



Folie privée Folie publique

4^e colloque InterPsy
Rio de Janeiro, Brésil, 2016

Sommaire

3	Avant-propos Paul Lacaze	49	Folie privée, destructivité et aménagements de cadre Carine Khouri Naja
5	4 ^e colloque Interpsy Programme des travaux Intervenants du 4 ^e colloque InterPsy Alfapsy, présentation générale	56	Stratégies de soins en santé mentale – Canada Intervention de Jean-Charles Crombez
11	Allocutions d’ouverture Michel Peterson, président du colloque Sofiane Zribi, président Alafapsy	57	Stratégies de soins en santé mentale Essedik Jeddi
15	Public privé : la folie de la non séparation Mauro Mendes Dias	75	Histoire et dérive de la psychiatrie en France Paul Lacaze
18	Il faut être fou pour croire aux chiffres Jacques Barbier	78	Stratégies des soins en santé mentale (Aspects législatifs) Psychiatrie & législation Hachem Tyal
25	Prothèses psychiques – psychanalyse et psychopharmacologie Glauca Dunley	87	Soyons heureux ! / Sejamós felizes ! Da felicidade à época da eradicação do íntimo Hervé Bokobza et Michel Peterson
30	Tunisie : parler de torture cinq ans après... A. Bouasker, M. Lakhoua, L. Dridi, A. Naffeti, F. Touzri, R. Bouzid (Institut Nebras)	93	Discours de clôture Michel Peterson, président du colloque
34	À propos du Terrorisme Sofiane Zribi	95	Annexe Postface publiée avec l’autorisation de Paulo Amarante, sur le même thème et en complément de sa conférence d’ouverture, <i>La réforme de la psychiatrie au Brésil</i> (énoncée mais non retranscrite)
43	Du délire à deux au délire de masse Riadh Ben Rejeb		

Avant-propos

Alfapsy¹ a lancé son programme de « Colloques InterPsy » en 2006 à Hammamet (Tunisie), pour alterner, une année non l'autre, avec les « Rencontres Francopsies » créées en l'an 2000 en Guadeloupe à l'initiative de l'AFPEP². D'un format plus léger (deux jours au lieu d'une semaine complète), sur une thématique en principe monographique, les « Colloques InterPsy » ont l'avantage de mieux « voyager », y compris dans les aires linguistiques non francophones, contrairement aux limites imposées aux « Rencontres Francopsies » qui, elles, sont statutairement accueillies par les seules associations nationales de psychiatrie et psychothérapie francophone membres du Comité International Alfapsy.

Toutefois, il aura fallu attendre plus de six années après le 1^{er} colloque InterPsy (CIP 1) pour que s'affiche pleinement le succès de cette manifestation : CIP 2 début 2013 à Bruxelles (« Psychiatrie et Libéralisme »), CIP 3 fin 2014 à New York (« On the Subject of Psychiatry and the Subject of Psychoanalysis »), CIP 4 à Rio de Janeiro en 2016 avec « Loucura privada, loucura publica » et en suivant, le futur CIP 5 à Marrakech début 2018 (« Globalisation, Particularismes et Psychiatrie du Sujet »).

Concernant ce 4^e colloque InterPsy à Rio de Janeiro, son succès fut encore une fois le fruit d'une greffe réalisée durant le colloque précédent, à New York : d'une approche conceptuelle à une autre, d'une suite à donner à telle ou telle intervention, d'une rencontre entre des personnes qui souhaitent prolonger le parler-ensemble, autant de pointillés qui jalonnent le parcours des InterPsy et le jalonneront encore jusqu'à l'étape suivante, Marrakech 2018...

À Rio comme précédemment à New York la question des langues a été traitée en amont, par l'intermédiaire de collègues bilingues et de traducteurs officiels. Les exposés ont ainsi pu être présentés à la tribune, à la fois oralement dans la langue parlée des intervenant-e-s et par écrit sur écran dans la langue traduite. Chaque congressiste a donc suivi les présentations dans leur intégralité. Or ces Actes vous apparaîtront incomplets dans leur rédaction puisque, globalement, ils ne restituent que les conférences des auteur-e-s francophones. En effet nous avons convenu avec nos collègues que soient présentés, pour les lecteurs brésiliens, des Actes en portugais, distincts mais complémentaires des nôtres, regroupant les conférences des auteur-e-s lusophones. Toutefois, trois d'entre elles ont été, d'un commun accord, intégrées ici afin de bien mettre en relief leur portée significative, au sens du « co-loque » entre nos communautés linguistiques et professionnelles.

C'est déjà ce même accord qui avait valu de choisir ce titre, « Folie privée, folie publique », pour le 4^e colloque InterPsy. C'est bien dire combien, au regard de la dérive conceptuelle inquiétante que subissent nos métiers, les préoccupations des praticiens des deux côtés de l'Atlantique se rejoignent et, donc, à quel point le métissage de nos expériences réciproques dans l'approche du soin psychique devient une nécessité ! On pourra au passage vérifier que la psychiatrie ne peut se résumer à une spécialité biomédicale pas plus que la santé mentale à une charitable réhabilitation sociale... l'humain mérite mieux !

1. Alfapsy :
Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie,
allée du Pioch Redon, 34 430 Saint Jean-de-Vedas.

2. AFPEP :
Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé,
21 rue du Terrage, 75 010 Paris.

Pour terminer il nous est très agréable, avec Alfapsy, de formuler des remerciements appuyés à toutes celles et tous ceux qui, sans compter, ont apporté leur concours à la réalisation de cette manifestation transatlantique : nos partenaires, Corpo Freudiano, Instituto Municipal Philippe Pinel, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, et plus particulièrement, au nom de ces institutions, tous les organisateurs et organisatrices de ce colloque qui ont tenu bon malgré parfois des difficultés énormes rencontrées à un moment où le pays traversait précisément les dérégulations économiques et sociopolitiques que l'on sait.

Nous exprimons bien sûr toute notre reconnaissance aux nombreux-ses auteur-e-s qui ont répondu favorablement à notre invitation et qui, en nous rejoignant au Brésil et à Rio de Janeiro, ont ainsi mesuré l'importance de ce type de rencontre professionnelle fait de partage de ces valeurs humaines en psychiatrie et santé mentale, celles qui fondent notre véritable communauté de pensées et d'actions pour la dignité et la citoyenneté des « loucos ».

Les congressistes présents, à qui nous adressons nos plus fidèles pensées, sauront retrouver dans la lecture de ces Actes la force du mouvement qui nous anime. À cet égard, outre nos félicitations, nous tenons à saluer solennellement l'engagement des cadres de notre fédération Alfapsy à qui nous devons la réussite de ce 4^e colloque InterPsy à Rio de Janeiro.

Paul Lacaze

4^e colloque Interpsy

Ces expressions d'utilisation quotidienne appartiennent à une évidence quasi naturelle : « je suis fou de toi », « tu es fou d'avoir pensé cela », « quelle folie de croire en cela ! »...

Il est admis de tous, sans que cela ne se sache, que la folie est partie intégrante de la condition humaine, qu'elle en fait son humanité. Or, comment cette folie privée, de l'ordre de l'intime, rencontre-t-elle la folie publique, elle aussi désignée dans le discours : « le monde est fou », « ces décisions sont folles », « les terroristes sont des fous dangereux »...

Là encore le mot folie imprègne le discours social jusqu'à, parfois, obstruer la question du sens quand, dans ce discours, l'inaudible ou l'incompréhensible vient à en occuper toute la place ! « C'est fou ! »

À un moment historique de profondes incertitudes qui nous assignent à des places de non savoir radical quant à l'avenir de nos systèmes sociaux, politiques ou culturels, le rapport ente folie privée et folie publique serait-il donc en voie de bouleversement ? Ainsi, par exemple, les diktats managériaux actuels de transparence, d'évaluation quantitative et d'obsession statistique traversant progressivement toutes les sociétés et les cultures ne viennent-ils pas déjà, comme véritable folie publique, s'opposer à la construction de la subjectivité et de l'espace intime ?

Dès lors comment élaborer une pratique du soin au sein de laquelle construire une histoire relationnelle demande du temps, de l'indépendance professionnelle et même une prise de risques ? Quels effets en attendre sur le fonctionnement psychique des patients et des soignants, sur leurs structures mentales et sur l'économie de leurs symptômes ?

Telles sont les quelques questions majeures que ce 4^e colloque InterPsy à Rio de Janeiro suggère de mettre au débat en proposant, à travers histoire et culture, l'approche croisée de « folie privée, folie publique ».

Comité d'organisation

présidé par Hervé Bokobza (Montpellier)

Jacques Edouard Barbier (Paris), Felipe Castelo Branco (Rio de Janeiro)

Marco Antonio Coutinho Jorge (Rio de Janeiro), Glaucia Dunley (Rio de Janeiro)

Safouene El Hechmi (Tunis), Paul Lacaze (Montpellier), Denise Maurano (Rio de Janeiro)

Ana Maria Szapiro (Rio de Janeiro), Marta Zappa (Rio de Janeiro), Sofiane Zribi (Tunis)

Conseil scientifique

présidé par Michel Peterson (Rio Grande do Sul)

Hassen Ati (TN), Chawki Azouri (LB), Jalil Bennani (MA), Cecilia Boal (BR),

Mario Eduardo Costa Pereira (BR), Anicée El Amin Merhi (LB), Hervé Granier (FR),

Mauro Mendes Dias (BR), Paola Mieli (US), Fernando Ramos (BR), Hachem Tyal (MA)

Président du 4^e colloque InterPsy

Michel Peterson (CA/BR)

Programme des travaux

Jeudi 10 novembre 2016

Centro de Estudos do Instituto
Municipal Philippe Pinel
Avenida Venceslaus Bras, 65,
Quartier Praia Vermelha

19h

Soirée inaugurale

Paulo Amarante (BR)
Les responsables du Centre de Formation
de l'Institut Pinel :
« La réforme de la psychiatrie au Brésil »

Vendredi 11 novembre 2016



Clube Monte Liban
Avenida Borge de Medeiros, 701, Quartier
Leblon (côté Canal du Jardim de Alah)

13h30-14h

Accueil des participants

14h-14h15

Ouverture du colloque

Michel Peterson (CA/BR)
Sofiane Zribi (président Alafapsy)

14h15-16h45

Session 1

Président de séance :
Marco Antonio Coutinho Jorge
(Corpo Freudiano Rio)

Mauro Mendes Dias (BR)
& Betty Fuks (BR):
« Public privé : la folie de la non séparation »
Jacques Edouard Barbier (FR):
« Il faut être fou pour croire aux chiffres »

Pause

17h-20h

Session 2

Président de séance :
Hervé Bokobza (FR)

Glaucia Dunley (BR):
« Prothèses psychiques – psychanalyse
et psychopharmacologie »
Anissa Bouasker (TN):
« Parler de la torture cinq ans après »
Marco Antonio Couthinio Jorge (BR),
Sofiane Zribi (TN) & Felipe Castelo
Branco (BR):
« À propos du terrorisme »

Samedi 12 novembre 2016

Clube Monte Libano

9h-10h45

Session 3

Président de séance :

Mauro Mendes Dias (BR)

Riadh Ben Rejeb (TN):

« Du délire à deux au délire de masse »

Hachem Tyal (MA):

« Les psychothérapies, la folie d'un choix nécessaire »

Pause

Essedik Jeddi dédicace son livre,
Psicoterapia institucional e musicoterapia,
Éd. Taman, octobre 2016

11h-12h45

Session 4

Président de séance :

Paul Lacaze (FR)

Carine Khouri Naja (LB):

« Folie privée, destructivité et aménagement de cadre »

Mario Edouardo Costa Pereira (BR),

Denise Maurano (BR) & Sonia Leite (BR):

« Éléments pour une clinique psychiatrique centrée sur le sujet »

Clube Monte Libano

12h45-14h30

repas

14h30-16h30

Table Ronde

Animée par Jacques Edouard Barbier (FR)

« Stratégies des soins en santé mentale : des voies et des difficultés dans le parcours au Brésil, au Canada, en France, au Maroc et en Tunisie »

Intervenants :

Jean-Charles Crombez (CA),

Essedik Jeddi (TN),

Paul Lacaze (FR),

Fernando Ramos (Institut Pinel - Rio),

Ana Maria Szapiro (BR),

Hachem Tyal (MA),

Marta Zappa (BR)

Pause

16h45-18h

Clôture du colloque

Michel Peterson (CA)

& Hervé Bokobza (FR):

« Soyons Heureux ! »

Le temps de conclure :

Sofiane Zribi (Alfapsy),

Denise Maurano (Corpo Freudiano),

Marta Zappa (Istituto Pinel)

Intervenants du 4^e colloque InterPsy

Paulo Amarante (BR)

Psychiatre, médecin de santé publique, Rio de Janeiro, a dirigé le Laboratoire d'études et investigations en santé mentale et soins psychosociaux, président de l'Association Brésilienne de Santé Mentale, acteur majeur de la réforme basaglienne au Brésil

Jacques Edouard Barbier (FR)

Psychiatre, psychanalyste, membre du Cercle Freudien et de l'Insistance, Paris

Riadh Ben Rejeb (TN)

Professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Tunis, président de l'Association Tunisienne pour le Développement de la Psychanalyse (ATDP)

Hervé Bokobza (FR)

Psychiatre, psychanalyste, ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie, président d'honneur Alfapsy, Montpellier

Anissa Bouasker (TN)

Psychiatre, assistante hospitalo-universitaire, Tunis, nombreux travaux sur la notion de traumatisme psychique

Felipe Castelo Branco (BR)

Psychanalyste et philosophe enseignant à l'Université de Rio de Janeiro, membre de Corpo Freudiano; ses travaux portent sur éthique et langage, philosophie contemporaine, altérité et droit

Jean-Charles Crombez (CA)

Psychiatre, psychanalyste à l'Hôpital Universitaire de Montréal, a développé l'approche ECHO sur les questions psychosomatiques et les processus naturels de guérison

Mario Eduardo Costa Pereira (BR)

