

Meilleurs vœux
2021

SOMMAIRE

ÉDITO

– Espoir

ABONNEMENT

– La Lettre de Psychiatrie Française

BILLET D'HUMEUR

– L'enfant au risque de l'individualisme

ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PSYCHIATRIE

– Bulletin d'adhésion 2021

COLLOQUE

2 avril 2021, à Paris

– La peur au quotidien :
quelle pertinence en clinique ?

INTERVIEW

– Laurent Tigrane Tovmassian

PENSEZ À VOUS INSCRIRE

COVID

– La polémique sur la vaccination :
une maladie infantile française ?

LIBRE PROPOS

– Traiter n'est pas soigner

RENDEZ-VOUS

– Séminaire

de phénoménologie psychiatrique
« L'expérience de la rencontre »

ON EN PARLE

– Pour l'unité syndicale

SYNDICAT
DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

– Cotisation 2021

CINÉMA

– Un chat, un lapin, un pigeon voyageur,
et quelques autres...

La Forêt de mon père : un film à découvrir !

PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

– Ouvrages récemment parus

LIVRES EN IMPRESSIONS

– L'espérance mélancolique.

Un dialogue entre philosophie
et psychiatrie sur le temps humain

APPEL À CONTRIBUTIONS

– Psychiatrie Française

PSYCHIATRIE FRANÇAISE

– N° 1/16 : Adolescence et cinéma

– N° 1/20 : Animal parlé, Animal parlant 2

LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE

– Formations, réunions et colloques

COLLOQUE

2 et 3 juillet 2021, à Suze-la-Rousse

– Le corps dans tous ses états

pages

1

2

3 à 6

6

7 à 9

10 à 13

14

15

16 à 19

20

21-23

22

24-25

26

27-28

28

25

29

30-31

32

ESPOIR

Maurice BENSOUSSAN*

Qui aurait pu penser une telle année 2020 ?

Déjà, nous sommes plus ou moins adaptés à cette effraction de la réalité.

Il est vrai, que nous psychiatres, entretenons une relation bien spécifique aux mythes. Ils nous ont tant aidés dans notre confrontation à la réalité humaine de la pathologie mentale. Mais l'histoire ne nous protège pas toujours.

Ainsi elle n'a empêché la Grèce ni de devenir le mauvais élève du rêve européen face à la norme économique, ni de connaître les pires errements antidémocratiques qui aujourd'hui guettent des nations cédant jusque-là à l'illusion d'être épargnées. Dommage que le komboloï n'ait jamais été universel, car il visait à la détente, alors que l'information continue, passe-temps moderne généralisé, la sacrifie.

En cette période imposant l'action, notre discipline a su résister aux sirènes chantant les confusions. Nous avons pu dégager des incidences pour nos vies personnelles et professionnelles des enjeux enfin perçus comme prioritaires de l'espace et du temps.

Le télétravail, voire la téléconsultation, sont des bouleversements sociétaux qui cassent les barrières et vont contribuer à l'évolution de notre discipline. C'est une aide pour penser le renouvellement de la psychiatrie. Revenir à nos deux derniers colloques est dérisoire mais ils sont dans cette actualité.

En septembre, profitant de l'accalmie pandémique provisoire, nous avons pu maintenir en présentiel notre manifestation « L'intelligence artificielle : enjeux et perspectives » et expérimenter une temporalité différente des exposés, bien plus propice à l'approfondissement des travaux présentés comme à la qualité des échanges en dépit des mesures barrières. À l'opposé, en décembre, notre premier e-congrès « Quels changements pour les PTSM après la Covid-19 ? » a permis de maintenir une rencontre prévue très en amont qui réunissait un très large panel d'acteurs engagés dans les organisations sanitaires de demain.

Les bases sont posées pour poursuivre la réflexion sur nos indispensables évolutions. Quelle place demain pour l'exercice individuel de la psychiatrie, pour son exercice en équipe dans ou hors l'institution, pour les pratiques collaboratives ? Comment aujourd'hui traiter de la question des psychothérapies, des périmètres des métiers de la santé dans une articulation renouvelée ? Quels enjeux pour une pédopsychiatrie attirée vers la pente vertigineuse de l'autonomisation absolue au risque de perdre son identité à défaut de la définition d'une gradation des soins et du positionnement des spécialisations ? La pluriprofessionnalité peut-elle être une alternative à l'institution pour penser des soins modernes en psychiatrie en mesure d'améliorer les inégalités, y compris dans l'accès aux soins ? Comment préserver une psychiatrie relationnelle en quittant nos pratiques isolées pour des pratiques collaboratives y compris avec le champ institutionnel incontournable dans notre discipline ?

Bonne et heureuse année 2021 !

* Président de l'Association Française de Psychiatrie et du Syndicat des Psychiatres Français.

ABONNEMENT

TARIF PRÉFÉRENTIEL

BULLETIN D'ABONNEMENT

A retourner à l'Association Française de Psychiatrie : 45, rue Boussingault – 75013 PARIS

TARIF 2021

40 EUROS TTC – France métropolitaine

50 EUROS TTC – Hors métropole

Vos coordonnées :

Raison sociale (Institutions) :

Pour l'Union Européenne, N° de TVA intracommunautaire

Nom* Prénom*

Exercice Professionnel : ☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié

 @

*

Code postal* Ville*

* 

* Champs obligatoires

Votre commande :

Abonnement à La Lettre de Psychiatrie Française

Ces tarifs ne concernent pas les membres de l'AFP et du SPF à jour de cotisation, qui bénéficient d'un tarif préférentiel.

☐ Je confirme mon abonnement d'un an à *La Lettre de Psychiatrie Française* au tarif (France métropolitaine) de 40 euros TTC.

☐ Je confirme mon abonnement d'un an à *La Lettre de Psychiatrie Française* au tarif (hors métropole) de 50 euros TTC.

Pendant mon abonnement, je bénéficie de trois lignes gratuites pour une petite annonce en format ligne.*

Un justificatif de règlement vous sera adressé.

* Cette offre n'est utilisable qu'une seule fois par année, quel que soit le nombre de petites annonces communiquées à *La Lettre de Psychiatrie Française*.

Votre règlement :

par chèque à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie
ou par carte bleue sur le site :  <http://psychiatrie-francaise.com>

Date :

Cachet - Signature

Pour tout renseignement, merci de contacter l'AFP
45, rue Boussingault – 75013 PARIS

 01 42 71 41 11 –  contact@psychiatrie-francaise.com

BILLET D'HUMEUR...

L'ENFANT AU RISQUE DE L'INDIVIDUALISME

Daniel MARCELLI*

Le terme « individualisme » fonctionne aujourd'hui comme un mantra qui explique, voire cautionne, tout et son contraire. Qu'il s'agisse de comportements de contestation, de conduites d'incivilité, de comportements agressifs et même d'actes terroristes ou meurtriers, l'individualisme est « convoqué » pour en rendre compte, au moins en partie. En voici quelques exemples pris au hasard dans la presse. « *Dans une société de moins en moins solidaire, l'explosion de l'individualisme explique en partie que les élus, à l'exemple du maire de Signes, soient devenus des cibles... Beaucoup de gens considèrent qu'ils n'ont que des droits*⁽¹⁾... » À propos du récent attentat contre un enseignant de collège (Samuel Paty) mais aussi des jeunes femmes portant le Niqab, dont Agnès De Féo souligne l'égoïsme : « *Qu'ils ou elles soient pacifiques ou dans une logique meurtrière, ce sont des individualistes qui n'ont que faire des autres*⁽²⁾. » Ou encore : « *Le premier confinement a été perçu comme une guerre éclair menée dans une sorte d'union fraternelle. Aujourd'hui, on est dans une guerre avec le retour de l'individualisme*⁽³⁾. » Même le complotisme n'y échappe pas lorsque « *l'individu se voit octroyer la légitimité de ses émotions et de ses interprétations du monde : chacun a le droit de définir sa vérité*⁽⁴⁾ ». On pourrait aisément en rajouter ! Que s'est-il donc produit entre cette conquête progressive et essentielle du citoyen des démocraties occidentales, le statut d'individu, et les dérives actuelles prises dans l'idéologie de l'individualisme ?

Car si quelques êtres humains, dès le milieu du 17^{ème} siècle, essentiellement au début des hommes, philosophes, scientifiques, poètes ou romanciers ont pu s'émanciper et accéder à ce statut d'individu marqué par l'autonomie (donc opérer leurs propres choix existentiels sans se soumettre au commandement d'un autre, qu'il s'agisse du seigneur, de Dieu ou du chef de famille) ; si ces « chefs de famille » (bourgeoise principalement) ont pu y

prétendre dans le cours du 19^{ème} siècle ; si les femmes en ont fait la laborieuse conquête dans le cours du 20^{ème} siècle... pendant toutes ces longues années le statut d'individu était avant tout une promesse, une possibilité et surtout une appropriation « individuelle » souvent obtenue de haute lutte. Une grande partie de la littérature du 19^{ème} siècle en relate les péripéties de même que la psychologie ou la psychanalyse du 19^{ème} siècle finissant en ont décrit les soubresauts et les conflits psychiques « individuels ». Mais il y avait une constante : les enfants restaient « sous la coupe » des parents, devant obéir voire se soumettre aux exigences de la famille, du clan, de la tribu. Ils étaient élevés comme des « sujets », selon l'étymologie même du terme : *subjectum*, placés « sous le jet » c'est-à-dire sous l'autorité du chef de famille. Le statut de « sujet » est consubstantiel à la notion d'autorité et à son avatar intériorisé : le surmoi ! De tout temps l'objectif premier de l'éducation fut de faire en sorte que l'enfant soit « bien élevé » ce qui consistait à lui apprendre que l'autre existe, qu'il faut en tenir compte, qu'il y a des règles et des lois qui s'imposent, etc... Ainsi fallait-il apprendre à l'enfant ce que je résume par cet aphorisme : le rapport à l'autre précède le rapport à soi ! L'éducation, de *ex ducere*, c'est au sens propre « conduire l'enfant vers le monde extérieur ». Cet objectif, mis en musique avec discernement par les adultes, donnait des êtres humains assez charpentés, bien dans les clous grâce à un surmoi suffisamment bienveillant pour ne pas écraser l'enfant et assez souples pour autoriser une contestation et une révolte juvéniles porte d'entrée dans le statut d'individu... Libre à chacun au sortir de cette adolescence d'accepter cette affiliation tout en faisant ses propres choix afin de s'approprier sa vie ; ou au contraire de « rentrer dans le rang » et de subir cet assujettissement comme un boulet gâchant la vie ; ou encore de camper sur cette révolte au risque qu'elle emporte cette vie dans un tourbillon sans fin...

Nous, pédopsychiatres, nous recevons beaucoup d'enfants souffrant des excès de ce type d'éducation : des enfants craintifs, inhibés, avec des symptômes intériorisés en lien à un refoulement surmoïque rigide ne laissant comme alternative que la soumission le plus souvent, la révolte parfois. En règle générale, ces enfants avec de « belles névroses » étaient élevés dans des familles à transactions rigides. Le pédopsychiatre, tout en écoutant l'enfant et l'accompagnant de façon empathique, tentait de desserrer l'étreinte parentale, ce qui donnait souvent d'excellents résultats chez l'enfant... Heureux temps ! Bien

* Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, auteur de : *Moi, je. De l'éducation à l'individualisme*, Albin Michel, 2020. Contact : daniel.marcelli46@orange.fr

(1) Citation de Gérard Perreau-Bezouille (JDD 11/08/19). Le maire de Signes est décédé accidentellement le 5 août 2019 lors d'une altercation avec deux « individus » refusant d'obtempérer. Gérard Perreau-Bezouille, agrégé d'économie, ancien adjoint au maire de Nanterre a lui-même été grièvement blessé lors de la tuerie provoquée par Richard Durm le 18 mars 2002 à 1h15 du matin en plein conseil municipal (8 morts, 19 blessés dont 14 grièvement).

(2) Tribune d'Agnès De Féo, dans *Le Monde* du 23/10/20 ; Agnès De Féo, *Derrière le Niqab*, Armand Colin, 2020.

(3) Frédéric Dabi, directeur adjoint de l'IFOP, JDD 25/10/20.

(4) Eva Illouz, *Croire à la science ou pas*, *Le Monde*, Idées, 11 déc. 2020, p. 29.

sûr il y avait quelques enfants au comportement chaotique, agressif, désorganisé, avec des symptômes multiples souvent dans le registre externalisé comme on dit aujourd'hui mais force est de reconnaître que l'immense majorité d'entre eux vivait dans des familles elles aussi chaotiques, désorganisées, violentes... L'efficience du soin y était plus aléatoire.

Les choses ont bien changé. Les consultations sont envahies par une cohorte d'enfants présentant ce qu'on nomme aujourd'hui des « troubles externalisés », soit, en suivant le DSM, troubles oppositionnels avec provocation, troubles du comportement, troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, crises de rage quand l'enfant n'a plus d'écran devant lequel il se replie, indifférent à ce qui l'entoure... Sans parler des adolescents qui multiplient ces conduites externalisées, scarifications, tentatives de suicides, comportements agressifs, troubles du comportement alimentaire, *etc...* Il importe toutefois de reconnaître que la majorité des enfants et des adolescents vont bien, ils vont souvent même mieux que jadis. Ils sont ouverts, curieux, plus à l'aise dans leur corps, n'ayant plus peur des adultes contrairement à leurs aînés, plus compétents souvent quand ils ne sont pas surdoués ou plutôt « intellectuellement précoces » selon l'expression consacrée. Tordons le coup à cette antienne : les enfants d'aujourd'hui ne vont pas plus mal que ceux d'hier. En revanche ceux qui vont mal l'expriment de façon beaucoup plus bruyante, manifeste et pour le dire franchement ils sont plus difficiles à supporter par le monde des adultes, l'école en particulier. Il importe aussi de noter que ces enfants vivent souvent dans des familles « ordinaires » selon les standards contemporains, parfois même très attentives, à l'écoute des modes éducatifs en cours. Le soin pour ces enfants donne de bons résultats quand ces familles acceptent de nous suivre et de resserrer un peu les boulons (il est plus satisfaisant de dire « redonner du cadre » !) mais il est souvent décevant quand ce « cadre » reste inconsistant.

Pour illustrer ces changements je prendrai quatre brefs exemples cliniques. D'abord le bégaiement. Il a considérablement diminué de fréquence entre les années 60/70 et les années contemporaines. Tous les intervenants auprès des enfants le confirment lorsqu'on le leur fait remarquer. Que s'est-il passé ? Une disparition soudaine du gène du bégaiement ? Dans les années 50, les adultes, parents en particulier, ne cessaient de reprendre les supposées erreurs de langage du petit enfant, parfois (souvent, en fait !) se moquaient de ses maladroites langagières, l'interpellaient ainsi : « réfléchis avant de parler ! ». Chez un enfant sensible et un peu craintif, c'est une excellente méthode pour provoquer un bégaiement... Les psychologues du développement et les

pédopsychiatres ont beaucoup répété dans les années 60 auprès des jeunes parents d'enfants entre 18 mois/2 ans et 3/4 ans : « laissez-le s'exprimer, ne le coupez pas, ne le reprenez pas, parlez-lui normalement, ses erreurs se corrigeront spontanément » (ce qui est vrai mais pas complètement car si le bégaiement a régressé de façon importante, les troubles articulatoires ont, eux, augmenté ! Quand le langage devient à peu près fluide, il est alors nécessaire d'aider l'enfant à bien articuler ce qui pour lui peut exiger un certain effort). Autre exemple : dans les débuts de mon exercice professionnel je voyais beaucoup de symptômes encoprétiqes, pas seulement dans des situations de carences ou d'abandon éducatif mais aussi dans des familles dont les exigences de propreté étaient inappropriées. Humberto Nagera avait proposé l'expression « immixtion dans le développement » pour décrire ces troubles de nature souvent névrotique résultant d'une pression surmoïque excessive. Ce symptôme a sinon disparu, du moins régressé de façon notable... En sens inverse qu'observe-t-on aujourd'hui ? On l'a dit la longue cohorte des enfants « hyperactifs » cochant plus ou moins complètement la longue série des items de l'ADHD. De même on constate une augmentation quasi exponentielle des diagnostics de Troubles du Spectre Autistique pas totalement expliquée par une meilleure identification ni par une relative extension des critères diagnostiques. Alors faut-il incriminer l'apparition d'un nouveau gène dans notre patrimoine génétique ? Ou un déséquilibre soudain de la répartition des neurotransmetteurs dans le cerveau de nos jeunes enfants sous l'effet de perturbateurs neuro-développementaux tels que des agents neurotoxiques ? À moins qu'il s'agisse d'un nouveau virus ? Il est curieux que toutes les hypothèses étiologiques actuelles se centrent exclusivement sur le cerveau de l'enfant et sur les agents externes susceptibles de l'intoxiquer. À aucun moment les modifications considérables dans l'éducation des enfants ne sont prises en compte comme s'il n'était pas politiquement correct ne serait-ce que d'en émettre l'hypothèse...

