moment, à chaque pas, que ce problème de traduction émerge dans la gestion d'un cas, d'un patient. Une des manières de sortir de ce problème, c'est cultiver le rêve d'une langue artificielle de traduction, un Espéranto.

Ce rêve, vous savez, est particulièrement développé aujourd'hui sous la forme du DSM. Parce que, au fond, le DSM c'est ça, c'est ce qui permettrait à différents langages de communiquer entre eux de manière fonctionnelle instrumentale de se coordonner et par exemple, qui permettrait de coordonner ce qui se passe dans un cabinet avec des calculs budgétaires qui se passent à Bruxelles dans les nomenclatures de l'INAMI. Alors évidemment, si vous avez une catégorie intermédiaire entre le charabia du psychiatre bien incompréhensible pour l'administrateur et le charabia du fonctionnaire qui est incompréhensible pour le psychiatre, on crée une catégorie intermédiaire artificielle et donc, on instaure des DSM comme Espéranto du champ.

Le problème de l'Espéranto, c'est que ce n'est pas une langue et ça n'a jamais marché pour cette raison-là. Une langue, c'est une culture, ce sont des significations sédimentées et introduire dans une langue, un langage artificiel, c'est la détruire à tout jamais. Donc, je ne pense pas que l'Espéranto soit une bonne voie de résolution pour ce problème épistémologique dans le champ de la santé mentale mais il faudra convaincre évidemment non seulement les psychiatres mais aussi les politiques, ce qui sera plus difficile. En revanche, je pense qu'une nouvelle culture de la délibération devrait s'introduire et ça suppose probablement beaucoup plus d'ouverture et de formation réciproques qui n'en existent entre notamment psychiatres, psychologues, assistants sociaux, c'est un premier point.

Deuxième point : le problème essentiel de l'organisation en réseau pour l'instant, c'est au fond la rencontre entre deux mondes qui, historiquement, se sont développés de manière relativement séparée, surtout en francophonie. C'est le monde de l'hospitalier et c'est le monde de l'ambulatoire. L'hospitalier, c'est un monde psychiatrique, je dirais assez vieux à très vieux dans l'histoire de la modernité. Le monde de l'ambulatoire est un monde très récent, on peut dater comme repère depuis sa naissance 1975 l'arrêté du 20/03/75 qui crée les services de santé mentale. Ces deux mondes s'opposent, le plus souvent parce que le premier trouve une inspiration dans une culture plutôt médicale, pas seulement, mais plutôt médicale, plutôt objectivante, et le second monde trouve son inspiration dans une culture plutôt psychothérapeutique et plutôt subjectivante. Pas de mystère, cela pose un énorme problème qui, en plus, est surdéterminé par le fait que ces deux mondes correspondent dans notre pays à des pouvoirs politiques différents, l'hospitalier relevant du Fédéral, et bien sûr, l'ambulatoire relevant du Communautaire ou du Régional et donc obéissant à des logiques politiques d'organisation très différentes.

Donc aujourd'hui, il y a un problème de connexion de ces deux mondes qui doivent pourtant collaborer ensemble dans un réseau et dans une situation de déshospitalisation. Alors la méthode habituelle de résolution de ce problème jusqu'à présent, puisqu'on l'avait quand même partiellement résolu, c'était la binarisation. On organisait au fond une circulation entre ambulatoires et hospitaliers par la communauté du pouvoir organisateur.

Le Monde chrétien a organisé une vraie circulation entre ambulatoires et hospitaliers et de même, il y avait des équivalents dans d'autres piliers de la société belge. C'était une manière, pour la société civile au fond de s'intégrer, au-delà des clivages.

On a de bonnes raisons pour penser que ce type de circulation, organisée à partir de piliers, n'est désormais plus d'actualité; c'est que tout simplement on s'aperçoit qu'il serait absurde par exemple d'établir deux réseaux complets, l'un chrétien, l'autre socialiste, côte à côte, ça coûte trop cher, tout simplement.

Deuxièmement, les ressources culturelles, qui nous font justement penser que nous appartenons au monde chrétien, au monde socialiste, ces ressources culturelles viennent à manquer pour la bonne raison que nous avons quitté la société des appartenances et que nous apprenons de plus en plus à nous insérer et non pas à appartenir.

Nous devons utiliser un autre médium d'intégration; quel peut être ce médium ? Probablement, que ce sera le territoire. La proximité des territoires, du voisinage va probablement devenir le lieu de structuration fondamentale de ce réseau. Si je vous dis ça, c'est parce que nous en avons déjà de bons indices. Alors, les bons indices que nous avons, ce sont les Plateformes, c'est l'institutionnalisation dans les années 90 de ce nouveau type de structuration de la concertation qu'est la Plateforme de santé mentale, qui dessine une carte des territoires, au-delà des piliers et en-deçà des régions qui seraient censés faire le lien entre le local et le global.

Je vais terminer par là, j'avais annoncé un troisième point mais peu importe, on en discutera. Juste un mot peut-être, pour terminer, sur la position des psychiatres. Si je puis me permettre de dire quelque chose vu de l'extérieur.

Je suis frappé par deux choses : d'une part, je pense qu'il y a crise de l'identité de la psychiatrie. La chose n'est pas neuve que la psychiatrie soit en tension, qu'elle ne se soit jamais pensée comme une médecine comme les autres. C'est une chose évidente que le psychiatre soit dans l'inconfort; oui mais, pour l'instant, tout se passe comme si, en quelque sorte, la psychiatrie laissait échapper nous semble-t-il un moment historique important où elle pourrait jouer un rôle, et où elle ne le joue pas. Elle est divisée et progressivement vidée par ses voisins, d'un côté la neurologie, bientôt la génétique qui est en train de lui prendre la part naturelle de son objet, le cerveau, et la psychiatrie s'efface au profit de la neurologie, et des sciences du cerveau.

D'un autre côté, la part psychodynamique, la part psychologique de la psychiatrie est traitée par les psychologues de sorte que on se demande quel est encore l'objet de la psychiatrie et si vous regardez bien ce qui se passe dans les recherches à l'université, vous ne pouvez qu'être frappés de la disparition progressive d'une recherche de psychiatrie spécifique. Elle est pauvre cette recherche, ce n'est pas la faute du psychiatre, c'est un vrai problème de type épistémologique au moment même où les études pharmacologiques, les études neurologiques explosent et où continue la psychologie.

Donc, il y a un problème de reconquête de l'objet mais justement, la nouvelle situation est favorable à la psychiatrie parce qu'elle suppose au fond une médiation permanente entre différents langages et la constitution d'un objet spécifique à l'intérieur même de cette médiation. Donc, il me semble qu'il y a une opportunité à saisir pour les psychiatres.

C'est la deuxième chose que je voulais dire, c'est lorsque l'on observe le champ des politiques de santé mentale, on est frappé de l'absence des psychiatres. Les psychologues sont très présents, avec des organismes représentatifs, pas seulement professionnels comme les gestionnaires d'hôpitaux. Et, je pense qu'il y a de ce côté-là un vrai problème, un problème d'intervention d'une profession qui peut parfaitement s'expliquer notamment à travers ses difficultés d'identité dont j'ai parlé mais qui, en même temps, pourrait trouver dans la conjoncture actuelle d'une réorganisation totale du champ de la santé mentale, une opportunité pour se reconstituer.

## Cultures de la déraison : l'être « autre ».

Vinciane DESPRET

Je crois qu'il y a deux types de personnes au monde, ceux qui croient et ceux qui ne croient pas au Grand Pourquoi.

Les psychanalystes croient au Grand Pourquoi et pas les psychologues et moi, qui aux yeux de ma mère et de mes soeurs passe pour givrée, et qui ai dû supporter les uns et les autres depuis mes 15 ans, j'ai connu de près les deux opinions.

Le Grand Pourquoi est ce fait de la vie qui fait de toi ce que tu es. Les mauvais traitements pendant l'enfance qui transformèrent en assassin l'étrangleur de Boston, le manque de père qui rendit Baudelaire dépressif, l'absence de figure paternelle qui fit de Jane Bowles une lesbienne.

Mais si on ne croit pas au Grand Pourquoi, on peut dire que l'étrangleur de Boston avait tué 10 femmes parce que ce n'était qu'un fils de pute, que Baudelaire n'était pas dépressif mais qu'il était né artiste et sensible et que Jane Bowles était lesbienne depuis la premier jour et qu'elle est venue au monde avec l'amour des femmes imprimé dans son code génétique.

C'est ainsi que son roman « Amour, Prozac et autres curiosités », la romancière espagnole Lucia Etchevaria explore quelques-unes des diverses manières dont les occidentaux définissent le devenir autre de la raison.

La situation me semble exemplaire si on y prête attention. D'une part, sont rassemblées des choses en apparence très différentes : des crimes, de la dépression, de l'homosexualité. Ce rassemblement est pourtant très illustratif de certains moments de notre tradition. Il rappelle au-delà de la disparité comment la psychiatrie s'est constituée autour de certaines manières de devenir autre, de transgresser les normes, de poser problème à l'ordre c'est-à-dire comment nous avons inscrit dans les catégories médicales des comportements qui auraient pu relever d'un simple problème de gestion de l'ordre.

Ensuite, deuxième caractéristique de cette tradition, nous la voyons non seulement chercher passionnément les causes mais plus encore, faire d'elles l'objet de véritables controverses.

Quelle sera la bonne explication ? Biographie et affective, absence de figure paternelle ? génétique ? (le gène de l'homosexualité), hormonale ? (un excès de testostérone, de dopamine, un manque de sérotonine) ou encore, sera-ce une cause essentielle, un fils de pute, un salaud ou un pervers ?

