

Bulletin national santé mentale et précarité

Le prendre soin a-t-il encore une langue ?

édito

Jean Furtos

« Il hésitait à rentrer chez lui », dans sa langue, une langue où il se sentirait vraiment « chez lui », comme l'écrit Abdellatif Chaouite. Carole Favre pose directement la question : le « prendre soin » a-t-il encore une langue dans le cadre du management actuel ? « L'esprit PowerPoint » n'infiltré-t-il pas subtilement les esprits, avec son lexique martial et son argumentation en forme de table des matières ? Ce numéro est orienté par cette question lancinante : serions-nous en train de devenir étrangers au pays de notre travail, et comme tel, d'y perdre notre langue ?

Jacqueline Dheret s'interroge sur les conditions de possibilité de la parole chez des sujets précaires, « dramatiquement autonomes », délocalisés, ébranlés par la réalité rencontrée dans un monde hostile. Les psychanalystes ont à changer leurs oreilles, écoutant « en présence réelle », ce qui crée un point de fixité, un lien.

Sur un autre plan, que faut-il pour que les textes fondateurs parlent encore aux psychanalystes, s'interroge Lina Balestrière ? Il faut, répond-elle, que le travail de lecture s'apparente à une mastication pour malaxer le texte par une lecture « sadique », afin qu'il devienne nourrissant et renforce le désir de travailler sur le chantier ; ainsi la psychanalyse ne deviendra-t-elle pas une langue morte.

Et la psychiatrie dans tout ça, qui a, comme le travail social, accepté la notion de souffrance psychique comme un effet du tourment de l'existence en contexte social ? Elle fait ainsi pièce à l'avancée de « l'evidence based medicine », mais doit éviter une pathologisation de l'existence. Un pas plus loin, on se heurte à un texte d'antipsychiatrie, comme on n'en n'avait plus l'habitude : une psychiatrie pensée comme « propagande », qui individualise les troubles pour dédouaner le collectif.

Faut-il alors démissionner ? Faut-il se taire ? Pour le dire autrement, peut-on encore parler librement dans le soin et autour du prendre soin ? Oui, si l'on peut parler en français courant, d'une manière claire, ferme, non violente (pour dire, et non pour se défouler, au sens trivial de ce terme). Le professionnel pourrait ainsi « rentrer chez lui », dans sa langue, son lieu, sa temporalité, vivant, entraînant dans le même mouvement celle et celui qu'il est supposé aider. Mais une intériorité au service du vivant nécessite que l'Institution protège le subjectif, la prise de risque, la marge de manœuvre. Cela est-il possible en période d'hégémonie d'un certain type de management, où la peur des représailles semble déjà confiner la parole à un langage convenu de type PowerPoint ?

Le lecteur aura remarqué que cet édito est truffé de points d'interrogation. Nous en ajouterons un dernier : qu'en pensent les Directeurs d'hôpitaux, des structures sociales, des ARS ?

Nous sommes dans une histoire en train de se faire, œuvrons pour qu'elle se fasse sans que le subjectif ne soit complètement rabattu par ce qui l'empêche.



DOSSIER

Chez lui... Abdellatif Chaouite	p. 2	La souffrance psychique en perspective Jean Christophe Coffin	p.9-10
Le prendre soin a-t-il une langue ? Carole Favre	p.3	La propagande psychiatrique au pouvoir Olivier Labouret	p.11 et 13
PowerPoint ou comment engourdir les esprits... Franck Frommer	p.4-5	Parler en français courant Jean Furtos	p.12-13
Créer les conditions de possibilité de la parole Une dangereuse autonomie Jacqueline Dhéret	p.6 et 8	Effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale ONSMP-ORSPERE	p.14-15
Du sadisme au texte et de son usage vivifiant Lina Balestrière	p.7-8	ACTUALITÉS	p.16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web :
www.orspere.fr

Chez lui...

« Il hésitait toujours à rentrer chez lui et trébuchait avec étonnement sur les résonances de : chez lui. Ces mots sonnaient tout à coup bizarrement dans sa tête. Où était-il en ce moment s'il n'était pas déjà chez lui ? En quel lieu demeurait ce lui ? Et comment ses autres langues le disaient chez lui chez elles ? Au-delà des dictionnaires et manuels professionnels, sa compétence fut vite mise à l'épreuve ! « Chez lui » ?

Selon la langue, il pouvait y être ou jamais. Plus souvent il est seulement lui là où il demeurait. Lui dans sa tête ou dans la rue ou dans son bureau... Son lui ne se mordait pas la queue en étant chez lui. Il n'était pas en lui mais lui là où il se tenait, hôte du monde ?

D'une langue à l'autre, lui (ou ce qui en tenait lieu dans telle ou telle langue) changeait ainsi



de posture et de rapport au monde. Il contenait sa demeure et se confondait avec elle dans une langue et, dans une autre, il était contenu, accueilli dans un lieu auquel il restait étranger. Les langues nous font à leur guise escargots ou oiseaux dans leurs nids ! Et si la question qui fait l'étranger était moins dans la loi que dans le site tourbillonnant au gré des langues qui le traversaient ?

Premier choc toujours essuyé dans le maelström de l'étrangeté : les langues nous parlent plus que nous ne les parlons. Vérité tue mais qu'il lisait souvent dans les yeux de ses hôtes accrochés à ses lèvres. Ils attendaient : « qu'est-ce que ces mots disent de moi ? ». Comme si, entre deux langues, leur moi se suspendait dans le vide, nu et sans demeure. Et dès qu'il traduisait, il voyait parfois l'axe de leur présence se déplacer et habiter tout d'un coup autrement le monde. Et si la perversité était dans les langues mêmes ? Dans leur prétention à vouloir nous dire sans faille et sans étrangeté ? À combler tout vide de nous-mêmes si aveuglément rempli par cette

croissance : la nature en aurait horreur ?... Perversité de la langue et perversité de la nature ? Une bien maigre consolation ! Non, la diagonale de l'étranger n'était pas seulement la distance qui sépare chacun de lui-même mais le sable mouvant que la langue étrangère ouvre de fait et de droit sous ses pieds ! Peut-être faudrait-il réinventer à chaque fois une langue par une autre pour déloger leurs mesquines certitudes. Il avait du coup moins envie de rentrer chez lui ! Envie plutôt de boire un autre verre, n'en déplaise aux « esprits qui planent sur les eaux » ! *Chez lui* était un abîme depuis le jour où il avait dû régler son compte à toute « interdiction grosse comme le poing », au droit qui lui interdisait d'être lui chez lui. Le vertige de *devenir étranger chez soi* lui était ainsi devenu une sublime porte, une échappée à tous les droits du chez soi qui créent les interdits d'être soi. Le rêve d'étranger professionnel l'habitait depuis qu'il avait ainsi vomit cette taxation sur soi. Il le rapprochait de lui-même, dans une radicale résistance aux tartuferies des règles.

Extrait de "*Nul n'attend l'étranger. L'étranger est seul à attendre*" de Abdellatif Chaouite, Paris, Ed. La croisée des chemins, Casablanca, 2011. ■



Le narrateur dans ce roman, agent d'accueil des étrangers dans une ville où il débarqua lui-même un jour comme étranger, se reconnaît comme "étranger professionnel". Cette bizarrerie le confronta un soir au paradoxe existentiel de /vivre/ de la différence (linguistique, culturelle, etc.) qui fait l'étranger tout en épousant l'injonction professionnelle de la /supprimer/. Ce paradoxe le fit pérégriner toute une nuit à la recherche d'une issue à son malaise.

Le prendre soin a-t-il une langue ?

Il m'est difficile de témoigner de mon expérience soignante en psychiatrie actuellement (urgences psychiatriques, CMP) sans aborder certaines difficultés rencontrées par le soignant, liées à différents facteurs et pouvant occasionner une souffrance au travail.

Carole Favre,
Infirmière
en psychiatrie

Parmi ces facteurs, nous en connaissons déjà quelques uns : la désinstitutionnalisation des services publics intra hospitaliers, la réorganisation des services de psychiatrie, la pénalisation du nombre de lits par secteur, la réduction des temps de séjour, le manque de développement des structures extra hospitalières, les pratiques de soins marquées par les politiques sécuritaires. Les conditions de travail sont, par les agents, souvent jugées mauvaises par rapport au potentiel humain gâché et aux politiques budgétaires, de gestion et d'organisation du travail.



Les conséquences se font rapidement sentir auprès des professionnels qui ne se considèrent plus comme des sujets agissant dans une équipe ou dans une institution mais comme des instruments à la disposition des besoins institutionnels. Le patient glisse lui aussi de la place de sujet à la place d'objet (bon ou mauvais). Certes il représentait déjà un coût ou un bénéfice, il représente également un enjeu autour des bons et mauvais soignants, un instrument clinique parfois déconsidéré sur le plan subjectif. Alors que le discours soignant s'étoffe au travers d'expériences institutionnelles du soin, la

parole du soignant, elle, se veut plus réservée quand elle devrait témoigner de sa subjectivité. Elle est peu ou pas entendue car elle a peu ou pas d'interlocuteurs.