Psychiatre, psychanalyste, directeur du Corpo Freudiano São Paulo, enseigne à l'Université d'État de Campinas, coordinateur du Laboratoire de Psychopathologie Sujet et Singularité (LaPSuS)

Marco Antonio Coutinho Jorge (BR)

Psychiatre, psychanalyste, directeur du Corpo Freudiano, membre de l'Insistance et de la SIHPP à Paris, professeur associé à l'Université d'État de Rio de Janeiro

Glaucia Dunley (BR)

Médecin, psychanalyste à Rio de Janeiro, professeure adjointe au cours de Médecine de la FESO (Fondation Universitaire Serrados Órgãos/Teresopolis) Rio de Janeiro

Betty Fuks (BR)

Psychologue, psychanalyste, maître de Conférence au département Psychanalyse Santé et Société à l'Université Veiga de Almeida à Rio de Janeiro

Essedik Jeddi (TN)

Neuropsychiatre, psychothérapeute, professeur émérite à l'Université de Tunis; lancement de son livre, *Psicoterapia institucional e musicoterapia*, en présence de Marie Normandin et de Michel Peterson, co-fondateurs des éditions Tamam

Carine Khouri Naja (LB)

Psychanalyste, psychologue clinicienne, chargée de cours à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth

Paul Lacaze (FR)

Neuropsychiatre, psychanalyste à Montpellier, président d'honneur, fondateur Alfapsy

Sonia Leite (BR)

Psychologue, psychanalyste, professeure à l'Université Fédérale et coordinatrice adjointe des programmes de Formation Multiprofessionnelle en Santé Mentale - Institut Pinel de Rio de Janeiro, Revue latino-américaine de psychopathologie fondamentale

Denise Maurano (BR)

Psychologue, psychanalyste et philosophe, professeure associée à l'Université Fédérale de Rio de Janeiro

Mauro Mendes Dias (BR)

Psychiatre, psychanalyste, membre fondateur de l'École de psychanalyse de Campinas, Directeur de l'Institut Vox de Pesquisa en Psychanalyse, Sao Paulo

Marie Normandin (CA)

Psychanalyste, membre de la Libre Association de Psychanalyse de Montréal, co-fondatrice avec Michel Peterson des Éditions Tamam à Montréal

Michel Peterson (CA/BR)

Psychanalyste, Comité International Alfapsy, Chercheur à la Chaire Oppenheimer en Droit international public de l'Université McGill à Montréal et professeur visitant au Département psychologie transculturelle de la Fondation universitaire de Rio Grande

Fernando Ramos (BR)

Psychiatre à l'Institut Philippe Pinel de Rio de Janeiro

Ana Maria Szapiro (BR)

Psychologue, psychanalyste, professeure associée à l'Université Fédérale de Rio de Janeiro et maître de Conférence des Sciences de l'Éducation à l'Université Paris VIII

Hachem Tyal (MA)

Psychiatre, psychanalyste, membre de la Section P.I.P. de la WPA, président élu pour Alfapsy 2017, Casablanca

Marta Zappa (BR)

Psychologue, psychanalyste, coordinatrice des programmes de Formation Multiprofessionnelle en Santé Mentale - Institut Philippe Pinel de Rio de Janeiro

Sofiane Zribi (TN)

Psychiatre de libre pratique à Tunis, ancien président ATPEP, Président d'Alfapsy

Alfapsy

Présentation générale

ALternative Fédérative des Associations
de PSYchiatrie (Alfapsy)
Fédération internationale francophone
de psychiatrie d'exercice privé
Regroupe des psychiatres d'Algérie,
Belgique, France, Maroc, Sénégal, Suisse,
Tunisie

Fondée en 2003 pour :
– valoriser la pratique clinique
psychodynamique en psychiatrie et santé
mentale
– développer la formation et la transmission
à travers les « Rencontres Francopsies »
– soutenir les initiatives d'organisations
professionnelles de la psychiatrie
francophone

Affiliée à l'Association Mondiale
de Psychiatrie (WPA) et au Collège
International de Médecine Centrée
sur la Personne (ICPCM)

Alfapsy se veut une tribune pour les
professionnels du champ de la psychiatrie
qui soutiennent l'idée que l'homme
souffrant est à entendre dans sa globalité
physique et psychique, essentielle et
existentielle, dans sa demande et son désir,
ainsi que dans sa culture d'appartenance

Présidents d'honneur Alfapsy

D^r Jalil Bennani (MA)
D^r Antoine Besse (FR) †
D^r Hervé Bokobza (FR)
D^r Paul Lacaze (FR)

Composition du Bureau Exécutif 2015-2017

Président en exercice : D^r Sofiane Zribi (TN)
Vice-président : D^r Hassen Ati (TN)
Secrétaire Général : D^r Safouene El Hechmi
(TN)
SG Adj. 1 : D^r Hervé Granier (FR)
SG Adj. 2 : P^r Aïda Sylla (SN)
Trésorière : D^r Josiane Vidal (FR)
Tr Adjoint : D^r Wassim Sellami (TN)
Président élu 2017 : D^r Hachem Tyal (MA)



Alfapsy, Alternative Fédérative
des Associations de Psychiatrie
www.alfapsy.net



En partenariat avec
Corpo Freudiano
Seção Rio de Janeiro
www.corpofreudiano.com.br



En collaboration avec
Centro de Estudos do Instituto Municipal
Philippe Pinel
www.sms.rio.rj.gov.br/pinel



Instituto de Psicologia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro
www.psicologia.ufrj.br

Informations

Alfapsy
allée du Pioch Redon,
34 430 Saint-Jean-de-Védas, France
paul.lacaze@wanadoo.fr
www.alfapsy.net

Allocutions d'ouverture

Cher(e)s collègues, cher(e)s ami(e)s,

Bienvenue à ce colloque dont le thème – *Folie privée, folie publique / Loucura privada, loucura pública, Private Madness, Public Madness* – engage d'entrée de jeu quelques questions simples mais abyssales : qu'est donc aujourd'hui devenue la folie ? Répond-elle partout, quelle que soit la culture où elle surgit, aux mêmes coordonnées ? Ou prend-elle d'autres visages, d'autres configurations selon qu'elle se déploie dans telle ou telle culture ? Nous ne sommes plus à l'âge classique, nous ne sommes plus à l'âge de Pinel et de Tuke¹, qui avaient travaillé à rendre au fou sa liberté, qui consistait en une latitude, un « espace de jeu qui permettait au sujet de parler lui-même le langage de sa propre folie et de se constituer comme fou. »²

Il y a là, dans cette formulation de Michel Foucault, l'horizon de la liberté du sujet par rapport à l'internement qui prend désormais mille formes sociales, collectives, politiques. Mais nous pourrions également nous demander – à l'âge que d'aucuns qualifient de posthumaniste, voire de posthumain – si la folie ne s'est pas désertée elle-même, ne s'est pas perdue, comme condition humaine, dans les méandres du biopouvoir, de la technoscience et des biotechnologies. Mais nous pourrions tout aussi bien nous demander si elle n'a pas envahi l'ensemble des sphères du vivre-ensemble ce qui, paradoxalement mais logiquement, la ferait disparaître. Je pense ici à un article de Silvia Bessa, publié dans la revue *Comasems* (du Conseil National de Secretarias Municipais de Saude) avec pour titre : « O não-lugar da loucura » (mars-avril 2007). Je ne vais pas commenter ici cet article qui montre comment, grâce au SUS et aux CAPS (Centros de Atenção Psicossocial – il y en a plus de mille au Brésil), le modèle d'attention aux patients souffrant de désordres mentaux et/ou de dépendance chimique a concrètement changé au Brésil. Parmi les soignantes et soignants brésiliens, quel que soit leur rôle, leur position, il y a des pour et il y a des contre. Je mentionnerai simplement que la Réforme psychiatrique a évidemment produit plusieurs effets, mais qu'une des idées de base était bien sûr de tisser de manière permanente un réseau communautaire d'appui aux usagers.

Bon, tout cela – et bien d'autres choses encore – fera sans doute l'objet de discussions durant notre colloque. Pour ouvrir ce colloque et lancer le débat, je laisserai ici la parole à mon ami Sofiane Zribi.

Mais je voudrais ajouter – sur une note très personnelle qui rejoindra sans doute certains, voire plusieurs d'entre vous – que le mot même de *folie*, qui revient à deux reprises dans notre titre, comme un *Fort-Da*, ne peut pas ne pas me faire penser et revenir au grand Henri Ey dont François Tosquelles lui-même écrit, dans *L'enseignement de la folie* : « J'applaudis Henri Ey de tout cœur et des deux mains lorsqu'il a eu le courage de remettre en selle le vieux concept de Folie [il écrit le mot avec une majuscule], si décrié par les psychiatres – qui sans doute considèrent leurs activités comme si nobles et savantes que leur objet ne pourrait être confondu avec quelque chose de si vulgaire et de si mauvais goût que le terme de folie. »

1. Famille de quakers américains, reconnus pour leurs soins humains aux malades mentaux.

2. Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1961, p. 531.

Et bien voilà ! Cette rencontre s'occupera de cet objet qui donne tant à apprendre des dynamiques humaines et qui, en mettant en tension le public et le privé, la scène et l'intime, redéfinissent le dedans et le dehors dans de nouvelles topologies sociales et politiques.

Je voudrais maintenant rappeler que c'est à Tunis, en 2015, si ma mémoire est bonne, que nous avons commencé à penser à un colloque au Brésil. Nous étions à table avec Sofiane, Paul Lacaze, Herbé Bokobza – Dany Robert Dufour et Marilia Amorim étaient eux aussi de la partie. Nous nous étions dit, un peu en blague, qu'il fallait chaque fois gagner en liberté et un premier titre nous était venu : « On verra sur place ». À l'origine, j'avais proposé que le colloque se tienne à l'Université fédérale de Rio Grande, mais le Comité organisateur en a finalement décidé autrement et a choisi Rio de Janeiro comme lieu de rencontre à cause de la plus grande facilité logistique et, sans doute aussi, pour ne pas être aux prises avec les « gauchos » du Sud.

Quoi qu'il en soit, nous sommes maintenant sur place, ce soir, pour l'ouverture de ce colloque dans un lieu – l'Institut Philippe Pinel de Rio – qui a toute une histoire. Je signale simplement à nos amis qui viennent d'autres continents que ce lieu est né le 13 janvier 1937 de l'Hospício Pedro II et portait à l'époque le nom de Instituto de Neurosifilis avant de changer, en 1965, pour Hospital Pinel et de trouver son nom actuel en 1994. Quant aux journées qui suivront, elles auront lieu au Clube Monte Libano, dont le nom évoque bien sûr une histoire difficile, tragique, évoque cette « montagne-refuge » qui accueillit au cours des âges des communautés religieuses dissidentes – par exemple les Maronites et les Druzes – par rapport aux religions majoritaires du littoral libanais : Islam sunnite et christianisme orthodoxe. Il faudrait également compter l'Empire ottoman – période durant laquelle les communautés maronite, druze et chiite s'intégrèrent – puis les interventions de la France, de l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la Russie, etc. (je pense ici aux fameux accords de Sykes-Picot).

Cela dit, je ne vais pas ce soir me lancer dans un digest d'histoire. Je voulais simplement souligner, avant d'ouvrir officiellement, avec une immense joie, ce colloque, que la folie privée et la folie publique ont toujours à voir avec des espaces, des discours, des mémoires, des transversalités, des rhizomes, des plis, des refoulés, des rêves, des possibles, des « transcréativités », soit tout ce qui permet de faire de la psychiatrie et de la psychanalyse des disciplines intensément sociales et humaines. En effet, avant toute chose, il me semble que ce que convoque le thème de notre colloque est la question de savoir comment chacune et chacun trouve dans le monde son chacun sa chacune ou, pour reprendre une formulation de François Tosquelles, dans *L'enseignement de la folie* déjà cité, comment, partant des tout débuts de la vie, l'humain éprouve le besoin impérieux de « *subsister dans le champ du désir de l'autre* et par extension dans le champ du désir des autres. » À ce compte, nous sommes tous folles et fous, fort heureusement ! Comme le dit l'argumentaire du colloque : « la folie est partie intégrante de la condition humaine », elle en fait « son humanité ». Mais quels nodalités se construisent désormais entre le sujet et le collectif ? Et comment prendre soin dans ce contexte où la crise est devenue le système, où la crise est devenue le pseudo-concept qui permet d'asséner des « coupures » qui ne font pas jouer les béances fondamentales du désir, articulant la psyché, mais des coupures qui « schizophrénisent » et portent à son plus haut point historique l'aliénation la plus délétère ? Y a-t-il encore place pour une histoire

relationnelle quand le temps est compté et transformable en quantités informatiques ? Quel travail de culture est désormais possible ? Voilà traduits, trop rapidement, quelques énoncés de notre richissime programme.

Avant de donner la parole à nos invités de ce soir, je ne voudrais pas oublier de remercier les responsables de l'Institut Pinel, en particulier Marta Zappa. Également, bien sûr, Ana Szapiro, professeure de psychologie à UFRJ.

Je voudrais également remercier très chaleureusement nos partenaires du Corpo freudiano qui ont été, à chaque étape de l'organisation de ce colloque, d'une attention et d'une gentillesse exceptionnelles.

Je voudrais remercier particulièrement Denise Maurano, qui nous a ouvert avec générosité les portes du Clube Monte Libano, à un moment critique.

Et enfin, je voudrais remercier tous les membres du Comité d'organisation et du Comité scientifique pour leur implication de tous les instants dans cette aventure.