La troisième caractéristique enfin peut encore se lire dans les lignes de cet extrait : elle rend bien compte de nos habitudes. Il est important de connaître les causes pour pouvoir agir sur les effets c'est-à-dire pour trouver les modes appropriés de réparation. Selon les pourquoi, on pourra agir sur les hormones, (nous avons alors une très grande confiance dans le pouvoir des corps) ou encore, agir sur les comportements; (nous avons une confiance optimiste sur les possibilités de changer) ou enfin, agir rétro-activement sur le passé en le faisant remonter à la conscience, (nous avons une grande confiance dans les vertus de la vérité qui se dévoile), ou encore on pourra toujours punir les fils de pute; on choisira alors de travailler sans pourquoi.

J'ai l'impression cependant que nous n'avons pas tellement confiance dans les vertus de la punition. Notre manie des Grands Pourquoiis traduit peut-être, du moins partiellement, une préférence pour d'autres modes de réparation, à moins que si on suit les propositions de Bernard FOUREZ, il ne s'agisse aussi d'une succession aux processus victimaires.

Il y a donc de toute façon, visible dans ce court déploiement des implications de la phrase du roman, un triple système de gestion des devenirs autres.

Une induction de ces formes possibles, la dépression, la perversion, la schizophrénie,... une détermination des causes possibles et aussi de celles qu'il faut exclure. Les théories étiologiques font partie des causes possibles avec d'un côté, des explications tout à fait impossibles, celles qui font recours à des forces invisibles, à des démons, à des possessions ou à des facultés supra-naturelles. On laissera ses explications aux patients mais on ne pourra pas les adopter.

Enfin, troisième plan, une prescription des modes de guérison ou de reconstruction. On peut d'ailleurs avancer que toutes les cultures ont mis en place ce triple système de gestion de ce devenir autre. Un système qui en stipule les causes, un système qui en stipule les formes et un système qui en prescrit la résolution, ces trois systèmes étant liés.

Les formes, les causes, les manières de relier les formes et les causes et les modes de guérison sont bien sûr d'une culture à l'autre très différents. Le contraste est d'ailleurs salutaire. Il nous rappelle d'abord que tout ce qui touche à ce que nous appelons la maladie mentale est produit de cultures et de traditions, mais je vous invite à aller plus loin que ce simple projet de déconstruction de ce que nous sommes à la lumière de ce que nous ne sommes pas; il nous invite à prendre au sérieux, au sein de notre tradition elle-même, le fait que tous les acteurs impliqués dans les dispositifs autour de la folie et des troubles (que ce soit des patients, des institutions protectrices de savoir sur la maladie ou encore des thérapeutes), tous ces acteurs impliqués sont sans cesse en train de construire les formes et les significations des devenirs autres, de les négocier, de les transformer ou simplement d'en articuler le prolongement à leurs enjeux propres. Nos pratiques autour de la déraison, non seulement prolongent notre culture puisqu'elles en sont le produit, mais aussi et surtout, ces pratiques revitalisent la culture, la réinventent, la renégocient, la transforment autour d'enjeux nouveaux, des enjeux professionnels, des enjeux pratiques et des enjeux collectifs.

Mais avant d'en venir à ces aspects essentiels par lesquelles les pratiques produisent de la culture, nous pouvons d'abord tenter d'analyser quelques-unes des manières dont elles prolongent simplement cette culture, les manières dont elles sont marquées ou déterminées par elles. Nous pouvons le faire en montrant par exemple à quel point les formes de la maladie, les causes et les modes de réparation sont avant tout très contingents et donc, très tributaires de la tradition dans laquelle ils sont inventés.

Du côté des formes d'abord, on pourra remarquer à quel point les formes du devenir autre peuvent varier non seulement entre les cultures, mais au sein d'une même culture en fonction des époques. On n'est pas fou de la même façon ici et là, comme le décrit laconiquement Michaël Bork-Jacobson et parfois même, on n'est pas fou du tout.

Ainsi, au Sri Lanka, pour ne citer qu'un des multiples exemples, des formes très proches de ce que nous appelons dépression sont socialement valorisées, cultivées et même induites par des techniques de méditation morose.

Chez nous, on ne manquera pas certaines des transformations des formes. Un névrosé avait toutes les chances d'avoir des évanouissements et des crises convulsives au XVIIIème siècle; en revanche, il avait au XIXème, si on peut le dire, plus de chances d'être un invalide moteur alors qu'aujourd'hui, il souffrira plus volontiers de dépression, de fatigue ou encore de troubles alimentaires. King suggère pour rendre compte de ce phénomène de parler de maladies mentales transitoires. Une maladie peut naître, se répandre et puis, disparaître comme le ferait une épidémie. Le cas des personnalités multiples, véritable épidémie aux Etats-Unis et pratiquement absentes chez nous, en est une superbe illustration. La disparition de la grande hystérie à la fin du XIXème et au début du XXème siècles en est une autre.

Pour comprendre ces phénomènes, continue King, il faut tenir compte de l'existence, de niches écologiques des maladies mentales. Ces niches écologiques constituent des conditions locales spécifiques de l'émergence de sa maladie, ce que moi j'appellerais plutôt de sa mise en culture.

Au Moyen-Age par exemple, ce que nous appelons dépression était investi d'une signification religieuse, comme dans l'acédie des ermites et des moines, ce que l'on appelait d'ailleurs à l'époque le démon de midi puisque cette maladie survenait dans la chaleur de midi, lorsque le moine tout à coup se sentait brutalement dans l'impossibilité de continuer ses devoirs, se sentait dégoûté par la religion et par la vie en général, ne voulait plus rien faire de quoi que ce soit d'utile.

La niche écologique favorable à l'acédie se transforme notamment lorsque les manuels de confession, d'ailleurs sous l'influence des bourgeois qui voulaient stigmatiser l'aristocratie, vont introduire le terme de paresse dans les péchés les plus importants. L'acédie disparaît, ça ne deviendra non plus une maladie mais un simple péché et les moines seront priés de s'en abstenir.

Mais l'acédie comme trouble de l'humeur va revenir en force et vous le savez, bien que ce soit sous d'autres formes, ayant perdu toute connotation religieuse, au XXème siècle dans les pays industrialisés. C'est assez étonnant que, selon certains psychiatres connaisseurs de l'acédie, la dépression des femmes au foyer connaîtra avec elle des formes très similaires quoique très laïcisées alors que celle des hommes pratiquement aucune. Il y aurait donc des dépressions pour les femmes et pour les hommes et certaines renouent avec le Moyen-Age et d'autres pas.

Donc, si on peut facilement accepter la relativité culturelle des troubles comme la dépression, l'hystérie ou les névroses en général, en revanche il n'en va pas du tout de même pour les psychoses. Il est vrai qu'un paranoïaque ici peut être, Dominique Vossen pourrait nous en parler beaucoup mieux que moi, un possédé là-bas, un voyant sensible à la malveillance dans telle ou telle culture mais que faire, par contre, de l'extraordinaire efficacité des psychotropes des firmes pharmaceutiques ?

Inquiétez-vous, ça commençait bien, ça ne finira pas aussi bien. Cette efficacité, c'est vrai, ne constitue-t-elle pas justement la preuve d'un fondement biologique et donc très résistant aux aléas de la culture ? Certes...

Alors comme rendre compte que les symptômes classiques associés à la schizophrénie, si elle est si biologique, n'apparaissent qu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> pour affecter un nombre croissant de patients au XIX<sup>ème</sup> ? Comment expliquer aussi les variations de durée et d'intensité selon les pays puisque l'on sait que, dans les pays en voie de développement, les épisodes aigus sont beaucoup plus courts et beaucoup plus marqués ?

Alors comment comprendre, pour parler non plus de la schizophrénie mais des formes de neurasthénie, comment comprendre ce que les neurasthéniques chinois, interrogés par le psychiatre transculturel et dont les symptômes correspondent tout à fait à ce que nous appelons un trouble dépressif grave, ne répondent pas du tout aux antidépresseurs ?

Cela voudrait-il dire que la cause biologique ne serait pas la même du tout ? ou peut-être, et moi j'avouerais pencher plutôt pour cette hypothèse, cela voudrait-il simplement dire que le contraste, l'opposition entre culture et biologie voire entre culture et nature qui conduit la pensée occidentale, ne constitue peut-être pas une bonne manière de penser le problème. On va laisser ce problème de côté, ce qui nous entraînerait un peu trop loin.

Pour penser les rapports entre la culture et ce que nous appelons maladie mentale, et donc le rôle que peuvent avoir nos savoirs et nos pratiques sur la fabrication des centres privilégiés de « tomber malade », je propose que nous interroignons pour commencer la relation apparemment évidente entre la détermination des causes, (les hormones, les gènes, les affects, les traumatismes), celles des effets, (les formes de la maladie) et éventuellement, les modes de guérison. Dans une version simplifiée et j'avoue qu'elle est très simplifiée, cette relation pourrait se traduire par une cause, par exemple un déficit d'endorphine, un traumatisme dans l'enfance, provoque en effet une dépression, qui, en retour, appelle un traitement en fonction de la cause, des substances pour la première, une thérapie de type analytique par exemple pour la seconde; c'est vraiment caricatural mais le temps me manquerait d'affiner mon propos.

Cette relation évidente et donc très simplifiée apparaît en fait beaucoup plus problématique et beaucoup plus intéressante si on observe en fait comment elle se crée dans la pratique et dans les pratiques telles qu'elles se font. On y voit en effet que les effets peuvent déterminer les causes, que les modes de guérison peuvent donner forme aux effets et éventuellement même, les modes de guérison peuvent donner forme aux causes. On peut par exemple illustrer ce beau désordre logique en observant ce singulier phénomène.

L'explosion des dépressions depuis les années 50 n'est pas étrangère à l'introduction sur le marché des médicaments antidépresseurs. Philippe Pignarre était venu vous en parler il y a deux ans d'ici. La relation donc entre proposition de traitement et émergence de la maladie n'est donc pas aussi univoque que ce qu'on pourrait le penser puisque dans ce cas, si on suit l'hypothèse, il y a donc un lien entre disponibilité de traitement et émergence de la maladie, on voit finalement que le traitement précède l'épidémie. Le traitement en quelque sorte, pour le dire de manière moins déconstructiviste, autorise la manière d'être malade et fait partie de la niche écologique de ce qui cause la maladie.