Bien que sont de plus en plus abordées les notions du « care » et du « cure », le « prendre soin » au sens large, dans une temporalité qui ne se réduit pas nécessairement à l'aspect interventionniste préventif ou curatif de la crise (prendre soin, c'est aussi réfléchir au lieu dans lequel on travaille, créer des réseaux de partenaires, de réflexion soignante...), les personnels soignants, eux, se vivent de plus en plus souvent démunis face à des dispositifs de soin ou le « prendre soin » se réduit parfois à la gestion de la crise.

Les infirmiers, progressivement isolés dans leurs pratiques et dans leur réflexion clinique, se réfugient derrière des attitudes « standardisées ». La parole et l'acte soignant réagissent à des réalités de moins en moins envisagées dans leurs processus, leur globalité mais plutôt dans leurs aspects critiques : la rupture de traitement, un rendez-vous médical raté, le risque suicidaire... La réponse soignante se caractérise et se réduit alors aux outils de travail dont elle dispose à l'origine pour réfléchir et entreprendre le soin : les Visites à Domicile, les protocoles...

A ces facteurs, s'ajoute la question de la retranscription informatique de l'activité soignante avec les nouveaux logiciels qui, dans ce cadre, impose à l'élaboration du travail soignant une donnée supplémentaire non négligeable puisque très codifiée et restrictive elle aussi, car la plupart du temps, nous le savons, la retranscription de l'activité ne rend pas compte de l'activité réelle.

L'institution ne perd plus de temps à discuter du temps qui lui est nécessaire pour être opérative. Les temps passés lors d'un entretien infirmier par exemple, ou encore lors de l'accompagnement d'un patient vers l'hospitalisation, ne sont ni quantifiés, ni retranscrits (les outils informatiques de retranscription ne prennent pas

ces données en compte). Or, la charge pour les soignants, lorsqu'elle n'est ni supervisée ni entendue, demeure ; émotionnelle, psychique, physique parfois, elle se retrouve basculée en systèmes défensifs plus ou moins opérants : refoulement, banalisation, déni...

La clinique se voit elle aussi de plus en plus réduite à des terminologies qui visent à simplifier ou à généraliser des problématiques individuelles qui demeurent vagues sur le plan diagnostique : bipolarité, conjugopathie, IMV (Intoxication Médicamenteuse Volontaire), hyperventilation psychogène...

La combinaison de tous ces paramètres nous invite à considérer les incidences qu'il peut y avoir lors de la rencontre avec un patient (aux urgences par exemple), sur la manière de traiter les informations qui nous sont données de recueillir et les actes accomplis au quotidien, la manière que nous avons de les retranscrire et de les transmettre de façon à rester le plus fidèlement possible attaché à la réalité de la personne soignée. Le risque étant avant tout l'uniformisation de l'accompagnement soignant et l'appauvrissement les échanges cliniques.

Bien évidemment, tout comme les pathologies mentales telles qu'elles sont enseignées aujourd'hui notamment dans les IFSI* ne sauraient se réduire à un transparent PowerPoint, la réflexion soignante ne saurait se réduire aux outils de retranscription de l'activité qui, paradoxalement sont là pour valoriser cette dernière auprès des tutelles.

Cela étant dit, si les outils langagiers utilisés pour la retranscription de l'activité ont pour mission de rendre compte d'une activité soignante (aussi démunie soit-elle sur le plan de la terminologie informatique), le langage clinique, lui, ne saurait s'en contenter pour rendre compte d'un vécu soignant, au risque, là encore, de produire à répétition des lieux où l'angoisse ferait front à la banalisation du symptôme et de ses expressions. ■

* IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PowerPoint ou comment engourdir les esprits...

Franck Frommer,
Ancien journaliste,
a exercé dans le
domaine de la
communication
et du web

« Dès que le langage est en jeu, le problème devient politique par définition, puisque c'est le langage qui fait de l'homme un animal politique¹. » Comme le suggère la célèbre philosophe allemande Hannah Arendt, la question du langage relève toujours du politique. Le discours « contraint » par l'usage de PowerPoint peut ainsi devenir le vecteur idéal du déploiement d'une certaine idéologie.

Une présentation PowerPoint consiste, en général, en une liste de mots enrichie de puces et vaguement illustrée par des images projetées en mode « paysage » sur un écran.

Le logiciel impose un type de construction qui induit une forme discursive empruntant autant au discours publicitaire qu'à une rhétorique du commandement.

L'une de ces premières contraintes est le format de liste qui réduit de fait les facultés d'une pensée continue et rendent difficile l'émergence d'une argumentation fluide. Atomisant le discours en autant d'éléments disparates et dénués de tout lien discursif, la liste facilite bien au contraire une forme de mystification argumentative : la relation de cause à effet altérée et manipulatrice, voire la corrélation fictive.

Par sa capacité à comparer des listes d'items, PowerPoint permet en effet de relier et comparer à peu près n'importe quoi. La juxtaposition n'établit pas la relation de causalité. Celle-ci est induite, provoquée par la proximité textuelle et visuelle. Ainsi toute présentation PowerPoint se résume le plus souvent à des listes de puces, les fameux « bullet points ». Tout raisonnement devient menu ou sommaire, toute argumentation,

table des matières... La pensée n'est plus portée par une logique d'échanges, mais par une mécanique de transaction.

Cette logique de la liste s'insère dans un écosystème cognitif plus global. On peut en effet se demander si ce mode de diffusion du discours - ordonnant, hiérarchisant, classifiant - ne devient pas si prééminent qu'il finit par se substituer aux méthodes traditionnelles de structuration d'informations. L'outil de recherches le plus utilisé sur le web, Google, sorte de nouveau Big Brother du 21^{ème} siècle, offre la particularité de proposer un monde où chaque occurrence se présente sous forme de listes qui elle-même se transforme en listes...

Outre la problématique du format, s'impose à tous la pauvreté sémantique des présentations et cette rengaine de mots vagues, rancis par leur répétition insipide : un vocabulaire pauvre, standardisé et normé². Dans ce monde de la finance et du marketing où PowerPoint est devenu la langue universelle, difficile d'échapper par exemple à quelques obsessions sémantiques d'origine militaire, voire balistique. On y parle facilement de stratégie, d'enjeu, de conquête, de campagne, de position, d'impact, de cible... Un lexique martial qui démontre, à ceux qui ne le sauraient pas encore, que nous sommes en guerre, que la compétition économique est âpre et qu'elle nécessite de mobiliser les moyens les plus guerriers, jusque dans la langue, pour motiver les troupes et convaincre les actionnaires.

Le vocabulaire PowerPoint se réduit à quelques dizaines de mots puisés dans la novlangue économique-financière, médiatique voire technologique, usant et abusant de l'euphémisation, de l'assèchement lexical, de l'ellipse. Comme si cela ne suffisait pas, les créateurs de slides prennent un

malin plaisir à tordre la syntaxe qui se révèle rigidifiée, appauvrie et machinale. On peut toujours avancer que la contrainte due au format oblige les concepteurs à réduire au maximum leurs textes devenant souvent incompréhensibles ou sans intérêt.

Outre l'usage d'anglicismes, de francisations abusives et de « globish », le lexique de PowerPoint est étonnamment limité, saturé d'acronymes, d'abréviations, de sigles rendant souvent les slides totalement énigmatiques. Grâce à cette forme de neutralisation de toute subjectivité, l'écriture PowerPoint permet l'effacement patent de l'énonciateur. Ce qui ne constitue pas le moindre des paradoxes : alors que le show PowerPoint impose une mise en scène spectaculaire et un engagement fort de l'orateur, on se trouve face à un exercice morne et/ou autoritaire récité par un acteur neutre interprétant une partition lointaine...



La nominalisation est l'un des procédés préférés de la langue de coton³ qui consiste à arrondir les angles, à amortir les chocs, et peut aussi, à l'occasion, constituer l'une des recettes de l'amplification publicitaire, l'hypertrophie liée au slogan, au « choc des mots ».

Toute présentation PowerPoint abuse par ailleurs de verbes à l'infinitif à forte puissance d'injonction : « Un infiniatif, fût-il employé seul, sans aucun complément, peut en dire

¹ H. Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, 1961.

² Cf. in 1984 de Georges Orwell à propos des principes du novlangue d'Oceania : « En dehors du désir de supprimer les mots dont le sens n'était pas orthodoxe, l'appauvrissement du vocabulaire était considéré comme une fin en soi et on ne laissait subsister aucun mot dont on pouvait se passer. La novlangue était destinée, non à étendre, mais à diminuer le domaine de la pensée, et la réduction au minimum du choix des mots aidait indirectement à atteindre ce but. »

³ Selon François-Bernard Huyghe : « La langue de bois était celle de la rigueur idéologique ; la langue de coton est celle des temps nouveaux. Elle a le triple mérite de penser pour vous, de paralyser toute contradiction et de garantir un pouvoir insoupçonné sur le lecteur ou l'auditeur. Ses mots sont séduisants, obscurs ou répétitifs. Floue ou redondante, banale ou ésotérique, elle a réponse à tout parce qu'elle n'énonce presque rien. Ou trop, ce qui revient au même. »

PowerPoint ou comment engourdir les esprits... (suite)

autant qu'une phrase entière. Il tend alors à prendre la valeur d'une injonction. (...) L'infinitif a quelque chose de plus froid, de moins amène, de plus proprement technique que l'impératif ; il se contente de donner la marche à suivre sans faire de sentiment. (...) Avec lui, l'injonction semble n'émaner de personne et ne s'adresser à personne en particulier. » L'aspect fortement assertif de l'infinitif est renforcé par l'usage de verbes d'action pour inscrire toute proposition dans l'idée du mouvement comme : « mobiliser », « accélérer », « intensifier », « améliorer », etc.