Je voudrais souligner que nous travaillerons dans Babel, entre les langues... et qu'il se peut que cela crée plusieurs malentendus et plusieurs équivoques, mais aussi plusieurs ouvertures de pensée. Nous devons faire preuve de patience, d'écoute, nous devons accepter de glisser, de ne pas comprendre, de reprendre... ce sera notre difficulté, notre chance et notre richesse... et surtout, nous autoriser à l'erreur, aux erreurs, à l'errance, à la « destinerrance » et ne pas tomber dans la Vérité dont la proposition – dans la scène protopsychiatrique du XIX^e siècle, chez Pinel reprenant Willis, mais déjà chez le Descartes de la première *Méditation*, comme le montre encore Foucault – par excellence est, vous vous en souvenez certainement : « Se prendre pour un roi » et/ou « croire qu'on a un corps de verre », une-deux propositions qui traduit l'idée de la folie comme erreur et qui, en même temps, ouvre notre colloque à toutes sortes de réflexions sur les différentes formes de narcissisme et à cette culture du narcissisme qu'annonçait déjà Christopher Lasch³.

La souveraineté et la transparence, peut-être sont-là deux mots qui reviendront dans nos journées...

Je déclare donc ce colloque officiellement ouvert et je souhaite la bienvenue à toutes celles et tous ceux qui se sont joints à nous ce soir et qui se joindront à nous durant les prochains jours. Fasse qu'ils soient comblés.

Michel Peterson, président du colloque

3. Christopher Lasch et Jean-Claude Michéa, *La culture du narcissisme*, Paris, Poche, Collection Champs essais, 2008.

Monsieur le président du congrès,
Chers amis,

J'entendais parler de Rio et du Brésil par mes amis au sein d'Alfapsy depuis plusieurs années. Ils me vantaient l'accueil brésilien, les paysages superbes, la nourriture excellente et surtout la culture de cet immense pays à la taille d'un continent. Nous psychiatres, savions déjà le dynamisme des psychiatres et psychologues brésiliens et la qualité de leur engagement en faveur d'une psychiatrie humaniste où la souffrance est écoutée et interprétée dans toutes les dimensions de la personnalité, sur un axe interpersonnel, psychodynamique et aussi sur un axe social, culturel et environnemental.

C'est cette même approche globale du patient qui caractérise l'engagement des adhérents de notre fédération et motive leur militantisme en faveur d'une psychiatrie non réductrice au simple biologique.

Il n'est dès lors pas étonnant que l'idée de venir au Brésil qui a germé en nous lors des 8^{es} Rencontres Francopsies de Tunis en 2015, n'a eu que des échos favorables comme en témoigne le nombre de participants du monde francophone qui ont traversé l'Atlantique et l'Équateur pour venir à la rencontre de leurs confrères Brésiliens.

Ces rencontres seront sans doute le début d'un fructueux processus de collaboration. Nul ne doute que dans la vie d'Alfapsy, ce 4^e colloque InterPsy au Brésil marquera un tournant.

Je vous souhaite un excellent congrès et à nous tous, des journées où l'échange scientifique côtoiera la bonne humeur et le plaisir de la rencontre.

Merci.

Sofiane Zribi, président Alafapsy

Public privé: la folie de la non séparation

Mauro Mendes Dias, São Paulo, 24 octobre 2016

Dans le discours courant, quotidien, quand on parle de public, une condition de l'expérience se présente qui inaugure, pour chacun, un lieu dans la collectivité. Pour cela même, dans le sens de la constitution du lien social, la définition de public équivaut à celle de peuple.

Le fait qu'il existe des définitions relatives à « public externe » et à « public interne » nous indique qu'un tel concept met en travail une position dans laquelle le sujet se maintient en relation avec les autres. Cependant, une condition fondatrice inaugure le concept de public, dans la mesure où, en faire partie de lui implique que chacun ne soit pas nommé par le nom propre. La possibilité de se prévaloir du nom propre, en public, est une opération distincte qui se réalise seulement dans un second temps, quand elle arrive. Pour cela même, parler de public c'est parler aussi d'anonymat. Dans les conditions d'appartenance à un public, que ce soit par exemple juste le temps d'une représentation de théâtre ou d'une réunion, il s'agit d'un anonymat partagé par adhésion au discours qui se trouve en jeu à ce moment-là. La possibilité de se prévaloir de son nom, par la parole en particulier, implique une opération de séparation. De même, en parlant en son nom propre et en se laissant porter par la chaîne qui organise sa parole, le sujet se sépare de l'aliénation aux conditions discursives qui le maintiennent avec d'autres faisant partie du public.

À partir de ce que nous venons d'exposer nous rencontrons une double opération puisque, déjà, parler en public, en faire partie indique d'entrée de jeu que le sujet structure et manifeste sa condition de particularité seulement à partir de ses relations avec d'autres. En ce sens, faire partie du public implique, pour le sujet, d'admettre une opération première de consentement à y entrer. C'est donc à partir de sa présence dans la relation avec le public que le sujet se fait écouter des autres dans ce qui lui est propre.

Pour la psychanalyse la conception de public, autant que celle de privé, ne se confond pas avec une logique d'exclusion selon laquelle privé et public s'opposeraient, comme le dedans et le dehors.

En partant du principe que la découverte freudienne de l'inconscient promeut, dans la constitution du sujet, les marques qui lui viennent de l'Autre, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas de privé qui ne soit structuré par ce qui vient du public, l'autre nom du langage, autant que celui du discours de l'Autre. Mettre en relief cela permet d'éclairer le fait que la notion de privé se structure par l'inconscient, comme le langage. On précise ainsi que privé n'est pas synonyme de privatif puisque le privé apparaît même quand on n'a pas l'intention de le révéler (en le privant par des censures comme dans l'expérience d'une analyse).

Il faut insister sur le fait que si on peut admettre les bases depuis lesquelles, par la psychanalyse, les concepts de public et de privé se fondent comme on l'a vu, cela signifie qu'il reste à inclure un deuxième et un troisième temps de manière à indiquer leurs dédoublements. En premier lieu ils situent la présence de la voix et du regard dans la dynamique de la structuration du sujet. Le sujet dans son rapport à l'Autre comme lieu symbolique du discours, par la mise en jeu de la voix comme objet, participe à son tour du discours. En ce sens cette opération, synonyme du fait « d'incorporer la voix comme altérité de ce qui est dit » (Sém. x, p. 300. Jorge Zahar Éd.), permet par l'énonciation

que se révèle la présence fugace du sujet. C'est la mise en scène de la division – ou du « qui parle ? »

Pour n'être pas seulement sujet d'un discours qui fonde son existence sur l'inconscient depuis le langage, il arrive que le sujet se fasse conter (ou dire) aussi à travers la position qu'il occupe dans le fantasme (de l'autre). Ce qui signifie que c'est depuis cette position comme objet que le sujet s'applique à se maintenir dans la réciprocité de ce qu'il suppose que l'Autre désire de lui. On remarque ainsi que le fantasme c'est ce qui concourt à la disparition, hors de scène, du sujet du désir. Cependant par la castration, qui vient par le langage, le sujet tombe de cette position dans le fantasme comme objet d'une jouissance qui l'assujettit. La jouissance du fantasme, en tant que celui-ci est synonyme de ce qui l'assujettit par la supposition d'un désir chez l'Autre dirigé vers lui, permet de montrer que le fondement de cette jouissance passe en premier lieu par deux bords corporels, le regard et la voix. Autrement dit l'être, sujet qui vient par le signifiant, est aussi structuré par la jouissance en tant que synonyme des marques laissées par l'Autre dans le corps du sujet. Il y a donc une jouissance du regard dans la mesure où il ne se confond pas avec le voir. Et, pour cela même, l'objet regard excède ce qui s'appréhende par le référent de la perception visuelle. Il se structure comme non vu c'est-à-dire comme fascination par ce qui est supposé exister et, en même temps, en faisant apparaître une division, quelle qu'elle soit, de ce qu'il y a « un désirant, derrière le désirable » (Sém. x, p. 296. Jorge Zahar Éd.). Par conséquent, il n'est pas possible d'obtenir une satisfaction, espérée et structurée comme manquante, par la rencontre avec un objet vécu comme perdu. Il n'y a pas d'image de lui, elle se fait pour se perdre.

Par ailleurs, nous pouvons affirmer que la voix participe, en tant qu'objet de la pulsion « invocante », à la constitution des bords corporels à partir desquels un sujet va se structurer comme corps. En ce sens, la voix ne se confond pas avec ce qui est « sonorisable » mais plutôt comme synonyme d'ouverture à l'autre, à travers l'ouverture des oreilles. La précédence de la pulsion invocante n'est pas chronologique. On peut l'observer dans le mouvement du bébé qui tourne le visage pour regarder d'où vient la voix. Si la question ne se pose pas par le sonorisable ceci signifie que, avant même de tourner le visage vers le lieu d'où vient la voix, il a fallu l'instauration d'un temps qui rendait possible l'inscription d'un bord. Ceci permettra plus tard au sujet de s'inclure dans les discours qui seront d'abord marqués par des effets de la voix de l'Autre sur son corps, autant à cause de l'« improvisation maternelle » (J. M. Vivès. texte Bibliothèque d'Instituto Vox) qu'à cause de son absence.

Pourquoi en appeler à la voix en tant que condition de l'objet de la pulsion « invocante » dans la constitution du sujet, tout autant que le regard comme objet de la pulsion scopique ? Parce que de cette manière on peut articuler que, soit par le discours, soit par le corps, le sujet se structure jusqu'à être assujetti par la voie de l'instrumentalisation capitaliste. Cela signifie admettre qu'il y a une mobilisation de l'économie pulsionnelle du sujet participant directement de l'action promue par ce discours. Et elle arrive ainsi parce que, face à l'évacuation du discours symbolique (que l'action du discours du capitaliste promeut), les sujets tendent à se vider de la condition de leur énonciation, se présentant par le discours qui promeut l'admiration, c'est-à-dire par ce qui s'appelle le politiquement

correct. Des énoncés transformés en codes de conduite, vidés de particularité. C'est à partir de cette position que le sujet devient l'admirateur fasciné par les images qui lui proposent un soutien, au-delà de l'angoisse qui l'habite.

Pour reprendre les propos qui précèdent, être capturé comme un objet par le regard et par la voix de l'Autre, bien que ce ne soit pas de manière définitive, correspond à inclure la folie comme un effet de cet assujettissement. On comprend dans ce sens la folie comme une « stase de l'être » (Lacan, p. 173, Jorge Zahar Éd.) tandis que le temps de la capture du sujet le met dans une position non dialectisée. Avec ce qu'on rencontre autour de nous, du côté du voir autant que de l'écouter, on observe qu'il existe différents modes d'instrumentalisation qui déterminent la jonction du privé avec le public, jusqu'à induire la présence de sujets qui ne cherchent plus qu'à être juste une chose, c'est-à-dire assujettis. Le fait irréfléchi et parfois démesuré de l'usage du portable, tout autant que des « selfies », nous révèle que nous sommes encore dans la supposition qu'il suffirait d'empêcher les selfies et les textos pour que le sujet, enfin, fortuitement advienne. Pure illusion ! Toujours plus de selfies, prolifération des messages et, finalement ce qu'on rencontre, ce sont des sujets qui ne savent plus comment se raconter dans la relation au désir. Ils accourent dans les cabinets de consultation, tout aussi rapidement qu'ils sont susceptibles d'en repartir, se considérant guéris ou juste disparaissant. Pour cela même il y a une discussion clinique à engager comme manière d'aborder, de nos jours, les effets subjectifs de l'incidence du regard et de la voix dans la constitution des sujets. Ainsi, il faut reconnaître la folie dans ce qui peut être géré par « la stase de l'être », dans un temps de capture, par le regard et par la voix. De telles conditions promeuvent la nécessité de situer les éléments qui concourent à l'articulation d'interventions cliniques sur ces questions en tant que traitements possibles que la voix et le regard permettent de circonscrire. Pour en parler il faut resituer aujourd'hui ce qu'il en est des modalités discursives favorisant l'actualisation du « biopolitique » tout autant que celle de la « vie nue », du naturalisme, c'est-à-dire des politiques qui organisent notre lien social par la jouissance sacrificielle en tant qu'excluante.

L'accueil du migrant, le retour du conservatisme, de la haine, de l'usure et de la déception à l'égard de la politique représentative dans les sociétés démocratiques, tout un ensemble qu'on pourrait facilement étendre, constitue aujourd'hui un espace dans lequel un psychanalyste doit, au sens éthique, retourner avec de nouveaux outils, libérés de la vérité prescriptive ou littérale. De cette manière on peut faire le pari d'une expérience qui implique une ouverture pour que la réinvention trouve sa place. Condition d'une transmission qui promeut, en même temps, inclusion et séparation. Réunion des éléments qui participent ainsi à la construction de liens propres à rétablir le sens de la liberté de choix comme solidaire du « vide central » de la démocratie.

Il faut être fou pour croire aux chiffres

Jacques Barbier

Il est facile et reposant de croire, il suffit de laisser l'oreille ouverte pour qu'un prédicateur, un publiciste ou un camelot vienne y déposer son message.
Même entendre sans écouter, ça rentre.
Il n'y a pas de paupières aux oreilles.

D'abord un débrouillage sémantique

Croire quelque chose ou croire quelqu'un revient à l'accepter sans réflexion critique, réserve ou restriction. Il s'agit d'une attitude singulière, indépendante de la qualité ou de la vérité de son contenu. Exemple : je crois à la théorie de l'attraction terrestre. J'en ai fait l'expérience, cependant la physique moderne avance une autre théorie que celle de l'attraction des corps.

Ce qui est cru est essentiellement stable, ne varie que superficiellement avec les circonstances ou la forme, m'est personnel et a une portée circonscrite. La croyance se distingue du message idéologique : elle infiltre tout le langage et la pensée du sujet, à son insu même (*lingua tertii imperii* de Victor Klemperer), elle est associée à la répétition et à des rituels. Ce message exerce un effet qui se rapproche de la fascination. Exemple : croire en l'homéopathie, en Dieu ou à la démocratie n'implique pas d'emprise globale sur la langue et la pensée.

La confusion ne devrait pas être possible entre ces deux modes, pas plus qu'avec la supposition, évasive et fugace, l'hypothèse remaniable et prise dans un raisonnement logique, la conjecture issue d'un calcul de probabilités, ni de l'utopie faite d'espérance réaliste et concrète.