Le traitement de causation, mais on pourrait affiner ça aussi dans la discussion, le traitement peut ainsi causer la maladie et ses formes puisque le médicament affecte la définition de celle-ci. La dépression, c'est ce qui répond aux médicaments.

A son tour, le traitement confirme ou révèle la cause évidemment puisque la dépression est bien liée à telle ou telle endorphine. Il va aussi dès lors affecter la manière dont les gens vont se présenter, fabriquer leurs symptômes en fonction en fait de la disponibilité de sens offerte par ce même traitement.

D'autres formes de complications du régime de causalité peuvent se créer entre les théories étiologiques et les définitions de la maladie, et elles peuvent articuler à la fois des théories, des intérêts des organismes scientifiques et même parfois des collectifs profanes. L'histoire de la schizophrénie en donne de beaux exemples.

Vous le savez sans doute mieux que moi, de très nombreuses recherches ont visé à démontrer l'hérédité de la schizophrénie, les jumeaux monozygotes, des enfants adoptés, des familles, des généalogies ont fait l'objet de véritables enquêtes débouchant, selon les enquêtes d'ailleurs, et selon surtout les pays, à des corrélations les plus diverses et les plus espiègles. La schizophrénie semble héréditaire dans certains pays, dans d'autres comme la Suède avec le froid, les jumeaux, les enfants adoptés et même les familles semblent n'exhiber aucune des corrélations souhaitées. Vous voyez le désordre.

Il ne sert à rien de chercher ni la fraude ni l'erreur; c'est une question de méthodologie qui est en cause. Les deux versions en fait sont également tenables, sous certaines conditions, et parmi celles-ci j'en retiendrais une, puisqu'il y a plusieurs conditions méthodologiques qui sont assez intéressantes mais cela deviendrait vraiment compliqué : si on observe ce qui se passe quand on fait l'hypothèse que la schizophrénie est héréditaire et que cette hypothèse est confirmée, on se rend compte en fait qu'il s'est passé quelque chose.

Le spectre de la schizophrénie, vous le savez mieux que moi, est extrêmement large; il y a des multiplicités de forme de schizophrénie, mais en fait, quand on cherche la corrélation, on ne va garder comme diagnostic que celle qui répond bien aux corrélations; donc, en fait, on va voir un rétrécissement de l'éventail possible des possibilités en fait d'être schizophrène, des manières de la diagnostiquer et donc des manières mêmes sans doute dont les patients vont construire leurs symptômes. On ne sera donc pas schizophrène de la même manière selon que l'hypothèse de l'hérédité soit adoptée par le pays ou pas.

Il est en outre intéressant d'observer la multiplicité et la diversité des enjeux à l'oeuvre de ce type de recherches. Qui dit hérédité, dit biologie, médicaments, donc aussi possibilités de faire science, au sens le plus dur du terme, de la science noble avec des bonnes causes matérielles, mais ce n'est pas tout, vous allez le voir, la multiplicité des groupes qui peuvent être intéressés est assez étonnante. L'hypothèse de l'hérédité de la schizophrénie ou de la démence, (qui était l'ancêtre de la schizophrénie), n'est pas sortie de nulle part et historiquement, elle accompagne les premières recherches sur la démence et ses premières définitions par la psychiatrie.

La psychiatrie va en effet, dès son origine, privilégier les hypothèses matérialistes et biologiques, d'ailleurs toujours pour des raisons historiques puisqu'elle est historiquement aux mains des médecins mais la démence va aussi se constituer sous l'influence d'une idée forte, l'idée de la dégénérescence dans laquelle pourra s'enraciner celle de l'hérédité.

Alors, je ne vais pas retracer ici comment l'idée de dégénérescence a pu émerger et notamment, chez les Créationnistes quand ils ont découvert à quel point les Noirs, les Fuégiens étaient vilains et faisaient des choses abominables et ils s'étaient posé la question de savoir « mais comment Dieu a-t-il pu créer ça ? »; donc l'hypothèse de la dégénérescence a été la seule possible pour justifier que Dieu ne s'était pas égaré dans certains endroits du globe.

L'hypothèse de la dégénérescence est arrivée en psychiatrie où elle a été accueillie comme du pain béni et en fait, on peut penser que cette hypothèse qui est arrivée était bien accueillie par les psychiatres de l'époque pour deux raisons : d'abord, elle permettait aux psychiatres de trouver un très très bel analogue entre leur théorie biologique qui était, elle-même, fondée sur l'idée de la dégénérescence puisque, encore maintenant d'ailleurs, on trouve de superbes théories biologiques sur l'idée qu'il y a une hiérarchie des fonctions dans le cerveau et que la folie, c'est la dégradation des fonctions supérieures, voire la dégradation de l'ordre, voire la dégradation de la hiérarchie tout simplement et fait qu'on en revient à des processus intérieurs primitifs archaïques.

Pas étonnant d'ailleurs que la dégénérescence s'est mêlée si bien à la biologie puisque la dégénérescence a été créée pour expliquer les primitifs, il est normal que le primitif rentre dans le cerveau quand on fait entrer la dégénérescence.

Il y avait donc un analogue parfait entre la biologie qui est une biologie fondée sur l'idée qu'il y a des dégénérescences des systèmes avec recours à des systèmes archaïques et primitifs et les hypothèses morales de la psychiatrie. Il fallait aussi comprendre comment on devenait fou, comment c'était possible... et là, l'hypothèse de la dégénérescence va être parfaite pour expliquer ça.

Alors, ça va très bien être accueilli aussi pour les raisons que je vous ai dites tout au début parce que, dans le parti pris matérialiste et biologique, qui dit dégénérescence, dit hérédité, elles sont liées. La dégénérescence et l'hérédité se font sur plusieurs bases, plusieurs logiques communes et notamment, sur une logique physiologique qui, on pourrait dire, affirmait qu'une fois que ça dégénère, ça ne s'arrange pas. Je crois que c'est vraiment la manière de résumer le lien entre les hypothèses. Donc, l'hypothèse de l'hérédité va trouver ses meilleurs défenseurs chez ceux qui ont adopté le parti pris plus scientifique de la psychiatrie, ceux pour qui, finalement, les bases biologiques, paraissent extrêmement prometteuses de traitement...

Mais ce ne seront pas les seuls groupes intéressés, c'est ça que je trouve qui est vraiment passionnant c'est qu'on pense que ce sont toujours les organismes scientifiques qui vont détenir le pouvoir. En fait, il a des groupes non scientifiques voire même des collectifs profanes, qui vont influencer finalement les recherches dans ces domaines et de manière beaucoup plus récente.

Vous connaissez tous les théories qui ont émergé dans les années 60-70 avec, notamment, d'un côté l'anti-psychiatrie de Laing et de l'autre côté, les théories systémiques de Palo Alto.

Or, ces théories étiologiques posaient quand même un petit problème au début, c'est que, avec les notions de familles rigides, mères schizophrénogènes, quotient d'expression émotionnelle,... enfin j'en passe et des meilleurs, les familles étaient quand même sérieusement mises sous la sellette.

Alors, bien sûr, ces théories chez nous se sont considérablement adoucies, puisque les familles ne sont plus considérées dans les causes finalement de la maladie, mais plutôt dans le processus de guérison. Aux Etats-Unis, les choses ne se sont pas passées tout-à-fait comme celà. Il y a eu ce mouvement-là mais il y a eu un autre mouvement qui est très intéressant.

Dans les années 70, il y a un groupe qui s'est alors créé en 78-79, un groupe des familles des malades mentaux, et ce groupe de familles de malades mentaux va en fait se constituer en groupe de pression puisqu'ils sont 284 en 1979 et en 1989, dix ans après, ils sont 80.000. Ils vont donc constituer un lobby extrêmement puissant qui va faire des pressions sur le Congrès, des pressions sur les organismes pourvoyeurs de soins, des pressions sur les universités pour favoriser une autre théorie. La théorie bio-psycho-sociale.

Les familles vont influencer les recherches et, si la théorie bio-psycho-sociale a un tel succès aux Etats-Unis, on peut penser qu'une partie de son origine a donc tenu à une réaction collective contre certaines thérapies.

Alors, mais qu'est-ce qui s'est passé ? Mais, on ne peut pas comprendre que seulement 80.000 personnes uniquement, aient pu agir et on se rend compte qu'il faut que des intérêts divergents se croisent pour stabiliser une situation.

Des intérêts divergents qui vont se croiser et vont tous favoriser l'émergence de la théorie bio-psycho-sociale.

D'abord, il faut dire une chose, un nouveau courant idéologique, dont on a parlé justement tout à l'heure, Monsieur DE MUNCK, est né à la fin des années 60 et qui, d'ailleurs, est un courant qui nourrit les hypothèses systémiques, c'est qu'on est en pleine idéologie du travail d'équipe; les bonnes organisations, ce n'est plus du tout la hiérarchie où chacun travaille dans son coin; le partage du travail d'équipe est presque devenu un mot d'ordre. Même l'écologie où on a une vision holiste rejoint les mouvements contestataires contre l'autorité et l'individualisme hiérarchique, donc vous voyez que même ce mouvement-là, le mouvement travail d'équipe est même promu par d'autres intérêts. L'hypothèse bio-psycho-sociale en fait présente à la fois une vision holiste du cas puisque le cas, c'est une personne complète, son intérieur biologique, sa première couche psychologique et puis, une deuxième couche contextuelle ou sociale.