L'emploi d'un verbe d'action à l'infinitif a un usage performatif : il devient ainsi ordre, formule, incantation destinés à motiver mais dont le sens demeure systématiquement confus, comme si l'injonction se suffisait à elle-même pour se réaliser.

Dernier exemple des artifices de la langue PowerPoint, l'euphémisme. Il s'agit d'une atténuation de l'expression par rapport à l'information véhiculée. La langue des « ressources humaines » est devenue une experte en euphémisation, passant sans ambages de « licenciement » à « plan social » pour aboutir à PSE (Plan de Sauvegarde de l'Emploi). Combien de fois, en effet, préfère-t-on en haut lieu « optimiser les ressources » plutôt que « réduire les effectifs » annonçant plus directement le plan social...



Cette façon de ne pas dire, ou de chercher à atténuer tout en étant contraint de dire, est aussi l'un des paradoxes difficiles à assumer notamment par les managers d'entreprises à qui on demande d'être les dépositaires de décisions qu'ils n'ont pas prises, mais d'en assumer totalement les conséquences.



C'est toute l'étrangeté de PowerPoint : alors que la présentation se construit comme une exhibition, une performance personnalisée, avec mise en scène et gadgets visuels, on assiste en général à un exercice d'abrasion de la langue, de dépersonnalisation du discours, de déresponsabilisation de l'énonciateur. En un mot, un dispositif pervers qui donne toute sa place à l'orateur et à la puissance de son jeu, tout en gommant sa parole et en neutralisant le sens de son discours au profit de vagues prescriptions. Par ces quelques traits récurrents, le discours porté par PowerPoint devient une langue passe-partout et toujours-déjà légitime, un langage morcelé et elliptique favorisant le slogan, son caractère d'injonction, idéal dans une société du contrôle et du processus.

Facilitant l'implicite et l'allusif, abusant enfin des artifices de la communication, la présentation PowerPoint – à la fois écrit

de travail et d'exhibition — se présente donc comme un genre discursif hybride entre autorité institutionnelle et divertissement codifié. C'est sans doute ce caractère mélangé qui peut rendre ce mode de communication à la fois soporifique, hypnotique ou amusant.

Irresponsabilité, slogans guerriers, énoncés institutionnels, hypnose collective, novlangue, ... Difficile ici, pour conclure, de ne pas établir d'analogie avec un certain monde mis en scène par George Orwell dans *1984*⁴. Et comment ne pas souscrire en conclusion au constat établi par le philologue Victor Klemperer qui, dans les carnets qu'il tint durant le Troisième Reich dont il décoda la langue, remarque : « Ce qui est populaire c'est le concret ; plus un discours s'adresse aux gens, moins il s'adresse à l'intellect, plus il est populaire. Il franchit la frontière qui sépare la popularité de la démagogie ou de la séduction d'un peuple dès lors qu'il passe délibérément du soulagement de l'intellect à sa mise hors circuit et à son engourdissement.⁵ »

Mise hors circuit de l'intellect et engourdissement, quelles meilleures descriptions du conditionnement et pourquoi pas des effets pervers de PowerPoint... ■



⁴ Pour l'anecdote, rappelons à la fois les images du film de David Lynch et de la campagne de publicité réalisée par JP Goude lors de la sortie du McIntosh d'Apple en 1984 conçu par l'un des grands maîtres en présentations, Steve Jobs.

⁵ Victor Klemperer, *ITI* p. 83, Pocket

Créer les conditions de possibilité de la parole

Une dangereuse autonomie

Jacqueline Dhéret,
Psychanalyste,
Membre de l'ECF,
Enseignante à la section
clinique de Lyon

Nous sommes dans le contexte d'une pratique voulue par des psychanalystes qui reçoivent dans une institution dont ils ont eu l'initiative, le CPCT Lyon¹. Une pratique thérapeutique, donc, qui s'oriente de la clinique analytique, bien que les conditions qui permettent l'exercice d'une cure ne s'y trouvent nullement réunies... Une institution où l'on met l'accent sur la présence réelle, l'ici et maintenant, sans insister trop sur le : « Venez parler ».

¹ Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement, 47 rue Montesquieu, 69007 Lyon.

² Alfredo Zenoni, (2009), *L'Autre pratique clinique, psychanalyse et institution thérapeutique*, Eres.

La prudence, en psychanalyse, vise la singularité de l'impasse d'un sujet, pris dans les rets d'une demande plus ou moins explicite : comment décider de ce qui se présente le plus souvent de façon irruptive, comment alléger l'identification mortifère qui conduit vers nous ? Comment trouver un point d'arrêt au déchaînement qui a pour effet un retrait du lien social ? Quel frayage préalable est possible, facilitant une « trouvaille » provisoire qui limitera le risque de passage à l'acte ? Comment donner la parole à ce qui n'a pas de place, ce qui suppose de faire de la souffrance humaine une affaire d'éthique et non de pathologie ?



Créer les conditions de la parole

Le projet du CPCT repose sur une analyse réaliste des conditions de la parole, pour nombre de personnes qui se trouvent aujourd'hui en situation de précarité.

La dimension institutionnelle sert d'abri et permet d'accueillir ce qui rend impossible ou difficile l'adresse à un analyste en cabinet. Elle soulage aussi de ce qui, dans le champ social, est occasion d'injections imaginaires, selon des idéaux uniformes.

Nous notons plutôt, selon l'expression d'Alfredo Zenoni², que ceux que nous recevons sont « dramatiquement autonomes ». Ils font sans les autres et ce phénomène ne correspond pas à une structure clinique unique, mais à un changement d'accent dans l'orientation de la vie sociale contemporaine.

Le délitement actuel du lien social, la difficulté rencontrée dans le rapport à l'autre, le statut de la parole aujourd'hui, toujours au service du bien-être, nous conduisent à *tempérer la notion de demande*.

La formation du mythe du sujet autonome implique, en effet, une dégradation du statut de la parole. Une parole qui ne se supporterait plus du malentendu, qui ne serait plus infiltrée de satisfaction, mais qui produirait des effets de désignation en série. Avec, en contrepoint, une invitation à faire du rapport de chacun à sa vie, à son travail, à sa maladie etc. un « story telling » permanent.

Au CPCT, nous créons un vide propre à recevoir la perplexité, le « trop » de chacun. La raison clinique des premières visites que nous nommons consultations est de permettre que le sentiment d'être étranger à soi-même et à la vie, impossible à dialectiser, se répercute en un dire que le sujet puisse assumer.

Dans la rencontre avec l'analyste, le malaise informe peut muter en symptôme du sujet et ouvrir à la décision de revenir. Chacun,

ici, a sa formule, son bien dire qui peut être accompagné et qui signe un rapport singulier à l'impossible. Chacun a sa façon de faire pour venir, pousser la porte ou attendre sur le seuil.

Le transfert et la demande

Le symptôme, la dimension de ce qui fait souffrir dans le corps et dans les pensées, se présente peu aujourd'hui sur sa face d'opacité subjective, apte à mobiliser, dans la rencontre avec l'analyste, interrogations et questions. Au contraire, les personnes qui s'adressent à nous se « sentent » trop transparentes et il leur est difficile de supposer un savoir qui les concernerait, tout en les dépassant. L'opacité, toujours inquiétante, concerne davantage l'environnement, les autres, et ceux qui, comme nous-mêmes, faisons offre de parole, point longuement relevé par Alfredo Zenoni.

Toute proposition de cet ordre peut être traversée d'une signification hostile, en raison même de l'énigme qu'elle fait surgir : « Qu'est-ce qu'on me veut ? »

C'est le paradoxe que nous traitons : celui d'inviter à venir nous voir, pour recréer, dans l'espace public de la cité, l'intimité d'une parole mesurée qui concerne le sujet et l'engage, sans le confronter au vide ou au « tout dire ».

La notion de précarité recouvre des réalités diverses, aussi bien sociales que psychiques. Or, la réalité sociale, c'est la réalité psychique : quand le malaise de chacun ne trouve plus à se loger dans ce que la civilisation propose, la pulsion de mort reprend ses droits. *Cela signifie, au CPCT, moins de patients qui viennent avec des questions, des problèmes, et davantage de sujets ébranlés, déstabilisés par une rencontre avec le réel et qui cherchent un partenaire à leur angoisse.* Le CPCT n'accueille pas en urgence mais nous mesurons dans les consultations, que c'est l'urgence subjective qui fait prendre rendez-vous. Nous y répondons car ce réveil traumatique a souvent l'aspect d'un trou dans ce qui

Du sadisme au texte et de son usage vivifiant

Lina Balestriere,
*Psychanalyste,
 Présidente de l'École
 belge de Psychanalyse,
 Co-directrice du Service
 de santé mentale
 Le chien vert à
 Bruxelles,
 Formatrice au
 Centre de formation
 aux cliniques
 psychanalytiques
 (Université catholique
 de Louvain).*

Une éminente collègue me faisait part récemment de sa position critique par rapport à la psychanalyse : elle opposait théorie et pratique psychanalytiques, disant combien le corpus théorique psychanalytique lui semblait se scléroser et s'enfermer dans le commentaire infini de l'Auteur (Freud, Lacan, Klein, Bion...) alors que la psychanalyse comme traitement restait vivante grâce à l'inventivité des praticiens. La théorie psychanalytique s'acheminerait-elle vers la sclérose et la mort en opposition à la langue vivante de la pratique psychanalytique ?