Pourtant au tournant des années 70/80 des modifications majeures se sont produites dans les conceptions théoriques guidant les principes éducatifs aboutissant à modifier soudainement les attitudes éducatives parentales. En se gardant d'avancer une explication en termes de causalité on peut néanmoins s'autoriser à parler de corrélations : l'enfant n'est pas l'unique produit de ses gènes, il l'est aussi de son environnement au sens le plus large du terme, y compris de son éducation. Est-ce sacrilège de s'exprimer ainsi ? Selon moi, on n'a pas suffisamment pris en compte les conséquences que les multiples études sur les compétences du bébé ont entraîné. Soudain en effet le nourrisson, cet être immature qu'il fallait nourrir, est devenu « un bébé compétent ». On ne s'éternisera pas sur ces diverses

compétences décrites dans la presse grand public aussitôt leur découverte faite. Le regard porté désormais sur ce bébé au potentiel étonnant en fut radicalement modifié ! Mais une condition s'impose : savoir correctement stimuler ce potentiel. En quelques années l'objectif de l'éducation a pivoté de 180 degrés puisqu'il ne s'agissait plus, *en priorité*, que l'enfant soit « bien élevé » mais plutôt que le potentiel lié à ces compétences puisse s'épanouir sans entrave ni altération. Sauf que, chaque enfant ayant des compétences singulières, les règles éducatives communes ont disparu, l'éducation s'est en quelque sorte **individualisée** : ce qui était bon pour l'un ne l'étant pas nécessairement pour l'autre ! À la même époque un mot nouveau est apparu dans le langage des professionnels de l'enfance, la parentalité, qui est en quelque sorte la compétence des parents à répondre aux besoins développementaux d'un bébé lui-même compétent. Cette individualisation des compétences et du potentiel a favorisé non seulement chez les parents mais dans la société en général un regard totalement nouveau sur l'enfant qui n'était plus un être immature et dépendant. Rappelons que « *nourrisson* » définit un être humain qui ne sait pas se nourrir seul et que « *enfant* » provient de *infans* celui qui ne parle pas... Désormais le bébé comme l'enfant sont des *personnes compétentes*. Ce changement s'est opéré dans la société avec une rapidité stupéfiante !

Coincidence, ce nouvel enfant est apparu au moment où l'ensemble des adultes, hommes et femmes, en cette fin du 20^{ème} siècle, avait accédé au statut d'individu, lequel apparaissait de ce fait comme une norme « naturelle » puisque partagée par tous les membres de cette société, du moins dans les sociétés dites démocratiques du monde occidental. Aussi, dans ce vaste mouvement social l'enfant, *dès sa naissance*, s'est vu octroyé le statut d'individu. Mais c'est oublier un peu vite que celui-ci est une valeur hautement culturelle et n'a rien de naturel. Depuis la nuit des temps, l'être humain cherche à s'extraire de son enracinement dans la nature grâce à la culture : ce « statut d'individu » est la dernière étape qui accorde à chaque être humain la possession pleine et entière de sa propre vie, son *émancipation*. C'est une valeur et comme toute valeur, une croyance profondément culturelle. Pour des adultes élevés traditionnellement comme des « sujets » accéder à cette émancipation exige un effort, une sorte de combat au moins intérieur, celui de l'individuation, qui d'ailleurs fut en son temps théorisé à l'adolescence comme « la seconde phase de séparation/individuation » (P. Blos). Ainsi l'individu émancipé est *autonome* (par opposition à hétéronome : celui qui est dirigé par une instance extérieure à soi), libre de ses choix.

Dès l'instant où l'enfant fut reconnu comme un individu les modalités éducatives ont été bouleversées dans une logique implacable : 1) les valeurs morales de

l'éducation devinrent l'autonomie et la possibilité de choisir pour soi-même ; 2) les enjeux techniques de l'éducation eurent pour principe que les compétences de chacun se déploient sans entrave et au maximum des possibilités ; 3) enfin, cerise sur le gâteau, la technologie vint couronner le tout avec l'irruption de l'informatique, écrans et logiciels, laissant croire que l'enfant dès son plus jeune âge peut apprendre seul et par lui-même. Il n'y a donc pas à s'étonner que les principes éducatifs contemporains, ceux qui sont chargés de valeur positive, soient les suivants : l'autonomie, le choix, la stimulation, l'exhortation et l'offre technologique. Tous les parents avec leurs jeunes enfants pratiquent un cocktail éducatif à base de ces ingrédients dont l'essence même est de donner à l'enfant l'illusion que **le rapport à soi prévaut sur le rapport à l'autre**. Interdits, menaces (morale ou physique), et commandements sont relégués au rang des principes anciens auxquels les parents ne recourent qu'avec circonspection et atermoiements préférant de loin une relation à base de séduction. Pour l'enfant les gains peuvent être considérables : meilleures sécurité interne et estime de soi, relations plus fluides avec les adultes qui sont en quelque sorte à son service, curiosité libérée, etc... Mais il y a aussi des revers, comme toujours liés à l'excès. L'affirmation narcissique et l'assertivité permanente renforcent le sentiment infantile de toute-puissance ; l'autonomie peut être source d'angoisse tout comme devoir choisir soi-même à un âge où les enjeux de ce choix sont loin d'être clairs ; la stimulation bascule vite dans l'excitation ; l'usage immodéré des écrans commence à être largement dénoncé pour ses effets négatifs surtout chez le jeune enfant... Ces évolutions ont à l'évidence un retentissement sur le fonctionnement psychique dont on dira de façon certes caricaturale qu'il n'est plus organisé autour du Surmoi et du refoulement mais autour de l'Idéal du Moi (voire du Moi Idéal) associé au clivage. Les évolutions symptomatiques dans un sens comme dans l'autre décrites ci-dessus en sont des exemples. Ce sont ceux que les pédiatres ou pédopsychiatres mais aussi les enseignants constatent chez les jeunes enfants. Les adolescents sont eux aussi confrontés à de nouveaux enjeux car il n'y a plus pour eux à passer du statut de « sujet » à celui de « sujet-individué » qui est un mouvement de conquête et d'autonomisation, mais de passer d'un statut « d'individu » déjà obtenu dès l'enfance à « individu-subjectivé » qui est un travail de renoncement à la toute-puissance infantile et une contrainte celle de devoir faire une place à l'autre dans son propre fonctionnement psychique : l'être humain doit accepter de ne pas être seul en son royaume... individuel !

Lorsque, dans une société, tous ses membres, femmes, hommes, adultes et enfants, sont considérés comme des individus, ce statut partagé devient une sorte d'évidence. Il se transforme en croyance, celle que l'être humain est

par nature un individu. Cette croyance communautaire prend rang de dogme : l'individualisme. Le récitatif commun de cette croyance partagée peut s'énoncer ainsi : « *mon corps et ma pensée m'appartiennent, nul autre que moi-même n'a de droit sur ce corps et cette pensée* ». Afin d'éviter toute ambiguïté précisons que l'auteur de ces lignes partage cette croyance ! Mais par ses excès cette croyance peut conduire à ce que certains nomment le subjectivisme, l'idée que chacun a le droit de définir sa vérité (voir la citation d'E. Illouz dans l'introduction) avec les dérives constatées actuellement. Pour conclure il est nécessaire de clarifier les trois acceptions profondément entremêlées lorsqu'on parle d'individu et d'individualisme. La première, conception triviale se rapporte à l'égoïsme, au chacun pour soi, conception de l'individualisme dénoncée régulièrement et vilipendée mais dont on perçoit l'enracinement individuel quand, dans l'éducation, le rapport à soi prévaut sur le rapport à l'autre. La deuxième de nature sociologique et philosophique soutient les notions d'émancipation, d'autonomie et de liberté de choix : c'est la face noble de

l'individualisme, celle à laquelle les citoyens des sociétés occidentales tiennent fermement. Il y a toutefois une troisième acception, rarement explicitée mais fondamentale : derrière l'idée que l'être humain est **par nature** un individu, se cache la croyance plus subtile que l'individu est là dès l'origine, qu'il précède le lien social, que la société est sa création. C'est le mythe de Robinson Crusoé. Une telle croyance conduit chaque individu à se considérer comme premier, préexistant au fait social donc n'ayant aucune dette à son égard et considérant que la société est à son service exclusif, devant satisfaire tous ses désirs... Cette croyance subreptice infiltre nos conceptions scientifiques, par exemple que tout est dans le cerveau (individuel par nature... mais pas par fonctionnement !) et que la relation (les relations précoces en particulier) est seconde. Nous, pédopsychiatres, sommes convaincus de l'importance des relations sociales dans la construction de l'être humain mais notre discipline est fondée sur des principes de plus en plus éloignés des valeurs sociétales ambiantes, c'est le drame de notre discipline !

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

**ADHÉREZ
POUR 2021**



À L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Pr ☐ Dr ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Raison Sociale ☐

✉ :

Code Postal : Ville :

📞 @

.....

🔑 **Règle sa cotisation pour l'année 2021 (tarif valable jusqu'au 31-12-2021), pour un montant de :**

MEMBRES TITULAIRES

Psychiatres en exercice **250 €**

MEMBRES ASSOCIÉS

Psychiatres en formation et autres personnels de la santé mentale **230 €**

MEMBRES HONORAIRES

Psychiatres n'exerçant plus **150 €**

PERSONNES MORALES

Associations, administrations ou organismes concernés par les buts de l'AFP **310 €**

INTERNES, ÉTUDIANTS – 30 ANS (joindre un justificatif) **86 €**

🔑 Règlement par chèque établi à l'ordre de l'**Association Française de Psychiatrie** ou sur le site internet **www.psychiatrie-francaise.com**

🔑 Des justificatifs distincts vous seront adressés pour :

- la cotisation,
- l'abonnement à *La Lettre de Psychiatrie Française*,
- l'abonnement à *Psychiatrie Française*.

Fait à : le : Signature :

Bulletin d'adhésion à retourner à l'AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – ☎ 01 42 71 41 11

📧 contact@psychiatrie-francaise.com – 🌐 www.psychiatrie-francaise.com



L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

PROPOSE

un colloque sur le thème

LA PEUR AU QUOTIDIEN : QUELLE PERTINENCE EN CLINIQUE ?

le vendredi 2 avril 2021
en présentiel ou en visioconférence
si crise sanitaire

Salle de conférence de l'AQND
92 bis, boulevard du Montparnasse (14^{ème} arrondissement) PARIS

ARGUMENT

Immédiate et subie, la peur est le prototype des émotions primaires au point d'être assimilée à un instinct. Il y a d'ailleurs, comme le note Paul Ricœur, dans la profondeur de l'expression « j'ai peur » un « *absolu psychique* », une évidence qui nous conduit à ne pas éprouver le besoin de la définir. Au cours de ce colloque nous tenterons cependant d'en saisir l'intelligibilité.

Dans un premier temps, afin de se dégager d'une vision trop instinctuelle de la peur, nous nous interrogerons sur ses liens avec le danger. En effet, chez l'humain, au-delà d'être des réactions comportementales, les émotions colorent le monde de leurs univers et transforment une notion abstraite en une réalité vécue, qui engage et ébranle l'individu. Plus que signe de danger, la peur pourrait être définie comme ce qui confère une valeur à ce dernier. Mais la peur n'est pas le seul système de protection du danger ; John Bowlby en a découvert un autre : l'attachement. Ce processus serait également d'essence émotionnelle à travers la « *détresse psychique* ». Ainsi peur et détresse, en constante interaction, seraient souvent vécues simultanément si bien que leurs ressentis se confondraient et se mêleraient. Elles participeraient à la vaste constellation des sentiments allant de la crainte à la précarité, de l'inquiétude au souci et au sentiment même du lien.

Nous aborderons les ouvertures cliniques qu'offrent ces nouvelles perspectives : la question du statut somatique et psychique des émotions à travers la neurobiologie des circuits émotionnels, la question des syndromes post-traumatiques au cours desquels, face à l'imminence de la mort, l'effroi fait intrusion dans le psychisme, la question de la définition de l'angoisse et des conséquences cliniques concernant la clinique des troubles anxieux.

Nous essaierons d'appréhender les aspects phénoménologiques et philosophiques qui résultent des rapports intimes que la peur entretient avec l'angoisse et la détresse psychique. En écho avec Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre et Albert Camus, nous verrons que ces émotions interrogent également sur l'insaisissable, la finitude et l'absurde de notre condition. Enfin, si l'émoi et l'agitation qui étreignent l'individu peuvent susciter des réactions de panique et de rejet, la peur peut aussi contribuer à l'émergence d'éthiques basées sur le soin et sur le principe de précaution ainsi qu'à des réflexions sur ce que sont le risque et le courage, comme Albert Camus le montre si magistralement dans *La Peste* prétexte pour penser, aujourd'hui comme hier, une inquiétante actualité.

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION :

Antoine LESUR, Maurice BENSOUSSAN, Michel BOTBOL, Jean-Yves COZIC, Emmanuelle CORRUBLE, Jean-Louis GRIGUER, Alain KSENSEE, François KAMMERER, Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG, Sylvie TORDJMAN

Renseignements et informations :

 01 42 71 41 11 –  contact@psychiatrie-francaise.com –  www.psychiatrie-francaise.com



LA PEUR AU QUOTIDIEN : QUELLE PERTINENCE EN CLINIQUE ?

Vendredi 2 avril 2021

**en présentiel ou en visioconférence
si crise sanitaire**



PROGRAMME

8h30-9h00 : ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h00-9h10 : OUVERTURE DE LA JOURNÉE

Maurice BENSOUSSAN,
Président de l'Association Française de Psychiatrie (AFP)
et du Syndicat des Psychiatres Français (SPF)

Président de séance – Jean-Louis GRIGUER – Psychiatre des Hôpitaux
Secrétaire Général de l'Association Française de Psychiatrie (AFP)

9h10 – 9h50

Entre peur et confiance, quelle place pour la raison ?
Pr Philippe JEAMMET (Paris), Psychiatre.

10h50-11h05

PAUSE

9h50 – 10h30

Covid-19, attentat : le retour du tragique
Serge HEFEZ (Paris), Psychiatre psychanalyste.

11h05 – 11h45

Du courage à l'habitude
Pr Olivier ABEL (Montpellier), Professeur de philosophie éthique.

10h30-10h50

Discussion avec la salle

11h45-12h00

Discussion avec la salle

12h00-13h30 : Déjeuner libre

Président de séance – Michel BOTBOL – Psychiatre
Secrétaire Général Adjoint de l'Association Française de Psychiatrie (AFP)

13h30-14h10

Quand la peur devient douleur : la détresse psychique
Antoine LESUR (Paris), Psychiatre.

15h50-16h05

PAUSE

14h10-14h50

Les circuits neuronaux de la peur
Pr Catherine BELZUNG (Tours), Directrice de l'unité INSERM 1253.