Il y a une vision holiste du cas mais aussi quelque chose de plus, c'est que ça va agencer la pluri-disciplinarité et c'est ça la théorie bio-psycho-sociale, elle apporte quelque chose d'extraordinaire aux intervenants sociaux, elle permet à tous à la fois de s'intégrer dans un travail pluridisciplinaire, donc de répondre à l'idéologie de l'époque, mais de faire beaucoup mieux encore, d'affirmer l'autonomie de leurs professions. Parce que le problème, quand vous travaillez en équipe et que vous êtes si proches l'un de l'autre, (un thérapeute et un assistant social et la psychologue), c'est la rivalité. Mais avec la théorie bio-psycho-sociale, chacun dans son champ, et les vaches seront très bien gardées.

La personne elle-même va définir la spécificité des compétences...

C'est à partir de Robert Barrett maintenant que je commence à diriger mon exposé, « la traite des fous », un superbe livre que je vous conseille à tous, donc pour les psychiatres australiens, le lien est évident, pourquoi ? Le lien est évident parce que si vous regardez les représentations graphiques de la théorie bio-psycho-sociale, qu'est-ce que vous voyez ?

Les molécules, puis on grandit autour de la cellule, et puis le corps,... et dans les cas les plus simplifiés, c'est biologique, psychologique, social. Ça veut dire quoi, se retrouver au centre, ça veut dire qu'on occupe le noyau dur, ça veut dire qu'on occupe la position la plus importante. Ça veut dire que les psychiatres australiens peuvent se permettre un discours très très égalitaire dans les équipes, puisque c'est ça qu'on attend d'eux, puisque la biologie assure de toute façon l'hégémonie sur toutes les autres pratiques. Donc, cela permet à la fois d'assurer l'autonomie de la profession mais une forme d'hégémonie sur les autres professions. Les autres aussi trouvent leur compte finalement puisque chaque secteur se trouve à la fois représenté, mais aussi trouve l'occasion d'assurer son autonomie professionnelle; les socios s'occuperont du contexte, du relationnel, de la famille et des conditions sociales, et les pys s'occuperont des comportements d'un côté ou bien de l'âme de l'autre.

Tout ceci pour arriver à un point qui m'intéresse : le fait que la maladie mentale est une construction bien sûr, mais une construction collective aux enjeux multiples et c'est une construction par laquelle les thérapeutes, comme les patients, s'inscrivent dans la culture, définissent des identités et fondent l'histoire. Et ces inscriptions dans la culture peuvent prendre de multiples formes, répondre à des enjeux qui vont converger comme le fait de définir la schizophrénie comme héréditaire, donc biologique, donc sensible aux médicaments, voilà déjà trois enjeux, donc aussi quatrième enjeu que je n'ai pas cité, plus gérable et plus humainement gérable dans les structures de soins pour le personnel hospitalier, donc aussi permettant certaines formes de réhabilitation. Des enjeux qui vont aussi contribuer finalement à favoriser certaines hypothèses plutôt que d'autres et donc, certaines formes de maladies plutôt que d'autres.

Alors, si on en revient à la dépression maintenant, la lecture en terme d'enjeux multiples pourrait s'avérer similaire sauf que les enjeux sont évidemment très différents, et il y a une chose par exemple qui est très très différente dans la tradition, c'est que la schizophrénie est associée aux troubles de la cognition et donc va relever la tradition cognitive (une tradition plutôt liée à la raison) alors que la dépression est liée aux troubles de l'affect.

Donc, c'est plutôt à toutes les théories de l'affect qu'il faudra se référer.

J'avais déjà noté, pour la dépression, l'étonnante coïncidence entre l'arrivée sur le marché des médicaments anti-dépresseurs et « l'épidémie » de dépressions comme si, et là je reprends les termes de Michaël Bork-Jacobson, les patients migraient et optaient pour de nouvelles symptomatologies.

Quitte à être mal, autant l'être dans des formes qui sont partageables et qui peuvent être soulagées.

Je sais que je donne une vision un tout petit peu trop volontariste du choix des symptômes. Je n'ai pas le temps d'affiner ma caricature, je vous propose plutôt d'étudier pour conclure quelques-uns des processus qui rendent les patients et les psychiatres disponibles à cette forme singulière d'inscription dans la culture que sont les maladies et les manières de les soigner.

D'abord, puisqu'il s'agit d'inscriptions dans la culture, on remarquera ce fait étonnant de la dépression : la définition de sa forme même rend particulièrement lisible des choses qui ne sont jamais qu'implicites dans la culture. Il est très difficile de définir ce qu'est une personne normale.

Par contre, avec la maladie mentale, vous pouvez parfaitement obtenir une superbe définition par inversion. Alors, si vous envisagez des maladies mentales, vous voyez donc par contraste toutes les valeurs de la culture devenir explicites.

Alors, je ne parle pas des évidences qui sautent aux yeux, c'est bien Freud..... « aimer, travailler, etc », je parle des choses qui justement nous semblent tellement évidentes qu'elles ne paraissent pas faire partie des valeurs de la culture. Par exemple, la dépression, c'est vraiment intéressant la dépression, ici je suis l'analyse de Catherine Lutz à propos de la dépression chez les Iphalouques de Micronésie, qu'elle met en relation avec nos formes de dépression, elle dit que la dépression traduit une série d'échecs et par exemple, un des échecs de la dépression montre qu'il y a une véritable insistance en Occident, sur le fait que l'état normal est un état de bonheur et d'affects positifs. Alors, vous allez me dire, vous connaissez une culture où ce n'est pas le cas ? Et bien, justement, je vous dis que cela ne doit pas se trouver nécessairement partout, c'est quand les choses semblent les plus naturelles qu'il faut se méfier. Quand les choses nous semblent très naturelles, ça veut dire que la culture a été à l'oeuvre; parce que c'est bien ça le rôle de la culture, c'est de nous naturaliser finalement dans le monde avec des codes sociaux, avec des manières de penser,...

Pensez à la différence des femmes et des hommes, qui paraît naturelle, c'est bien la preuve que la culture nous a bien fabriqués sur ce mode de naturalisation, de codes sociaux et de manières de se représenter les rôles respectifs.

La recherche du bonheur, en tout cas, telle que nous la définissons, n'a rien d'universel.

Certaines cultures par exemple vont prôner des formes de détachement en effet qui, à nous, nous apparaissent très très proches de la dépression. Ensuite, autre valeur que la dépression fait apparaître, qui manque dans la dépression c'est quand même une des choses les plus importantes pour l'occidental, un devoir essentiel de la personne, l'amour de soi. Or, c'est de nouveau là une caractéristique des occidentaux. Nous devons nous aimer (même si ce n'est pas trop quand même). Le fait que la honte ne soit pas trop valorisée dans notre culture, si on compare à d'autres cultures, me semble un des multiples témoignages. Charité bien ordonnée commence par soi-même,...

Cette ligne de conduite semblerait pourtant proprement aberrante dans d'autres cultures, je pense par exemple aux Iphalouques, où justement tous les affects positifs vont être dévalorisés dans la mesure où ils amènent à ne pas prêter attention aux autres.

Donc, les bons affects, ce sont les affects moralement orientés, comme par exemple le fait de prêter attention à ce que les autres attendent de vous-même, être à la hauteur des attentes des autres, la honte et tous ces sentiments là que nous n'aimons pas trop...

Alors, il y a une deuxième façon de penser que la dépression est très bien articulée à notre culture, c'est qu'il y a un élément dans la dépression, dans l'ensemble de ses modes de prise en charge qui révèle une valeur forte, c'est l'autonomie, l'intimité et l'intériorité, ces trois valeurs pour moi étant historiquement très liées.

La dépression très souvent se définit d'abord en terme intime, que ce soit l'intimité des hormones ou encore celle des processus intra-psychiques; clé de la réalité la plus vraie. Cette valeur se trouvera particulièrement bien effectuée par les pratiques thérapeutiques.

On notera par exemple que nombre de thérapeutes encouragent leurs patients à rendre compte de leur détresse en termes psychologiques plutôt que somatiques ou contextuels. Ils vont donc être parties prenantes dans la manière dont les patients expriment leurs symptômes mais certainement à partir d'un certain moment, font l'expérience de ces symptômes. Je pense qu'il y a des passages superbes où l'on voit des thérapeutes partir à l'étranger et qui essayent absolument de psychologiser par exemple des Chinois, je pense à Arthur Kleinmann qui veut absolument rendre les Chinois semblables aux Occidentaux, et qui montre à quel point pour nous c'est une valeur forte que cette expression de l'intimité.

Alors ensuite, la recherche de l'intimité des causes profondes, ce goût particulier pour les biographies, ce goût pour la révélation d'un noyau intime comme procédure de guérison, s'enracine bien sûr dans notre tradition de l'âme et elle est tout à fait donc cohérente avec notre contexte psychologique; il n'est pas question de dire cette tradition thérapeutique ne nous convient pas, bien au contraire. Notre âme fabrique ce type de tradition thérapeutique qui, en retour, fabrique nos âmes. Chercher dans les profondeurs les sources du mal fait bien partie de notre tradition.

Mais d'autres enjeux peuvent aussi concourir à finalement soit créer cette tradition, soit la conforter ou la légitimer.

On pourrait analyser Freud à cette lumière.

Pour Freud, par exemple, c'est vrai qu'on peut penser sa psychologie des profondeurs répond aussi à une nécessité pratique de Freud, parce que, comment concilier finalement une théorie qui va en effet finalement faire que le sujet échappe à lui-même c'est-à-dire qu'il n'est pas toujours la cause de ses propres actions, dans une culture qui va miser sur la responsabilité, car vous risquez alors de déresponsabiliser les patients, donc vous pouvez avoir des nécessités pratiques, c'est que finalement prendre toutes les intentionnalités extérieures, les causes et les mettre à l'intérieur, c'est une première démarche; mais la deuxième, c'est de ne pas les laisser telles quelles à l'intérieur parce que autrement le patient peut de nouveau se retrouver comme complètement déresponsabilisé.