Telle n'est pas ma position, la langue théorique demeurant pour moi un objet d'investissement incontournable, un ressourcement permanent et un plaisir de recherche constant qui nourrit ma position d'analyste et mon entendement.

L'attaque au texte

C'est que je suis profondément convaincue que le rapport vivant au texte prend toujours la forme d'une recherche. Il s'agit d'une expérience pulsionnelle de plaisir de pensée, de connexion avec cette pulsion épistémophilique dont Freud a parlé, faite de curiosité et de plaisir d'attaque au corps textuel. L'attaque au corps du texte me paraît centrale pour une lecture qui soit à la fois proche du texte et porteuse de notre propre recherche. J'emploie le terme fort d'attaque pour rendre sensible ce qui du sadisme et du plaisir sadique s'y trouve engagé : ce sont en effet les motions sadiques et le plaisir qu'elles engendrent qui portent l'attaque au texte. Et il est nécessaire que ce soit ainsi. *Ce que tu as hérité de tes pères, acquiers-le pour le posséder* : cette phrase de Goethe que Freud aimait citer dit à la fois la transmission et le nécessaire travail d'appropriation de ce qui est transmis. Or, la véritable acqui-



sition n'est jamais passive et le terme d'actif ne convient pas davantage à la qualifier. Il s'agit bien plus de mettre en œuvre et de soutenir les motions de laceration du texte, de sorte à le démembrer, à le mettre en pièces, pour ensuite – et seulement ensuite – procéder à la ré-articulation, au ré-assemblage des morceaux. L'attaque au corps du texte est ce qui permet de rentrer en contact intime avec le texte, le texte dans sa chair. Ce n'est qu'alors que le texte peut être revivifié, recevoir une nouvelle vie. Et cette nouvelle vie est celle qui est porteuse de notre style propre, de notre inflexion particulière ouvrant à d'autres questions et à d'autres articulations.

L'attaque sadique au texte a aussi d'autres vertus. Elle permet de dégrossir l'idéalisation qui ne manque pas de nous accompagner dans le rapport à l'Auteur. C'est pourquoi lire est un véritable travail, d'attaque, de deuil, de perlaboration de la curiosité sexuelle et de remise en jeu des identifications. Loin de comporter uniquement le déploiement de processus intellectuels, le rapport au texte convoque la pulsionnalité du lecteur et le travail que cette pulsionnalité peut engendrer : de l'attaque et de la mise à mort du

texte à sa réanimation et à sa renaissance ; de l'idéalisation de l'Auteur à la désidéalisation et de celle-ci à une nouvelle mise en forme de la démarche idéalissante ; de l'identification à la désidentification ouvrant à une identification plus profonde.

L'élection

Je pense que c'est ici, sur le terrain de la transmission, que la psychanalyse rencontre sa plus grande force et sa plus grande faiblesse. Les processus d'attaque, de désidéalisation et de désidentification rencontrent en effet un adversaire de taille : la question de l'élection. Tout analyste non seulement choisit, élit la psychanalyse comme théorie et comme traitement, de préférence à tous les autres, mais de plus il se sent élu par elle. Car la rencontre avec la psychanalyse met en jeu ces « préférences profondément enracinées » que Freud disait déterminer nos positions sur « les choses dernières, les grands problèmes de la science et de la vie »¹.

Il s'agit, me semble-t-il, de réfléchir au bon usage de la mégalomanie et de l'élection. Des restes actifs de mégalomanie habitent tout homme et toute femme se destinant à prendre une position thérapeutique, de « guérison ». La mégalomanie fait

¹ S. Freud (1920), « Au-delà du principe du plaisir », *Essais de psychanalyse*, Payot, 1970, pp. 120-121.

Du sadisme au texte et de son usage vivifiant (suite)

partie du « désir de guérir », peu importe le sens que l'on donne au terme de guérison. Mais ce désir convoque aussi la nostalgie la plus profonde de l'être humain, celle d'être pour l'autre l'unique objet d'amour, l'objet élu. Freud, qui se considérait le préféré de sa « jeune mère », a toujours souligné la « confiance particulière » et « l'optimisme inébranlable » que donne le fait d'être préféré ou distingué par sa mère². Mais il a aussi souligné les ravages que peut comporter une identification massive à la position d'élu.

Le risque est présent que d'une langue vivante, pulsionnelle, propulsive, féconde en plaisir de pensée rigoureux et critique et en pratique de traitement exigeante et inventive, la psychanalyse devienne une langue, certes non pas morte, mais sclérosée et totalitaire.

Or, le trait génial de l'analyse freudienne est celui de rapporter

l'élection au nom, à la densité d'un nom lorsqu'il se prétend unique : Dieu, Moïse, le juif, l'Amérique... C'est pourquoi il faut décondenser le nom pour sortir de la dimension à la fois aliénante et destructrice que la notion d'élection charrie.

Qu'en est-il pour nous, psychanalystes d'aujourd'hui, du nom

de Freud ou de Lacan, de Mélanie Klein ou de Bion ? Qu'en est-il du rapport de l'analyste à la théorie qu'il élit et de laquelle souvent il se sent élu ? L'histoire du mouvement psychanalytique nous fait mesurer la puissance ravageuse du nom lorsqu'il se veut unique, engendrant par cette unicité la passion de l'élection et la haine guerrière qui l'accompagne.

Pour que la psychanalyse garde sa puissance de langue vivante, il nous incombe, à nous psychanalystes, la mise en chantier permanente de nos idéalizations, de nos élections, de notre rapport à la théorie, à nos maîtres, aux sociétés auxquelles nous appartenons. Dans cette démarche jamais achevée, la méthode analytique est notre alliée pour nous permettre de formuler et de re-formuler les tensions de ce champ de forces que nous appelons psychanalyse, sans tabous et sans interdits de pensée. ■



Créer les conditions de possibilité de la parole (suite) Une dangereuse autonomie

donnait jusque-là consistance.

Donner prévalence au parcours subjectif

L'inconscient freudien, structuré comme un langage, selon l'expression de Lacan, est l'opérateur de la construction de la réalité subjective. Il implique l'appui du désir qui détermine les effets de vérité de la parole, dans le transfert.

Or, l'affect qui prévaut aujourd'hui n'est pas la culpabilité liée à l'interdit, mais la honte, qui défait le sentiment d'appartenance.

Il nous faut donc tenir compte de ce qui se généralise, pour avoir une chance d'« attraper » *ce qui déborde la personne et ne s'adresse à personne.*

C'est un des aspects les plus significatifs de la précarité : chacun devant une page blanche, délocalisé, dans un monde qui lui paraît hostile. Chacun, invité là où il est à sortir de son silence, à revenir sur sa vie, non pour partager ce qui peut faire consolation, mais pour expérimenter un savoir informel qui devrait améliorer ses capacités. L'effet programmé en est toujours la mésestime de soi, peu propice au désir de s'expliquer ce qui fait souffrance. Or, nous n'avons que nos pauvres mots pour dire de ce qui nous arrive.

Nous déplaçons donc l'axe du « faire parler », vers des rencontres qui permettent le lien, là où

la parole, vidée de toute intention de sens, ne convoque pas l'énigme que le sujet est à lui-même. Il s'agit de trouver, au cas par cas, les nominations qui pourront faire sédiment et offrir un certain abri dans la langue.

La temporalité mise en place par le CPCT a un effet d'apaisement : elle est faite de ces va-et-vient qui protègent de rencontrer, dans l'expérience de la parole, *un chronos dévorant ses enfants*. Loin d'être un obstacle, elle allège : c'est l'institution elle-même, ceux qui y reçoivent, qui sont « précaires ». Dès lors, nous pouvons repérer, derrière la dimension d'urgence, le point de fixité, d'appui, qu'il convient de soutenir pour chacun. ■

² S. Freud (1899), *L'interprétation des rêves*, PUF, 1967, p. 342, note n°1 de 1911.

La souffrance psychique en perspective

Jean Christophe Coffin,
Maître de conférences
en histoire des sciences
et éthique médicale,
université
Paris Descartes

On écartera ici la tentative d'établir une stricte généalogie de l'expression de souffrance psychique pour proposer quelques pistes d'interprétation du contexte d'émergence du rapprochement de deux termes classiques du langage médical. Lorsque « souffrance psychique » est employé dans un rapport signé d'Antoine Lazarus et Hélène Strohl, en 1995, il s'agit de pointer que des conditions de précarité peuvent entraîner des transformations de l'état psychique des individus au point parfois de les faire basculer dans une logique où prédominerait le sentiment de ne pouvoir plus vaincre les tourments de l'existence.