Quant à l'illusion et au mensonge, ils entraînent le même genre de certitude. L'illusion conduit à l'égarement de soi que provoque l'adhésion pour la perception erronée, le mensonge s'appuie sur une tromperie, volontaire et dissimulée.

La manipulation fait surtout appel à des techniques cognitives et dialectiques pour « convaincre », s'appuyant sur des formules idiomatiques obscures, psalmodiées, comme une sourate. « Enfoncez vous bien ça dans le crâne ». C'est une technique dont l'un des noms est : communication. Exemple : voir la série « Mad men ».

Nous retiendrons :

Croire, c'est admettre un énoncé prédictif exogène (la croyance) comme assuré ou certain sans vérification et sous emprise collective.

Objecter ?

D'où nous vient cette propension à d'abord objecter lorsque nous sommes disposés à la conversation ? Objecter non pas à la proposition de l'autre mais à l'autre lui même, affirmant notre altérité en contestant l'altérité de cet autre étranger à nous, qui viendrait violer notre Moi.

Ensuite, dans un second moment logique, si nous ne sommes pas trop peureux des relations, nous pouvons accepter de dire oui à cette altérité et convenir d'un accord ou un désaccord possible sur les énoncés.

Quant à la crédulité, il n'est qu'Octave Mannoni pour lui avoir prêté sérieusement attention dans son très convaincant « je sais bien, mais quand même... »

L'opinion publique, dite commune, n'est que le rassemblement des opinions particulières, simple avis superficiel et variable.

Pour l'esprit d'un enfant rien n'est incroyable, il croit tout. Aussi ai-je cru au Père Noël, à Dieu, au Diable, à la Patrie, à des marques commerciales liées à mon milieu social ou au contexte historique (exemple en France : « Y a bon Banania »).

J'ai pu décroître, mais pas tout d'un coup, par étapes. Cette « décroyance » n'a été facilitée que par quelques rares adultes, peu de professeur(e)s; la tendance étant le commandement social, à être bon élève, c'est à dire soumis à la répétition du même.

Freud jugeait illusoire une croyance « quand un accomplissement de désir – par exemple ne pas déplaire à papa/maman – est un facteur prééminent dans sa motivation et, ce faisant, nous méconnaissions son rapport à la réalité, à la façon d'une illusion elle-même qui ne fait aucun cas de la vérification ». C'est le cas avec l'argument d'autorité : « Je cite Lacan : ... », ou bien « Freud a écrit : ... ». Rien à ajouter !

Nous devons souligner la différence qui sépare croyance et fantasme.

Ce dernier est inconscient, son origine pulsionnelle vient de nous-mêmes, de nos premiers rapports aux autres. Il est imaginaire, porté par une élaboration désirante.

La croyance quant à elle est d'ordre symbolique. L'état de croyance s'avère humble et passif.

La mixité de ces deux états est banale, c'est le recoupement du Symbolique avec l'Imaginaire.

La plupart des éléments de croyances (la force, la puissance, la réincarnation, la résurrection, le salut, l'immortalité) relève du pathétique désir de vie et d'une défense contre la crainte de la mort et des castrations. Elles offrent une prothèse de « plus-de-soi ».

Octave Mannoni, comme Freud, y voyait l'origine de toutes les croyances. Quand la croyance est confrontée à l'épreuve de la réalité ou une démonstration de la vérité, elle tend à se défendre. Les variantes surmoïques y parviennent.

Ce qui n'est pas le cas avec une idéologie.

Qui croit-on ? Trois modalités

Le croire libidinal

On croit ceux qu'on aime, avant tout père et mère et ensuite ceux qui se donnent à être tutélaires.

Le vide cognitif et perceptif initial de l'*infans* produit une aspiration *invocante* vers ce qui deviendra un appel à l'autre personne, puis se développe une activité de recherche (curiosité sexuelle) que l'offre extérieure vient combler en stimulant la production imaginaire.

Le croire « intéressé »

Croire en politique comme en économie émane selon Freud d'une pulsion d'auto conservation, le citoyen – consommateur – attend la satisfaction rapide si non immédiate de ses revendications alimentaires, pécuniaires. Il se saisit de toute promesse vaguement crédible pour y croire. Croire au Marché comme on a cru à la Providence. « There is no alternative ».

Le croire discursif

Il ne fonctionne pas principalement au pulsionnel mais au symbole. La propension à croire dans les chiffres, la « chiffroliatrie » suspend la vie sociale au déballage de statistiques : chiffre du chômage, indice boursier, enquêtes d'opinion, litanie météorologique, présentés comme incontestable, article de foi, fétiche.

Quel profit ?

La réassurance (magico-religieuse ?), le réconfort pour espoir.

Quelles pertes ?

La perte de l'indépendance de l'esprit et de la faculté de juger, la soumission à cet étranger en nous, qui nous commande : « ne devient pas ! »

La sociologie peut être définie comme la branche des sciences humaines qui cherche à comprendre et à expliquer l'impact de la dimension sociale sur les représentations (façons de penser) et les comportements humains (façons d'agir).

Parmi les nombreux objets de la sociologie, la statistique est longtemps restée la chasse gardée d'une communauté réduite d'érudits.

Apparue avec la crise de l'État Providence, la quantification néolibérale renvoie aux indicateurs du *new public management*.

La nouvelle gestion publique nie — ou en tous cas minimise — toute différence de nature entre gestion publique et gestion privée. Elle réclame une approche pragmatique des problèmes. Le credo est : Ce qui marche, c'est bien.

On ne parle plus de personne, ni d'intention, ni de désir. Chaque personne devient sa propre référence statistique, hyper personnelle, non collaborative. Exemple :

Uber a été découvert en 2014, c'est le fruit de cette conjonction technologique inédite : l'informatique, l'Internet et le Smartphone. L'Union Européenne a mis deux ans pour réagir et imaginer une régularisation. Car, sous l'apparence d'une économie participative comme alternative au capitalisme, l'ubérisation c'est le libéralisme augmenté, le super libéralisme dit entrepreneurial.

Pourquoi ?

La marchandisation de l'espace privé, qui est monétisé, la mise en question du savoir-faire et de l'expérience (quiconque peut s'improviser professeur au philosophe ou psychothérapeutes ou chauffeur de taxi), la fin de la référence à une compétence établie (exemple d'Emmanuel Macron qui préconise l'assassinat d'un certain nombre de diplômés), tout ceci suppose la disparition de certains métiers, ne fait aucune place aux anciens,

néglige les questions sociales, n'a pas de projet de service public en échappant à la contribution fiscale.

S'agit-il de la troisième révolution sociale qui va changer notre vie ?

C'est une mondialisation dans laquelle les plus forts font ce qu'ils veulent en influençant les États, par force ou par ruse (lobbying). Pas vraiment nouveau !

La quantification introduit une discontinuité dans l'usage traditionnel des statistiques par les gouvernements en introduisant un effet direct de rétroaction sur les situations et les comportements des acteurs.

Ce peut être aussi un outil de contestation puisque que « ce qui n'est pas compté, ne compte pas », comptons donc avec de nouveaux indicateurs, par exemple indicateur de richesse intégrant la santé sociale et environnementale d'un pays, pour donner un autre contenu au mot richesse.

Qu'est-ce qu'un chiffre ?

Un chiffre est un signe, ou symbole, auquel est associée une valeur numérique et dont la fonction est de représenter les nombres ou écrire un numéro.

Si les termes « chiffre » et « nombre » sont parfois confondus, ils ne sont cependant pas équivalents. À titre de comparaison, les chiffres jouent le même rôle par rapport aux nombres que les lettres par rapport aux mots. Ainsi, chiffrer un message c'est le transformer par un procédé de chiffrement.

Qu'est-ce qu'un algorithme ?

C'est une suite finie d'opérations ou d'instructions qui permet d'obtenir un résultat, indépendamment des données dont il est nourri (le choix des données recueillies reste une question autant que le but de l'opération). Exemple d'algorithme : une recette de cuisine.

Les algorithmes informatiques ont des particularités :

En préalable observons que le langage qui dit la chose doit être transformé en signes pour être métabolisé par les ordinateurs. Avec l'opération de codage tout le contexte est perdu, sans trace. C'est une transcription. Or aucune « trans-scription » n'est neutre sauf à se soumettre à une amnésie des conditions de production des informations qui changent de nom et devient : les données.

En outre, *le mot est ambigu*. Comme dans une recette de cuisine, les données sont interchangeable en fonction du marché. Le marché, qui l'a fait ? Nous cherchons en vain l'espace public comme un espace de confrontation et de choix collectif du plat de lentilles qui va nous être servi ou comment nous allons nous même être cuisinés !

Quelles sont donc ces particularités des algorithmes ?

1. On leur prête une vertu prédictive (exemple, la surveillance de la délinquance : on centralise les données géographiques et temporelles des pompiers, de la police, pour prédire les lieux et périodes de risque);
2. On leur prête aussi une forme d'intelligence, qui résulte de la sélection des données;

3. De fait, la question de la cause est rejetée;
4. Ils ne détectent que les cooccurrences (entre des éléments sans liens entre eux);
5. Ils génèrent des fictions qui ont pour nom : Modèle, Profil, Pattern, plus ou moins prédictifs, corrélations sans cause;
6. On ne parle plus d'erreur avec les algorithmes auto apprenants : plus ils ratent, plus ils s'améliorent, échappant à toute critique méthodologique;
7. Leur écriture est le résultat d'un projet;
8. Aucune morale (collective) ne peut arrêter ce qui est présenté désormais comme une loi.

C'est quoi le projet ? La prédictibilité.

Sa finalité ? Gérer les comportements sans risque.

Qui veut gérer les populations ?

Autrefois les États, aujourd'hui, nous ne savons plus.

Les Algorithmes sont créés par des entreprises dont le projet n'est pas ouvertement le bien de l'humanité, mais plus prosaïquement le pouvoir et le profit. Ces entreprises ont des moyens humains et financiers au delà de ceux des États.

Pourquoi les états n'opposent pas une régulation à ces « progrès » ?

Les dirigeants nationaux et supra nationaux sont ignorants du bond technologique opéré par l'association informatique, méga-calculateurs, objets connectés et internet.

Barak Obama, dans un discours en septembre 2016, invitait les jeunes américains à apprendre à coder et à savoir lire les codes, à ne plus se soumettre aveuglement aux « mises à jour ».

Comment en est-on venu à croire, que ce processus de gestion par le calcul pourrait être plus efficace qu'un autre, celui fondé par un jugement ?

Il est établi que la subjectivité humaine serait une source d'errements et de relativisme impropre à la bonne gestion... ce que peut éviter le calcul.

Tous les dispositifs algorithmiques nous dispensent de faire un certain nombre de choses : détecter, trier, anticiper, désirer (y compris ce que nous éprouvons comme des désirs), faire des projets ou les rejeter.

Pour le dire autrement penser, penser que nous pensons (réfléchir), juger et agir.

La gouvernance s'imposerait donc en se substituant à l'acte de gouverner en se fondant sur le réel lui-même, en soutenant l'illusion qu'il y a identité entre les données et le réel. La gouvernance ne demande pas que l'autorité soit assumée et représentée par une personne ayant cette fonction, les données – avec opacité – le font pour eux. Gouverner sans gouverner équivaut à un gouvernement acéphale, irresponsable, et par conséquent sans éthique ni morale. Gouverner n'est plus présenté comme un acte mais déduit du réel lui-même dont les calculs sont les représentants exacts.

La croyance en la volonté du Créateur – qui avait tout calculé, tout prévu –

a efficacement été utilisée pour gouverner les gouvernants du monde occidental, et au nom de cette croyance, permis toute les violences inquisitoriales.

Ce qui est recherché avec les chiffres n'est pas l'adéquation de la prédiction au réel mais la fiabilité prédictive, sans vérité.

Comment ?

En ratissant large, en vrac et en temps réel grâce au « Big data » puis en calculant les cooccurrences (récolter et calculer, ces deux opérations ne sont plus du tout coûteuses); par Internet on supprime les distances physiques, ce qui permet toutes les dilutions de l'identité dans les nuages des opérateurs, devenant eux même immatériels et furtifs. Il suffirait de recueillir des données et les traces des activités individuelles pour savoir ce dont sont capables les corps et les populations.

La lecture de nos données et nos traces invisibles seraient « le vrai » à notre égard, sans que nous puissions rendre compte de nous même, de ce qui nous fait agir, de ce que nous voulons et de ce que nous produisons, dont nos symptômes.

Cet objectif est symptomatique d'une crise de la représentation, sans métaphore et émancipé du langage, comme si les données, transformées par le chiffrage, remplaçaient le réel. Les formules donneraient accès au réel immédiat, ce qui suppose qu'il y a une réalité tangible, non ambiguë.

Qu'est ce que le nihilisme ?

Du latin nihil, « rien », c'est une doctrine ou attitude fondée sur la négation de toutes valeurs, croyances ou réalités substantielles. Par elle on a revendiqué une organisation de la société basée sur le rationalisme et le matérialisme, organisation qui a aboutit, vers 1870, au terrorisme radical.

Qu'est ce que l'animisme ?

C'est prêter des intentions aux objets.

C'est aussi ce que nous offre la croyance aux chiffres : un animisme informatique, en quelque sorte.

Qu'est ce qu'un hérétique ?

C'est quelqu'un qui pense que ce qu'il pense a un certain intérêt au-delà de la pensée dominante.

Même les physiciens ne croient pas au réel de leurs découvertes. Bien qu'ils se servent des calculs, ils savent que leurs calculs et leurs modèles sont des artifices de représentation. Pour eux, ce qui est proposé comme une exactitude de calcul, est la conséquence d'une théorie et que celle-ci va être discutée à terme.

Qu'est ce qui est fou ?

C'est d'aimer nous décharger de toute une série de responsabilités, y compris celle de nous gouverner nous-mêmes et/ou notre société !

Est-ce nouveau ?

L'autorité n'est plus assumée par aucun mais figurée illusoirement par un algorithme (comme par exemple pour l'orientation des élèves de fin de scolarité).