16h05 – 16h45

Ta bobine ne me revient pas
Yves MANELA (Paris), Psychiatre, psychanalyste.

14h50-15h30

La peur ne fait pas le trauma
Pr Charles GHEORGHIEV (Toulon), Psychiatre militaire.

16h45 – 17h25

N'ayons plus peur ! Vraiment ?
Ali MAGOUDI (Paris), Psychanalyste.

15h30-15h50

Discussion avec la salle

17h25-17h45

Discussion avec la salle

17h45-18h00 : CLÔTURE DE LA JOURNÉE : Dr François CHAUCHOT (Paris), Psychiatre.

Pour vous inscrire, rendez-vous sur notre site internet : www.psychiatrie-francaise.com
NOUVEAU : PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

LA PEUR AU QUOTIDIEN : QUELLE PERTINENCE EN CLINIQUE ?

Vendredi 2 avril 2021

**en présentiel ou en visioconférence
si crise sanitaire**



INSCRIPTION

Bulletin d'inscription à retourner à l'Association Française de Psychiatrie
accompagné du chèque correspondant :

45, rue Boussingault – 75013 Paris – contact@psychiatrie-francaise.com

Mme ☐ M. ☐ Pr ☐ Dr ☐	
NOM :	Portable :
Prénom :	
Date de naissance :	Discipline exercée :
Mode d'exercice professionnel :	N° RPPS :
Libéral : ☐ Salarié : ☐ Hospitalier : ☐	N° Adeli :
Ce colloque entre dans mon programme de DPC : Oui ☐ Non ☐	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

**S'inscrit au colloque du 2 avril 2021, et règle ses droits d'inscription selon le barème ci-dessous
(chèque à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie) :**

NOUVEAU : PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Vous pouvez dorénavant vous inscrire et régler vos droits d'inscriptions sur notre site internet : www.psychiatrie-francaise.com
Sauf pour les tarifs de formation professionnelle.

DROITS D'INSCRIPTION	AVANT	APRÈS
	le 2 mars 2021 (le cachet de la poste faisant foi)	
Tarif Général	☐ 120 €	☐ 150 €
Membres de l'AFP (sur justificatif)	☐ 70 €	☐ 100 €
Étudiants de moins de 30 ans ; demandeurs d'emploi (sur justificatif)	☐ 30 €	☐ 50 €
Formation Professionnelle		
➤ Hors DPC : numéro de déclaration d'activité formateur : 11 75 25040 75 Avec prise en charge de l'employeur pour les salariés Une convention sera établie entre l'AFP et votre employeur	☐ 220 €	☐ 270 €
➤ DPC en collaboration avec le CNQSP : Inscription depuis votre espace sur le site www.mondpc.com – action N° : 19872100061 – S1 Renseignements sur le site www.odpc-cnqsp.org – Contact mail : solene.cirodde@odpc-cnqsp.org		
TOTAL GÉNÉRAL =		
TARIF UNIQUE SUR PLACE : 200 € (aucune inscription au titre de la formation professionnelle ne sera effectuée sur le lieu du colloque)		

Le 2021

Signature :

INFORMATIONS PRATIQUES

- La réception de la facture vaudra confirmation de l'inscription.
- Les personnes qui auront retourné leur inscription après que la capacité d'accueil maximum aura été atteinte recevront notification que leur inscription ne peut pas être prise en compte.
- Aucun remboursement d'inscription ne sera possible pour tout désistement qui n'aura pas été signalé par lettre recommandée **15 jours avant la date du colloque**.
- **Attention : frais de dossier compris dans le tarif : 30 euros non remboursables.**

LIEU DU COLLOQUE SI PRÉSENTIEL

Salle de conférences de l'AQND
92 bis, boulevard du Montparnasse
à Paris (14^{ème} arrondissement)

RENSEIGNEMENTS

Association Française de Psychiatrie
45, rue Boussingault – 75013 PARIS

01 42 71 41 11 – 01 42 71 36 60 – contact@psychiatrie-francaise.com

COLLOQUE

INTERVIEW

LAURENT TIGRANE TOVMASSIAN

Propos recueillis
par le Dr Michel
SANCHEZ-CARDENAS*

Laurent Tigrane Tovmassian est psychologue clinicien et psychanalyste. Il a écrit de nombreux articles et édité de nombreux ouvrages sur le psychotraumatisme (PT)⁽¹⁾. Il vient d'éditer un ouvrage collectif (*Tendresse et attachement deux notions au cœur de la prise en charge du traumatisme psychique*⁽²⁾), qui suit une longue série sur le même sujet. Il a enseigné de nombreuses années en université (Denis Diderot Paris 7, Paris 13) sur le PT et dirige des séminaires de recherche sur ce thème.

Qu'est-ce qui vous a porté à vous intéresser à ce domaine ?

J'ai eu l'occasion de faire des stages en hématocancérologie lors de ma formation en psychologie. J'ai été saisi par la relation avec des patients en chambre stérile, et par le fait que le sang, porteur de vie, était ici porteur de mort. J'ai aussi vu l'importance du relationnel dans ses services hospitaliers. Puis j'ai été embauché dans le premier centre de psychotraumatologie (agressions, viols, inceste, survivants de génocides et massacres collectifs, de torture, d'attentats, catastrophes, accidents...) créé en France, en 1997 à Paris. Et le fait que je sois d'origine arménienne n'est pas étranger à mon intérêt pour le traumatisme psychique, mes grands-parents ayant été des survivants du génocide. J'ai grandi avec cela. J'ai aussi été malade personnellement. Disons que mes origines, mon parcours de vie, et ma rencontre avec la clinique du PT ont fait que je ne pouvais entendre sans sourciller les discours psychanalytiques enseignés alors (c'était à partir de 1987), qui ignoraient pour la plupart d'entre eux (hormis chez ceux qui enseignaient Ferenczi) l'aspect réel des vécus traumatiques au profit d'un accent mis sur la seule problématique fantasmatique. Il m'est apparu de manière de plus en plus évidente que le traumatisme et le processus traumatique écrasaient la vie fantasmatique, ainsi d'ailleurs que la rêverie et la possibilité de se projeter.

Comment définir le psychotraumatisme ?

Nous pouvons reprendre la synthèse proposée par Claude Barrois⁽³⁾ : « le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, par exemple une

menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique, son identité existentielle (dans le cas du viol), un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint, d'autres parents proches ou des amis, une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier, la découverte de quelqu'un gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d'une agression physique ». Trauma vient du grec « blessure », ce qui traduit un phénomène de choc violent lié à des excitations externes sur le psychisme de l'individu et y provoquant des perturbations durables. Il y a effet de surprise, d'effraction de la sphère psychocorporelle et un débordement des défenses psychiques, le tout provoquant une angoisse primitive de néantisation et un sentiment de rupture de continuité de l'existence. Mais un même événement peut être traumatisant pour un individu et non pour un autre ; et tel événement qui fera traumatisme chez tel sujet aujourd'hui ne l'eût pas fait hier dans d'autres circonstances de disponibilité d'énergie, de moral et de soutien social.

On est souvent étonné de la longueur évolutive des PT

Classiquement, en psychiatrie, il est convenu, qu'au-delà des réactions aiguës, la survenue dite différée de certains symptômes se fait au moins six mois après le traumatisme (ce qui est d'ailleurs selon moi trop précis comme chronologie). Pour reprendre rapidement certains phénomènes : l'événement traumatique est toujours « comme revécu » en un « syndrome de répétition », provoquant un sentiment de détresse (et chez les jeunes enfants, des jeux répétitifs exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme). La nuit, rêves et cauchemars « répétitifs » concernant l'événement, provoquent ce sentiment de détresse. On a l'impression de surgissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire, avec des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back). On note aussi des réactions de panique, de sursaut à la moindre variation de l'environnement ; un évitement des stimuli et situations pouvant être associés au vécu traumatique ; ou un émoussement de la réactivité. L'hypervigilance est souvent présente, comme si le sujet était toujours en alerte.

En tant que psychanalyste, quels sont, diriez-vous, les mécanismes inconscients du psychotraumatisme ?

En résumé, les mécanismes de défense habituels sont mis en échec. Le sujet est dans l'agonie sous son ressenti d'anéantissement mais aussi à l'agonie devant la fulgurance de l'échec de ses défenses habituelles. Les défenses aident habituellement à « transformer » nos vécus et permettent

* Psychiatre à Nantes.

⁽¹⁾ Paru chez InPress en 2020. À la suite d'une série chez le même éditeur : « Le traumatisme, engagement et créativité du thérapeute », 2019 ; « Après les attentats, quels après-coups psychothérapeutiques et sociaux des vécus traumatiques ? », 2018 ; « Quels traitements pour l'effraction traumatique ? », 2014 ; « Le traumatisme dans tous ses éclats », 2012.

⁽²⁾ Paru chez In Press en novembre 2020.

⁽³⁾ Barrois C., Le traumatisme, in Widlocher D. *Traité de psychopathologie*, Paris, Puf, 1994, p. 731.

à chacun de rêver à des voies de substitution à ses désirs, ou de trouver un refuge pour surmonter les épreuves. Devant cet échec, le sujet doit alors faire appel à des défenses plus archaïques, comme le clivage (« dissociation péritraumatique »), afin de se couper d'une partie de soi, morte ou enkystée, pour continuer à vivre comme si de rien n'était. Le déni (ou l'identification à l'agresseur, plus élaborée), accompagne parfois ce clivage. Nous l'avons vu, la répétition du vécu traumatique, sa reviviscence, est l'une des expressions évidentes de la spécificité du syndrome psychotraumatique. La reviviscence, si spécifique du PT, est une manifestation qui n'a pas atteint le statut d'une représentation transformée du vécu. L'affect, mais aussi l'image, la perception et la sensorialité sont identiques en tout point. Du moins dans un premier temps. Par son existence même, la reviviscence signe et démontre l'échec du sujet à digérer le vécu traumatique et à le transformer, contrairement à la réminiscence et au souvenir. Le sujet est quelquefois isolé de cet environnement qui n'a pu être suffisamment étayant, ne trouvant de refuge que dans un vase clos, coupé du monde. L'autre et l'extérieur peuvent alors être vécus comme des agresseurs. La non-reconnaissance par l'environnement, la communauté, de l'éprouvé lors des vécus traumatiques, du préjudice, peut majorer le souffrance psychique du sujet en une « victimisation secondaire », ou traumatisme second (Barrois, 1998).

Après des années de pratique, où en est-on des voies privilégiées d'abord thérapeutique du PT ?

On dispose désormais d'une palette de moyens thérapeutiques, dont je dirais les choses suivantes :

a) *Finalement, ils se rejoignent de par un effet cathartique dans un premier abord, avant de proposer d'autres élaborations pour certaines.* Plusieurs modalités de prise en charge sont proposées pour le traitement du psychotraumatisme (psychothérapies psychanalytiques, TCC, Emdr, hypnose éricsonienne, gestalt thérapie, systémie...). Elles ont toutes leurs cohérences et pertinences selon les cas. Elles peuvent être articulées éventuellement. Freud a préconisé pour la première fois la méthode cathartique dans le traitement des hystéries traumatiques. Il disait : « À notre grande surprise, nous découvrîmes que chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à réveiller l'affect lié à ce dernier et quand, alors, le patient décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale. » Auparavant déjà, Pierre Janet (1889) disait débarrasser ses patients traumatisés de leurs symptômes en leur faisant revivre et raconter, sous hypnose, les souvenirs traumatiques oubliés dans la conscience. Il disait aussi que les « idées fixes » traumatiques, souvenirs sensoriels brutes, étaient morbides car non reprises par le langage. En 1919 il précisera cet effet

thérapeutique du langage : « Il suffit bien souvent de traduire une action en parole pour la rendre différente de ce qu'elle était. ». Tout cela reste de mise.

b) *Étant psychanalyste, j'aborderai plus largement le versant analytique.*

Bien entendu, dans la prise en charge des PT nous restons centrés sur la dynamique transféro-contre-transférentielle. Mais l'accent va ici être mis sur les questions de sécurité de base dans l'alliance thérapeutique, ce pour quoi j'ai repris le terme de « refuge » en y ajoutant une dimension psychanalytique. Une spécificité du processus traumatique est de créer des situations transférentielles particulières qui impliquent une reconnaissance par le soignant de ce que la personne a vécu. On peut aussi parler d'une « psychanalyse à l'envers ». Habituellement en effet, en analyse, nous avons des patients qui ont une plainte articulée et représentée psychiquement. Mais ici nous partons d'une « autre demande ». Les patients traumatisés nous amènent leur frayeur de revivre le vécu traumatique par le biais d'une reviviscence ou d'un cauchemar traumatique. Nous l'accueillons du mieux que nous pouvons, et ce n'est pas toujours aisé car nous sommes certaines fois projetés dans une certaine impuissance nous-mêmes. Ces patients viennent avec un matériau « brut » non transformé. Bion a créé la notion de « rêverie » de la mère ou de l'analyste. Dans le travail sur le PT, elle est au premier plan. Dans la psychanalyse classique, un patient amène de l'intra-psychique. Ici, il faut recréer du psychique tout court. Comme dans les grands fracas osseux où l'on va reconstituer une partie de membre et une peau avant d'envisager une kinésithérapie plus subtile. Albert Cicconne (2012), propose trois modèles du soin psychanalytique : en premier, la décharge de l'angoisse, des tensions et des conflits par la valeur cathartique de la représentation de l'acte par la parole ; en deuxième, le dévoilement du fantasme et du conflit inconscient qui anime le sujet à son insu ; en troisième, la contenance, où « ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. [...] L'analyste héberge et pense les expériences et les pensées que le patient ne peut contenir et penser tout seul » (Cicconne 2012, p. 399)⁽⁴⁾. C'est ce troisième modèle qui nous concerne le plus dans la clinique du PT : « contenir, c'est d'abord garder pour soi, accepter d'entendre, de recevoir, ce qui peut se présenter comme inentendable, insupportable. Transformer c'est détoxifier cette expérience, et c'est d'abord la penser ». Il s'agit donc, dans un premier temps, de tisser une trame psychique plutôt que de la déconstruire. Dans un second temps, nous pouvons aller plus en profondeur si nécessaire et retrouver un travail analytique classique. C'est ce contenant qui est le refuge que le patient va trouver dans le psychisme de l'analyste dans lequel il dépose sa souffrance.

⁽⁴⁾ Cicconne A., Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 2, 2012, p. 397-434.

Le psychanalyste prend aussi en compte le fait qu'un traumatisme puisse parfois aussi en cacher un autre, plus ancien, infantile certaines fois, qui trouve dans le traumatisme après-coup une caisse de résonance, et la prise en charge psychothérapeutique est l'occasion de mettre en travail ce cumul traumatique. Mais en tout cas, tout cela ne peut se faire en s'appuyant sur la seule « neutralité bienveillante ». Il faut au thérapeute s'engager créativement et réaménager son cadre psychanalytique classique. J'utilise, quand c'est nécessaire, des médiums telles que la terre à sculpter. Je demande aussi par exemple aux patients de m'apprendre leurs hobbies. Il faut aller à leur rencontre et créer avec eux des possibilités d'expression de leurs terreurs existentielles, les accueillir et chercher à les transformer en établissant progressivement, au décours de ce qui vient d'être présenté, une vraie qualité relationnelle. Un aspect de rencontre personnelle est important. Par exemple celle que j'ai eu avec une patiente yézidie très déprimée et effrayée après l'exil et les multiples violences qu'elle avait vécues avec sa famille. Sans contact avec sa communauté, ne comprenant pas le français, elle se trouvait vraiment très isolée. À vrai dire, au début je me sentais assez inutile face à elle, n'arrivant pas à l'animer. Puis elle me dit un jour qu'elle avait habité Erevan (capitale d'Arménie). Je lui montrai alors une vidéo de duduk (la flûte arménienne) sur mon téléphone, ce qui produisit un vrai effet de rencontre. Elle sourit immédiatement et me confia que cela lui faisait du bien d'entendre ce son familier. À partir de là, notre relation a toujours été accompagnée de ses sourires... et, de mon côté, il se trouve que je joue du duduk, que c'est la musique de mon enfance. Je ne le lui ai pas dit, mais je me suis tout de même un peu dévoilé, on le voit. De tels moments de complicité, de rencontre tissent souvent la thérapeutique des PT. J'ajouterais de plus, que notre propre psychisme est souvent débordé par de telles rencontres et qu'il faut en parler avec des collègues pour, à notre tour, trouver un contenant dans leur psychisme.