Les auteurs voulaient mettre l'accent sur l'intimité d'un mal-être, peu perceptible de prime abord mais pourtant bien diffus chez de multiples personnes. Il ne s'agissait pas d'inventorier les causes sociales des troubles mentaux mais de saisir un mal-être peu réductible aux statistiques et à l'investigation épidémiologique. Cette souffrance psychique ainsi identifiée évoquait des investigations plus anciennes, menées par exemple, par des psychiatres tels que Louis Le Guillant cherchant à la fin des années 1950 à cons-

truire une neuropathologie des conditions de vie. L'emploi des termes révèle quelques différences d'approche et peut-être plus encore de contexte. Cette évocation ancienne n'est pas pour établir des linéarités souvent illusoire mais pour, en revanche, souligner que des médecins, des chercheurs ont cherché depuis maintenant bien des décennies à comprendre ce que l'existence fait à l'individu. Face à une psychiatrie des flux et du nombre de lits, il existe aussi des professionnels qui s'interrogent sur la possibilité de construire un savoir de l'intime et de la singularité individuelle sans pour autant renoncer à les articuler aux déterminants sociaux ou biologiques. Défi ambitieux et inlassablement repris. Ces années 90 sont retenues ici car elles constituent une séquence dans une histoire plus longue et un moment de convergence qui ont donné un sens à cette notion de souffrance psychique.

Force est de constater que depuis l'emploi de cette expression, le succès a été au rendez-vous si on retient comme critère sa diffusion et le nombre d'occurrences. D'autres rapports sur des sujets plus amples ont repris le terme de souffrance à l'envie et celui-ci est passé rapidement dans le langage public, parfois avec la complicité des médias. L'attention nouvelle sur les aspects moraux et psychologiques de l'exercice professionnel, par exemple, a accentué cette évolution. Plus personne ne semble méconnaître que l'on puisse souffrir désormais sur son lieu de travail, résultat quelque peu paradoxal dans un pays souffrant d'un chômage récurrent.

C'est cette diffusion qui est frappante tout comme l'attention publique pour cette notion de « souffrance psychique ». On fera remarquer que dans les années 1980, certains chercheurs travaillant en dehors du champ médical soulignaient la pertinence de prendre à bras le corps le domaine des émotions. Dans cette perspective, de nouveaux travaux se sont développés cherchant à saisir les modalités d'expression des émotions et la dimension sociale et histo-

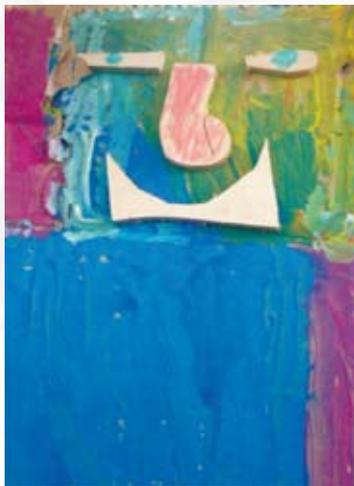
rique de celles-ci. La colère ou la souffrance, au-delà d'éléments physiologiques, relevaient d'une construction sociale. Exprimer sa souffrance à travers les larmes, par exemple, n'est pas une attitude commune à toutes les époques. *La fatigue d'être soi*, pour reprendre le titre du livre du sociologue Alain Ehrenberg, ne se manifeste pas de la même manière suivant les catégories sociales et les espaces et dire sa dépression est depuis les années 90 devenu plus fréquent que cela ne l'était auparavant. De la même manière cette dépression, catégorie de la psychiatrie, a connu une destinée aux dimensions multiples mais largement médiatisée en cette fin du XX^{ème} siècle. Ce moment est à la fois marqué par le refus de la souffrance car le dolorisme est banni, y compris dans le monde médical, mais en même temps exprimer une douleur peut engager un soutien social. On est parfois bien loin de la précarité et de ses effets, mais il n'empêche que la souffrance psychique devient progressivement une expression carrefour, intégrant des existences et des comportements différents mais dont la caractéristique est de mettre en lumière un mal-être qui, pour diffus qu'il soit, n'en est pas moins l'expression d'une vérité, celle de l'individu pris dans les fils d'une existence complexe. Cette notion est étroitement liée à la consolidation de l'individu et de l'attention qu'on doit lui porter. Elle traduit les évolutions liées à la manière d'être en société : révéler sa souffrance participe d'une construction de soi alors même qu'en des décennies passées mais pourtant pas si lointaines, dire sa souffrance aurait été *s'écouter parler* ou reconnaître, pour les hommes, un manque de virilité, par exemple.

La trajectoire de la souffrance psychique semble nous éloigner de la psychiatrie alors même qu'on peut légitimement penser que ce savoir a quelque chose à nous dire sur celle-ci. Ce serait oublier toutefois que le psychiatre n'intervient pas que sur le champ des délires et des déficits depuis bien des années. Il me semble que cette notion a permis aux représentants de la



La souffrance psychique en perspective (suite)

psychiatrie notamment de construire un nouvel *ethos* professionnel. Après les coups de butoir que la profession avait reçu tant en interne avec ses membres les plus radicaux qu'en externe à travers des figures illustres qui pourfendaient le pouvoir psychiatrique et le contrôle social exercé par le psychiatre, il fallait reconstruire une pratique. Mettre l'accent sur la souffrance psychique avait ainsi l'avantage de porter l'attention sur l'expérience du malade et les émotions qui en découlaient plutôt que de souligner la violence ou l'agressivité des patients psychiatriques. Pour ceux qui ne sont pas clairement identifiés à la pathologie mentale, mettre en avant la souffrance qu'ils éprouvent permet, dans le cas des délinquants sexuels par exemple, de souligner que ces représentants de la monstruosité contemporaine sont finalement la proie de leur violence plus qu'ils n'en sont les responsables directs. Révéler la souffrance psychique d'individus dangereux revient à rappeler ce qui les lie à l'humanité.



En mobilisant cette notion de souffrance psychique, le psychiatre souligne sa volonté de considérer la personne dans sa globalité et de mettre l'accent sur la vulnérabilité provoquée par des états de troubles qu'elle affronte. La souffrance psychique témoigne à certains égards de la construction d'une morale professionnelle du psychiatre au moment où

les artisans de l'éthique médicale soulignent l'importance de la relation au patient et la prise en compte des valeurs anciennes comme celle de bienfaisance et celle, plus récente dans le champ de la pratique médicale, d'autonomie et de consentement.

Force est de constater que le cheminement de la notion depuis les années 1990 s'est progressivement accompagné d'interrogations voire de critiques. Tout d'abord, l'historien soulignera que l'usage parfois immodéré de concepts n'est pas sans lui rappeler d'autres exemples dans l'histoire de ces termes qui ont envahi le langage psychiatrique au point de créer quelques confusions. Ce fut par exemple le cas au XIXe avec le terme de dégénérescence qui témoignait pour ces partisans de montrer l'attachement de la psychiatrie à une médecine clinique et à une biologie des troubles mentaux. L'enjeu n'est pas celui-là aujourd'hui bien évidemment. Il s'agirait plutôt de montrer à travers la souffrance psychique que l'intention psychiatrique est d'être un dépassement d'une approche médicale qui demeure légitime mais insuffisante.

L'usage actuel de cette notion comporte quelques enjeux qui sont en débat désormais. Elle traduit tout d'abord l'extension du champ de compétences de la psychiatrie ; ce que le psychiatre Henri Ey appelait, avec un certain dédain, la « psychiatrie d'extension ». En outre, sur quoi repose cette notion de souffrance psychique ? Quel est son statut scientifique par exemple ? En d'autres termes, quelle est sa validité ? Poser les questions paraît plus simple que d'apporter des réponses définitives. En fait elle sert d'étendard à celles et ceux qui demeurent insatisfaits face à l'avancée de l'*evidence-based medicine* et plus encore face aux utilisateurs des classifications du DSM*, le manuel américain, dont on sait qu'il provoque des crispations profondes parmi certains professionnels de

la psychiatrie française. Elle est ainsi progressivement devenue un symbole d'une psychiatrie clinique et proche du patient s'opposant aux tenants d'une psychiatrie intégrée pour ne pas dire dissoute dans l'empire naissant des neurosciences et de l'homme neuronal. Toutefois, aux yeux de l'historien, cette tentative de construire une querelle des *psychistes* et des *organicistes*, comme on l'aurait écrit il y a plus de cent ans, ne recouvre que partiellement la réalité des enjeux. En effet, même si des conceptions de l'être malade continuent de s'affronter en psychiatrie – ce qui est une bonne nouvelle ! – chaque orientation ne peut faire l'économie de sa relation au patient qui demeure un enjeu primordial surtout au moment où sa place pourrait être redéfinie via les dispositifs de prise en charge. Le défi de la psychiatrie demeure autour de la capacité de relation à la personne et de la volonté de maintenir une approche clinique au moment où la psychiatrie pourrait se faire dans des laboratoires d'où s'élève un certain parfum scientifique.