Un individu ne peut pas lutter contre la machine à produire des chiffres. La machine nous fait perdre notre voix, avec une machine on ne négocie pas, avec son démiurge (celui qui la programme) oui, pour autant qu'il soit identifiable.

Ce qui n'est pas nouveau c'est la tentation du totalitarisme et de la tyrannie. Ce qui est inédit, c'est le bond technologique qui réunit l'informatique, les calculateurs, Internet et les objets connectés.

Il faut être fou pour continuer à croire que c'était mieux avant. Il faut être irresponsable pour ne pas s'instruire sérieusement de ces techniques. Il faut être naïf pour croire que le progrès est la meilleure des choses.

Ce qui n'est pas nouveau c'est notre aptitude à la servitude volontaire, dont les variantes surmoïques nous sont familières. Nous les connaissons – grâce à la psychanalyse – en nous même et lorsque nous constatons ces constructions plus facilement chez les autres qu'en nous même, leurs noms sont : le déni, la censure, l'oubli, le refoulement, le rejet de la réalité, et le manque de courage.

Prothèses psychiques – psychanalyse et psychopharmacologie

Glaucia Dunley, Rio de Janeiro

Bonjour à tous, c'est un plaisir pour moi d'être ici avec vous.

Afin d'introduire certains aspects de mon texte « Prothèses psychiques – psychanalyse et psychopharmacologie », publié intégralement sur le site d'Alfapsy, je vous présente une vignette clinique sur le commencement d'une psychanalyse d'un jeune homme de 23 ans, Pierre. Il m'est venu par l'intermédiaire de sa tante, inquiète de la consommation chronique de psychotropes qu'il utilise pour traiter sa « narcolepsie ».

Qu'est ce qui m'a touchée d'emblée en l'écoutant ? Pierre parle de façon affable, il est attentif, apparemment intéressé par la perspective de faire un traitement différent du psychiatrique et du neurologique. Il me dit qu'il « ne souffre pas », au contraire « tout est très confortable... ». Affirmation qu'il répète, intrigué, en d'autres occasions au cours de la séance, comme s'il disait « c'est même trop confortable », soupçonnant peut-être que la vie ne soit pas comme cela... En fait, dit-il, « cela me dérange d'utiliser des médicaments pour traiter un sommeil horrible qui m'a pris quand j'avais 14 ans, et que j'aurai toujours si je ne prends pas 2 fois par jour les 3 cachets de Ritaline (méthylphénidate – psychostimulant pour traiter “la narcolepsie”), et depuis un an, aussi un cachet de Estavigile le soir (Modafinil, un autre psychostimulant qui agit sur le cerveau pour accroître l'état de veille, connu aussi comme “la pilule de la réussite”). Même en prenant tout cela, je n'arrive pas à me concentrer pour étudier, je suis en retard pour rentrer à l'université et en plus j'oublie beaucoup de choses... »

Il y a cinq ans, sa petite copine l'a amené chez une psychiatre qui lui a prescrit du Rivotril (clonazépam), et ensuite chez une neurologue qui a diagnostiqué la « narcolepsie », sans lui faire passer aucun examen, en lui prescrivant Ritaline, qu'il prend depuis lors. Il m'a aussi dit qu'en tant qu'adolescent il était très, très agressif, « plus qu'il était censé d'être », puisqu'il frappait ses collègues et ses amis... « ensuite, j'ai commencé à avoir ce sommeil horrible qui ne me laisse plus assister aux classes, ni rien faire ». « Ni frapper personne » dis-je. « C'est vrai, je n'ai plus jamais frappé personne ». Il reste silencieux, semblant donner du sens entre la disparition de son comportement agressif et la survenue du sommeil irrésistible. Ensuite je lui demande : « Avez-vous encore envie de frapper quelqu'un ? ». Il me répond : « Oui, j'ai trop envie de frapper mon père ». À ce moment là, il perd son ton affable et s'enrage, en disant : « j'ai envie de tuer mon père en lui donnant des coups, ce malheureux ».

Il me raconte que son père a laissé la maison quand il avait à peine deux mois et qu'ils n'ont jamais eu de bons rapports. Tout s'est passé comme si son père n'existait pas, même en habitant chez lui avec son frère. Son père prenait régulièrement du Rivotril et était, selon lui, incapable d'avoir une vie utile. Finalement il y a deux ans Pierre est venue habiter avec sa mère à Rio, où celle-ci vivait depuis longtemps. Pierre est allé voir un autre neurologue qui lui a prescrit Estavigile (modafinil) pour combattre son excessive somnolence, tout en conservant la prise de Ritaline.

Malgré les drogues, selon lui, il continue sans avoir la concentration nécessaire pour étudier. Je lui demande s'il aime la musique. Il me dit qu'il a beaucoup d'instruments chez sa mère et que le fait de jouer lui apporte un énorme plaisir et beaucoup de tranquillité. Je lui dis : « Qu'est-ce que vous en pensez d'étudier en écoutant de la musique ? » – « Très bonne idée ! » S'exclame-t-il, en disant que cela est une idée « vraiment créative » à laquelle il n'avait jamais pensé. Cette bonne réception, basée sur une affinité commune, lance les

bases pour un transfert apparemment fragile, puisque, ne l'oublions pas, il ne souffrait pas – son angoisse était complètement tamponnée par les drogues qui lui apportaient cet état de « confort étrange ».

La pulsion d'emprise ou de domination, sous sa face de pulsion de savoir, était très prégnante chez Pierre : il avait tout comprendre, expliquer, en trouver un sens, déduire les formules pendant les examens... en me dévoilant ainsi sa névrose obsessionnelle par derrière l'inhibition symptomatique qui avait pris la forme d'un sommeil irrésistible. Cette inhibition a été médicalisée (elle a reçu le nom de « narcolepsie », ensuite elle a été « médicalisée » (Ritaline, Modafinil) rendant plus difficile encore le contact de Pierre avec lui-même, au-delà de sa lutte avec les symptômes de sa névrose qui effaçaient les traces des représentations intolérables et ses affects.

Il se montre préoccupé à la fin de cette première séance du fait que je puisse lui enlever ses médicaments. Quand il revient, il me fait savoir que l'idée d'étudier ayant de la musique comme fond est bien réussie, en le laissant se concentrer sur ses études pendant des heures de suite. Selon lui, avec de la musique il réussit à se trouver du rythme et du temps. À la fin de la séance, il me dit qu'il arrête l'Estavigile, puisque « ce médicament ne sert à rien, la musique me fait beaucoup plus d'effet ».

Il ne vient pas aux séances suivantes. Je lui ai téléphoné pour avoir de ses nouvelles. Il me surprend en disant, par whatsapp, qu'il est dans sa ville natale pour fêter son anniversaire avec son père.

Je me demande comment en sommes-nous arrivés à ce point où nous médicalisons la vie, les affects bouleversés qui sont les fruits des expériences pénibles ! Comment faisons-nous taire les symptômes, ou les inhibitions par des psychotropes et, par conséquent, en empêchant un sujet de faire parler son symptôme pour lui trouver du sens et sa vérité. Au contraire, on contrôle davantage le conflit (la haine envers son père) par l'usage incompetent et abusif des médicaments, deux psychostimulants à la fois et de façon inadéquate !

J'ai donné le nom de « Prothèse psychique » à cette forme d'utilisation d'un psychotrope qui emprisonne les affects d'un sujet et même « bouleverse » la qualité d'un affect (la transformation de la haine en sentiment de « confort étrange ») au moyen d'une substitution idéale d'un neurotransmetteur soit disant « manquant » par une substance qui ne manquerait pas, qui est plus résistante, plus puissante, continue. Elle est donc plus efficace pour faire disparaître non seulement le symptôme constitué par de présumés défauts de la neurotransmission, selon la Psychiatrie biologique, mais aussi pour faire disparaître ses traces, les affects et les états-d'âme, qui permettraient au sujet de connaître le sens de son symptôme et, par conséquent, la vérité de son désir, selon Freud et Lacan : chez Pierre, sa haine et sa révolte envers son père.

La formulation d'Umberto Eco trouve tout son sens quand il dit que toutes les prothèses sont de canaux ou des médias par lesquels passent des informations. Les prothèses psychiques permettent le passage d'information bio-psycho-pharmacologique qui modifie la situation ou la folie intime du sujet dans le sens d'essayer de la normaliser, de la contrôler publiquement, à partir du pouvoir économique des groupes pharmacologiques supranationaux. Ces fabricants de maladies configurent en effet assez souvent « un trouble » dans le rapport entre le privé et le public, de l'ordre de l'invasion infiltrante et du contrôle

fin sur la vie intime des individus, caractérisant une vraie folie globale qui contribue beaucoup à dé-subjectiver des milliards de personnes en échange d'un énorme bénéfice pour le capital néolibéral. Parmi les folies publiques et globales qui seront ici discutées, comme le terrorisme et la torture, j'aimerais situer aussi la médicalisation de la vie et la « médicalisation » des sujets (et non seulement ceux qui sont en souffrance psychique).

Quelle est donc cette société dans notre post-modernité tardive qui médicalise la vie en général et transforme ce qui est trop humain en maladie ou en « trouble » psychiatrique (trouble pour qui ?), et médicalise surtout les jeunes et les enfants en dérobant leurs singularités et leurs potentialités ?

Je prétends qualifier ces deux techniques, de manipulation et de contrôle social diffus et capillaire, de Biopolitiques de la Société de Contrôle du Capitalisme Mondialisé. Elles sont venues à jour depuis quelques décennies, pendant la période tardive du capitalisme (dit humanisé ou d'inclusion !), un vrai capitalisme de dé-subjectivation, j'ose le dire, qui exige la fabrication de « sujets-objets » disponibles pour la consommation effrénée : les soi-disant « consommateurs » (de psychotropes) qui ne sont que des « objets » de consommation « pour » le Capital.

Cette croyance absolue dans la technologie, capable de nous apporter du bonheur ou au moins du bien-être, crée une sorte de fondamentalisme scientifique, non furieux, bien au contraire, subtil, immanent, et très invahissant, à partir de l'illusion de la neutralité de la science vis-à-vis des recherches appliquées et du marketing de leurs produits-marchandises réalisés par les médias fortement sponsorisés. Ces derniers multiplient l'information médicale à l'infini, et « désautorisent » la parole médicale en faveur de l'accessibilité facile aux sites Internet où les sujets s'identifient aux symptômes décrits, aux maladies, devenant des « malades imaginaires » qui nous arrivent avec des diagnostics fantastiques, un vrai délire ! On reçoit des patients « sages » et porteurs de bio-identités. Ils ne souffrent pas, il leur manque quelque chose... de l'ordre du biologique !

En prenant compte de cette croyance, de cette foi aveugle envers la connaissance scientifique, poussée par la technique dès le XVII^e siècle, qui a fait naître les neurosciences dans les années 70, permettant ainsi l'hyper développement de la psychopharmacologie, le Capital a mis en œuvre le Biopouvoir ou le pouvoir sur la vie ordinaire ou commune des personnes.

Ici, notre post-modernité dont le commencement est habituellement attribué à la période de l'après-guerre, ne sera pas neutralisée politiquement et reçoit à l'aide de la philosophie critique de Foucault, Deleuze, Felix-Guattari, Negri et Hardt le nom de *Société de contrôle* ou encore de *Société mondialisée du capitalisme tardif*, où le *Biopouvoir* et ses biopolitiques de contrôle sur la vie ordinaire des personnes sont en vigueur. Elle a succédé en partie à la Société Disciplinaire décrite par Foucault.

Dans cette société de contrôle actuelle les biotechnologies contemporaines, parmi lesquelles la psychopharmacologie, prennent tout leur sens et les conditions de leur hyper développement. Dorénavant le (bio)pouvoir est exercé par des techniques très raffinées qui visent à organiser/maîtriser directement le cerveau par l'activation des systèmes de communication, des réseaux qui créent des microsystèmes pour le « bien être » des sujets, jusqu'à ce qu'ils soient atteints par un état d'aliénation du sens de la vie et de la volonté de créer !

Les biopolitiques de contrôle se font par excellence sur le biologique, sur le somatique, le culturel, le subjectif, créant des comportements homogènes pour les sujets à partir de la microgestion des leurs impulsions cérébrales, qui sont augmentées ou diminuées, contrôlant leurs mouvements, humeurs et états-d'âmes, et surtout le temps qui cesse d'opérer comme un agent essentiel à la subjectivation. Ces biopolitiques de contrôle s'installent aussi dans les pratiques productives qui ne visent plus l'accumulation des richesses (temps de la modernité) mais plutôt la surproduction attelée au marché mondialisé volatile, basée sur le leurre du Capital Flexible et celui du Travail Immatériel (à la maison !) qui nous emprisonne dans les ruses de contrôle du Capital du *Biopouvoir*. Ce réseau de biopouvoir fait aussi fleurir le marketing, les services, les grandes groupes supranationaux qui s'autodévoient et qui contrôlent le flux des marchandises destinées à « ennivrer » les sujets-objets de la société de Contrôle / Consommation / Communication / Spectacle pour obscurcir leurs consciences et empêcher aseptiquement que les multitudes arrivent au pouvoir...

L'hyperdéveloppement de la psychopharmacologie, et ses conséquences constatées dans la médicalisation de la vie et dans la médicalisation des sujets avec les psychotropes, contribue incessamment à la dévalorisation du symbolique et même au rejet de ses représentations intolérables relatives à la souffrance psychique, ainsi qu'à la suppression des affects qui nous signalent les conditions réelles de l'existence humaine (le hasard, le péril, la mort, l'imprévisible). Il le fait en faveur de l'efficacité, de la prévisibilité, de l'accessibilité, et de la garantie du bien-être. Tout cela implique le retour des représentations rejetées ou refoulées, et de ses affects supprimés, dans le réel du corps des sujets et dans le « corps » de la culture. Dans le premier cas, sous la forme symptomatique des irruptions d'angoisse dans les crises de panique; dans le deuxième, sous les formes associées à la peur du terrorisme qui au-delà de constituer un danger réel s'associe actuellement aux formes dégradées de la vie sociale dans laquelle les liens intersubjectifs sont très affaiblis, la pauvreté et l'inégalité ont augmenté partout à l'ère du néolibéralisme, et en plus nous avons maintenant l'énorme question des réfugiés des guerres menées par les gouvernements dictatoriaux, ouvrant de l'espace à la peur névrotique et même paranoïaque de « l'autre », cet « étranger » toujours méconnu et redoutable.