Cette transformation de l'impuissance ressentie devant le PT, je la nomme « *tendresse secondaire* ». *La tendresse est vecteur de transformation, elle permet au patient de se représenter être pris dans les bras psychiquement par un autre et de retrouver le registre du rêve. Le rêve est anti-traumatique en ce sens qu'il permet l'intégration du vécu et le déplacement psychique à contrario de la fixation traumatique. Et on l'aura compris avec ce qui précède : nous proposons au patient qui a subi un PT plus des interventions que des interprétations au sens classique.*

Je pense qu'une bonne illustration en a été donnée par Christophe Dejourns. Il évoque un patient qui lui parle de se suicider depuis plusieurs séances. Mais, une fois, Dejourns pressent qu'il va passer à l'acte. Alors il lui dit : « qu'est-ce qui soulagerait un enfant qui voudrait se jeter sur des rails ? » (le patient a plus de 40 ans). Dejourns répond lui-même à cette question par une autre question : « Qu'un adulte le serre fort dans les bras ? » Le patient ne dénie pas

cela... Il ne se suicidera pas non plus et il reviendra à ses séances ultérieures. Dejourns raconte les rêves que le patient lui amène alors en séance : un premier où il se rêve porté dans les bras avant plus tard de se rêver lui-même se portant dans ses propres bras.

c) *Bien entendu les TCC se sont aussi attaqués au problème.* L'hypothèse des thérapeutes TCC est que les réactions d'angoisses se maintiennent sous l'effet de l'évitement des ressentis enclenchés par le vécu traumatique qui génère des stimuli inconditionnels provoquant une réaction d'angoisse intense. Par le processus d'apprentissage, une série de stimuli antérieurement neutres (stimuli conditionnels) vont lui être associés pendant l'agression – vêtements, physique de l'agresseur, lieu, heure, atmosphère, environnement... pouvant alors déclencher des réactions d'angoisse panique en dehors de la situation initiale. Il s'agit alors d'obtenir une extinction des stimuli anxiogènes par la technique d'exposition à des situations stressantes, à partir du moment où une relation de qualité a pu s'établir. L'hypothèse étant que la répétition d'une exposition à l'événement peut éteindre une réponse traumatique telle que l'évitement. S'y ajoute la restructuration cognitive, afin de remédier à la perte de contrôle et la perturbation des croyances générales sur le monde, les autres et soi-même. Le changement dans les représentations cognitives du sujet engendrant des schémas catastrophiques, le travail du thérapeute sera de remédier par des questions simples à ces changements d'apprentissages. Je pense qu'il faut réfléchir à des prises en charges complémentaires entre TCC et psychanalyse (ou autres traitements d'ailleurs) : cela peut être pertinent.

d) *La place me manque pour les développer mais d'autres approches sont devenues classiques en matière de PT.* L'emdr est une technique en vogue. Elle vise à opérer un retraitement des informations stockées de façon dysfonctionnelle. D'autres techniques sont également intéressantes ou à l'étude : hypnose, gestalt-thérapie, systémie, groupes de parole, thérapie de reconsolidation, emploi de propanolol, intégration du cycle de vie (ICV), pour ne citer que les principales.

e) Il est évident que la formation des uns et des autres va jouer dans le choix de telle ou telle méthode. Il faut souligner aussi fortement que la prise en charge du traumatisme psychique est principalement multimodale et pluridisciplinaire. Ainsi, les thérapies que je viens de mentionner pourraient-elles être vues comme complémentaires. Avec même en plus l'appoint des dimensions sociales et juridiques, qui sont également très importantes et même directement thérapeutiques en elles-mêmes (cf. supra : la personne traumatisée a besoin d'être reconnue par le socius).

f) *C'est aussi pour cela que je mets au total l'accent sur la qualité de la relation plutôt que sur la méthode.* Je me rappelle d'une formatrice emdr qui m'avait confié après que j'avais présenté ce que j'entendais par l'importance de la tendresse,

qu'elle avait dû modifier le mouvement de son bras face à une patiente qui trouvait ce mouvement intrusif. Elle l'avait modifié de telle sorte que son geste devienne lent et doux, et elle en avait fait un geste doté « d'une courbure tendre ».

Vous avez parlé plusieurs fois de la tendresse, un concept peu usité dans la terminologie psychothérapique, analytique, ou autre d'ailleurs...

Notre travail avec le traumatisme psychique extrême implique d'être sensible au registre de la continuité d'existence, aux bases de la sécurité personnelle, de l'être, dimensions qui sont aux fondements vitaux des bases des déploiements pulsionnels psychosexuels plus sophistiqués. Quand nous avons réussi à alimenter cette continuité d'existence par le biais d'un lien « nourrissant », nous avons fait la plus grosse part du travail. À mon sens la tendresse du psychothérapeute, telle que je la comprends, est un vecteur

essentiel de transformation du brut traumatique. Cette tendresse ne peut d'ailleurs pas être invoquée à tout va, comme si elle était une recette. Elle n'advient que lorsque les deux partenaires sont pris dans la dynamique transféro-contre-transférentielle⁽⁵⁾ autour d'un noyau traumatique devant être transformé, et uniquement quand il faut trouver un moyen de sortir de la détresse et de l'impuissance les deux protagonistes de la thérapie. L'un comme l'autre. Ensuite nous pourrions travailler sur le registre fantasmatique, si le patient le souhaite, ce qui n'est pas toujours le cas, loin de là, mais au moins déjà, nous aurons permis, je le répète, à cette continuité du sentiment d'exister, elle qui avait été brisée par le PT.

⁽⁵⁾ Il reste à souligner que ces dynamiques sont d'un autre registre que les transfert-contre-transfert mettant en jeu des pulsions, fantasmes, mises en forme psychiques sur un registre névrotique ou psychotique.

• ÉDITIONS IN PRESS • www.inpress.fr

NOUVEAU !

Tendresse et attachement

Au cœur du travail psychanalytique avec le traumatisme

Sous la direction de **Laurent Tigrane Tovmassian**

COLLECTION « OUVERTURES PSY »

Comment la tendresse peut-elle se faire vecteur de transformation dans la cure ?

Face au traumatisme extrême, le clinicien est pleinement engagé pour transformer la détresse du patient. Au-delà de la bienveillance et de l'empathie, il est une autre dimension féconde pour la cure : celle de tendresse.

Courant tendre, désir d'attachement, pulsion d'attachement, pulsion sexuelle inhibée quant au but, ou bien tendresse issue d'autres transformations... à travers la clinique de traumatismes précoces, cumulatifs, récents, ou la maladie grave, chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte cet ouvrage analyse la tendresse comme vecteur de transformation.

Une notion clé qui questionne le thérapeute sur le transfert, le contre-transfert et sur sa pratique dans la clinique du traumatisme.

LES AUTEURS :

Janine Altounian, Drina Candilis, Sophie-Caroline Cromphout, Claire Duchet, Emanuele Ferrigno, Bernard Golse, Pascale Gustin, Christophe Janssens, Simone Korff-Sausse, Denis Mellier, Régine Prat, Michel Sanchez Cardenas, Karl-Leo Schwering, Laurent Tigrane Tovmassian, Stefanie Van Leemput, Paul L. Wachtel.



ISBN : 978-2-84835-640-2
13,8 x 20,5 cm - 408 pages - 22 €
EN LIBRAIRIE LE 4 NOVEMBRE 2020

LES AUTRES OUVRAGES SOUS LA DIRECTION DE LAURENT TIGRANE TOVMASSIAN :



Le traumatisme
l'engagement et la créativité du thérapeute



Après les attentats
de la prise en compte psychologique à la prise en compte clinique



Traumatismes, lien social et éthique



Quels traitements pour l'effraction traumatique ?



Le traumatisme dans tous ses états
Clinique du traumatisme

Éditions In Press • 74 boulevard de l'Hôpital • 75013 Paris • Tél. : 09.70.77.11.48
E-mail : inline75@aol.com • www.inpress.fr • Diffusion : Presses Universitaires de France • Distribution : UD Flammarion

PENSEZ À VOUS INSCRIRE AUX COLLOQUES

L'Association Française de Psychiatrie

vous informe de ses différents colloques

– le 2 avril 2021, à Paris

La peur au quotidien : quelle pertinence en clinique ?

Informations, page 13

– les 2 et 3 juillet 2021, à Suze-la-Rousse

Le corps dans tous ses états

Informations, page 32

– le 24 septembre 2021, à Paris

Éthique et psychiatrie

– le 19 novembre 2021, à Paris

Les thérapies cognitivo-comportementales

– le 10 décembre 2021, à Paris

Quel dialogue entre la phénoménologie, la psychanalyse et la psychiatrie ?

Renseignements et informations sur notre site internet :

<https://psychiatrie-francaise.com/>

COVID

LA POLÉMIQUE SUR LA VACCINATION : UNE MALADIE INFANTILE FRANÇAISE ?

Antoine LESUR*

Week-end du 9 janvier. Gérard Larcher fustige un premier ministre qui dans son discours cite 50 fois le mot territoire mais qui ne prend pas en compte les avis des élus locaux, tandis que Anne Hidalgo entre en résonance, affirmant qu'« avec de telles carences, le débarquement de juin 1944 aurait échoué » et qu'il faut absolument intégrer les édiles proches du terrain !

Après celle des masques, puis celle des tests, comment appréhender cette nouvelle polémique ? Que nous dit-elle des rapports de pouvoir dans notre pays et du fonctionnement de notre société ?

Certes il y a les difficultés d'approvisionnement et de logistique, certes il y a les lenteurs et les lourdeurs administratives, certes il peut y avoir une part de la population anxieuse et précautionneuse, voire réfractaire au vaccin, mais je me pose la question de savoir à quel niveau cela « coince » ? D'autant que les crises antérieures concernant les masques et les tests ont été surmontées avec efficacité. Ne sommes-nous pas un des pays où l'on teste le plus, où ces derniers sont pris en charge sans restriction par la sécurité sociale, au point d'ailleurs que, du fait du coût estimé à 70 millions d'euros par semaine, il y a un débat naissant. Mais, entre nous, ne sommes-nous nombreux à avoir profité de ces largesses durant les fêtes ?

Alors, pourquoi ces crises de confiance répétées ?

Seraient-elles liées à notre esprit râleur, insoumis, frondeur inscrit dans nos gènes, à l'image de notre héros qui défend bec et ongles son village contre toute ingérence ?

Seraient-elles l'héritage historique d'une royauté de droit divin qui fonde encore notre régime républicain ? Cet héritage se traduit par un idéal d'emprise éclairée sur un peuple, qui en retour rêve de guérillas pour obtenir la moindre parcelle de souveraineté. Ce rapport au pouvoir nous différencie, me semble-t-il, des démocraties de tradition plus contractuelles issues notamment des terres où le commerce s'implanta de manière forte dès le moyen âge.

N'en retrouve-t-on pas les traces dans la manière dont l'État crée une multitude de structures dites scientifiques, qui dépendent directement du pouvoir exécutif, court-circuitent les associations savantes et professionnelles et servent trop souvent à « pondre » des avis et recommandations soumis aux desiderata de l'exécutif. Cette tradition est issue de l'Ancien Régime ; une des plus célèbres commissions fut, ainsi, créée par Louis XVI, en 1784, afin

d'évaluer le magnétisme animal de Mesmer, commission dans laquelle siégeaient, entre autres, Benjamin Franklin, Antoine Lavoisier et Joseph Ignace Guillotin. Quelques années plus tard apparaît le Comité de salut public, inspirateur, quant à lui, des concertations citoyennes !

C'est sans donc dans cette tension qui résulte de la confusion entre la démarche scientifique, le débat démocratique et la décision politique que naît une part des difficultés que nous connaissons aujourd'hui. Quoi de plus efficace pour favoriser mécontentement et suspicion, voire décrédibiliser la connaissance scientifique ?

Dans le cas de la vaccination, illustrons ce propos par l'exemple des avis de la HAS. En effet, l'urgence vaccinale, du fait de la gravité de l'épidémie, est d'ordre avant tout sociétale. Ainsi, pourquoi cette instance a-t-elle insisté sur l'aspect médical et individuel en proposant des procédures incompatibles avec une vaccination de masse et amplifiant la crainte que suscitent ces nouveaux vaccins, par ailleurs, déjà délivrés à des millions d'individus ? Comment l'HAS a-t-elle interprété le principe de précaution qui stipule qu'« en cas de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement » ? La société n'est-elle pas le facteur environnemental le plus précieux pour l'être humain ? Cela a ainsi conduit l'Académie de médecine à prendre une position claire en faveur d'une simplification des procédures préconisées.

Pourquoi l'HAS donnerait-elle un avis sur le rapport bénéfice/risque des vaccins alors même que cette évaluation et cette décision ne relève pas de sa compétence, mais de l'Agence européenne du médicament et de l'Agence française du médicament ! Cette confusion se retrouve jusqu'au titre ambigu du journal *Le Monde* « La Haute Autorité de Santé approuve le vaccin anti-covid-19 de Moderna » ? Abus de pouvoir ou confusion de compétence ?

Ainsi le mille-feuilles des agences, commissions, comités *ad hoc*, assemblées citoyennes reflètent cette dérive bien française d'un entrelacs de niveaux d'évaluation, d'analyse, de débat et de prise de décision, source d'une perte de réactivité certaine.

Samedi 9 janvier. Je me retrouve sur le parvis de Notre-Dame. Je me tâte le bras. Pas de douleur, je ne rêve pas, j'ai bien été vacciné ! Je marche quelques pas et tout à coup, je me demande pourquoi Sanofi Pasteur, l'un des leaders mondiaux des vaccins, a raté le coche. Encore une histoire bien française à décrypter ?

* Psychiatre à Paris.

LIBRE PROPOS

TRAITER N'EST PAS SOIGNER

Quelques lignes pour dire ou redire des fondamentaux pour une psychiatrie acceptable.

Pascale FAUVEAU*

POSTULATS

Pour continuer de penser avec ce qui s'impose à nous comme savoir et bonnes pratiques homogénéisées, il faut revenir à ce qui fait l'éthique de notre travail, et à ce qui donne sens à notre quotidien de professionnels de la souffrance psychique.

Il s'agit de prendre en considération toutes pathologies en tant que manifestations de la conscience humaine ; c'est bien à partir de ce postulat que la psychiatrie peut affirmer sa consistance : *un malade mental est une personne dont le psychisme exprime à travers son trouble « quelque chose » qui appartient à notre commune humanité.*

Aujourd'hui, avec les traitements chimiques et comportementaux en première ligne, on nomme des « productions » psychiques comme indésirables, témoins d'une lésion, d'un dysfonctionnement neurochimique ou cérébral ; il y a lieu de rectifier ces productions par des substances ou des thérapies du comportement. L'hypothèse sous-jacente étant que ce qui se manifeste dans le psychisme soit la conséquence d'un désordre biologique ou de la structure mentale, qu'il y a lieu de traiter le biologique ou de rééduquer la fonction défaillante pour voir revenir un état plus « satisfaisant » du mental.

Mais l'hypothèse qu'une dépression, un délire, une crise d'agitation, n'importe quel trouble mental, soient des manifestations psychiques liées à un problème sous-jacent d'une autre nature, et, au moment premier de la crise, inconnue, est écartée ; ce qui n'est pas acceptable.