Cette opposition n'évacue pas une question lancinante quant à l'utilisation à tous propos de cette notion désormais bien éloignée du contexte dans lequel elle a été reformulée. Certaines voix autorisées de la psychiatrie en sont venues à se demander si souffrir ne constituait pas une maladie en soi. Cette réaction témoigne de la crainte d'être emporté vers une sorte de médicalisation de l'existence et une pathologisation de la souffrance. Si une telle orientation devait être vérifiée, il y aurait un certain paradoxe. En effet il n'est pas dans l'intention des utilisateurs de la notion de souffrance psychique de placer le psychiatre dans une nouvelle tour de contrôle ; c'est pourtant ce dont il pourrait être accusé aujourd'hui. On perçoit désormais combien ce concept flottant peut être tout à la fois nécessaire et source de méprises ou de confusion. ■

* DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

La propagande psychiatrique au pouvoir¹

Olivier Labouret,
Praticien hospitalier
psychiatre,
Vice-président de
l'Union syndicale de la
psychiatrie, Membre du
Conseil scientifique de
l'Association pour la
taxation des transactions
financières et l'action
citoyenne

La psychiatrie a depuis plus de deux siècles, avec l'avènement du scientisme positiviste, constitué le système symbolique sur lequel repose la civilisation occidentale : elle permet de donner un sens individuel et médical à la souffrance sociale, conciliant des valeurs contradictoires de morale et de science, de vie personnelle et de vie en collectivité, de liberté individuelle et de contrôle social des comportements.

Comme tout système symbolique, comme tout discours, la psychiatrie opère par métaphore et par métonymie : la métonymie médicale déplace tout trouble dans une pathologie, et la métaphore psychologique condense celle-ci à l'intérieur même de la subjectivité.

Il fut un temps où cette symbolisation favorisa des avancées considérables pour la liberté individuelle, synonyme de santé mentale, mais elle a fini par générer une culture hygiéniste et narcissique aujourd'hui pathogène.

C'est que l'interprétation littéraire des mécanismes symboliques du langage, comme dans le processus délirant, tend à en faire une réalité absolue : la métaphore et la métonymie se font déni et projection. Ainsi le sym-



bolique, avec le temps, se prend-il pour le réel, permettant au pouvoir politico-économique actuel de récupérer le langage psychiatrique comme un système de propagande, essentiel à sa perpétuation : le discours médico-psychologique a la faculté de nier la violence symbolique inhérente à ce pouvoir, en la faisant passer pour une norme naturelle, individuelle et scientifique. La loi du marché devient ainsi une vérité psychologique : elle est symboliquement entrée à l'intérieur même du cerveau de chacun d'entre nous, à tel point d'ailleurs que des « dépenses exagérées » ou un « handicap socioprofessionnel » tel que le chômage sont aujourd'hui des symptômes psychiatriques !

Comment fonctionne concrètement ce système de croyances au pouvoir, que vise cette propagande psychiatrique qui diffuse dans tout le corps social ? Prenons l'exemple de la dépression : c'est bien une maladie du cerveau, que l'on soigne par des médicaments, et dont la cause est une vulnérabilité individuelle, vraisemblablement d'origine génétique. Tel était le message véhiculé par une campagne médiatique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 2007, et relayé par la presse médicale spécialisée. Et c'est toujours celui dominant aujourd'hui dans l'ensemble du champ socioprofessionnel, où le suicide, principale complication de la dépression, passe pour une pathologie personnelle liée à un défaut d'adaptation à des « facteurs de stress ».

La dépression n'est qu'une maladie individuelle : le discours psychiatrique sur la dépression réduit au silence la question du sens de la souffrance, personnel et relationnel, ainsi que la question de la pression normative exercée par l'environnement

socio-économique. Ce déplacement psychologique et biologique a donc pour effet de nier toute implication concrète de la situation vécue. Le sujet ne déprime pas par exemple parce qu'il est l'objet d'une menace de licenciement ou d'un surendettement ; il ne déprime pas parce qu'il est l'objet de douleurs chroniques ou d'un conjoint maltraitant, non : il déprime parce qu'il est déprimé ! Et il appartient dès lors à la médecine, en prescrivant arrêt de travail et traitement médicamenteux, d'exclure et de réintégrer le plus efficacement, au sein du marché socioprofessionnel, la personne défaillante. On comprend bien la finalité normative de cette opération symbolique psychologique et médicale : disculper toute responsabilité collective, historique, économique dans la survenue du mal-être individuel. L'organisation du travail et l'ordre social sont saufs, et peuvent continuer à (dys)fonctionner.

Mais la propagande psychiatrique n'est pas seulement individualiste et scientiste, au service d'un mode d'organisation socio-économique qu'il s'agit de perpétuer, en le déculpabilisant. Sa finalité normative est encore plus profonde. La médicalisation vaut en effet annulation morale de toute pensée découragée, de tout acte déviant, tandis que la psychologisation est une culpabilisation qui ne dit pas son nom : seul malade, le déprimé est seul coupable, mais un coupable désresponsabilisé socialement. La dépression psychiatisée de la sorte, au même titre que la schizophrénie forcément dangereuse, est un épouvantail agité devant chacun d'entre nous, visant à nous faire peur. Il ne s'agit pas tant d'éradiquer symboliquement, par médecine et psychologie interposées, celui qui a failli, le

¹A la demande de la rédaction, l'auteur apporte la précision suivante : "Le terme de propagande désigne ici la façon dont un système de croyances est utilisé politiquement pour influencer le plus grand nombre dans ses choix et ses pensées. On renverra à la lecture de Edward Bernays, Noam Chomsky et Hannah Arendt, laquelle a défini la propagande totalitaire comme scientificité prédictive s'adressant à des masses individualistes touchées par la désolation, la suspension de la faculté de penser."

Parler en français courant

J'enseigne depuis longtemps que le premier devoir d'un soignant, c'est de rester vivant – vivant psychiquement. S'il ne le reste pas lui-même, comment pourrait-il aider un sujet en grande difficulté, comme on dit, puisque la pathologie consiste précisément, c'est en tout cas ma définition, à empêcher de vivre. A quoi le soignant, l'aidant, le psy, s'aperçoit-il qu'il n'est plus vivant (psychiquement) ? A certains signes assez précis : ne plus penser, ne plus parler, se rendre compte qu'il respire mal...

Jean Furtos,
Psychiatre ONSMP

A contrario, la capacité de penser et de parler librement, d'être suffisamment bien dans son corps, signe un bon embrayage du vivant. Je vais insister dans ce texte sur l'importance du parler en français courant (ou en tout autre langage courant), ce qui est le contraire du clivage, de la coupure d'avec soi-même et d'avec autrui. Cela s'oppose au jargon, aux mots compliqués, qui peuvent avoir un réel intérêt théorique, mais aussi être utilisés comme un mur, comme le trait identitaire d'une catégorie professionnelle, difficile à comprendre dans la communication.

Dans mon expérience, j'ai souvent été surpris de voir comment parler en français courant est LA manière d'émerger d'une situation où tout semble se figer, s'immobiliser, ou au contraire où la violence et la destructivité pourraient détruire le lien et même le corps. J'en donnerai quelques exemples tirés de ma pratique.

Premier exemple

L'interne que j'étais, il y a bien longtemps, en service d'urgence médicale, se souvient d'un épisode avec un jeune toxicomane. Il me demande avec insistance du trihexiphenidyle, et en quantité, afin de pouvoir « planer » ; je lui réponds qu'il me demande quelque chose que je ne peux pas lui donner. Il sort

alors de sa poche un couteau, un opinel immense qu'il pointe vers moi ; je n'ai pas le temps d'avoir peur car la grandeur du couteau m'a interloqué¹ et m'a conduit à m'exclamer : « *il est grand votre couteau !* » « *Oui, me répond t-il, c'est un n°13* », et nous avons pu passer à autre chose. Que s'est-il passé ? N'ayant pas peur de ma peur, je me laisse aller à une exclamation de surprise, inattendue en la circonstance. Lui-même, surpris, change de registre. En réalité, si l'on y réfléchit bien, j'avais reconnu quelque chose de grand en lui, comme un grand zizi ou tout autre chose de valeur, et ça l'a rassuré ; une forme d'intelligence rapide a fait interprétation et intégration. Je n'ai pas fait intervenir le deus ex machina de la loi (déjà évoqué à propos de sa demande de drogue), mais une improvisation qui, comme très souvent, et cela est rassurant pour nous professionnels, vient d'une manière appropriée, fait sens, a un aspect mutatif.

Second exemple

J'étais assistant dans le service du Professeur Guyotat. Un sujet schizophrène, longtemps hospitalisé sous contrainte pour une pathologie grave, a sa première permission. Il va aller dans sa famille une journée. Je lui précise de bien revenir à 16h. A 16h, il me téléphone : « *je ne veux pas revenir, venez me chercher si vous voulez* ». J'y vais, accompagné d'un infirmier (à postériori, je pense que nous aurions dû y aller au moins à trois). Arrivé chez lui, sa mère, le regard apeuré, mutique, me montre du geste sa chambre située au premier étage de la maison. Avec Polo, l'infirmier, nous y montons. Monsieur C nous attend avec ce genre de coupe-coupe qui sert à trancher les grosses meules de gruyère chez les fromagers, et il nous dit : « *ramenez-moi si vous l'osez* ». Du tac au tac je lui réponds : « *je regrette monsieur C, je ne discute pas avec les gens armés, veuillez poser votre arme* ». Interloqué, il pose le coupe-coupe entre son matelas et son sommier et nous suit dans la voiture. Il est ramené à l'hôpital. A ce moment là seulement, je me mets à

trembler de tous mes membres, preuve à postériori que la parole spontanée en français courant était venue sur un fond de peur, une peur en l'occurrence justifiée, mais dont je n'avais pas... eu peur dans l'exercice du métier et l'action de la parole.