Pour conclure, j'aimerais vous dire que le Capital n'est pas notre seul destin, malgré ce que nous disent les chiffres de l'industrie psychopharmacologique, en configurant à mon avis une vraie folie publique, d'ordre globale, qui prétend anéantir la singularité folle et intime qui nous constitue afin de naturaliser progressivement et de normaliser notre psychisme, nos affects, nos différences. On ne peut pas éradiquer le Capital de la planète mais on pourrait, peut-être, lui résister par les ruses d'Éros, nommées « moyens indirects » par Freud, dans « Pourquoi la guerre », pour combattre les pulsions de mort et l'indifférenciation qu'elle provoque dans la culture. Peut-être comme celle que j'ai employée en suggérant à Pierre d'étudier en écoutant de la musique ce qui l'a fait se dispenser de l'usage du Modafil.

Du point de vue de la culture, le versant « public », je crois que la psychanalyse ne peut se construire un lieu dans un monde globalisé et menacé par la Terreur que si elle s'ouvre au dialogue avec d'autres savoirs et d'autres pratiques, comme nous le faisons ici, ayant comme objectif des problèmes communs qui affligent l'humanité. Celui-ci serait précisément son

caractère « trans », d'une traversée commune de grandes questions qui nous sont imposées actuellement, relançant à la transmission psychanalytique sa propre castration, en la dépouillant de son savoir-pouvoir solitaire.

Du point de vue du sujet, le versant privé, je crois que la psychanalyse peut aussi résister à son objectalisation en réinterprétant son malaise, traduit de façon un peu pressée comme étant « des nouvelles pathologies de l'âme » ; dénaturalisant certains « troubles », quand elle convoque les « sujets technologiques » à rencontrer leur « tragédie » dans leurs impasses, leurs impossibilités, réaffirmant leur division subjective, enfin en allant au-delà des prothèses merveilleuses sous lesquelles les sujets tragiques de toujours nous arrivent souvent camouflés. Pour peut-être réussir, comme Pierre, à révéler sa haine envers son père, passionnément, sortant ainsi de l'état où « tout est très confortable » afin que la vie devienne finalement ce qu'elle est.

Tunisie : parler de torture cinq ans après...

A. Bouasker, M. Lakhoua, L. Dridi, A. Naffeti, F. Touzri, R. Bouzid (Institut Nebras)

Cinq ans après « la révolution du jasmin », la Tunisie est considérée aux yeux de la communauté internationale comme un pays phare en matière de lutte contre la torture dans la région du moyen orient et de l'Afrique du nord. En effet, la Tunisie en signant l'OPCAT (le protocole facultatif contre la torture) en 2011 s'oblige à ouvrir les lieux de détention au contrôle des instances nationales et aux organisations non gouvernementales.

En 2013, l'adoption du mécanisme national contre la torture a permis de mettre en place en avril 2016 une instance nationale de lutte contre la torture composée de seize membres élus par l'assemblée des représentants du peuple. Parmi les membres de cette instance ont été élus deux médecins dont un psychiatre. Soulignons au passage que la nouvelle constitution tunisienne classe définitivement la torture comme un crime imprescriptible.

Autant dire qu'au niveau théorique la Tunisie est devenue leader dans le monde arabe en matière de lutte contre la torture, tout comme elle l'était en 1988 date de la signature par l'état tunisien de la convention des nations unies contre la torture (UNCAT)...

Seulement il s'est avéré que les pires actes de torture, dont la pratique était institutionnalisée, ont eu lieu au début des années 90 et étaient surtout réservées aux opposants politiques mais aussi à certains détenus de droit commun. À cette époque, le circuit classique d'un opposant politique, avec comme charges retenues contre lui « appartenance à une association illégale », était de subir les pires exactions au moment de son arrestation : coups, torture positionnelle « poulet-rôti » qui est une spécificité tunisienne, torture sexuelle, supplice de la « falanga » etc. Après la sortie de prison, de longues années d'un autre type de torture suivaient sous le mode du « contrôle administratif » qui était une sorte de torture psychologique engendrant une importante désinsertion socioprofessionnelle et économique. L'ex détenu devait signer plusieurs fois par jour dans un poste de police, subir des humiliations quotidiennes et se retrouver à passer ses journées entre signatures et interrogatoires. Pour certains cette torture, à laquelle ils préféraient l'incarcération, n'a cessé que la veille du 14 janvier 2011.

Après la révolution, dès les premières semaines, des milliers de victimes ont commencé à se manifester et à briser le mur du silence et nous avons droit à des séances de catharsis où la barbarie de l'ancien régime était exposée à ciel ouvert... Ces séances avaient comme théâtre des émissions télévisées ou des réunions élargies organisées par les innombrables organismes internationaux qui ont inondé les réseaux associatifs locaux mus par une volonté affichée de soutenir le processus de justice transitionnelle, un processus encore aujourd'hui en difficulté. Par ailleurs, les partis politiques ont fait, des victimes de la torture, leur « fond de commerce » et en ont largement usé dans leurs campagnes électorales.

En même temps les associations de la société civile, qui étaient actives avant 2011, et d'autres nouvellement créées ont commencé à faire un plaidoyer pour que les victimes de la torture soient reconnues et bénéficient d'une réparation.

C'est dans ce contexte que Nebras, premier institut tunisien de réhabilitation des victimes de la torture appuyé par une organisation internationale Dignity, l'Institut Danois Contre la Torture, a vu le jour le 5 décembre 2014 après un long travail de réflexion mené par un groupe de travail constitué de professionnels de la santé (psychiatres, psychologues, médecins) ou « Task Force ».

Ce groupe a travaillé pendant deux ans pour aboutir à une institution qui accueille les

survivants de la torture et leur offre des soins de physiothérapie, de psychothérapie et d'orientation juridique selon un modèle holistique bio-psycho-social.

L'institut Nebras offre également des formations spécifiques et des cycles de renforcement de capacité pour les professionnels de la santé sur les techniques spécifiques de prise en charge des survivants de la torture.

En deux ans, Nebras a pu recevoir près de deux cents survivants de la torture entre activistes politiques et prisonniers de droit commun et ainsi prendre en charge, au plan médical, psychologique et physiologique, près de 100 survivants de la torture. Et même si la majeure partie des victimes qui se sont présentées ont été torturées avant 2011 et en particulier dans les années 90, des violences policières continuent à avoir lieu malgré toutes les résolutions et les réformes, affichées et promises par les différents gouvernements.

Comment parler de torture dans cette atmosphère postrévolutionnaire où se mêlent désillusions et espoirs nourris par des progrès notamment au niveau juridique ?

Comment parler de torture quand une montée du terrorisme, inaugurée par le premier assassinat qui a touché leader Chokri Belaid le 6 février 2013, suivi d'une série d'attentats de plus en plus sanglants, ouvre la porte à la légitimation aux yeux de l'opinion publique, de certaines pratiques de violations des droits de l'homme ?

Sachant que la torture n'est pas seulement une souffrance infligée par un représentant de l'autorité publique ou de l'État à une personne afin de lui soutirer des informations mais plutôt pour l'empêcher de parler en mettant en place un processus systématique de destruction de son intégrité psychique, sociale et relationnelle ; sachant qu'il s'agit d'une manœuvre de déshumanisation dont la victime portera l'empreinte à vie : comment en parler en Tunisie quand on est psy ?

Parler de torture revient à parler du psy qui peut se retrouver face à des situations où l'horreur est innommable et où les mots manquent aux victimes pour décrire leur ressenti.

Le thérapeute devient témoin d'une tragédie qui dépasse la seule personne torturée, qui dépasse le colloque singulier parce qu'elle concerne une violence intentionnelle exercée par une tierce personne omniprésente dans le discours de la victime.

Le bourreau n'est pas seulement celui qui frappe, qui brûle ou qui viole. Il est aussi celui qui juge, qui exclut, et qui banalise...

Le psychiatre ne pourra pas se contenter de parler de torture comme d'un trauma complexe, vu ses séquelles psychologiques profondes et durables. Il ne pourra certainement pas en parler sans aborder des notions de droit humain ni sans se questionner sur ses limites comme simple soignant ainsi que sur des considérations éthiques insoupçonnées, jamais abordées ni dans le cursus universitaire ni dans la formation médicale continue.

De l'expérience des thérapeutes de Nebras dans la prise en charge des survivants de la torture nous retiendrons que le psycho-traumatisme occasionné par la torture a la particularité d'être autrement complexe, vu l'intensité et la multitude de traumas cumulés pendant de longues années de persécution.

Parler de torture en tant que psychothérapeute nous amène à parler des difficultés à la fois techniques, l'abord de cette souffrance indicible étant nécessairement

multidisciplinaire et ensuite éthique renvoyant le thérapeute à des interrogations sur les limites et le sens de sa pratique.

Pionnier dans le domaine de la réhabilitation des survivants de la torture, l'institut Nebras multiplie les formations en techniques psychothérapeutiques centrées sur le trauma et adaptées au profil de bénéficiaires qui se présentent pour demander de l'aide. La narrative exposure therapy (NET) ou thérapie narrative par exposition a le double intérêt de permettre à la fois de débarrasser les bénéficiaires des symptômes traumatiques et de permettre d'enregistrer une documentation de la torture. Le récit recueilli pourra être déposé par l'intéressé, s'il le désire, à l'Instance vérité et dignité chargée de rétablir la vérité sur les violations des droits de l'homme en Tunisie depuis 1955 et servir comme support pour déposer des plaintes contre les bourreaux. En fournissant cette documentation et en permettant aux victimes de vaincre leur « évitement » ainsi que leurs autres symptômes traumatiques qui les réduisaient au silence et les empêchaient d'aller avec leurs témoignages devant les tribunaux, la NET participe à la lutte contre l'impunité qui constitue un des principaux obstacles à la justice transitionnelle. D'autres types de thérapies, telles que la thérapie familiale, l'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) et l'hypnose, sont également proposées aux survivants de la torture permettant un choix plus large et plus adapté aux cas qui se présentent.

Mises à part les formations visant à renforcer les capacités des thérapeutes, Nebras participe régulièrement à des congrès de psychiatrie et de médecine légale pour sensibiliser les professionnels de la santé à la question de la torture et partager l'expérience de ses thérapeutes dans ce domaine encore peu étudié par ailleurs.

Des membres du conseil scientifique de Nebras (constituée par deux psychiatres universitaires, un psychiatre d'exercice privé et un médecin légiste universitaire) ont pu encadrer la première thèse de doctorat en médecine portant sur les méthodes et les séquelles de la torture, soutenue officiellement et publiquement le 28 février 2016. Actuellement ce sont aussi deux mémoires, l'un en dommage corporel et réparation, l'autre en psychologie qui sont en cours de réalisation.

Après la signature des protocoles d'entente avec les ministères de la Santé et des Affaires sociales, Nebras continue par ailleurs à faire des actions de plaidoyer auprès des décideurs politiques pour renforcer la collaboration avec ces deux institutions dans la prise en charge des survivants de la torture et pour la formation du personnel impliqué dans la réhabilitation des survivants de la torture.

Les interventions de Nebras dans les médias nationaux et internationaux ont été à chaque fois une occasion de parler de la torture comme un crime et de la réhabilitation comme un droit, ainsi que de la nécessité d'une stratégie efficace de prévention.

Ainsi, parler de la torture cinq ans après la révolution revient à parler du processus démocratique dans le pays : Certaines avancées ont été réalisées, telle l'adoption de nouvelles conventions internationales, l'émergence de la liberté d'expression ou encore le rôle plus actif et participatif de la société civile.

Par ailleurs, les volets de la lutte et de la prévention contre la torture sont traités ou abordés par les autorités (criminalisation de la torture, réparation et réhabilitation des victimes, mécanismes de préventions, etc.), mais ils ne le sont que de façon sporadique laissant un grand fossé entre la théorie et la pratique.

Les freins à la transition démocratique sont énormes : la lourdeur de l'héritage de l'ancien régime, la persistance de l'impunité, l'absence de politique gouvernementale déterminée à lutter contre la torture, les résistances au changement des corps institutionnels ainsi que les menaces de terrorisme bousculant les agendas et les priorités politiques.

La lutte contre l'impunité passe par la sensibilisation des professionnels de la santé et leur formation en documentation des séquelles de la torture. Cette documentation fournit des preuves permettant une action judiciaire mais également pouvant jouer un rôle dissuasif pour les éventuels nouveaux tortionnaires.

La torture par ailleurs, par ses effets dévastateurs sur le psychisme des individus, peut induire des remaniements plus ou moins profonds de la personnalité et entraîner des comportements violents et autodestructeurs.

La vulnérabilité des victimes de la torture peut faire d'eux des proies faciles pour des mouvements de radicalisation. La banalisation de la torture à laquelle nous assistons suite à des opérations terroristes, le retour en force des pratiques répressives et humiliantes du passé sur des jeunes suspects d'« appartenance » à des courants extrémistes risque de les pousser plus rapidement vers la radicalisation.

Notre rôle en tant que psychiatres n'est il pas d'écouter toute la souffrance, de la frustration et de la haine des uns et des autres mais aussi de parler de la manière la plus adaptée pour réhabiliter ces survivants en leur restaurant une partie de leur humanité piétinée, de leur dignité bafouée ? La tâche s'annonce difficile et, au-delà des symptômes à traiter, le psychiatre se heurte à un mur d'obstacles aussi bien techniques qu'éthiques et politiques. La prise en charge de ce type de victimes impose une approche multidisciplinaire se situant au carrefour du médical, du social et du juridique ; d'où la nécessité de travailler en réseau et donc la nécessité de continuer à parler de torture et de réhabilitation en dehors des murs des hôpitaux psychiatriques et des cabinets de consultations...