Il faut continuer d'affirmer ceci : *toute manifestation psychique doit être reconnue en tant que réponse d'ordre psychique, je veux dire reconnue par le ou les soignants, avant que d'être traitée par lui.*

CONTENANCE

Toute forme de décompensation psychique appelle à une *contenance* : une pratique soignante qui réponde en limitant les débordements que la souffrance engendre, et en diminuant le dérangement pour l'ordre social s'il y a lieu.

Dans un moment dépressif ou psychotique il y a une part d'indistinction, de confusion entre le soi et le non-soi, et risque de passage à l'acte ; une pratique réfléchie et assumée de la contenance est nécessaire pour protéger la personne et/ou l'entourage de comportements perturbés.

En particulier lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation sous contrainte, où domine le « danger pour lui-même et pour autrui », il y a lieu d'imposer une contenance. Il s'agit alors de partir des comportements observables et des propos entendus, pour laisser à l'appréciation subjective des personnes autorisées à prononcer l'hospitalisation le soin d'évaluer la dangerosité. Si cette appréciation s'appuie sur des référentiels de bonnes pratiques, elle n'en reste pas moins nécessairement portée par la subjectivité de la personne qui en décide. Ce qui devrait supposer que cette décision soit reprise dans l'après-coup, pour l'évaluer et l'élaborer, en travailler les significations pour les protagonistes. Dans tous les cas la contenance s'organise en un espace distinct de l'espace social habituel, dans une temporalité particulière, et doit être pensée comme un accueil protecteur, tant pour la personne que pour son entourage.

Le manque de moyens en personnel rendra cette contenance potentiellement maltraitante.

SENS ET SIGNIFICATIONS

Une crise psychique exacerbe souvent chez la personne ou son entourage la question d'une faute chez l'un ou l'autre, quoi qu'il en soit de l'hypothèse étiologique de la situation de crise. Ce qui ne signifie pas qu'il soit possible ni souhaitable d'attribuer à quelqu'un la culpabilité et/ou la responsabilité de la situation.

L'explication psychologique, par ailleurs, sous couvert scientifique, vise la cause d'un trouble.

De la cause à la faute il n'y a que le saut entre deux champs de significations : scientifiques ou spirituelles.

Pour pouvoir donner ou trouver du sens, lors d'une crise psychique aussi grave soit-elle, on ne peut ni se limiter à chercher la cause d'un trouble, ni s'obstiner à chercher la faute éventuellement commise qui aurait amené à la situation. Il y a lieu de reconnaître que la personne vit une expérience psychique qui peut être une réponse à un problème qu'elle ne pouvait résoudre ; de chercher en quoi son entourage peut être concerné pour l'aider à la traverser ;

* Pédopsychiatre à Anglet.

de lui permettre de trouver une réponse psychique moins douloureuse et plus adaptée à la vie sociale. C'est permettre à la personne de trouver dans ce cadre contenant des interlocuteurs susceptibles d'entendre ce qui peut être dit, de limiter ce qui est inacceptable, nommer ce qui peut l'être, et attendre – activement – que du sens advienne pour la personne elle-même, à partir des propositions contenantes et « traitantes » de l'espace de soins.

DIAGNOSTICS

Une difficulté contemporaine se situe dans l'usage qui peut être fait de diagnostics, aussi pertinents soient-ils. Car si l'objectif princeps des accueillants est seulement de poser un diagnostic, la possibilité que « du sens » *advienne* sera fermée. Les soignants auront *imposé*, en plus de la contenance, « un sens » à la situation. La souffrance répertoriée appelle une causalité définie par la science, avec un pronostic et un traitement qu'il y aurait mauvaise foi à refuser.

Une personne en souffrance psychique est souvent avide d'un sens que peut lui donner le soignant, car elle en attend un soulagement et si ce n'est elle, ce sera son entourage qui insistera pour obtenir un mot qui spécifie le trouble.

Pourtant, le diagnostic est susceptible de figer une situation, s'il est établi comme cause du non-sens éprouvé, plutôt que comme repère pour guider l'attitude du soignant.

Si le diagnostic vient prendre la place de l'expérience vécue, et prétend en signifier toute la nature, il n'y a plus de cheminement à faire pour l'intégrer, se l'approprier psychiquement. Il suffirait d'admettre la maladie, et les traitements qui vont avec. Votre cerveau ou votre appareil psychique ne fonctionne pas bien, il faut apprendre à faire avec, et accepter la rectification qu'on propose.

Mais que l'on considère que les neurones et leur chimie soient impliqués, ou que l'on suppose votre structure mentale ainsi faite, ce qui se vit dans le psychisme doit être élaboré dans le psychisme. L'éducation thérapeutique, comme on appelle aujourd'hui le soutien à cette élaboration, implique l'adhésion totale au diagnostic : celui-ci est (ou est supposé tel) une donnée dévoilée de votre fonctionnement cérébral ou mental ; pour que du sens soit de nouveau possible, il devra être articulé à partir de celui-là.

Ce qui paraissait indispensable pour des affections somatiques évolutives ne se peut appliquer dans toute crise psychique, même si avec un fondement organique :

Si la question de la folie renvoie à l'absence de sens, en situant les choses dans une « raison » neurochimique ou structurelle, on place la personne de gré ou de force dans le discours d'un Autre, d'un expert. Ainsi le travail thérapeutique de déploiement (accompagné) des significations – les siennes, celles de l'entourage, celles qui avaient conduit à la crise psychique et que sa conscience ne

pouvait intégrer sans dommage ; celles qui ont accompagné la crise et qui font expérience douloureuse ou étrange – est rendu inutile ou secondaire. Plus grave, lorsque la personne reste attachée à ses perceptions et aux constructions, délirantes ou non, qui en découlent, celles-ci la mettent en divergence avec ce que prescrivent les pratiques usuelles liées au diagnostic ; l'implication des soignants même bien intentionnés sera comprise comme violence.

Le diagnostic médical, infirmier, soignant, est pris en psychiatrie dans cette contradiction qui est, qu'il est absolument nécessaire de donner un nom pour se repérer et adopter une conduite thérapeutique, mais qu'il est tout aussi nécessaire de le mettre de côté, afin de laisser les significations se déployer, se transformer au fil du temps et des relations nouées au sein de l'institution soignante.

RE-CONNAISSANCE

Ainsi, une psychiatrie centrée sur les « conduites à tenir » et les « bonnes pratiques » en fonction du diagnostic, ne peut réellement soigner une souffrance psychique, tant qu'elle en écarte la valeur (de réponse à un problème méconnu, et d'expérience vécue). Si elle réduit la plupart des manifestations symptomatiques, l'évolution peut rester désespérante en l'absence de perspectives consistantes socio- et psychothérapeutiques, toutes deux par ailleurs consommatrices de moyens en personnel.

Les patients psychiatisés sont des personnes dont la forme de conscience est partiellement invalidée dans l'ordre social, au moins dans le temps de la crise.

Certains courants recherchent une compréhension spirituelle de la crise psychique, et distingueraient les « émergences spirituelles » de crises psychotiques. Il n'y a pourtant pas de différence évidente entre les deux : ce qui fait parler de façon générique de psychose fait référence à une disjonction d'avec la réalité ordinaire, une coupure à l'intérieur de la psyché ; les émergences spirituelles sont exactement décrites comme des manifestations de rupture d'avec la réalité ordinaire, mais interprétées sur un registre spirituel non pathologique, et que la personne peut tolérer plus ou moins difficilement. Ce qui fait pathologie dans la psychose, par rapport à ces émergences spirituelles, serait la plus intense déstructuration du « moi » de la personne qui vit l'expérience. Mais la nature des perceptions est sensiblement la même.

Il ne s'agit pas de nier un dysfonctionnement du cerveau, cause ou conséquence du problème en jeu. Seulement il est fondamental de partir du principe que la crise psychotique est une modalité de fonctionnement psychique, nécessaire – au moins à ce moment là – à celui qui la vit en réponse à « quelque chose » dans son entourage ou son expérience. Qui appelle le soignant à une démarche de reconnaissance, et non pas seulement de soulagement et/ou traitement.

C'est de cette démarche qu'il convient de rechercher la forme adéquate pour soigner.

Le médicament est ainsi un auxiliaire utile pour la contenance psychique, et dont la pertinence sera sous-tendue par les connaissances actuelles sur le fonctionnement cérébral. Les TCC participent du processus d'accompagnement psychique. Les « bonnes pratiques » sont un outil nécessaire mais non suffisant, et dont l'usage devra être pondéré par le sens clinique des équipes soignantes.

IDENTITÉS

Le diagnostic aujourd'hui est partagé avec le patient, ce qui partait d'une bonne intention, mais peut aboutir à une catastrophe clinique : le patient n'est plus sujet de sa psyché, il en est l'objet, et doit en tant que sujet considérer cet objet si particulier qu'est son trouble psychique. Ses propres perceptions, son expérience émotionnelle, seront interprétées à l'aune de ce nouveau sens qui est qu'il est affecté d'un trouble défini par la science. Quelque chose d'étranger à soi-même se manifeste au sein du psychisme.

Tant qu'il aura la conviction, la croyance ou l'illusion que la science médicale peut, grâce à ce diagnostic et ses implications thérapeutiques, lui retirer ce mal, lui permettre un retour à l'état ancien, il pourra adhérer à ce modèle, à condition qu'il ne soit pas trop attaché à ses perceptions dites pathologiques.

Mais le diagnostic doit être aussi envisagé comme possible assignation identitaire qu'il importe de savoir défaire, si l'on veut soigner.

Le patient n'est pas seulement un « objet » de soins, il est un sujet de la rencontre. Un jeu de miroirs entre patients et soignants existe et doit être l'objet d'un travail de reconnaissance, quoi qu'il en soit de l'organicité du trouble.

La démarche du soignant ne peut être celle d'une seule personne ; en situation de crise ou de décompensation, les regards croisés des différents professionnels permettent la construction d'une image globale et non totalisante pour le patient, les significations déployées avec chacun font contenance, élaboration, différenciation.

L'accueil est celui d'une équipe : pour permettre l'expérience d'un moi possible, pour reconstruire l'intime de soi, les limites entre soi et l'autre, pour distinguer et intégrer les perceptions étranges ou étrangères, dans la mesure du possible et de l'acceptable...

Ce qui suppose des moyens humains, et...

Ce qui suppose de pouvoir sortir de l'idée que soigner doit faire principalement référence à une norme. Sortir d'une crise se peut en effet définir comme retour à la normale : la crise serait un mauvais moment qui doit être oublié ou mis de côté. Il est plus pertinent de définir la sortie de crise comme capacité trouvée ou retrouvée à « faire avec »

la réalité – intérieure (intra-psychique et somatique) et extérieure (relationnelle et environnementale), comme capacité à se retrouver, transformé par la crise, mais dans les limites de son être-soi.

RENCONTRES

Ré-apprendre à penser la psychiatrie en termes d'accueil, c'est considérer la rencontre avec la personne en termes de mouvement psychique, processus, frontières, partage, différenciation, dépendance, cheminement, passage, singularité, contre-transfert, etc... ; témoigner du travail qui consiste à « faire place » : faire place à la personne et à ses processus psychiques dits pathologiques.

Ce qui ne signifie pas seulement bienveillance. Le patient avec ses troubles peut être franchement désagréable. Il peut provoquer des mécanismes de rejet, d'exaspération, ou au contraire d'empathie. Une posture objectivante du soignant est une modalité relationnelle qui induit une posture chez le patient. Si un savoir-faire standardisé peut avoir un impact contenant et rassurant, cela peut avoir aussi à l'inverse un impact désobjectivant. Et le travail d'accueil et de contenance doit s'appliquer à reconnaître cet écueil de la pratique d'accompagnement psychique, qui est de mobiliser chez le soignant des attitudes et des émotions intenses, et que cela est tout autant nécessaire que problématique.

La démarche d'accueil et de contenance signifie ainsi la reconnaissance des significations, des traces émotionnelles et leur prise en compte comme outil de compréhension, de liaison, de repérage des mécanismes de déliaison ou fusion à l'œuvre pour le patient chez les soignants.

Ce qui implique une réflexion sur la structure et l'organisation du lieu d'accueil ; s'adapter au patient et le contenir implique un double mouvement : lui faire place, et tenir sa propre place ; lui donner un espace, pas tout l'espace ; accueillir sa violence (au sens de la violence de ce qu'il éprouve, même si nous ne pouvons pas en percevoir la raison), ne pas la laisser nous détruire ; entendre son désespoir, ne pas s'y confondre ; accueillir son délire, ne pas s'y perdre ; respecter son rythme, dans la mesure d'un fonctionnement possible du service.

User de notre savoir pour traiter le trouble diagnostiqué, ne pas annuler la valeur de l'expérience vécue, admettre notre ignorance aussi ; observer la personne, l'écouter, et reconnaître ce que cela nous fait éprouver, ressentir, penser, imaginer, etc...

C'est bien d'un travail intense d'élaboration par les soignants de ce qui se vit autour des patients qu'il est question. Si la psychanalyse ne peut aider directement le patient en crise, elle a sa place dans le travail des soignants, car avec ses concepts l'institution peut se penser collectivement soignante ; et cette place n'est pas opposable à la posture scientifique, elle est autre, elle vient signifier en

quoi la posture scientifique est au mieux insuffisante, au pire aliénante. Et si l'on ne veut plus de psychanalyse, il faudra bien trouver d'autres chemins pour faire place à un accueil de notre humanité et de nos interdépendances, surtout en ce qui concerne la folie de l'un des nôtres.

Ce qui veut dire, du personnel en nombre suffisant et œuvrant dans une continuité de travail suffisante, et du temps de travail hors présence des patients, selon des dispositifs précisés.

Ce qui signifie une volonté partagée de reconnaître le trouble mental non pas comme mal à faire disparaître, mais bien plutôt comme question importante pour l'ensemble du corps social.

CONTINUER

Ainsi habitée de ce positionnement éthique, il est encore possible (jusqu'à quand ?) de continuer de travailler dans le CMPP où j'exerce, avec son manque de psychiatres, d'orthophonistes, ses listes d'attentes, les exigences de l'école à inscrire les enfants dans un diagnostic neuropsychique, l'absence de places dans les hôpitaux de jour, les ITEP et IME, et les injonctions à disparaître au profit des plateformes TND de notre chère ARS/NA.

Chacun des enfants reçus manifeste par sa symptomatologie une problématique qui concerne notre société. TND ou pas, les troubles émergent au sein d'environnements pollués, de familles souvent dissociées, d'écoles normatives, dépassées par leurs missions d'inclusion et de dépistage, avec des parents sous pression professionnelle, des services sociaux débordés, des filiations labyrinthiques, des discriminations, etc...

Ainsi nous nous appliquons à diagnostiquer « suffisamment bien » et à traiter en conséquence ; à tendre l'oreille, et la bonne, à chaque situation rencontrée ; à soutenir les équipes et leur créativité ; à refuser la dichotomie causalité psychique, causalité neurologique dans laquelle on voudrait nous enfermer, pour rester sans ambiguïté dans une pratique de la relation, de ses médiations et de la parole, dans un travail qui intègre « avec le moins de mal possible » les signifiants véhiculés dans le monde actuel... « Les neurones, vous dis-je ! » ?

Comme pour le « Poumon » de la Toinette de Molière, se rappeler que le discours scientifique n'est parfois que discours de l'imaginaire, même s'il croit prendre la place d'un savoir du réel.

AVIS aux AUTEURS

Pour rester vivante et en prise avec le « réel » **La Lettre de Psychiatrie Française** a besoin de vos textes sur les sujets qui vous préoccupent et pour lesquels vous avez besoin de partager vos réflexions.

Nous vous invitons, à nous adresser vos propositions d'articles en vue d'une éventuelle publication dans notre journal. Tous les articles sont soumis au Comité de Rédaction, qui se réserve le droit de les accepter ou de les refuser.

Votre texte doit contenir entre 5 000 et 15 000 signes espaces compris (1 à 3 pages) et nous parvenir **avant le 12 février 2021** pour une parution dans le N° 278 de LLPF et **avant le 19 mars 2021** pour le N° 279 de LLPF.