Donc, finalement, la création de l'inconscient et tout le travail d'amener l'inconscient à la conscience fait partie des nécessités de la pratique.

Freud n'aurait jamais pu émettre cette théorie dans une société où l'intériorisation n'était pas possible, (les Occidentaux étaient tout à fait prêts pour une intériorisation du monde entier s'il le fallait) et dans une société qui n'aurait pas été axée comme la nôtre sur la notion de Responsabilité mais qui aurait par exemple été axée comme la culture maghrébine sur la notion de Devoir; ça n'aurait pas pu prendre. Ça n'aurait même pas pu être inventé, ça ne répondait à aucune nécessité.

Alors, on peut se poser la question bien sûr de savoir comment les thérapeutes aujourd'hui, par exemple quand ils ferment la porte de leur cabinet de consultation, fabriquent peut-être aussi certaines formes d'expérience de la maladie puisqu'une fois que vous fermez une pièce, vous savez que ce sont des confidences qui risquent d'arriver.

Comment est-ce que chaque thérapeute, finalement arrive dans la perspective théorique qui est la sienne avec le concours des patients qui sont aussi très actifs dans cette problématique et dans cette histoire, à construire l'expérience de la maladie, à la réinventer, à la renouveler à chaque fois, mais toujours en prolongeant la tradition.

Je conclurais en reprenant peut-être un des risques de type de pensée que je vous ai exposé un peu rapidement, c'est que si on adopte mon hypothèse, enfin qui n'est pas seulement la mienne mais qui est celle aussi de Barrett, de Michaël Borch-Jacobson et tout un courant de recherche, il faut absolument alors revisiter l'affirmation relativiste de l'anti-psychiatre Thomas SZASZ, affirmation selon laquelle la maladie mentale est un mythe puisque c'est une construction sociale et puisqu'elle est socialement construite.

Bien sûr que la maladie mentale est un mythe, mais pas du tout au sens où Thomas SZASZ l'entendait. Le mythe n'a rien du mensonge et rien d'un mensonge que les thérapeutes auraient accepté et qu'ils prolongeraient avec plus ou moins d'innocence.

Le mythe n'a jamais eu pour fonction de leurrer, il ne sert pas les intérêts de quelques-uns. Le mythe est une création collective, parfois même sur le mode de la réappropriation d'une version, sinon il n'est pas un mythe, c'est juste une rumeur ou une légende.

Les mythes, en fait, c'est ce que nous fabriquons afin qu'ils nous fabriquent, c'est avec eux que nous apprenons à être humains c'est-à-dire des êtres de culture. Ils prolongent notre tradition et la réinventent à chaque version. Alors, oui, nos pratiques peuvent être célébrées comme proprement des pratiques de prolongement de mythes, comme des histoires de mise en sens, en causalité, en histoire, comme des histoires que nous fabriquons afin qu'elles nous fabriquent.

Le soin aussi construit la maladie c'est-à-dire qu'il propose au patient une métamorphose au sein de sa culture, une métamorphose en plusieurs étapes : devenir malade sur un mode culturellement partagé et se reconstruire en fonction de ce mode. Il ne s'agit ni de vérité ni de mensonge, il s'agit de construction collective. C'est à la qualité de ce qu'elles s'avèrent capables de construire que nos pratiques doivent désormais être évaluées.

## DISCUSSION

B. FOUREZ : je serais en dépression dès lors que je ne sais plus être en accord avec la culture dans laquelle je suis. J'ai été frappé de voir l'évolution de ce qui était amené comme première plainte du syndrome dépressif, sur mes 17 ans de pratique. Par exemple, un trouble que je n'entendais jamais spontanément affirmer, c'était le trouble de la concentration, pourtant classiquement décrit. Je devais toujours le pêcher à l'anamnèse.

Je ne dois plus jamais poser cette question. C'est le premier point qui est amené par les gens et, chose extraordinaire, une interniste m'a dit la même chose : « chez moi aussi, on s'en plaint ».

Alors, je pense effectivement que si l'être expressif doit être en accord avec ce monde pour capter le moment qui va le faire s'exprimer, il doit être dans une concentration totale et que donc, dès lors qu'il ne peut pas entrer dans ce mode-là, c'est de la concentration qu'il va se plaindre.

A la fois où les patients ne tolèrent plus de ne plus pouvoir se concentrer, et ils ne tolèrent plus en même temps d'être envahis par des émotions.

Et donc, ils consultent très rapidement et ils demandent d'être vidés de ce trop plein émotionnel.

Et je pense que le moment de consultation doit être différent (on n'attend plus d'être anergique) et le choix de certaines molécules qui ont plus un impact spécifique symptomatique va être demandé.

V. DESPRET : on ne peut pas manquer aussi de s'étonner de voir pourquoi le trouble de concentration aussi peut être entendu aujourd'hui plus facilement par les psys.

On sait que très bien que les patients viennent aussi au cabinet en sachant très bien qui ils vont voir, ce qui intéresse le psy qu'ils vont voir,... donc, ils ont déjà des attentes.

B. FOUREZ : oui, comme un thème qui est pas mal développé, qui est dans tous les premiers entretiens : « je manque de confiance en moi ». On l'entend, sans qu'on la pose comme question. C'est amené en tant que tel, ça rejoint l'importance accordée à soi dont vous avez parlé et donc, effectivement, dès lors qu'on n'est plus dans cette position de confiance en soi, eh bien on n'est plus dans le monde ambiant.

V. DESPRET : et alors, pour le trop plein émotionnel lié à une conception que les Occidentaux manifestent depuis les grecs, c'est la conception que l'âme est une marmite à pression.

Il a fallu que Platon rencontre pas mal de monde sur ce chemin pour que ce soit soutenu. Il a fallu les théories de l'aveu, enfin les pratiques de l'aveu c'est-à-dire que nous avons une conception de l'âme comme étant toujours dangereuse.

Vous savez, la dépression par exemple, signifie les valeurs culturelles. Il y a des valeurs culturelles qui sont encore plus évidentes dans certaines maladies mentales, qui sont lisibles à la fois dans la schizo, dans la phobie, dans la paranoïa,... c'est l'interdit de fusion.

Vous savez ce que c'est un paranoïaque ? C'est quelqu'un qui croit que ce qui est à l'intérieur se trouve à l'extérieur. Quel idiot !...



Qu'est-ce que c'est qu'un phobique ? C'est quelqu'un qui croit qu'il a peur de quelque chose à l'extérieur alors qu'en fait, c'est une angoisse interne.

Qu'est-ce que c'est qu'un schizophrène ? C'est quelqu'un qui n'est pas capable de garder convenablement son enveloppe corporelle,... et son enveloppe psychique. Il croit qu'il y a des voix qui lui rentrent dedans. Il confond l'intérieur et l'extérieur.

C'est une valeur forte de la tradition occidentale, c'est l'interdit de fusion, et cet interdit de fusion est tellement fort en Occident que, par exemple, on considère comme un moment essentiel dans la vie du nourrisson et de sa mère, le jour où le nourrisson arrive à défusionner de sa mère.

Et ça, je pense que ce sont des épopées qui sont totalement reconstruites à postériori, parce que c'est la manière dont l'occidental se donne une histoire en forme de conquête de soi.

J. DE MUNCK : il faut savoir que dans un tout autre champ, celui de la productivité économique, la question de l'attention est la question-clé.

Elle a été thématifiée et organisée, d'abord par le système taylorien, il fallait faire en sorte que l'ouvrier soit attentif à sa tâche et donc, on raréfiait sa tâche.

C'est au point où on pourrait faire une histoire économique de l'attention au XX<sup>ième</sup> siècle, c'est au point que la meilleure formulation de l'économicité, du caractère économique de l'économie a été formulée et a été donnée par Herbert Simon, prix Nobel de l'économie et elle tient en une phrase : nous savons bien que, bien sûr, l'économie est la science de la rareté mais qu'est-ce qui est rare ? Réponse de Simon (1970) « C'est l'attention ». Le problème de l'organisation sociale, c'est de lutter contre la rareté de l'attention et effectivement, si vous suivez la construction alors très savante et les organisations des 30 dernières années, ce problème est crucial.

Alors, il ne faut pas s'étonner que ce symptôme réapparaisse.

V. DESPRET : et qui peut être d'autant plus produit dans un cabinet, puisque c'est justement là qu'on va chercher de l'attention. Qu'est-ce qui caractérise d'abord un psy, c'est justement cette attention bienveillante...

M. DEGOSELY : je voulais vous poser une question à propos de la construction. Il y a un aspect des choses que je n'ai pas pu développer dans mon exposé et qui était un petit peu la réalité des gens de terrain à propos de la santé mentale et à l'époque, l'année passée, est sorti un numéro des cahiers de psychologie clinique intitulé « Mens sana » et ce qui m'avait frappé, en petite synthèse de ce qui est dit là-dedans, c'est l'introduction du temps à savoir que la prise en charge implique des changements, des transformations à la fois de la part du patient mais aussi du thérapeute et ça se rejoint, avec une espèce d'ajustement qui se fait dans les meilleurs cas même si parfois, il y a des périodes de dérapage. Ce que disait Winnicott, dans certaines situations, la première chose à faire, c'est d'abord de se garder en bonne santé mentale. Vous voyez. Ceci rejoint une étude qui a été faite à Liège par une sociologue, Christine Renouprez sur les trajectoires. Elle démontre qu'au fil du temps mais pas à court terme, pas dans l'immédiateté virtuelle qui est un petit peu le propre de nos civilisations, et bien il y a des choses (dans les meilleurs cas, avec chaque fois des risques de dérapage) qui évoluent parfois dans un sens favorable, à cause de cette importance du temps.

Donc, ça rejoint cette notion de construction mutuelle.