À Propos du Terrorisme

Sofiane Zribi, psychiatre, Tunis, Tunisie

Le Terrorisme, quelle définition ?

Le Terrorisme, vieille invention de l'humain pour asservir par la peur d'autres humains, n'est pas une invention nouvelle ni un néologisme de notre vocabulaire, si riche pour décrire l'angoisse, la peur et la panique. Il serait même étonnant qu'on s'offusque de sa persistance au cœur de notre civilisation tellement il a accompagné la vie des hommes et des femmes depuis que l'homo-sapiens, autrement dit l'homme sage, existe sur terre.

Quel roi n'en a pas usé ? Quel peuple n'en a pas éprouvé les effets ? Quelle civilisation a pu être fondée sans morts, massacres et autres comportements sanguinaires envers ses ennemis ?

Il est une vérité que l'humain a toujours fait sienne : pour avoir la paix, sous-entendu « celle qui me convient », il est licite d'éliminer tous ceux qui peuvent nuire à mon bonheur.

Le terrorisme d'antan était l'arme des faibles pour soumettre les forts comme l'arme des forts pour soumettre les faibles. Acte le plus souvent atroce et choquant, le terrorisme vise à gagner la soumission de son ennemi par la peur qu'il engendre en faisant l'économie d'une guerre.

Pour ce qui intéresse le psychiatre, il me semble d'abord nécessaire de ne pas trop s'attarder sur l'origine étymologique du mot, origine bien française (P. Janet, 1872) qui remonte aux temps de la terreur qui a suivi la Révolution, ni entrer d'ailleurs dans les difficultés qu'éprouvent les hommes politiques, tout comme les sociologues, pour dessiner les limites du phénomène, pour en cerner les contours. Ainsi comme le souligne l'historien Gilles Ferragu (Ferragu, 2014) dans son *Histoire du terrorisme* qui constate « la difficulté, voire l'impossibilité de donner au terrorisme une définition objective qui fasse l'unanimité. Le terme est connoté et ses contours demeurent flous, à l'image de cette *guerre contre le terrorisme* prônée par l'administration de George W. Bush ».

Pour vous donner un exemple de cette difficulté, et du côté constamment incomplet de chaque définition, voici ce que la Convention européenne du 10 janvier 2000, pour la répression du financement du terrorisme, propose comme définition : « Tout acte destiné à tuer ou blesser grièvement un civil ou toute autre personne qui ne participe pas directement aux hostilités dans une situation de conflit armé, lorsque par sa nature ou par son contexte cet acte vise à intimider une population ou à contraindre un gouvernement ou une organisation internationale à accomplir ou à s'abstenir d'accomplir un acte quelconque. » (<http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/090>, 2000).

Le terrorisme est divers, il peut se revêtir de la forme d'une revendication politique, comme ce fut le cas lors de l'accession au pouvoir de Lénine en Russie ou avec le groupe *Narodnaia Volia*, (Grant, 1989), en Irlande du nord avec le groupe des *Féniants* devenu par la suite IRA (Resta E, 2001), en Palestine avec le groupe Sioniste *Haganah* (Quentin, 2005), puis par la suite avec le *Fatab*, le FDLP, etc.

L'Europe aussi a connu plusieurs groupes qui se sont adonnés au terrorisme. Citons à titre de rappel : les *Brigades rouges* en Italie ou *Action directe* en France, sans parler de l'ETA toujours active en Espagne (Galloux-Fournier, 1995).

Le terrorisme peut revêtir la forme d'une revendication pécuniaire ; comme ce qui se passe en Amérique du Sud avec les Narcotrafiquants ou encore politico-religieuse comme c'est le cas aujourd'hui avec Al Qaida ou l'État Islamique.

Aussi, et pour ne pas sombrer dans un débat qui nous dépasse, je me contenterai ici de proposer ma propre définition du terroriste et non du terrorisme. Est considéré comme terroriste « toute personne appartenant à un groupe organisé qui, pour des motivations religieuses, racistes, pécuniaires, sexuelles, politiques ou autres inflige par la surprise des atrocités ou des violences à une ou plusieurs personnes appartenant à un autre groupe ou population. Ces violences peuvent comprendre le meurtre, la torture, le viol, le rapt, la soumission à l'esclavage, la conversion religieuse par la force, la privation de liberté ou autres, de manière à obtenir un changement rapide à son avantage du comportement de la dite population ou simplement pour la punir elle ou ses dirigeants sans aucun égard pour le sort des victimes ».

Le Terroriste, c'est qui ?

C'est en se recentrant sur la personne du terroriste que le psychiatre peut le mieux mettre en œuvre son art pour comprendre et déchiffrer les motivations profondes et l'économie psychique complexe de ces sujets.

Cependant, on se heurte rapidement à une difficulté matérielle : très peu de personnes accusées de terrorisme se sont confiées à des psychiatres ou des psychologues. Il paraît d'emblée difficile d'en dresser un profil comme c'est le cas par exemple pour l'alcoolique, le toxicomane, le paranoïaque...

La dernière étude en date a été effectuée en Angleterre par David Canter (Canter, 2009), psychologue britannique, qui a interviewé un certain nombre de Djihadistes Pakistanais. Il en ressort qu'il n'existe pas vraiment de profil type et de motivation précise. Il rapporte que « La chose la plus inquiétante concernant les terroristes est le fait qu'ils paraissent tout à fait normaux, qu'ils sont bien éduqués et qu'ils ne montrent aucune indication de maladie mentale dans leur interaction avec le monde. »

Néanmoins, face à cette homogénéité de façade, il est évident que ce n'est pas Monsieur Tout le monde qui devient terroriste. Il existe de façon particulière un terrain, un contexte et une personnalité qui, de leur rencontre dans le temps et l'espace, forgent la vocation terroriste.

Le Contexte ?

Le contexte est évidemment celui des conflits de tous genres, les guerres, les injustices, les invasions et toutes les autres circonstances où un groupe humain est amené à faire face à un autre groupe pour défendre un territoire, un droit, une religion ou simplement sa propre culture.

René Girard (Girard, 1982) ne situe-t-il pas justement la naissance de la culture dans la violence mimétique qui mène au sacrifice du bouc émissaire pour réaliser la cohésion du groupe ?

Le terrain reste toujours délimité par les territoires de l'un ou de l'autre des protagonistes, la Palestine, Le Pays Basque, Le Timor Oriental, le Kurdistan pour ne parler

que des conflits qui nous sont proches avec, et de manière tout à fait surprenante, l'univers entier pour les groupes Islamistes. Le territoire représenté est à la fois un espace de projection identificatoire et un ciment au même titre que la religion pour la cohésion du groupe.

Le contexte où éclot le terrorisme est aussi intéressant à étudier : conflits territoriaux, dérégulations économiques, crises sociales, injustices, conflits ethniques, de races ou de religions... Les raisons sont souvent multiples et intriquées. Ainsi dans le cas du Djihadisme islamique sont évoqués pêle-mêle : le devoir prosélyte de convaincre l'humanité entière de la vérité de l'Islam, de ramener au bon chemin les musulmans qui s'en sont écartés, par la force s'il le faut. Mais aussi de reprendre possession des terres saintes, de retrouver l'âge d'or du monde Arabe et de retrouver sa puissance et son éclat, de se venger de celui qui est désigné comme ennemi absolu, à savoir, le Juif, l'Américain et l'occidental en général ainsi que ceux qu'ils considèrent comme leurs suppôts, les laïcs du monde arabe et leurs gouvernants qui refusent le califat et la Chariaa...

À cet égard, Boris Cyrulnik (Cyrulnick, 2003) rappelle que ce qui caractérise le terroriste, ce n'est pas tant son idéologie ou sa personnalité mais son mode de pensée. Il décrit une pensée linéaire, simpliste, casuistique. Le terroriste est une personne qui s'est enfermée ou a été enfermée dans une matrice affective particulière où soudain, comme dans la paranoïa, une vérité simple et limpide vient prendre possession de tout le fonctionnement mental de l'individu. La cause du mal est claire et évidente, tous les dommages observés sur terre en résultent, l'éliminer par tous les moyens, y compris par le sacrifice de soi, devient un devoir.

Le Terrorisme n'existerait pas s'il n'y avait pas une idéologie ou une religion qui le tolère ou le justifie. La capacité de l'homme à tuer et à faire souffrir d'autres hommes est illimitée, consubstantielle de la race humaine.

Pour Noah Harari (Noah Harari, 2015) rien n'existerait sans mythes imaginaires, sans une croyance collective forte à des idéaux que le contexte vient exacerber pour les rendre légitimes et opérationnels.

La Personnalité ?

Il va de soi que certaines personnalités adhèrent plus que d'autres à ce mode de pensée qui exclut la complexité, la relativité, la mesure et l'ouverture à l'autre.

Dans un premier abord on peut penser que les personnalités paranoïaques sont plus sensibles à ce type de discours et adhèrent plus facilement. Cela ne semble pas corroboré par la réalité du terrain, en particulier dans le cadre du terrorisme islamiste. En effet s'il est vrai qu'on retrouve, en examinant les agissements et les discours de certains terroristes, des éléments en faveur de la paranoïa, notre expérience montre que ce sont plutôt les sujets limites et psychopathiques qui ont tendance à être facilement fascinés par la propagande véhiculée par les réseaux sociaux.

Le sentiment de toute puissance, ou rien n'a plus d'importance que l'idéal religieux, le désir d'humilier et de se venger d'une société contraignante où on a du mal à se réaliser ou à « grimper les échelons », l'envie de se libérer de soi et d'acquérir un autre Moi, d'être

quelqu'un d'autre en quelque sorte totalement différent, d'exister et de briller aux yeux de sa famille et de ses proches sont des motivations profondes qui poussent certains jeunes à rejoindre la filière Djihadiste.

L'espace ?

L'espace dans lequel vit le terroriste est marqué lui aussi par la linéarité. Ce n'est pas un espace quadridimensionnel où le temps, même relatif, mesure les cycles et donne son tempo à la vie mais c'est en quelque sorte un espace mono-dimensionnel où le temps est figé et dont l'écoulement reste conditionné par la possibilité qu'aura l'individu à se réaliser au travers un acte de bravoure. Toute l'économie psychique devient monopolaire, orientée vers un seul but, un seul objectif vaincre et détruire son ennemi. Tout autre objectif pour lequel un humain normal s'engage dans la vie : argent, études, sexualité sont considérés comme sans intérêts et fournis en vrac afin de ne jamais être détourné de son objectif principal. L'espace linéaire est un espace sans temps et sans durée, l'individu est un point de cet espace, il se déplace selon une ligne dont il ne peut plus sortir que par la mort. D'ailleurs, la mort au combat est glorifiée. La vraie vie c'est l'Au-delà. La vie ici-bas ne peut être qu'une vie de combat et de piété.

Même l'espace qui pourrait être laissé à la souffrance, à la tristesse ou encore à la joie est réduit au minimum. L'individu est pris avec ses confrères dans une gangue collective tenace, d'où il est impossible d'échapper, qui ressemble à ce que l'on retrouve, à bien des égards, dans les mouvements sectaires.

Mais l'espace dans lequel se déroulent les actes terroristes aujourd'hui est marqué par un autre facteur : les médias. « Qu'est-ce que le terrorisme, sinon un spectacle par essence, un drame qui n'existe que par l'écho qu'il soulève dans les médias ? Tout attentat est voulu, soigneusement planifié, orchestré en fonction de sa cible : les opinions publiques. » s'interroge Pierre Mannoni (http://www.scienceshumaines.com/le-terrorisme-un-spectacle-sanglant_fr_13770.html) car si les cibles directes du terroriste sont ses pauvres victimes dont il montre la mort affreuse en spectacle (décapitations, exécutions sommaires, buchères de toutes sortes, explosion) sa cible est bien entendu le reste de la population à qui il inocule la peur et la haine de tout ce qui lui ressemble afin de couper tous les ponts de dialogue possibles entre ceux qui appartiennent à son groupe socioculturel et ses ennemis présumés.

Le Terrorisme est-il un acte de guerre ?

L'acte terroriste est en fait un acte de guerre : il permet, par la terreur qu'il engendre, de prendre le dessus sur son ennemi sans trop de dépense d'énergie.

En 1945, les USA justifiaient Hiroshima et Nagasaki par le fait que la destruction de ces deux villes avait permis d'écourter la guerre, quelques centaines de milliers de morts c'est toujours mieux aux yeux des « va-t'en guerre » que quelques millions !

Stratégiquement parlant, les actes terroristes aboutissent à des résultats rapides et probants bien mieux qu'une guerre classique surtout si on manque de moyens. L'armée

Rouge en a fait les frais en Afghanistan de même que l'armée Américaine en Irak. Pour un dollar dépensé sur un groupe terroriste il en faut mille à une armée régulière pour aboutir au même résultat tactique ou stratégique.

Et il s'agit ici aussi encore, de ne pas se tromper ! Derrière le terroriste, embrigadé, exploité, programmé, hypnotisé, envoyé à la mort sans soucis pour sa vie ni pour celles qu'il prendra, se cache toujours des décideurs de l'ombre, des intelligences froides et perverses qui, à l'image d'un Hitler, d'un Staline ou d'un Pot Pol donnent peu d'importance à la vie de certains quand il y va de leur intérêt.

Nous sommes quelque part horrifiés par le terrorisme, surpris par son idéologie d'une autre époque et d'un autre âge tout autant que par sa brutalité aveugle. Nous nous soulevons ensemble pour condamner, pour manifester, parfois même pour combattre ce mal absolu mais nous restons inertes devant ses vrais décideurs et ceux qui de loin tirent les ficelles sur ces marionnettes écervelées que sont ses agents.