Dernier exemple récent

que l'on peut lire plus développé dans le N°36 de Rhizome sous l'angle de l'interstice (l'informel) en institution². L'interne et l'assistant des deux premiers exemples ont vieilli sous la forme d'un psychiatre en fin de carrière... A l'occasion d'un déplacement à l'Unité Médicale d'Accueil (UMA) de mon hôpital, une jeune interne m'interpelle au passage avec anxiété et me demande de l'aide vis-à-vis d'un patient avec lequel la tension motrice monte. Il s'agit d'un homme SDF de 45 ans qui exige une hospitalisation, alors que son psychiatre traitant a fait savoir qu'il n'y avait pas indication d'hospitalisation. Je reçois ce patient dans un bureau, avec l'interne. Je me présente, nom, titre et fonction, et je lui fais part du point de vue de son thérapeute. Il fait mine de casser l'écran d'ordinateur du bureau avec son front. Nous échangeons très brièvement, puis il retourne dans la salle d'attente, debout, énervé, l'excitation monte. Je pense en moi-même qu'il va peut-être falloir appeler les gardes. Mais quelque chose se produit en moi, tout à fait inattendu : je me vois me diriger vers ce patient et m'asseoir à sa droite sur le banc, à ses côtés ; je m'entends lui dire d'un air démuné bien réel : « *on ne va tout de même pas appeler les gardes, ce serait nul* ». Chose surprenante, dès que je m'assois à ses côtés, le patient se détend complètement dans son corps et un souffle s'écoule de sa bouche, comme lorsque l'on est soulagé après un fort stress. On aurait dit qu'il attendait quelqu'un à côté de lui. Il me répond avec conviction : « *oui, ce serait complètement nul* ». Je lui dis alors que je sais qu'il est actuellement à la rue, qu'il n'apprécie sans doute pas les hébergements d'urgence, mais qu'en effet son thérapeute

¹ Le mot « interloqué » peut-être pris au sens étymologique : une parole entre deux personnes ou plus, qui interrompt un processus pour en amorcer un autre, sur un plan différent.

² Rhizome n°36 « Le nouveau management public est-il néfaste à la santé mentale ? », oct. 2009.

Parler en français courant (suite)

estime qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, même si c'est bien dommage pour lui. Il se lève alors et dit, en hésitant, comme se parlant à lui-même : « *bon, alors, je pars, je vais me débrouiller* ».

Il n'y a certes pas de quoi paivoiser d'avoir rendu à la rue et à son système un homme de la rue. Ma réflexion porte sur le geste qui m'est venu de m'asseoir à côté de lui, pleinement assumé, mais, pour ainsi dire, « sans le faire exprès ».

Qu'un professionnel puisse improviser juste (ou faux...) par le geste et la parole, me paraît constituer un préalable à toute pratique de santé mentale. On voit, en l'occurrence, que le geste de s'asseoir sur le banc a été consacré à un dialogue intérieur : « appeler les gardes ? Oui ? Non, ce serait nul », dialogue qui est alors énoncé extérieurement en français courant. Le rapport conscient à l'intériorité, donc au non savoir, paraît important à supporter. Il s'agit d'un dire qui émerge, et en aucun cas d'un "défoulement", au sens trivial du terme.

Dans ces types de situations, l'évaluation est dans le résultat, donc toujours improbable au départ. Mais ne pas prendre le risque de l'improbable serait se comporter comme une machine entièrement programmée,

entièrement procédurale, entièrement prévisible.

On aura remarqué que ces exemples cliniques sont tous trois tirés de situations de violence ou à la limite de la violence, traitées par la non-violence élaborative de la parole ; la mémoire en reste vive, et à vie, du fait d'une mise en jeu de la vigilance en situation de stress. Mais un retour réflexif sur le quotidien permet de retrouver plus banalement la parole en français courant dans les actes prosaïques de la vie institutionnelle quotidienne, en psychothérapie (même en dehors de violences), et également en dehors de la clinique : en CME*, avec les équipes, les collègues, les représentants de l'administration hospitalière et de l'Etat. Un style d'être où parler, c'est dire quelque chose à quelqu'un ; et pas n'importe quoi ; le dire à quelqu'un signifie un réel engagement dans une parole destinée à un vrai autre, respecté, dans une improvisation qui crée du neuf (ce dernier point est très important). A l'inverse, on trouve le discours qui consiste à dire des choses que l'on sait déjà à quelqu'un qui n'en est pas surpris : on tire un tiroir, on l'ouvre et l'on croit parler au nom de la science, de la nosographie, de l'idéologie, de la morale. C'est quelquefois très utile, je l'ai déjà dit, mais pas tout le temps, sinon rien ne se passe, on s'ennuie, on est dans le faux-self, le clivage. Dans les positions

extrêmes, le discours devient ni plus ni moins une forme de mutisme bruyant, c'est-à-dire : parler pour ne rien dire.

Que penser alors de notre situation au référent économique hégémonique³ ? Il s'agit d'une forme de violence organisationnelle avec écrasement des niveaux subjectifs par l'impersonnel. Dans ce contexte, pouvons-nous garder la liberté et la capacité de parler vrai en français courant ? Cela n'est pas encore sûr et dépend de la peur des représailles, des effets négatifs, non intégratifs, d'une prise de parole qui se présenterait comme subversive. Qu'en pensent les directeurs d'hôpitaux, des structures sociales, des A.R.S.* ? Une chose est sûre : si tel était le cas (la peur d'une précarité excessive dans l'organisation), alors des effets inhibiteurs et involutifs se propageraient dans la clinique elle-même. Il faut en effet se sentir libre et soutenu par son institution pour prendre le risque de la parole, car parler est un risque. Peut-être faudra-t-il inventer des modalités nouvelles avec la violence managériale, pour rester vivant et parlant ? Nous sommes dans une histoire en train de se faire, je ne suis pas prophète mais j'espère, ce qui n'enlève ni le souci du présent ni la préoccupation concernant l'avenir. ■

³ Cf. Rhizome N°36

* CME : Commission Médicale d'Établissement

*ARS : Agence régionale de santé

La propagande psychiatrique au pouvoir (suite)

facteur de troubles, dérangeant par ses symptômes l'ordre du monde à protéger, mais de dissuader chacun d'entre nous de s'écarter du droit chemin. La menace d'une sanction morale psychiatrique pèse insidieusement sur chacun d'entre nous, nous commandant de suivre le rythme, de se lever tous les matins pour aller travailler, d'obéir à son chef, d'accepter sans broncher l'offre des produits de consommation marchands et médiatiques...

A travers l'exemple de la dépression, on voit comment

l'utilisation propagandiste de la symbolisation psychiatrique permet d'éliminer toute défaillance, de dresser les consciences et resserrer les rangs derrière la norme socio-économique établie. Ce faisant, on saisit bien qu'elle génère un conformisme pathologique de masse, qui s'exerce par une violence symbolique d'autant plus insupportable qu'elle est totalement niée. Telle une prophétie auto-réalisatrice, elle provoque finalement cela même qu'elle prétend traiter : une subjectivité démoralisée, dont toute possi-

bilité d'expression d'une pensée divergente, fusse-t-elle « dépressive », est condamnée...

Le seul moyen d'éviter cette dérive insensée de la psychiatrie sera d'en retrouver le sens éthique : ses limites épistémologiques doivent être strictement redéfinies, et les valeurs républicaines et déontologiques, conditions de la santé individuelle, réaffirmées. La psychiatrie bien comprise ne sera jamais autre chose qu'un système symbolique ! ■



L'ONSM-ORSPERE, avec un comité d'organisation francophone, est le maître d'œuvre de ce congrès.

Chaque époque est soumise à de puissants processus qui influencent la manière dont les gens vivent en société. Notre époque est marquée par les effets psychosociaux de la mondialisation néolibérale, et ce dans les cinq continents.

Elle produit une précarité qui se caractérise par une incertitude sur le lien social, d'abord constatée sur les plus pauvres et les plus malades, mais non moins présente au cœur de nos sociétés. Cette incertitude fragilise les principes de vie comme les étayages sociaux et produit une triple perte de confiance : en soi, en autrui, en l'avenir.

Si nous arrivons à mettre en commun nos connaissances et nos expériences, notre projet est de contribuer à faire émerger la face liante du processus de globalisation, en antidote de sa force atomisante où l'homme n'a guère que trois options : l'hédonisme désenchanté, l'isolement ou la guerre. Il ne s'agit pas seulement de l'avenir de la planète mais de ceux qui l'habitent.

Les trois objectifs majeurs du congrès

- Présenter et décrire les troubles psychosociaux tels qu'ils apparaissent, dans la diversité des cultures et des régions du monde.
- A partir de cette diversité, partager les trouvailles et faire apparaître les modalités de soutien psychosocial portées par la grande diversité des acteurs sanitaires, sociaux, politiques, et de développement.
- Proposer en fin de Congrès, la « **Déclaration de Lyon** » : le principe des droits de l'homme doit-être étendu aux liens sociaux avec les conséquences que cela implique.

PREPROGRAMME

- Ouverture du Congrès, avec des personnalités politiques nationales et internationales

Michelle Bachelet, ancienne présidente du Chili, Directrice exécutive d'ONU Femmes et Secrétaire générale adjointe de l'ONU, ainsi que le **Président Lula** (Brésil) ont été sollicités.