Le Comité de Rédaction





RENDEZ-VOUS



L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

PROPOSE

UN SÉMINAIRE DE PHÉNOMÉNOLOGIE PSYCHIATRIQUE en présentiel ou en visioconférence

Ouvert à tout professionnel de santé, intéressé par une réflexion
sur les liens entre psychiatrie et psychopathologie phénoménologique

animé par le Docteur Jean-Louis GRIGUER, Psychiatre des hôpitaux, Docteur en philosophie

sur le thème « **L'expérience de la rencontre** »

ARGUMENT

Nous réfléchissons cette année à l'expérience de la rencontre, un concept central de la phénoménologie psychiatrique, à travers celle notamment de la psychose en ne manquant pas de rappeler l'importance du sujet et de la subjectivité dans le champ de notre pratique clinique.

➤ **29 janvier 2021, de 9h00 à 11h00 :**
Approche phénoménologique de la rencontre

➤ **26 février 2021, de 9h00 à 11h00 :**
L'expérience de la rencontre psychotique

➤ **26 mars 2021, de 9h00 à 11h00 :**
Sujet et subjectivité

➤ **30 avril 2021, de 9h00 à 11h00 :**
La phénoménologie de la rencontre chez Henri Maldiney

➤ **28 mai 2021, de 9h00 à 11h00 :**
L'expérience de la rencontre mélancolique et maniaque

À Valence (Drôme)

**Si présentiel : Salle de formation du Centre Hospitalier Drôme Vivarais
Domaine des Rebatières – 26760 MONTÉLÉGER**

Pour tous renseignements, contacter le Dr Jean-Louis GRIGUER

 jeanlouis.griguer@ch-dromevivara.fr

ON EN PARLE

POUR L'UNITÉ SYNDICALE

Gérard ROSSINELLI*
Bernard VILAMOT**

Décembre 2020

Les élections internes au syndicat majoritaire des psychiatres d'exercice public se déroulent sur fond d'accord post Ségur.

Dans le même temps des recours doivent être déposés contre un texte statutaire constituant un remake de la situation des collègues mal reclassés des années 80...

Le préjudice créé peut s'appuyer sur la division syndicale, puisque certains syndicats de psychiatre public ont signé par leur intersyndicale les accords de Ségur, d'autres s'y sont opposés, ce qui ne peut que réjouir les interlocuteurs et cela décrédibilise les positions et revendications des représentants syndicaux.

Cette division remonte au début des années 80 après l'arrivée de la gauche au pouvoir, la commission Demay, les divergences aux motifs multiples des collègues psychiatres des hôpitaux jusqu'alors réunis dans le seul SPH.

Ce qui avait permis et facilité la mise en place de la pratique de secteur psychiatrique avec le soutien de l'autorité ministérielle et une forte mobilisation professionnelle.

Les AG syndicales annuelles étaient particulièrement investies, la vie syndicale riche.

La pratique de secteur dont ont pu bénéficier des milliers de personnes redevables de soins et prévention au niveau psychiatrique, était reconnue au niveau international.

Malheureusement, à la fin des trente glorieuses, la politique sanitaire publique a été modifiée durablement par la maîtrise des dépenses.

L'État promoteur de la psychiatrie publique est ainsi devenu freinateur, les soins en psychiatrie s'appuyant essentiellement sur le nombre et la qualité du personnel soignant et les processus d'accompagnement...

De tout temps et dans la majorité des cultures et civilisations la maladie mentale a été rejetée, traitée religieusement, socialement, politiquement, la médecine de l'âme peu en vogue...

Paradoxalement les progrès spectaculaires de la médecine et la chirurgie, la nécessité des soins prolongés pour les personnes souffrant de troubles mentaux ont créé une différenciation entre le MCO et la psychiatrie.

Depuis des années la psychiatrie publique est victime de son succès, devant limiter ses activités thérapeutiques pour raisons budgétaires, la pénurie de moyens, supprimer des centres de soins et projets alternatifs.

L'exercice professionnel s'est aussi modifié avec une augmentation conséquente et positive de l'exercice libéral de la psychiatrie, du milieu associatif et le développement de l'exercice médical psychiatrique mixte.

Les difficultés de financement, de recrutement, de formation, l'image plutôt négative de la psychiatrie dans les circonstances contraignantes ont amené progressivement la désaffection des internes pour la psychiatrie.

Dans le même temps la vie syndicale s'est progressivement délitée avec la division.

Les vies syndicales locales et régionales se sont progressivement dégradées, les échanges, analyses, perspectives et élaborations se limitant aussi sur fond de montée de l'individualisme et désinvestissement du service public.

Il y a quelques années une tentative de réunification syndicale avortait pour des motifs sous-jacents concernant les querelles d'egos, le contrôle de l'appareil syndical et scientifique...

À leur corps défendant les représentants syndicaux sont progressivement devenus des lithiases de couloirs ministériels, des participants itératifs aux commission ministérielles avec peu de résultats probants sur fond de déclarations répétées et solennelles des autorités publiques et de restrictions budgétaires concomitantes...

Les collègues libéraux ont rencontré des difficultés communes aux spécialités cliniques mais particulièrement accentuées par les caisses de sécurité sociale pour les pédopsychiatres par exemple.

Dans le cadre de la pratique expertale il aura été refusé d'obtenir le statut COSP pour les libéraux.

La psychiatrie libérale et associative rencontre parallèlement les mêmes difficultés spécifiques d'exercice que la psychiatrie salariée publique.

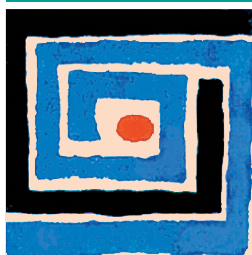
Des difficultés supplémentaires ont été créées par les querelles de chapelles, avec notamment une difficulté intégrative des neurosciences et des thérapies cognitives par quelques clones de la psychiatrie anglo-saxonne.

Des relations préférentielles des précités avec l'énarchie ministérielle et présidentielle, des alliances circonstancielles ont induit des conséquences particulièrement négatives avec

* Psychiatre honoraire des hôpitaux
✉ gerard.rossinelli@orange.fr

** Psychiatre honoraire des hôpitaux
✉ bernard.vilamot@orange.fr

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS



SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

COTISATION pour 2021

Resserrons nos rangs, pour peser davantage !

Le ☐ Professeur ☐ Docteur Prénom : Nom :

Exercice professionnel : ☐ libéral ☐ hospitalier ☐ salarié

 @







règle sa **cotisation pour : ☐ 2021** concernant le SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS
et l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE selon le tarif suivant :

	COTISATION 2021* Tarif valable jusqu'à l'Assemblée Générale de 2021
☐ Psychiatres en exercice depuis plus de 4 ans	365 €
☐ Psychiatres en exercice depuis moins de 4 ans et plus de 2 ans	305 €
☐ Psychiatres en exercice depuis moins de 2 ans	235 €
☐ Psychiatres en formation (sur justificatif)	90 €
☐ Psychiatres n'exerçant plus	175 €

(Nota Bene : nous pouvons aménager les modalités de votre règlement en cas de difficultés temporaires.)

– par notre site internet : www.psychiatrie-francaise.com

– par chèque à l'ordre du **SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS**, à retourner :
45, rue Boussingault – 75013 PARIS

Signature (ou cachet) :

*** Sont inclus dans cette somme :**

- un abonnement à tarif préférentiel (55 € au lieu de 95 €) à notre revue *Psychiatrie Française* ;
- un abonnement annuel à tarif préférentiel (30 € au lieu de 40 €) à notre bulletin d'information *La Lettre de Psychiatrie Française* ;
- un forfait de 3 lignes gratuites dans la rubrique « *Petites annonces* » de *La Lettre de Psychiatrie Française* (cette offre n'est utilisable qu'une seule fois par année).
- **et aussi :**
 - des tarifs préférentiels lors de nos congrès et autres événements ;
 - des conseils personnalisés grâce à la mise à disposition d'un expert juridique pour tout contentieux professionnel.

45, rue Boussingault – 75013 PARIS –  01 42 71 41 11 –  01 42 71 36 60
 contact@psychiatrie-francaise.com –  www.psychiatrie-francaise.com

(suite de la page 21)

notamment dans les accords de Ségur le renforcement du rôle substitutif en psychiatrie des médecins généralistes associés aux psychologues, au sein des centres de santé et des maisons pluriprofessionnelles.

Auparavant pour les projets petite enfance et les actions précoces les pédopsychiatres ont été mis de côté, la logistique spécifique étant investie sur des médecins généralistes à formation neurodéveloppementale ciblée. Ainsi un enfant présentant des troubles majeurs du développement peut ne pas rencontrer de psychiatre, ce qui induit le concept de perte de chance et non accès prévu aux dépistages et soins spécialisés.

Globalement la politique sanitaire s'oriente vers le refus du rôle des médecins psychiatres et la dilution du soin psychiatrique dans le champ de la santé mentale avec de la psychiatrie à différents niveaux (trois niveaux évoqués) et des médecins généralistes dans les zones psychiatriques de premier niveau avec le soutien des psychologues cliniciens.

La dimension médicale psychiatrique vise à être marginalisée, le réductionnisme et l'obscurantisme s'installant au premier plan.

Dans un environnement privilégiant la communication et l'électoratisme la division syndicale des médecins psychiatres s'avère suicidaire.

Il s'agit de sauver la psychiatrie, sa pratique médicale et cela nécessite de s'impliquer dans un rapport de force avec

des positions et analyses cohérentes communes aux psychiatres et professionnels soignants de la psychiatrie, des revendications et propositions partagées.

Il ne convient pas de nier les difficultés et problèmes rencontrés actuellement, mais de viser à offrir à la population l'accès à des soins de qualité avec gamme thérapeutique diverse et élargie intégrant les nouvelles données de la science.

Le développement des exercices mixtes, la pratique psychiatrique partagée pluricatégorielle et pluridisciplinaire, les parcours de soins le partenariat et la complémentarité apparaissent communs aux différents modes d'exercice psychiatrique.

Un syndicat unique de psychiatres d'exercices professionnels variés, publics, libéraux, salariés apparaît nécessaire pour défendre, crédibiliser, et promouvoir la psychiatrie et le maintien de l'exercice médical psychiatrique.

Une direction collégiale, la solidarité permettraient l'expression d'une force crédible, recherchant l'alliance de la société civile, des élus de différents niveaux, des partenaires sociaux, face à un appareil d'état indifférent ou hostile.

Cela nécessite bien entendu une mobilisation collective coexistant avec des forces conservatrices potentiellement hostiles.

Existe-t-il vraiment un choix ?

DATES À RETENIR



Nos Assemblées Générales de
l'Association Française de Psychiatrie (AFP) et
du Syndicat des Psychiatres Français (SPF)
auront lieu en visioconférence

le 3 avril 2021 (le matin)

CINÉMA

UN CHAT, UN LAPIN, UN PIGEON VOYAGEUR, ET QUELQUES AUTRES... LA FORÊT DE MON PÈRE : UN FILM À DÉCOUVRIR !*

Après avoir visionné ce film en juillet 2020, Isabelle Mayeux nous adresse ce texte qui nous donne envie de découvrir « La Forêt de mon père » dès la réouverture des salles qu'on espère proche.

Isabelle MAYEUX**

La Forêt, une famille aimante, la psychose d'un papa, une quête, un amour en devenir, tel est l'univers feutré et ardent du film *La Forêt de mon père* de Véro Cratzborn. Cette fiction poétique parle d'amour et d'adolescence. À l'orée de la vie adulte, nous voici embarqués avec pour gouvernail le regard de Gina, quinze ans. Dès les premières minutes, une pluie de feuilles scintille et virevolte en apesanteur dans les rayons du soleil. Déjà nous sommes projetés en haut des cimes, soutenus par des centaines gigantesques qui nous dépassent : l'humanité posée sur une tyrolienne se balance lestée à des arbres ayant traversé plusieurs générations.

La vie de famille, un quotidien partagé à plusieurs, prend place dans un dialogue ininterrompu avec la Forêt au plus près d'une multitude de petits détails, anodins, parfois un peu bizarres, souvent fantaisistes et drôles, par moment effrayants. Alors lorsque le psychiatre du service des urgences demande à la mère de signer une demande d'hospitalisation pour le père, Jimmy, l'équilibre funambule vacille. Chacun est saisi par cette irruption de la société dans l'intimité de la sphère familiale. Au raz du basculement, l'amour titube : tiraillements d'une femme, enfants bouleversés, équilibre familial chancelant, incompréhension douloureuse, colère, révolte, peur, chagrin, une quête sur le fil au risque de la coupure. À cette lisière de la Forêt, cabotant sur les rives sinueuses du sous-bois des insensés, *La Forêt de mon père* est loin des documentaires, reportages et autres films à grand spectacle qui parlent des autres pour aborder la maladie psychique, maladie parfois qualifiée d'invisible. Par le regard de Gina, celui d'une aînée



adolescente, cette histoire traite de l'amour et de ses aléas, des effets de la maladie psychique dans les relations avec les autres, maladie qui n'est pas l'affaire d'un seul.

Avec une poésie esthétique assumée qui inclut le silence des mots, ce long métrage fixe l'objectif sur le quotidien en famille avec une personne malade, un papa. Sans s'y réduire, il ouvre le champ et notre regard sur la famille, ce groupe où se forment des liens intimes au social. L'univers de *La Forêt de mon père* donne à voir, à entendre l'amour familial, ses multiples transports et déplacements : papa, maman, les enfants, mais pas seulement. Contrairement aux apparences, la famille n'est pas réduite à ce noyau. Les ancêtres et bien d'autres sont là, eux aussi. Avec la force tranquille d'une proximité tendre et subtile que la poésie

* Le film sera en salle à la réouverture des cinémas et des soirées ciné-débats sont prévues à Paris au Cinéma L'Épée de Bois, à Nantes au Concorde, en Auvergne-Rhône-Alpes et en d'autres lieux encore... Pour tout renseignement voir la page facebook du film : <https://www.facebook.com/foretde-mon-pere> ou allociné.

Le DVD est disponible chez l'éditeur Arcadès : <http://www.arcadesdirect.fr/fr/drame-et-emotion/36620-foret-de-mon-pere-la-dvd.html>, ainsi que sur <https://www.placedeslibraires.fr/> et sur les sites dédiés.

Créé par Hélène Davtian et son équipe des Funambules Falret, en collaboration avec Frédérique Van Leuven, psychiatre belge et Martine Vermeulen, psychologue, un dossier pédagogique sur le film est accessible sur <https://www.kmbofilms.com/la-foret-de-mon-pere>

** Psychologue à Paris.

peut atteindre, toute de vert vêtue, d'emblée la mise en lumière se joue d'ombres et de flammes conjuguées aux dialogues des oiseaux, au craquement de l'écorce plus que centenaire des ancêtres de la Forêt. Berceau de contes et légendes, dans sa forme majuscule cette dernière convoque Dame nature. C'est là qu'est posée la parole du père : « nous ne sommes ici que des invités ». Alors de la Forêt qui tantôt apaise tantôt inquiète au jeune homme aimant, jeune homme à la colombia livia, pigeon voyageur sauvé des chasseurs aux blagues cruelles, les figures d'arrière-plan se font personnages à part entière. Ainsi, presque incidemment, l'oiseau messenger traverse le propos aux côtés du lapin qui passe de la forêt au bac à douche, avec aussi le chat aux teintes rousses et noires qui parle, parfois plus fort à certains qu'à d'autres, sans oublier la machine à laver installée au salon. La culture s'immiscerait-elle aussi, sans mot dire, par celle de la colombophilie, celle des porteurs de message qui, voyage après voyage, retrouvent le chemin de leur gîte et de leurs proches ?