V. DESPRET : nous sommes situés à l'intérieur d'une tradition qui, en outre, et vous relevez un des beaux paradoxes de la position des constructivistes post-modernes, c'est que c'est justement cette tradition que nous contestons qui nous a rendus critiques.

En Chine, on ne pourrait pas rencontrer ce genre de choses puisque justement la critique auto-réflexive comme nous, en somme, avec de l'auto-flagellation par moments et de l'ironie,... ça c'est vraiment un produit typique de l'Occident. Il a fallu toute une histoire pour que l'on puisse la produire.

Ce serait un peu comique et très paradoxal à la fois de déconstruire la tradition et de la rejeter alors que c'est cette même tradition qui me permet de la déconstruire.

Question : La maladie mentale est-elle donc dépendante de l'histoire de la philosophie ?

V. DESPRET : oui, bien sûr, comme l'histoire de la philosophie occidentale est depuis quelque temps, dépendante de l'histoire de la psychiatrie.

Je pense que comme certaines idées reviennent dans le collectif, eh bien les philosophes font partie de ces collectifs. Je veux dire, lisez par exemple les dialogues entre Derrida et Roudinesco et vous serez un peu surpris de voir le nombre de clichés et de mentalités populaires qu'il y a dans ce bouquin. Ça veut dire que votre savoir est nourri de notre culture, mais je pense qu'il nourrit très très fort la culture.

On m'a toujours dit que mon fils n'aurait peut-être pas traversé l'Oedipe avec une telle flamboyance si Freud n'était pas venu.

Question : La structuration de la santé mentale en réseau n'induit-elle pas ses propres pathologies ?

J. DE MUNCK : le réseau est présenté comme un mode enchanté de structuration du domaine professionnel, enchanté parce que soi-disant plus démocratique et c'est vrai qu'à partir du moment où on démolit les hiérarchies, on est dans un monde plus démocratique, alors que je pense qu'effectivement, progressivement l'expérience, apparaissent des pathologies spécifiques du monde en réseau.

Il y a l'illusion d'une espèce de démocratie horizontale, tout à fait horizontale qui est une illusion, qui a été quand même déconstruite au cours de notre histoire politique, mais qui, curieusement, réapparaît dans le choix des professionnels.

Je pense ça c'est un enjeu politique très important. Mais, je crois qu'effectivement pour lutter contre cela, il est vain et définitivement périmé d'en appeler de nouveau à une autorité hiérarchique.

Nous ne pouvons pas tout simplement rejouer la restauration. C'est vrai pour les professionnels, comme c'est vrai dans les écoles, comme c'est vrai partout dans la société, dans la famille.

Donc, la question devient celle de penser des conditions d'une régulation autonome, en réseau, mais qui, néanmoins, parviennent à se mettre d'accord sur quelques points d'extériorité, c'est-à-dire dépendre quand même d'une régulation de contrôle.

Je me réfère là à une conceptualisation sociologique très utile, du genre de Daniel RENO, fin des années 70, qui thématizait cette question là. Enfin, ce n'est pas pour rien aussi que ces questions-là naissent à la fin des années 70.

On disait, finalement alors qu'on regarde une régulation, par exemple dans une classe ou dans un atelier, il y a toujours une régulation horizontale, même et surtout quand la régulation de contrôle, le chef, le chef d'atelier, le prof,... prétend exercer un pouvoir très fort. Il y a toujours, et c'est observable, des liens horizontaux qui se tissent entre subordonnés et viennent interpréter, compléter, rectifier, amender les injonctions de la régulation de contrôle.

Alors, la question c'est de ne pas s'en débarrasser; elle doit en quelque sorte changer son statut. On observe qu'elle est en train de changer son statut. Par exemple, ce que l'on constate, c'est que de moins en moins, la régulation de contrôle dans les sociétés de réseau, devient visible et d'ailleurs, c'est le propre de l'autorité, de la bonne autorité d'aujourd'hui, sa caractéristique, c'est que plus l'autorité est bonne, plus elle devient invisible. Ce qui est tout le contraire de la construction de l'autorité antérieure où on construisait la grande personne, on lui donnait tous les attributs, on la rendait visible, (on construisait le père, le prof, le psychiatre).

Maintenant, on est dans une situation où effectivement l'autorité se rend invisible. Alors, il y a un enjeu de pouvoir considérable qui est à l'oeuvre, parce que, je pense, que un des enjeux démocratiques, c'est quand même de donner un minimum de visibilité au contrôle. Parce que si la démocratie signifie quelque chose, c'est le contrôle du contrôle. Ce n'est pas l'abolition du contrôle, ce n'est pas la régulation du contrôle, c'est le contrôle du contrôle. Et donc, je pense qu'effectivement, pour notamment les équipes qui fonctionnent en réseau, c'est un enjeu institutionnel de construction, d'imagination institutionnelle, c'est de parvenir à construire des régulations horizontales en réseau, mais qui se trouvent sous des contrôles contrôlés, c'est-à-dire des autorités visibles, repérables; cela ça s'appelle une structuration publique. Par exemple, si vous voulez, pour les petites équipes locales, la plate-forme territoriale pourrait devenir l'autorité de contrôle mais ça devrait être contrôlé.

Maintenant, je crois que, par contre, là où je serais très prudent et j'entends souvent cela dans les milieux de psychanalystes ou de psychologues, c'est l'appel à la restauration du père. Vraiment, je crois que c'est une erreur historique que de penser que tout simplement on puisse restaurer comme ça de la Loi.

Le père substantiel imaginaire, qui a été construit, maintenu par la société traditionnelle, maintenu par la société industrielle, celui-là disparaît et tant mieux...

En revanche, se construire de manière concertée des points d'extériorité avec tout ce que cela a de paradoxal, puisqu'on ne peut plus imaginer que les points d'extériorité sont posés à l'extérieur de nous, c'est Nous qui posons un extérieur comme extérieur ou un extérieur posé comme intérieur; c'est-à-dire que, très exactement, enfin si vous me permettez une référence freudienne, nous passons du mythe de l'Oedipe au mythe de Totem et Tabou.

Il y a deux mythes de la loi chez Freud, pas un seul. Il est temps de se pencher sur le Totem et Tabou. Totem et Tabou, c'est l'histoire des frères qui tuent le père. Ils ont une bonne raison de le tuer parce que c'était un jouisseur abominable. Ils tuent le père mais une fois qu'ils l'ont tué, ils doivent signer un contrat pour restaurer un substitut, purement symbolique. Un point d'extériorité produit à partir de l'intérieur.

Je crois que, dans les sociétés modernes, on en est là et que donc, effectivement, il pourrait y avoir un point de bascule puisque les pratiques psychanalytiques ou de psychothérapie se sont indexées sur l'Oedipe. Peut-être qu'elles doivent commencer à s'indexer sur Totem et Tabou.

V. DESPRET : c'est-à-dire qu'on remplacerait la remémoration par la commémoration alors.

M. DEGOSELY : si vous voulez, je n'avais pas pensé à cela.

Question : Il n'y a pas seulement la figure du Père comme Interdicteur, il a aussi un rôle structurant dans la perspective d'une libération de la personne. Dans le réseau, la figure de l'Autorité se désincarne...

M. DEGOSELY : oui, oui, je crois que vous avez raison sur ce point. Enfin, ce que vous dites a été diagnostiqué il y a un siècle par Max Weber. Sa thèse fondamentale sur l'évolution non seulement de la modernité mais de toute l'histoire humaine, c'est la thèse de l'intellectualisation. Nous rentrons dans des sociétés avec gain progressif en abstraction et il se peut qu'aujourd'hui, effectivement, nos modes de réalisation sociale ont fait un saut considérable en abstraction, ce qui d'ailleurs crée un sentiment de complexité énorme. Plus personne ne comprend comment une économie fonctionne, même pas les économistes. On a affaire à des flux abstraits; néanmoins, ça marche, ça c'est sûr, plus ou moins bien, mais je pense qu'on est là devant une caractéristique structurante de la rationalisation moderne. Alors que, peut-être, par rapport à cela, le psychothérapeute ou la psychothérapie peut prendre une position critique, comme vous le faites, en disant « attention, on est quand même dans le vécu, dans le concret » et on a beau se projeter sur Internet, on le fait quand même encore dans l'espace-temps à trois dimensions.

Alors, je pense que peut-être il y a là un ressort critique de la culture qui est incarné notamment par des psychothérapies, enfin la psychanalyse,... qui peut être important mais reconnaître cela, c'est aussi reconnaître que la poussée à l'abstraction est de plus en plus forte. C'est un trait structurant.

Question : Les flux abstraits ne nous éloignent-ils pas de la relation concrète ?

B. FOUREZ : Tout à fait d'accord avec un paradoxe par exemple tout à fait étonnant quand on dit « Proximus nous rapproche plus »; en fait, ce n'est pas vrai, il nous permet de rester distants, il nous permet en tout cas des évitements d'une réalité de contact, d'une relation vraiment dans le réel.

Donc, en fait, ça nous permet de rester distants.

Je voulais dire à Monsieur DE MUNCK, avant la question précédente, quand on pense remettre des points d'extériorité, je crois que c'est réarticuler précisément le thème du masculin qui se détache, par rapport au thème du féminin qui est peut-être très concrétisé dans la proximité de l'horizontalité...

### SYNTHESE DES ATELIERS DU III è SYMPOSIUM ( 26.10.2002)

L'intervention du Professeur De Munck, se réjouissant de la disparition de la fonction paternelle, a suscité beaucoup de réactions, certains craignant d'y voir une menace pour l'identité masculine et l'avènement d'un pouvoir féminin reposant sur la séduction.

Le renforcement des pouvoirs du patient suscite quelques inquiétudes en se demandant si le thérapeute osera à l'avenir remettre en question la demande exprimée par le patient.