SEANCES PLENIERES

Ce qu'est la mondialisation et comment les acteurs composent avec la mondialisation ?

→ Invités

- **Edgar Morin**, sociologue et philosophe (France) auteur de « La Voie »
- **Qin Hui**, professeur à la faculté des sciences humaines, université Qinghua de Pékin (Chine)
- **Carlos Martin Beristain**, médecin d'éducation pour la santé (Espagne)
- **Jean Louis Laville**, sociologue et économiste, professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers (France).
- **Benedetto Saraceno** (Suisse) Directeur du CCOMS en santé mentale de l'Université de Genève

Les effets psychosociaux : Liaison / Déliaison dans la mondialisation

- **Anne Lovell**, Directrice de recherches, CeRMES3-CESAMES (France/Canada)
- **Ulrich Beck**, sociologue (Allemagne)
- **Jacques Dayan**, pédopsychiatre, INSERM (France)
- **Vikram Patel**, professeur de santé mentale - Londres et Goa (Inde)
- **Li Hua**, docteure en socio psychologie, Université de Sun-Yat sun Guangzhou (Chine)
- **Munyandamutsa Naasson**, psychiatre (Rwanda)

Perspectives d'avenir et Déclaration de Lyon

- **Clemens Hosman**, professeur de santé mentale (Pays Bas)
- **Luciano Carrino**, Directeur ART-KIP Scientific Committee, ONU (Suisse)
- **Adalberto Barreto**, psychiatre et anthropologue, professeur de santé communautaire à l'Université Fédérale du Ceará (Brésil)
- **Kjell Magne Bondevik**, ancien premier ministre de Norvège, fondateur et président du Centre pour la Paix et les Droits de l'homme d'Oslo (Norvège), avec des intervenants du champ politique, économique, juridique, de la société civile.

SYMPOSIUMS DES JEUDI 20 ET VENDREDI 21 OCTOBRE 2011

Les thématiques abordées porteront sur les effets psychosociaux de la mondialisation caractérisée, dans ses processus, par une accélération spectaculaire des flux : flux financiers et de marchandises, flux migratoires, flux culturels, flux d'information. Chaque symposium aura, de principe, des intervenants d'au moins deux continents.

- **Impact de la mondialisation sur les valeurs de la famille africaine** – Solomon Rataemane (Afrique du Sud) / Frank Njenga (Kenya)
- **Femmes et Santé mentale** – Saïda Douki (Tunisie-France) et Donna Stewart (Canada)
- **Le rétablissement social (recovery) en contexte de mondialisation et la pratique psychiatrique** – Rowe Michael (Etats-Unis) et Ken Thomson (Etats-Unis)
- **Migrations et Mondialisation** – Halima Zéroug-Vial (France, Algérie) / Marianne Kastrup (Danemark)
- **La santé mentale des premiers habitants (native)** – Francis Silvestri (Nouvelle Zélande) / Joshua Sparrow (USA)
- **Les humanitaires acteurs dans la mondialisation** – Pierre Micheletti (France) et Daniel Henrys (Haïti)
- **Mère adolescente, précarité et mondialisation** – Damien Schroeder (Uruguay) / Ema Pons de Léon (Uruguay)
- **Précarité et logement** – Francis Deplace (France) / Valérie Colin (France)
- **De nouvelles souffrances au travail** – Jean-Pierre Durand (France) / Paul Stewart (Grande Bretagne)
- **Construction du cerveau social chez le bébé à l'épreuve de la précarité : recherches et avancées** – Joëlle Rochette (France) / Lyne Murray (Royaume-Uni)
- **Impact de la mondialisation sur les services de santé mentale en Europe** – Térésa Di Fiandra (Italie) / Jean-Luc Roelandt (France)
- **Mondialisation, religions et pouvoirs** – Jorge P. Santiago (Brésil-France) / François Laplantine (France)
- **Affronter l'adversité** : Haïti – Yves Lecomte (Québec-Canada) / Frantz Raphaël (Haïti)
- **Genre et suicide en Asie et aux USA** – Eliot Sorel (Etats-Unis) / Yueqin Huang (Chine)
- **La psychanalyse multifamiliale et la mondialisation** – Graciela Monica Bar (Argentine) / Alberto Jones (Argentine)
- **Comment mettre au « travail » la double culture dans nos sociétés cosmopolites** – Christian Laval (France) / Halima Zeroug (France-Algérie)
- **Villes et violence (enfants en danger)** – Eric Messens / Charles Burquel (Belgique)
- **Approches communautaires participatives et pratiques de la reconnaissance** – Jean-Claude Métraux (Suisse) / Anica Kos (Slovénie)
- **Désymbolisation / Resymbolisation** – Conception Doray (Mexique, France) / Bernard Doray (France)
- **Impact de la mondialisation dans l'implication des usagers dans le champ de la santé mentale en Europe et dans le monde** – Nicolas Daumerie (France) / Maria Jesus San Pio Tendero (Espagne)
- **Le lien maternel primaire à l'épreuve de la mondialisation** – Jacques Dayan (France) / Rhacel Parrenas (Etats-Unis)
- **Clinique psychosociale : la question de la confiance et de la méfiance** – René Roussillon (France) / Pierre-Joseph Laurent (Belgique)
- **Spiritualité et religions dans un monde globalisé : cohabitation des religions et effet du déracinement sur les ressources religieuses** – Philippe Huguélet / François Ferrero (Suisse)
- **Santé Mentale individuelle et communauté dans le cadre des interventions humanitaires** – Jean-Marc Boivin / Guillaume Pégon (France)

Nous avons lu

■ La Voie. Pour l'avenir de l'humanité

Edgar Morin, Ed. Fayard, 2011

Le vaisseau spatial Terre, agité de conflits ethniques, religieux, politiques et de convulsions économiques, continue à toute vitesse sa course. Il est propulsé par plusieurs moteurs : science, économie, technique, profit, chacun portant en lui les possibilités du meilleur et du pire. Il n'y a pas de pilote, pas de boussole. Suit-il la bonne voie ? Ne va-t-on pas vers des désastres ? Est-il possible de changer de voie ? Le pire est probable, mais l'improbable est souvent advenu dans l'histoire humaine. Ce livre s'essaie à un diagnostic sur le cours présent et futur de la mondialisation. Il indique comment une multiplicité de crises sont enchevêtrées dans la grande crise de l'humanité qui n'arrive pas à devenir l'humanité. Il montre comment nous vivons à la fois le pire et le meilleur. Il indique comment peut-être un nouveau futur, encore invisible, a déjà commencé...

■ Le Livre blanc de l'accompagnement social



Le Livre blanc est disponible en librairie et à la FNARS (17€).

Comment faire en sorte que les personnes en précarité sortent de l'exclusion économique, sociale et culturelle qu'elles subissent ? Faut-il se contenter de traiter séparément leurs problèmes et faire abstraction de leur histoire et de leurs capacités ?

C'est en formulant une série d'engagements destinés aux associations et aux intervenants sociaux, que le Livre blanc interpelle l'État pour que soit reconnu et appliqué un droit à l'accompagnement social global pour toute personne en situation de précarité, et ne pas succomber à la tentation actuelle de n'aider que les plus « méritants ».

■ Le handicap au risque des cultures. Variations anthropologiques

Charles Gardou et des chercheurs des 5 continents, Coll. « Connaissances de la Diversité », Erès, 2011.

Partout et toujours, les hommes, façonnés par leur culture, ne cessent de chercher des explications au handicap. Cet ouvrage à plusieurs voix en explore les représentations collectives. Il déconstruit ce qui, au sein d'une société, finit par apparaître naturel et rend intelligible ce qui advient au-delà des cultures. On mesure combien la chose la mieux partagée du monde est le désarroi angoissé des hommes face à leur vulnérabilité.

Agenda

■ Souffrance urbaine, droits de l'Homme et bonne gouvernance

1^{er} Forum scientifique international de SOUQ organisé par le Centre de recherche Souq Urbain sur la Souffrance

Les 23, 24 et 25 mai 2011 à Milan.

Contacts : Marzia Ravazzini, Centro Studi Souq

Via F. Brambilla 8/10, 20128 Milano – Tél : +39.02.25935243

Courriel : info@souqonline.it - Site : www.souqonline.it

■ Langage et violence. Les effets des discours sur la subjectivité d'une époque

Ve colloque de l'Association Primo Levi, les 17 et 18 juin 2011, Maison du barreau - 2, rue de Harley - 75001 Paris

Contact : Association Primo Levi - Tél. : 01 43 14 88 50

Courriel : primolevi@primolevi.org

■ La psychiatrie publique à l'épreuve des zones urbaines sensibles : contextes, enjeux, et moyens

Journée d'étude organisée par le CH Alpes-Isère, le CH Le Vinatier et l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, mercredi 21 septembre 2011 (9H - 17H).

Contact : Tél 04 76 56 45 47 – Courriel : gjoud@ch-saint-egreve.fr - Inscriptions sur <http://ch-alpes-isere.fr>

Nous remercions vivement l'ESAT Chantejeau (Saint-Benoît - Vienne) qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres des bénéficiaires de l'Atrium. www.chantejeau.com

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyran-Mont-d'Or)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFES, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Gladys MONDIERE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.orspere.fr
Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 000 ex.
ISSN 1622 2032
N° CPPAP 0910B05589