En demi-teintes lumineuses, traçant des coordonnées dans cette navigation entre nature et culture, pour ce premier long métrage Véro Cratzborn fait résonner jusqu'au plus universel de l'intimité de chacun. Les transports amoureux, l'amour familial, « amour de groupe » dit-elle,

se déploient et se montrent arrimés à un indestructible amour primaire. À la lisière, tricotant l'amour cahin-caha même lorsque ça pique la vie, ce film prend le parti de la tendresse pour continuer à pouvoir aimer. Chemin faisant, l'association du pouvoir et de l'amour libère un message politique et appelle à reconnaître ceux que Véro Cratzborn nomme « les oubliés », les enfants, ceux dont un parent est atteint de maladie psychique. Avec le soutien de la Ligue des Droits de l'Homme, *La Forêt de mon père* invite à un dialogue qui leur donne la parole pour reconnaître que la maladie n'est pas l'affaire d'un seul. Dialogue dont les contours rappellent les mouvements transférentiels à l'œuvre dans la vie psychique (Enriquez, 2003⁽¹⁾) et rejoignent la parole qui a présidé à l'engagement des pionniers de la psychiatrie de secteur (Gigou, Coupechoux, 2019⁽²⁾).

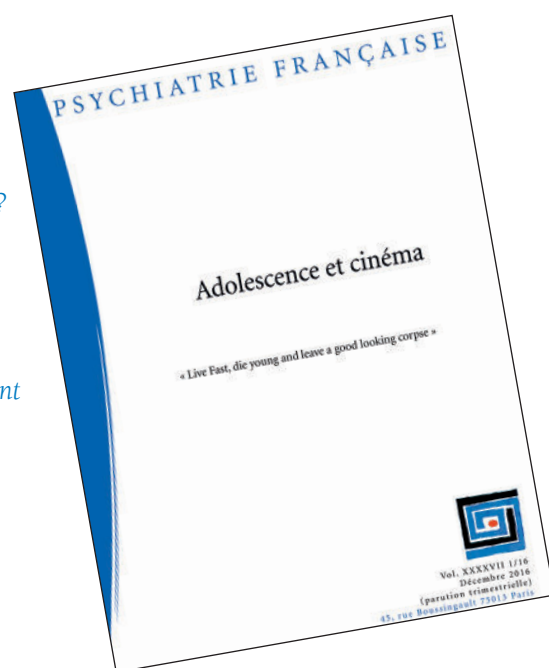
Alors pour la poésie, la rêverie, la réflexion, pour ses saveurs de mousses et d'écorces qui font du bien, notamment après le confinement, *La Forêt de mon père* est un film à voir.w

(1) Enriquez M., Le délire en héritage. Paris, Dunod, in *Transmission de la vie psychique entre générations*, sous la direction de Kaës R. et Faimberg H., 82-112, 2003.

(2) Gigou Y., Coupechoux P., Mon métier d'infirmier. Éloge de la psychiatrie de secteur. Paris, Éditions D'Une, 2019.

N° 1/16 : ADOLESCENCE ET CINÉMA

- Silke SCHAUDER, Maurice CORCOS : *Introduction*
- Jean-Gérald VEYRAT (†) : *Adolescence et cinéma – 14 films paradigmatiques*
- Vincent ESTELLON : *Whiplash*
- Mehdi DELHAYE, Christian MILLE : *Naguère, des étoiles...*
La mise au travail d'une mythologie moderne dans la relation thérapeutique...
- Pablo VOTADORO : *Comment Pinocchio ferait aujourd'hui pour « s'en sortir » ?*
La réponse de Luigi Comencini
- Silke SCHAUDER : *Charlie Chaplin ou le rire adolescent*
- Gérard PIRLOT : *Le désert, avers du désir... du spectateur.*
À propos du film Lawrence d'Arabie
- Michel WAWRZYNIAK : *Comment les adolescents meurent dans le cinéma vivant*
d'Andrzej Wajda
- Anne-Marie SMITH-DI BIASIO, Ariel LIBERMAN :
L'arrière-langue en interprétation : Freud, Mahler, Visconti ;
un moment d'adolescence au tournant du siècle
- Maurice CORCOS : *Vertigo – la mélancolie du fantastique*



Pour commander cet ouvrage, merci de vous connecter sur le site internet
www.psychiatrie-francaise.com
 rubrique Revue

PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

L'éthique médicale à l'épreuve de la COVID-19

Sous la direction de Jean-Philippe PIERRON ; préface Jean-Pierre QUENOT, Thierry MARTIN
Dijon : Éd. universitaires de Dijon - 2020 - Spirale - 18,00 €

La vie heureuse

AUGUSTIN (Saint)
Préface de François DUPUIGNET DESROUSSILLES ; traduit du latin par Dominique FERAULT
Paris : Rivages - 2020 - Br. - 6,60 €

Le vocabulaire de Platon

BRISSEON Luc, PRADEAU Jean-François
Paris : Ellipses - 2020 - Br. - 12,00 €

L'amour fou : folie maternelle, passion adolescente et énigmes du lien

Sous la direction de Alain BRACONNIER, Bernard GOLSE ; avec Jacques ANDRÉ, Anne BRUN, Sarah BYDLOWSKI et al.
Toulouse : Éd. Érès - 2020 - Br. - 15,50 €

Devenir mère : à l'ombre de la mémoire non consciente

BYDLOWSKI Monique
Paris : Éd. O. Jacob - 2020 - Br. - 22,90 €

Ornicar. 54, Consentir

Sous la direction de Christiane ALBERTI, Jacques-Alain MILLER, Sophie MARRET-MALEVAL ; avec un entretien inédit de Vanessa SPRINGORA
Paris : Éd. Navarin - 2020 - Br. - 18,00 €

L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe

WATZLAWICK Paul, NARDONE Giorgio
Bègles (Gironde) : Éd. L'Esprit du temps - 2020 - Br. - 23,00 €

Le vocabulaire de Freud

ASSOUN Paul-Laurent
Paris : Éd. Ellipses - 2020 - Br. - 12,00 €

L'art et la psychanalyse de Freud à Lacan

IZCOVICH Anita
Paris : Éd. Stilus - 2020 - Br. - 25,00 €

L'hôpital pendant la COVID-19

Innovations, transformations et résilience
Sous la dir. Thierry NOBLE
Caen : Éd. EMS - 2020 - Br. - 34,00 €

Moi, je !

De l'éducation à l'individualisme

MARCELLI Daniel
Paris : Éd. Albin Michel - Br. - 21,90 €

Dialogue entre psychanalyse et théorie de l'attachement

ROBIN Didier
Toulouse : Éd. Érès - Br. - ??,?? €

Le protocole de l'interdit

Quand l'humain devient cobaye

BAUDON Philippe
Saint Denis : Éd. Nymphéas - Br. - 18,00 €

Autisme : réalités et défis

Sous la dir. de Frédérique BONNET-BRILHAULT
Cognac : Éd. Le Muscadier - Br. - 9,90 €

Paul Bowles, ou l'aventure marocaine

Essai affectivo-littéraire

AMAR Hanania Alain
Publié chez Independently published : Papier 25 € - Kindle 20 €

Mon enfant est-il accro aux jeux vidéo ?

Conseils de vie au quotidien

ROCHER Bruno, GAILLEDRAAT Lucie
Paris : Éd. John Libbey Eurotext - 2020 - Br. - 19,00 €

LIVRES EN IMPRESSIONS

L'ESPÉRANCE MÉLANCOLIQUE. UN DIALOGUE ENTRE PHILOSOPHIE ET PSYCHIATRIE SUR LE TEMPS HUMAIN

Philippe CABESTAN*

Reconnaissons-le : la manière dont Freud en 1915 applique à la mélancolie ce que les analyses du deuil et de la perte d'un être aimé lui ont appris nous a longtemps laissé insatisfaits. Le dernier livre de Jérôme Porée, professeur de philosophie à l'université de Rennes I, nous permet d'en mieux comprendre les raisons.

Le mélancolique, contrairement aux apparences, est un être qui souffre et qui, paradoxalement, ne peut ni s'attrister ni se réjouir. Mais si la mélancolie est une douleur morale ou psychique – vécue, par exemple, comme le châtement d'un crime inconnu et inexpiable – c'est aussi et surtout, selon Jérôme Porée, une maladie du temps vécu. C'est ce dont témoigne par excellence la plainte mélancolique qui est dominée par un passé sans avenir, alimentant un auto-reproche permanent de telle sorte que, comme l'écrit Georges Perec dans *Un homme qui dort*, « ton présent, ton passé, ton avenir se confondent ». On ne saurait donc aborder la mélancolie ou, plutôt – et la nuance est importante – l'énigme de la mélancolie sans avoir interrogé auparavant cette dimension ô combien fondamentale de notre être qu'est le temps. On devine alors que la mélancolie est, comme l'indique le sous-titre du livre de Jérôme Porée, l'occasion d'un dialogue qu'on espère fécond entre la philosophie et la psychiatrie. Ce dialogue est loin d'être une nouveauté. Il se trouve incarné au cours du vingtième siècle par trois grandes figures de la psychiatrie : Eugène Minkowski, Hubertus Tellenbach et Ludwig Binswanger, auxquelles on peut respectivement associer les noms des philosophes Henri Bergson, Martin Heidegger et Edmund Husserl. C'est donc à la compréhension de la mélancolie comme effondrement de l'élan vital (Bergson et Minkowski), puis comme altération de l'être-au-monde (Heidegger et Tellenbach) et, enfin, comme dislocation de la subjectivité (Husserl et Binswanger), que s'attache Jérôme Porée dans les trois premiers chapitres de son ouvrage.

Qu'est-ce que le temps ? Comment ne pas hésiter avant de se lancer dans une telle question. On se souvient de la si belle réponse de saint Augustin dans le livre XI de ses *Confessions* : « si personne ne me le demande, je le sais ; mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus ». La question est incontestablement d'une



Auteur : Jérôme PORÉE
Éditions : Hermann
Collection : Tuchè
Parution : Octobre 2020
EAN : 979-1037003652
Pages : 308
Prix : 28,00 €

redoutable difficulté même pour un philosophe aguerri comme saint Augustin. C'est pourtant au même saint Augustin que l'on doit la première description rigoureuse de la conscience du temps dont s'inspireront bien des siècles plus tard Bergson, Heidegger et surtout Husserl. Et il faut ici saluer l'exceptionnelle clarté avec laquelle Jérôme Porée expose ces conceptions du temps dont se nourrissent ces différentes approches de la mélancolie. Ainsi, faisant sienne la distinction bergsonienne entre, d'une part, le temps vécu *alias* la durée et, d'autre part, le temps spatialisé, mesuré par la montre, Minkowski oppose le temps de la mélancolie qui ne passe pas au temps de l'excitation maniaque qui est pure mobilité. De ce point de vue, comme l'écrit Jérôme Porée, « la fuite du temps dans la manie est l'image inversée de son immobilisation dans la mélancolie ». De son côté, Tellenbach aborde la mélancolie à partir de la conception heideggérienne du temps et de l'existence. En effet, pour l'auteur d'*Être et temps*, l'un et l'autre sont rigoureusement inséparables et exister signifie être hors de soi, en avant de soi, sous la forme du projet. La mélancolie se distingue de ce point de vue par une altération de la temporalité originarie dans laquelle l'avenir n'est que la répétition du passé. Mais c'est à la

* Docteur en philosophie.

conception husserlienne du temps, reprise par Binswanger dans *Manie et mélancolie*, qu'est consacré le plus important de ces trois chapitres. En effet, selon Jérôme Porée, la description par Husserl de la manière dont la conscience intentionnelle constitue le temps permet au mieux d'approcher la plainte mélancolique et la modification de la constitution intentionnelle du temps marquée par la passivité du futur et l'emphase pathologique de la présence. On comprend alors que la souffrance mélancolique n'a rien à voir avec l'angoisse. Car l'angoisse, comme le remarque très justement Jérôme Porée, nous laisse libre pour le divertissement qui nous permet de la fuir alors que la souffrance suspend le divertissement. Autrement dit, se réjouir ou se scandaliser comme *on* se réjouit ou *on* se scandalise, en un mot l'inauthenticité au sens heideggerien est interdite au mélancolique.

Cet ouvrage comprend, enfin, un quatrième chapitre plus personnel intitulé : « Le temps du projet et le temps de l'espérance ». Sa question initiale peut légitimement surprendre. Jérôme Porée s'y demande en effet pourquoi tous les mélancoliques, étant donné la souffrance qui est la leur, ne se tuent pas. On dira sans doute que beaucoup d'entre eux y pensent et que certains, de fait, se suicident. Certes. Mais d'autres ne le font pas. Tel est le cas de Bruno Brandt, un patient de Binswanger : alors qu'il s'apprêtait à se pendre en forêt avec ses bretelles, Bruno Brandt aperçoit une belette. Il observe l'animal une dizaine de minutes,

se rhabille et retourne finalement à la clinique où il est soigné : son intention suicidaire s'est évanouie. Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est qu'en dépit d'une temporalité fermée, demeure une certaine réceptivité à l'événement. C'est du côté de Henri Maldiney, l'auteur de *Penser l'homme et la folie*, que se tourne alors Jérôme Porée pour tenter de cerner cette ouverture du mélancolique à l'événement. Son ambition est alors de distinguer deux modalités de l'avenir, qui correspondent, d'une part au projet, et, d'autre part, à l'attente, mieux à l'espérance⁽¹⁾. Car si la mélancolie est sans projet, elle n'exclut pas une forme d'espérance, fût-ce, comme le précise Jérôme Porée, la forme vide de l'espérance. Pensons à Estragon et à Vladimir dans *En attendant Godot* qui, avant de se rencontrer, allaient précisément se pendre, et qui désormais attendent Godot. Godot est ici non pas le masque de Dieu mais, tout au contraire, le nom de cette espérance vide que ne vient remplir plus aucun récit. Et nous comprenons alors que c'est par le remplissement de cette forme vide de l'espérance que, par la grâce d'une rencontre, se dessine pour le mélancolique la possibilité d'une guérison. L'ouvrage de Jérôme Porée est indiscutablement une précieuse contribution à l'approche phénoménologique de la mélancolie.

⁽¹⁾ À dire vrai, cette distinction ne nous convainc pas totalement et il nous semble que l'attente peut être décrite comme une modalité du projet au sens que lui donne Heidegger dans sa conception de la temporalité ek-statique du *Dasein*.

APPEL À CONTRIBUTIONS

PSYCHIATRIE FRANÇAISE

Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG*

Chers Lecteurs,

La Revue de « *Psychiatrie Française* » fait un appel à l'adhésion sur le thème suivant :

La visioconsultation a été pour beaucoup d'entre nous une grande découverte de cette pandémie :

- Que pouvons-nous en dire en tant que psychiatres ?
- Quelles résistances avons-nous dû vaincre pour la proposer à nos patients ?
- Quelles sont les implications dans la relation thérapeutique avec nos patients ?
- Quelle serait la visioconsultation idéalement thérapeutique ?

– Quels éléments de théorisation pouvons-nous en tirer ?

– Quelle expérience en avons-nous tout simplement ?

Vous l'avez compris, La Revue « *Psychiatrie Française* » vous ouvre ses pages en toute liberté pour écrire ce que nous avons vécu et vu à travers cette expérience inédite pour la plupart.

Nous attendons vos contributions, vos notes de lecture et vos commentaires à adresser à la revue *Psychiatrie Française* – Dr Yves MANELA – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS.

À vos plumes d'oie, stylographes, ordinateurs...

* Psychiatre, Membre du Comité de Rédaction de la revue *Psychiatrie Française*.