La radiation brutale de l'Ordre des Médecins d'un chirurgien anglais après que celui-ci ait révélé de dures vérités exprimées sans ménagements à l'égard d'un cancéreux, est produit comme exemple de menace venant des patients, tandis que le fait que ce soit le Juge de la jeunesse qui décide seul de la sortie des délinquants placés en centre de crise, est invoqué comme érosion des prérogatives du psychiatre.

On fait état ensuite de la préparation d'un DSM V qui vise à sa généralisation à travers toute la planète, en adaptant les critères de la dépression à des sociétés parfois ethniquement très différentes, plutôt que de s'interroger sur la relativité culturelle du concept et de son bien fondé.

Le pédocentrisme de la société actuelle est ensuite épinglé, craignant que pour l'enfant-Dieu ne se préparent de sérieuses désillusions pour la suite de son existence. On évoque les fantasmes narcissiques circulant dans la société actuelle, et notamment celui de la jeunesse éternelle voire de l'immortalité. Et un questionnement s'ensuit sur l'opportunité de réaliser des fantasmes.

Un des participants intervient alors pour affirmer que des recherches de généticiens sont à l'oeuvre sur le problème du vieillissement et même de la mort en demandant à chacun des participants ce qu'il choisirait si on leur proposait le destin de Faust ....

Cette idée de réalisation dans le concret des fantasmes est reprise par plusieurs participants qui relèvent qu'on pourra bientôt choisir le sexe de son enfant, au lieu de laisser ce soin à la nature.

Le droit des patients est perçu comme une menace risquant de renverser le rapport de pouvoir ancien avec une connotation de vengeance qui pourrait être l'occasion d'innombrables recours en justice.

On signale que la société s'interroge de moins en moins sur les fins et que les interrogations portent surtout sur les moyens.

Quelques inquiétudes se font jour sur le point de savoir comment s'adapter à une société de plus en plus narcissique menacée par la montée de la violence, tout en constatant que tout retour en arrière paraît difficile. L'idée du divin étant de plus en plus écartée de la société, l'homme n'a-t-il pas de plus en plus tendance à se diviniser? Pour preuve est donnée la bande-annonce d'un livre d'une thérapeute canadienne qui parle du patient qui doit être « conscient de redevenir un Dieu créateur », en développant ses potentialités.

La discussion porte ensuite sur la définition des rôles féminin et masculin dans notre société, rôles qui pourraient perdre de plus en plus de spécificité, les mêmes questions se posant aux hommes et aux femmes.

La féminisation galopante de la profession psychiatrique répondant à la féminisation accentuée de l'enseignement - notamment primaire - ne risque-t-il pas de priver la patientèle d'une rencontre avec la part du masculin ? Certains pensent que l'image de l'homme est actuellement malmenée dans la publicité, que des interventions plus « masculines » c'est-à-dire plus incisives vis-à-vis du patient, seraient probablement de plus en plus difficiles à l'avenir, déclarations qui finiront par susciter des réactions de la part des femmes de l'assistance s'inquiétant des amalgames faits entre femme, séduction et prostitution. On s'interroge pour savoir s'il y a une psychiatrie spécifique de la femme-thérapeute et à partir de là sont abordés le thème des relations entre sexes, d'une conjugalité de plus en plus difficile et l'augmentation des divorces et de ses raisons. Un mauvais esprit dans l'assistance trouve que la thématique est fort centrée sur l'angoisse de castration, suscitant un certain froid.

Après les causes de l'augmentation des divorces (dépendance moins grande de la femme, espérance de vie augmentée, érosion du mariage en tant qu'institution), il est développé que c'est maintenant la relation - par définition pleine d'aléas - qui unit deux êtres et non plus le lien institutionnel. Il apparaît que le citoyen d'aujourd'hui, s'il est très doué pour l'expression, et en particulier l'expression de soi, est par contre un handicapé de l'impression c'est-à-dire de tout ce qu'il peut ressentir et de tout ce qu'il peut recevoir de l'Autre.

Séduire le patient est ensuite considéré comme un préalable à l'instauration d'une bonne relation thérapeutique ce qui permettra de ne pas le ménager éventuellement dans la suite. Des femmes dans le groupe interviennent pour préférer le terme d'alliance au terme de séduction et affirment qu'il ne suffit pas de vouloir séduire pour que la rencontre avec le patient se fasse. C'est cette rencontre réussie qui sera le facteur principal de l'efficacité thérapeutique ultérieure. Des métaphores musicales sont utilisées pour montrer que l'on peut se trouver en harmonie sans jouer nécessairement la même partition, notamment en duo, pour fustiger la compulsion de la société actuelle à nier toute différence. L'égalité des chances ne signifie pas pourtant que nous sommes tous pareils. La question finit par se poser de savoir si le psychiatre ne deviendra pas l'ultime défenseur de la Différence ?

Certains rappelleront aussi que le psychiatre doit se défendre contre le risque d'être assujéti à une psychothérapie devenue culture. D'autres s'interrogeront ensuite sur une société démissionnaire, où la loi ne s'incarnerait plus ni dans le père, ni même dans la mère, aboutissant à un état d'anomie. Elle ne serait donc plus présente dans les têtes, mais uniquement dans les instances sociétales spécialisées.

De là, on en vient à la notion d'éthique et il est souligné que le terme n'a pas de sens s'il n'est pas accompagné d'un qualificatif, en montrant qu'il peut y avoir une éthique inégalitaire, (faisant référence notamment à la relation enseignant-enseigné ou à la relation parents-enfant) et que parfois il y a des dérives en accusant une situation de n'être pas éthique alors qu'elle ne serait tout simplement pas politiquement correcte ...

Bref, il a été question de menaces, menaces sur la fonction paternelle, l'ordre masculin, le pouvoir médical, d'inflation narcissique de la part d'un Homme qui ne rêve que de pouvoir accéder aux attributs divins, menaces de confusion des identités et de négation des différences, tout en étant confronté aux difficultés de la relation, bref, où sont donc les repères alors que l'ordre ancien se lézarde et que demain est lourd d'incertitudes ....

Docteur J. FANIELLE

## COMPTE-RENDU DU III<sup>ème</sup> SYMPOSIUM DE PENSEES DE PSYCHIATRIE

**« L'honneur perdu de la psychiatrie... rôle et fonction du psychiatre dans une société en mutation. »**

Pensées de psychiatrie est une association belge de psychiatres qui a pour vocation d'aborder, dans le domaine de la santé mentale, des thèmes délaissés par les circuits traditionnels existants, en offrant la possibilité d'en débattre.

Les thèmes sont choisis par l'Assemblée Générale annuelle, à partir de propositions soumises par le Conseil d'Administration, notre souci étant d'inviter des orateurs provenant d'horizons différents.

Ce symposium avait pour but de répondre à plusieurs interrogations, dont la principale était : la psychiatrie a-t-elle tenu son rang et a-t-elle suffisamment défendu sa spécificité ?

Mais aussi : le psychiatre ne risque-t-il pas d'être grignoté d'un côté par les neurologues et de l'autre, par les psychologues ?

Le rôle et la fonction du psychiatre ne sont-ils pas modifiés par l'évolution actuelle de la société ? Quel est vraiment son rôle ? Un sorcier moderne ? Un régulateur social ? Un philosophe domestique ? Sa raréfaction via le *numerus clausus* va-t-elle entraîner son remplacement dans diverses fonctions ? Assistons-nous à une modification des psychopathologies en fonction des changements des représentations sociales ?

Bref, quel devenir pour quelle psychiatrie ?...

Dans son intervention intitulée « Identité professionnelle et peau de chagrin », Michel DEGOSSELY, pédopsychiatre, évoque la « Peau de chagrin », chagrin étant une déformation du mot chagri (variété d'âne turc dont la peau était particulièrement appréciée). Le roman d'Honoré de Balzac décrivait le rétrécissement progressif des possibilités pouvant aller jusqu'à l'annihilation, pouvant être considérée comme une métaphore de l'existence humaine, voire d'une profession; il y décrit aussi le climat d'une époque, celle du Paris de 1830, qui présente une certaine analogie avec notre temps, caractérisée par la confusion des repères politiques, philosophiques, épistémologiques, avec une désacralisation des valeurs (marchandisation générale) entraînant un appauvrissement des possibilités de réflexion.

Le secteur psychiatrique, au cours des années 60, se caractérisait selon l'auteur par son expansion. A l'époque, les professions intellectuellement concurrentes sont peu actives : les assistantes sociales ne font pas encore de psychothérapie, les psychologues sont des licenciés en orientation professionnelle dont l'essentiel de l'activité concerne les tests, il existe quelques psychanalystes non médecins, la plupart du temps enseignants, la sociologie est une référence lointaine.

A l'heure actuelle, l'espace de la psychiatrie s'est élargi et le champ de la santé mentale a été investi par pas moins de 17 professions différentes (si l'on se réfère à la proposition de loi du 27 mars 2002 organisant celles-ci dans leur rapport avec l'art de guérir).



Ces professions, de nature psycho-sociale, sont autonomes et fournissent des soins spécifiques : le patient est seul juge de son choix, sans ingérence médicale, puisque « la psychologie clinique est une science à part entière et se différencie de façon nette de la médecine ».

Selon Michel DEGOSSELY, la peau de chagrin psychiatrique se manifeste notamment dans l'unité perdue (scission entre les psychiatres d'orientation infanto-juvénile et les psychiatres d'adultes), dans la substitution de plus en plus fréquente des psychiatres par les psychologues dans diverses fonctions, avec le soutien de l'autorité politique, dans l'exclusion des psychiatres des instances élaborées par les décideurs, encore que l'on puisse se demander si cette exclusion est délibérée ou se présente comme le résultat du peu de disponibilité professionnelle des psychiatres pour ce genre d'activités...

Enfin, les avancées de la neurologie, couplées aux progrès de la pharmacothérapie, pourraient enlever au psychiatre tout un pan de sa pratique...