REVUE PSYCHIATRIE FRANÇAISE

ANIMAL PARLÉ, ANIMAL PARLANT 2

1/20 :

- Yves MANELA, *Éditorial*
- Philippe DEVIENNE, *Peut-on parler de conscience animale ?*
- Florence BURGAT, *Les fondements théoriques de la psychologie phénoménologique et de la psychiatrie animale. Autour des travaux de Frederik Buytendijk et de Henri Ey*
- Maya ÉVRARD et Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG, « *D'un cheval l'autre* »
- Laurence BERTHAULT, *La personne déficiente visuelle et son chien guide*
- Claire BENTOLILA, *Homme et animal : une relation indissociable*
- Philippe DEVIENNE, *Peut-on parler d'effet placebo chez les animaux ?*
- Christian DAVID, *Tombeau d'un ami muet*

POINT DE VUE

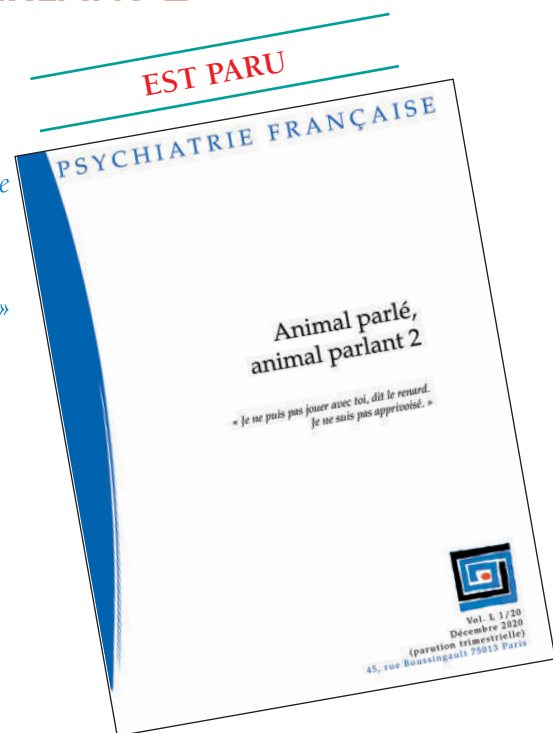
- François BEIGER, *Introduction à la zoothérapie*
- Françoise PEILLE, *Il était une fois un pangolin !!*

ENVIES DE LIRE

- *Le bal des folles* de Victoria MAS, ouvrage analysé par Maya ÉVRARD
- *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister* de Bernard GOLSE, ouvrage analysé par Yves MANELA
- *Amour malade* de Catherine LABORDE et Thomas STERN, ouvrage analysé par Simon-Daniel et Marie Anick KIPMAN
- *La mémoire des vaincus* de Michel RAGON, ouvrage analysé par Simon-Daniel KIPMAN
- *Le tiers temps* de Maylis BESSERIE, ouvrage analysé par Simon-Daniel KIPMAN
- *Icebergs* de Tanguy VIEL, ouvrage analysé par Simon-Daniel KIPMAN

HOMMAGE

- Hommage Jacques Glowinski de Simon-Daniel KIPMAN



PSYCHIATRIE FRANÇAISE

1/20 : ANIMAL PARLÉ, ANIMAL PARLANT 2

Bon de commande à retourner au SPF :
45, rue Boussingault – 75013 Paris

☐ Mme ☐ M. ☐ Pr ☐ Dr :

Nom :

Prénom :

☎@.....

✉
.....

Code postal : Ville :

☎ ☎

Commande exemplaire(s) du N° 1/20 x 25 € = €

à régler par chèque établi à l'ordre du **Syndicat des Psychiatres Français**.

LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE VOUS CONDUIRONT...

Merci de vérifier que les colloques sont bien maintenus aux dates prévues en raison de la pandémie

RÉUNIONS ET COLLOQUES

EN FRANCE

Février 2021

VISIOCONFÉRENCE, les 4 et 5 : L'Institut de Recherche en Psychothérapie organise un congrès international francophone à Hyères sur le thème « **Identités et Transmissions : enjeux cliniques des liens dans les groupes, les couples, les familles, les institutions** ». – Informations et inscriptions : Bruno MANUEL – ☎ 06 60 99 59 47 – ✉ manuel.13012@gmail.com – <https://congresdehyeres2021.blogspot.com/>

PARIS, le 8 : La Société Médico-Psychologique organise une séance thématique sur le thème « **Biographies et Biographes** ». – Informations et inscriptions : ✉ jacqueline_parant@orange.fr ou schweitzer.mg@free.fr – <https://medicopsy.com>

VISIOCONFÉRENCE, le 9 : La Fédération Française de Psychiatrie organise ses 3^{èmes} journées de psychiatrie adulte sur le thème « **Du consentement en psychiatrie... entre idéal éthique du soin et éthique du droit – Acte I** ». – Informations et inscriptions : FFP – 26, boulevard Brume – 75014 PARIS – ☎ 01 48 04 73 41 – ✉ contact@fedepsychiatrie.fr – <https://www.fedepsychiatrie.fr>

MONTÉLÉGER (Drôme), le 26 : L'Association Française de Psychiatrie organise un séminaire de phénoménologie psychiatrique sur le thème « **L'expérience de la rencontre psychotique** ». – Informations et renseignements : Dr Griguer – ✉ jeanlouis.griguer@ch-dromevivara.fr

Mars 2021

PARIS, le 5 : L'AFAR organise un colloque sur le thème « **Développement de l'enfant et de l'adolescent de nouveaux modèles pour une clinique contemporaine ?** ». – Informations et inscriptions : AFAR – 46, rue Amelot – 75011 PARIS – ☎ 01 53 36 80 50 – ✉ colloques@afar.fr – <https://www.colloquesafar.fr/>

LYON, le 6 : L'Association Psychanalytique de France (APF) organise ses analystes sur le thème « **La nostalgie, et après ?** ». – Informations et inscriptions : APF – 24, place Dauphine – 75001 PARIS – ☎ 01 43 29 85 11 – ✉ lapf@wanadoo.fr

PARIS, les 8, 9 et 10 : La Fédération Française de Psychiatrie organise ses 18^{èmes} journées de pédopsychiatrie sur le thème « **Pédopsychiatrie intégrative de 2020 : comment soigne-t-elle ? Ses connaissances scientifiques et ses effets thérapeutiques** ». – Informations et inscriptions : FFP – 26, bd Brume – 75014 PARIS – ☎ 01 48 04 73 41 – ✉ contact@fedepsychiatrie.fr – <https://www.fedepsychiatrie.fr>

PARIS, le 11 : L'AFAR organise un colloque sur le thème « **Le rétablissement en psychogériatrie – Un processus individuel facilité par une intelligence collective** ». – Informations et inscriptions : AFAR – 46, rue Amelot – 75011 PARIS – ☎ 01 53 36 80 50 – ✉ colloques@afar.fr – <https://www.colloquesafar.fr/>

PARIS, le 22 : La Société Médico-Psychologique organise une séance thématique sur le thème « **Isolement et contention** ». – Informations et inscriptions : ✉ jacqueline_parant@orange.fr ou schweitzer.mg@free.fr – <https://medicopsy.com>

MONTÉLÉGER (Drôme), le 26 : L'Association Française de Psychiatrie organise un séminaire de phénoménologie psychiatrique sur le thème « **Sujet et subjectivité** ». – Informations et renseignements : Dr Griguer – ✉ jeanlouis.griguer@ch-dromevivara.fr

Avril 2021

PARIS, le 2 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **La peur au quotidien : quelle pertinence en clinique ?** ». – Informations et renseignements : AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – ☎ 01 42 71 41 11 – ✉ contact@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com

PARIS, le 26 : La Société Médico-Psychologique organise une séance thématique sur le thème « **Contagiosité des comportements de l'homme** ». – Informations et inscriptions : ✉ jacqueline_parant@orange.fr ou schweitzer.mg@free.fr – <https://medicopsy.com>

MONTÉLÉGER (Drôme), le 30 : L'Association Française de Psychiatrie organise un séminaire de phénoménologie psychiatrique sur le thème « **La phénoménologie de la rencontre chez Henri Maldiney** ». – Informations et renseignements : Dr Griguer – ✉ jeanlouis.griguer@ch-dromevivara.fr

Mai 2021

ANNECY, du 12 au 15 : L'Association de Formation Balint (AFB) organise les journées Balint sur le thème « **La relation soignant-soigné** ». – Informations et inscriptions : Dr Sylviane ROSET-JAULT – 156, cours Albert Thomas – 69008 LYON – ☎ 06 22 07 08 46 – ✉ syjauset2@gmail.com – <https://formation-balint.fr/seminaire-annecy-balint/>

PARIS, le 28 : La Fédération Française de Psychiatrie organise ses 3^{èmes} journées de psychiatrie adulte sur le thème « **Du consentement en psychiatrie... entre idéal éthique du soin et éthique du droit – Acte II** ». – Informations et inscriptions : FFP – 26, boulevard Brume – 75014 PARIS – ☎ 01 48 04 73 41 – ✉ contact@fedepsychiatrie.fr – <https://www.fedepsychiatrie.fr>

MONTÉLÉGER (Drôme), le 28 : L'Association Française de Psychiatrie organise un séminaire de phénoménologie psychiatrique sur le thème « **L'expérience de la rencontre mélancolique et maniaque** ». – Informations et renseignements : Dr Griguer – jeanlouis.griguer@ch-dromevivara.fr

Juin 2021

VANNES, les 11 et 12 : Le Centre d'Information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse Appliquées (CIRPPA) organise son XVIII^{ème} Congrès de Psychothérapies de groupes Enfants, adolescents, adultes sur le thème « **Le Groupe : une médiation ?** ». – Informations et inscriptions : CIRPPA – 31, bd de La Villette – 75010 PARIS – [04 42 40 41 12](tel:0442404112) – cirppa@wanadoo.fr – www.cirppa.org

Juillet 2021

SUZE-LA-ROUSSE, les 2 et 3 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **Le corps dans tous ses états ?** ». – Informations et renseignements : AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – [01 42 71 41 11](tel:0142714111) – contact@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com

Septembre 2021

PARIS, le 24 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **Éthique et Psychiatrie** ». – Informations et renseignements : AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – [01 42 71 41 11](tel:0142714111) – contact@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com

Octobre 2021

PARIS, le 11 : La Société Médico-Psychologique organise une séance thématique sur le thème « **Psychiatrie légale** ». – Informations et renseignements : jacqueline_parant@orange.fr ou schweitzer.mg@free.fr – <https://medicopsy.com>

Novembre 2021

PARIS, le 19 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **En quoi les thérapies cognitivo-comportementales peuvent-elles être utiles dans le champ de la psychiatrie ?** ». – Informations et renseignements : AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – [01 42 71 41 11](tel:0142714111) – contact@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com

PARIS, le 22 : La Société Médico-Psychologique organise une séance thématique sur le thème « **Filiation, PMA, GPA et Genre(s)** ». – Informations et renseignements : jacqueline_parant@orange.fr ou schweitzer.mg@free.fr – <https://medicopsy.com>

PARIS, le 27 : Le Carnet/Psy organise un colloque sur le thème « **Menaces sur les liens, Amour du lien, Amour de l'objet** ». – Informations et inscriptions : Le Carnet/Psy – 8, avenue J.-B. Clément – 92100 BOULOGNE – [01 46 04 74 35](tel:0146047435) – est@carnetpsy.com – www.carnetpsy.com

Bernard Golse AEPEA - Hôpital Institut Paris Brune
Alain Braconnier APEP-ASM13

**9^e COLLOQUE BB-ADOS
DU BÉBÉ À L'ADOLESCENT**

**Menaces sur les liens.
Amour du lien, amour de l'objet**

COLLOQUE REPORTÉ AU SAMEDI 27 NOVEMBRE 2021

Introduction
Bernard Golse, Alain Braconnier

Création d'une illusion : pour tous
Karl-Léo Schwering, Sylvain Missonnier
Dialogues avec Bernard Golse

Le lien ou le rien
Catherine Chabert, Alexandre Vincent Estellon
Dialogues avec Bernard Golse

Amour du lien ou amour de l'objet
Sarah Bydlowski, Pierre Braconnier
Dialogues avec Bernard Golse

Figures sur le seuil de la déliaison
Denys Ribault, Maurice Labat
Dialogues avec Alain Braconnier

Le lien et les tiers ?
Régis Simon, Maurice Corcos
Dialogues avec Alain Braconnier

Samedi 28 novembre 2020
Maison de la Chimie
28 bis rue Saint-Dominique - 75007
PARIS

le CarnetPSY

www.carnetpsy.com

Décembre 2021

PARIS, les 4 et 5 : GYPSY organise son XX^{ème} colloque sur le thème « **Transgression, scandale ou nécessité** ». – Informations et inscriptions : CERC-Congrès – 17, rue Souham – 19000 TULLE – ou <http://www.gypsy-colloque.com/inscription>

PARIS, le 10 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **Quel dialogue entre la phénoménologie, la psychanalyse et la psychiatrie ?** ». – Informations et renseignements : AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – [01 42 71 41 11](tel:0142714111) – contact@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com

LA LETTRE

[01 42 71 41 11](tel:0142714111)

La Lettre de Psychiatrie Française – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS
secretariat@psychiatrie-francaise.com – www.psychiatrie-francaise.com
Éditeur : Association Française de Psychiatrie / Syndicat des Psychiatres Français (AFP / SPF)
Tirage : 1 000 ex. – Dépôt légal : janvier-février 2020 – ISSN : 1157-5611
Directeur de la publication : François KAMMERER
Rédacteur en chef : Jean-Yves COZIC
Co-Rédactrice en chef : Nicole KOEHLIN
Comité de rédaction : Maurice BENSOUSSAN, Michel BOTBOL, Jean-Pierre CAPITAIN, Jean-Louis GRIGUER, Simon-Daniel KIPMAN, Jean-Jacques KRESS, David SOFFER, Pierre STAËL
Secrétaire de rédaction et Régie publicitaire : Valérie LASSAUGE
Mise en pages – Impression : Corlet Imprimeur – Condé-en-Normandie – N° 20120756

COLLOQUE



Dans le cadre des *Rencontres de l'AFP*

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

PROPOSE

les Huitièmes Rencontres de Suze-la-Rousse **Le corps dans tous ses états**



le vendredi 2 juillet 2021 : de 14 heures à 18 heures

le samedi 3 juillet 2021 : de 9 heures à 18 heures

au château départemental de Suze-la-Rousse (Drôme Provençale)

ARGUMENT

« Nul ne sait ce que peut le corps. »
Baruch Spinoza (Éthique III, 2, S)

Après avoir réfléchi à certaines problématiques en lien avec notre pratique clinique, le thème des Rencontres portera cette année sur **le corps** et ses représentations.

Le corps, entre organisme et psychisme, est source de débats avec une évolution qui conduit à de nouveaux paradigmes.

Il peut être perçu aujourd'hui comme modifiable dans divers projets, notamment esthétiques, scientifiques ou encore identitaires.

Il n'en finit pas de s'afficher, de se sculpter et de se partager, que ce soit dans le domaine du réel ou du virtuel avec les espoirs avancés par certains du transhumanisme ou des biotechnologies d'un corps sans limite, immortel.

Les questions qui se posent alors est comment accueillir dans la clinique ces corps qui s'agitent, s'abîment, se subliment, s'expriment, comment y répondre et comment envisager notre rapport à la sexualité et ses implications pour l'individu dans son rapport à l'autre.

Le langage fait de l'organisme un corps bien au-delà d'un déterminisme biologique ou de capacités neurocognitives et n'est-ce pas dans cet espace entre corps et organisme que se loge notre liberté de sujet désirant.

Nous essaierons de répondre à ces questions au cours de nos Rencontres dans une approche toujours pluridisciplinaire.

AVEC LES INTERVENTIONS DE :

Maurice CORCOS, Jérôme ENGELBERT, Yannick JAFFRE, Alain KSENSÉE, Brice MARTIN, Gérard PIRLOT, Yves SARFATI, Agnès SPIQUEL, Sylvie TORDJMAN

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION :

Jean-Louis GRIGUER, Maurice BENSOUSSAN, Michel BOTBOL, Emmanuelle CORRUBLE, François KAMMERER, Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG

**Pour plus de précisions sur l'organisation de ce colloque,
contacter le secrétariat de l'Association Française de Psychiatrie :**

45, rue Boussingault – 75013 PARIS – ☎ 01 42 71 41 11 – ✉ secretariat@psychiatrie-francaise.com