Le Docteur Bernard FOUREZ, psychiatre systémicien, nous parlera ensuite d' « Etre psychiatre et psychothérapeute quand l'expression de soi et la psychothérapie sont devenus deux foyers culturels ». Sa communication sera axée sur le fait que la psychothérapie secrète par elle-même une certaine culture et qu'en retour, la culture ambiante ne peut manquer de retentir sur les modalités de la pratique psychothérapeutique.

L'orateur illustre son propos en montrant un dessin de Sempé qui montre un chemin sur lequel avance un être humain. Ce chemin bifurque en Y et une des branches de l'Y mène à une église devant laquelle se trouve un prêtre, tandis que l'autre mène à un cabinet de psychanalyste devant lequel se trouve ce dernier. En voyant l'homme s'approcher du carrefour, le psychanalyste s'adresse au prêtre en lui disant : « S'il a péché, c'est pour vous, s'il n'a pas osé pécher, c'est pour moi. ».

En effet, la psychothérapie et la culture qu'elle a secrétée a gentiment travaillé à l'érosion du Surmoi au profit du désir, en se déployant et en installant sa généralisation dans les années 70 après mai 68.

La psychanalyse et la psychothérapie s'instituaient comme une expérience aux libérations des instances supérieures et notamment du Surmoi.

La question présente est : Avec quoi d'autre la psychothérapie s'articule-t-elle aujourd'hui ?

Bernard FOUREZ épingle alors le développement d'une mentalité victimaire. Celui ou celle qui a subi un outrage semble recevoir un crédit, une importance, une identité culturelle et donc sociétale. Comme dès lors se rejoue la dynamique agressive, l'agressivité, qui semblent de tout temps avoir constitué un invariant anthropologique, dans la société du « Politically correct » ? Sa réponse est paradoxale : si les rapports sociaux invitent en effet à ne plus prendre le dessus sur l'autre, c'est-à-dire à prendre le pouvoir, l'abuser ou..., s'il ne s'agit donc plus de prendre le dessus, il lui semble qu'assez clairement la tactique agressive se reconduit en prenant le dessous, c'est-à-dire en se positionnant comme victime potentielle ou non d'un agresseur (cfr le film de Weber : « Le placard »).

Bernard FOUREZ rompt quelques lances contre l'engouement manifesté de façon effrénée par les pys pour le Trauma, quelque peu battu en brèche par le concept de résilience, mais remis en selle par la transmission intergénérationnelle du traumatisme. La vision très individuocentrique, hypersubjectivée de l'humain, semble avoir ôté aux contemporains la capacité de pouvoir dire d'un événement ou d'une adversité : **il advient**.

L'adversité est d'emblée ressentie comme une atteinte singulière en plein coeur de la subjectivité. La culture psychothérapeutique, elle, a fini par induire d'autres types de culpabilité, notamment dans le chef parental, ce qui fait dire à l'auteur que la psychothérapie est une formidable réussite sur le plan du marketing car, s'attachant à traiter les culpabilités, elle n'a pu en recréer d'autres et se constituer ainsi de nouveaux patients.

Abordant le point de savoir comment le discours psychothérapeutique peut être teinté par certains éléments de la culture extérieure, l'orateur est frappé par le positionnement du patient en tant que sujet détenteur de droits.

Il développe l'idée que la culture occidentale contemporaine, privilégiant le rapport à l'instant, au temps court, à l'immédiateté, va engendrer un type d'individu particuliers, l'individu **expressif**. Il s'agit, non plus de recevoir des autres, mais d'exprimer toutes ses potentialités. L'individu expressif est donc un personnage assez réactif, rapide, mobile, capable de multiples situations de changement, à la recherche incessante de l'événement à haute potentialité suscitant d'expression de soi. C'est l'« homo festivus ». Alors que le sentiment d'identité psychique se ressent d'une façon générale par la perception d'une permanence qui traverse les changements de la vie ancrée dans l'histoire personnelle, il s'agirait ici de la possibilité de réitérer de la manière la plus incessante possible la présentation du même potentiel dans des situations sans cesse changeantes : « le changement me fait exister »; il s'agit ici d'un type d'identité baptisé **saltatoire** par l'auteur, qui s'interroge sur le point de savoir si vivre de façon saltatoire est une pathologie... Les saltatoires « réussis » seraient ceux qui ne vivraient plus la durée et la permanence dans la sphère psychique, mais qui reconduiraient cette dimension au niveau du corps et de la matière, par la chirurgie esthétique par exemple, afin de disposer d'un corps inaltéré, jeune de façon permanente, sans trace de l'emprise du temps et rejoignant ainsi l'idéal du potentiel intact à tout instant...

Reprenant le dessin de Sempé, B. FOUREZ imagine un saltatoire avançant le long du chemin menant à une bifurcation. Sur la gauche, la route mène au cabinet de chirurgie esthétique et sur la droite, elle mène vers le cabinet du psychothérapeute. Le psy s'adresse alors au chirurgien en lui disant : « Si pour lui le temps psychique est du côté de l'instant, il est pour vous. Si, pour lui, le temps psychique est du côté de l'histoire, il est pour moi. »

Le Professeur DE MUNCK, sociologue à l'UCL, viendra ensuite traiter de la mentalisation du social et de la socialisation du mental.

Mentalisation du social d'abord : les idéaux de la subjectivité changent avec l'évolution de la société. Jadis, c'est-à-dire à peu près jusqu'aux années 80, la filiation à un groupe (famille, église, syndicat, nation) procurait automatiquement du lien social en contrepartie d'attente de conformité et de subordination par rapport à la hiérarchie. Actuellement, les valeurs régnaient sont l'adaptabilité et la flexibilité, la capacité de changer, de prendre des initiatives et surtout de communiquer.

Il s'ensuit une négociation permanente entre soi et les autres, en famille comme au travail. On s'intègre en s'inscrivant dans un réseau où on s'active, avec l'objectif de ne pas en être exclu. Car si dans le modèle ancien, la transgression des valeurs du groupe se traduisait par la punition, dans le nouveau modèle, elle se traduira par l'exclusion.

Le social n'est donc pas automatique, donné d'avance, il faut vouloir le lien social, en avoir le projet, il doit donc faire l'objet d'une démarche volontaire, c'est ce qu'on appelle l'intellectualisation du lien social.

En ce qui concerne la socialisation du mental, l'après-guerre sur le plan psychiatrique se résumait entre un marché médical libéral ambulatoire et un monopole institutionnel (l'hôpital ou l'asile). Puis, se sont créées avec l'intervention de l'assurance maladie-invalidité, des institutions diverses avec services variés, subsidiés par l'Etat, centres de santé mentale d'abord, puis actuellement maisons de soins psychiatriques, habitations protégées...

On est passé à l'heure actuelle à un fonctionnement en réseau avec une équipe largement déhiérarchisée, avec l'existence d'une pléiade d'institutions entretenant entre elles des contacts horizontaux, centrés sur un territoire. Il se crée donc une culture de délibération entre de multiples intervenants qui impliquent la nécessité d'un langage commun. L'auteur constate que la psychiatrie est en crise d'identité; il existe des zones d'ombre, notamment la disparition d'une recherche spécifiquement psychiatrique, mais le psychiatre possède des atouts en tant que médiateur entre les différents intervenants et à l'interface des différentes institutions.

Enfin, Vinciane DESPRET, philosophe, dans sa communication intitulée « Cultures de la déraison : l'être « Autre », s'est attachée à prouver que les présupposés les plus fondamentaux qui fondent notre conception de la maladie mentale et ses traitements ne sont pas indépendants des traditions philosophiques qui ont façonné le mode de pensée occidental. Elle questionne de supposées évidences, comme par exemple qu'il est important de connaître les causes pour pouvoir agir sur les effets, et démontre avec brio :

- que les causes, les formes d'expression prescrites de la maladie mentale et les modes de guérison sont contingents d'une culture à l'autre et en rapport avec la société qui les a suscitées (dans la lignée de l'ethnopsychiatre G. DEVEREUX) et également contingents historiquement dans une même culture (les modes différents d'expression de l'hystérie au XVIII, XIX et XX èmes siècles);
- que les formes d'expression de la maladie mentale sont construites par les acteurs en présence, dont les thérapeutes (en Australie, les bipolaires hospitalisés affinent d'un séjour à l'autre l'expression de leurs symptômes pour se rapprocher des critères DSM IV les plus significatifs en la matière, l'intérêt du thérapeute pour « les bons symptômes » agissant comme un conditionnement opérant);
- que les attitudes mentales influencent les recherches;
- que des convergences d'intérêt insoupçonnées peuvent se coaliser pour promouvoir par exemple le modèle biopsychosocial;
- que la séquence étiologie → formes cliniques → modes de guérison est relative, et qu'il arrive que les effets peuvent déterminer les causes et que le traitement donne forme à la maladie;
- que la création de l'Inconscient n'était possible que dans une société où l'intériorisation était autorisée et valorisée. Elle défend l'idée que c'est une erreur occidentale de séparer le biologique de la culture, et conclut de manière quelque peu provocante que la maladie mentale est un mythe, car c'est une construction sociale, pas au sens de mensonge mais au sens d'une création collective de l'héritage culturel, de la société, des patients et des acteurs de la santé mentale...

En conclusion de ce symposium, la position du psychiatre peut à certains égards paraître précaire, mais on peut aussi considérer qu'il occupe une position privilégiée au carrefour du réseau des professionnels de la santé mentale, qu'il est appelé à animer, et à celui d'autres disciplines que la médecine proprement dite, position stratégique qui lui permettra peut-être de faire des liens et de jeter les ponts.

L'intégralité des communications du symposium et la synthèse des ateliers est publiée dans des Actas par Pensées de Psychiatrie.

Docteur J. FANIELLE  
Pensées de psychiatrie  
285, Rue de la Belle Jardinière  
4031 ANGLEUR.