De tout temps les puissances de ce monde ont manipulé des groupes extrémistes pour agir contre des puissances rivales, au nom d'idéologies diverses. La guerre froide a vu des groupes agir en Europe à la solde de la Russie, comme Bader Meinhoff en Allemagne de l'Ouest ou Action directe en France. Mehmet Ali Agça qui avait tenté d'assassiner le Pape Jean Paul II n'avais-t-il pas avoué agir pour le compte des services secrets Tchèques, eux-mêmes à la solde de Moscou ? En Amérique Latine, combien de militants de gauche ou de simples démocrates furent secrètement liquidés par la CIA ? Chaque puissance défend ses intérêts, comme elle le peut, de la façon dont elle le peut, de préférence sans s'impliquer directement en faisant agir de manière directe ou indirecte des individus ou des groupes d'individus qui servent ses intérêts.

Notre contexte actuel de société post moderne nous a donné l'illusion que l'histoire s'est arrêtée, que l'humanité a trouvé un équilibre démocratique et un modèle sociétal à même d'assurer le bonheur infini de la très grande majorité. Une illusion basée par essence sur la stabilité du modèle consumériste occidental et sur la victoire toute éphémère du modèle socio-capitaliste sur le modèle étato-communiste.

Le Terrorisme est-il une conséquence des inégalités entre les pays ?

Le fait est que sur les sept milliards d'humains qui peuplent la planète, un milliard à peine profite du modèle vie consumériste, pacifiste occidental. Six milliards d'humains vivent dans les guerres, la pauvreté ou plient sous des dictatures diverses.

Dans le cas des pays du golfe par exemple, où une frange infime de la population profite d'immenses richesses générés par la manne pétrolière, le recours au Wahhabisme et au Salafisme qui est imposé par la force à la population sert in fine l'intérêt des plus favorisés c'est-à-dire les familles régnantes et leurs proches (Louër, 2011). Nul n'est en droit de contester la volonté du Roi ou de l'émir facilement confondu avec celle du créateur. Quand des pays proches osent défier leur pouvoir, ils en payent les prix fort ! Comme c'est le cas malheureux de l'Irak, de la Syrie, de la Tunisie, de l'Algérie et dans une moindre mesure de l'Égypte.

Il arrive même que des puissances occidentales en pleine crise économique leur prêtent indirectement main forte avec une contrepartie économique.

Le système produisant la main d'œuvre terroriste est maintenant bien rodé et connu (Blin, 2005). Le recrutement se fait dans les mosquées ou via les réseaux sociaux ou de véritables gourous opèrent, recrutant à tout-va une jeunesse désabusée en mal d'être. Les recruteurs manient un double langage et maîtrisent parfaitement les techniques de communication et de persuasion. Une fois que le jeune décide de rompre avec les siens et de rejoindre le groupe extrémiste, il entre alors dans un espace de conditionnement opérant tel que décrit par Skinner (Skinner, 1953) où on valorise son acte, on fête son arrivée et on lui donne beaucoup d'importance. Il a désormais une nouvelle famille et des frères de combats qui ne vont plus le quitter jusqu'à sa mort.

Cette technique n'est pas une invention de l'Islamisme. En Israël il y a eu l'expérience du Kibboutz (Sigaut, 1991), l'occident chrétien a connu des groupes semblables de guerriers religieux qui ont combattu lors des croisades et commirent mille et un massacres. L'intervention du religieux permet de rendre licite l'illicite et de justifier la barbarie sous toutes ses formes tout en faisant une autre économie, celle de l'examen de conscience et de se libérer de toute culpabilité.

Je vous cite un petit exemple : suite à l'Appel du Pape Urbain II et du Concile de Clermont en 1095 pour libérer l'accès à la Terre Sainte, de nombreux prédicateurs populaires ont relayé le message en vue de la Croisade. Le plus connu d'entre eux était Pierre l'Ermite. Sous son commandement, des milliers de Juifs furent assassinés pour leur croyance et du simple fait qu'ils ne prêtaient pas main forte aux Croisés (Prat, 1840).

Le psychiatre dans tout cela ?

Dans cette dynamique violente le recours au psychiatre a peu de place.

Bien sûr il trouve pleinement son rôle dans l'assistance aux victimes, mais face au terroriste, sans vraie demande d'aide de la part de ce dernier, que peut-il faire ?

Le destin singulier n'a aucun sens dans une théocratie. L'individu n'est qu'un élément constituant du groupe. Il doit se soumettre à ses lois et vivre selon ses us et coutumes. Tout écart comportemental ou philosophique par rapport au principe général est vivement réprimé.

En Terre d'Islam il est même difficile de cacher son opinion du fait même des préceptes religieux en matière d'habillement, surtout pour les femmes qui ne portent pas le voile et les hommes qui continuent à se raser la barbe.

Le psychiatre du coup ne peut plus se cacher derrière sa neutralité scientifique. Il n'est plus seulement celui qui va aider à déchiffrer le sens de la souffrance qu'on lui expose, il est en même temps acteur social qui va partir non plus d'une position neutre de supposé savoir, comme aime à le rappeler Essedik Jeddi, mais d'une position d'emblée en résonance ou en contradiction avec l'énonciateur de la parole.

Au fond qu'est-ce la psychiatrie ? Si ce n'est la médecine de la liberté comme la qualifiait Henri Ey. Qu'est ce que le travail du psychiatre si ce n'est d'aider l'autre à comprendre et à

se libérer des aliénations et des écueils que le manque et le désir qui le font vivre et agir ont imprimé sa vie durant à sa maturation psychique.

Didier Anzieu, rappelait que le travail psychothérapeutique devait se faire dans le respect total de la personne du patient, de ses convictions et de ses croyances. Il rappelait aussi que le psychothérapeute n'a pas vocation à agir à l'échelle d'une société mais seulement à l'échelle d'une personne.

En fait le psychothérapeute a une position délicate par rapport à la relation où tout se passe au niveau du colloque singulier comme s'il devait de rester sourd aux bruits qui frappent à sa fenêtre pour n'entendre et écouter que la parole qui lui vient de son patient. Position à la fois sécurisante et confortable, puisqu'il ne dit rien ou presque, mais qui fait dire l'impensé, le refoulé...

Bien évidemment il intègre la culture et les croyances de ses patients comme autant d'éléments constitutifs de leurs personnalités, ils colorent les symptômes, travestissent le tableau clinique, mais le clinicien avisé saura toujours, au-delà du drame personnel qui se joue devant lui, reconnaître le conflit permanent qui se cache entre les instances de l'appareil psychique et ne perdra pas de vue que l'humain, quelle que soit sa couleur ou sa culture, est universel.

Dans un système social stable où les références culturelles et religieuses sont bien établies, où la paix sociale règne entre les enfants d'un même pays, tout cela semble évident. Mais qu'en est-il quand les soubresauts de l'histoire précipitent un pays, dans lequel il n'est plus question seulement de politique mais aussi de prosélytisme, de changement des croyances et des attitudes comportementales, de l'habillement, de la manière d'être et de penser, un pays où le lien social se trouve soudain menacé entre ceux qui acceptent un changement et ceux qui le réfutent ? Quelle est la position du psychiatre quand il est questionné par ses patients sur la position à prendre, que faire ? Que doit-il faire quand, jour après jour, parmi les plus fragiles il voit ses patients muer, changer, se transformer telle une argile molle entre les mains expertes de tuteurs de la pensée ?

La psychiatrie moderne, en ouvrant les portes de l'asile, en réduisant le nombre des lits de l'hôpital psychiatrique, dans chaque pays livre des milliers de patients à l'action dévastatrice de sectes qui les exploitent et les assujettissent tout en leur donnant l'illusion d'exister en une autre présence au monde que celle de « malade ». Les pays occidentaux connaissent bien ces questions avec le développement des phénomènes de sectes que permettent la démocratie et le respect des Droits universels. Néanmoins, la conscience majoritaire les réprouve et des recours judiciaires peuvent être intentés.

Dans les pays musulmans, la tendance salafiste n'est pas considérée comme une secte, du moins jusqu'à maintenant, juste sa frange djihadiste est considérée comme terroriste par certains pays. Pourtant, dès qu'un espace de liberté est acquis par le groupe social, c'est ce mouvement qui prend le devant de la scène. Il s'active en recrutant les jeunes, leur offre des espaces de regroupements et de réunions, travaille leurs connaissances religieuses, les sépare progressivement de leur milieu familial et en fait des soldats passionnés, prêts à tout pour défendre la Cause qu'ils considèrent comme essentielle tel un pré-requis absolu, à savoir l'imposition de la Chariaa comme Constitution et le Califat comme gouvernance politique.

Les jeunes psychotiques, qui ne sont plus à l'abri derrière les murs des hôpitaux,

sont facilement attirés par cette mouvance qui donne corps à leur dépersonnalisation et une fixation à leur délire. Je dirai qu'en se regroupant autour d'un chef à la fois bienveillant et fort qui clive le réel entre le bien et le mal, ils trouvent un certain apaisement à leur angoisse psychotique et entament un processus de translation de la schizophrénie vers la paranoïa.

À un autre niveau, il me semble que de nouveau le débat doit porter, au-delà du statut et de la fonction, sur le rôle du psychiatre. Doit-il se confiner à son action dans son cabinet ou a-t-il aussi un rôle politique, public ? La défense des droits de l'homme, des libertés individuelles, du droit à la différence est-elle du ressort du politique ou fait-elle aussi partie des conditions nécessaires à une bonne santé mentale ? Quelle est la fonction du psychiatre à un niveau sociétal et quels rapports la santé mentale entretient-elle avec la culture ?

Je pense que l'intervention du psychiatre, bien qu'extrêmement nécessaire au plan thérapeutique, ne serait-ce que pour comprendre et cerner les tenants et aboutissants de la vocation terroriste chez un individu lambda et, surtout, préciser d'avantage les voies qui mènent à cette conversion, reste malheureusement très limitée à une échelle individuelle.

Par contre une prévention, primaire et secondaire, peut être proposée.

L'intervention à un *niveau primaire* :

Elle est surtout éducative et se fait très tôt au niveau de l'école maternelle et élémentaire, en inculquant aux enfants la notion de respect de la différence, de tolérance, à communiquer au-delà des frontières, des pays, des races, des cultures, des langues et des religions. Il est impératif par exemple que les États cessent de fermer les yeux sur ces écoles où l'on enseigne la haine de l'autre, la stigmatisation de ce qui est différent de soi, ou pire encore ; nous avons pu le constater en Palestine, en Israël ainsi que dans certaines Madrassa d'Afghanistan et même en Corée du Nord. Promouvoir une éducation qui cultive la haine et le devoir de détruire l'autre devient un crime que la Loi doit punir. L'amour de la vie, l'amour de l'amour, de la musique, du chant, de la danse, de la poésie, de la littérature, du vivre-ensemble et en paix, le développement d'un esprit curieux et créatif, logique et rationnel, critique et dialectique, permet aussi de prémunir le futur adulte contre les idéologies totalitaires et son adhésion à des points de vue extrémistes.

Une *prévention secondaire* peut aussi être proposée :

Elle s'adresse en premier lieu aux personnalités vulnérables, ceux dont les enseignants ou les proches découvrent un changement inhabituel du comportement ou une vocation religieuse subite et prégnante.

Là aussi, quand on fournit au jeune un espace d'écoute où il peut se confier, où il peut parler librement de ce qui l'étouffe ou le fascine, de ce qui lui manque ou lui fait mal, peut-être même en inventant des cadres qui ne sont pas ceux dont le psy a l'habitude, il est toujours possible d'aider le sujet pour empêcher l'irréparable.

Dans le cadre de la prévention secondaire il faut aussi insister sur l'importance d'avoir à écarter, des lieux éducatifs et du leadership religieux, les personnes aux tendances extrémistes ou sectaires. De même, surtout dans les pays sous-développés il faut favoriser

le développement économique avec répartition équitable des richesses, accompagner l'instauration progressive de régimes démocratiques à forte tonalité sociale et, surtout, le faire de manière ordonnée et précise.

Récemment en France le gouvernement a mis en ligne un site web pour aider à la prévention de la radicalisation : <http://www.stop-djihadisme.gouv.fr/>. Des dizaines d'associations œuvrent pour venir en aide au plus menacés mais, malgré tous ces efforts, il faut croire que les tentacules de la pieuvre sont déjà bien enracinées dans les cités dortoirs, les ghettos culturels sans oublier les réseaux sociaux, pour espérer un changement rapide de la tendance!...

Pour la prise en charge du terroriste le débat reste largement ouvert, mais pas dans cet exposé.

Conclusion

Le Monde d'aujourd'hui continue et risque de continuer à vivre avec la menace terroriste aux racines multiples, l'humain n'ayant pas encore inventé le système égalitaire qui permettra de déraciner l'injustice de la vie des hommes, comme il n'a pas encore inventé une manière de se débarrasser de son fol désir d'avoir et de commander. Reste à opposer à tout cela la sagesse d'une éducation correcte pour tous, une oreille qui saura écouter et un bras qui saura guider quand la tentation de l'irréparable vient au cœur et aux oreilles de tous ceux qui, déçus de la vie que leur offre la société actuelle, sont tentés d'aller tuer et mourir pour avoir l'illusion de vivre.

Références

- Blin A., *Le Terrorisme*, Le Cavalier Bleu, 2005.
- Canter D., *The Faces of Terrorism*, Wiley-Blackwell, 2009.
- Cybulnick B., *Le Murmure des Fantômes*, Éd. Odile Jacob, 2003.
- Resta E., *Guerre de religions en Irlande du nord*, Éd. L'Harmattan, 2001.
- Ferragu G., *Histoire du Terrorisme*, Éd. Perrin, collection Synthèses économiques, 2014.
- Galloux-Fournier B., *Histoire de l'Europe au XX^e siècle*, Éditions Complexe, 1995.
- Girard R., *Le Bouc Émissaire*, Grasset, 1982.
- Grant W., *Political Terrorism: Theory, Tactics and Counter-Measures*, Cambridge Edition, 1989.
- <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/090>. (2000).
- Louër, L. (2011). *Les monarchies du Golfe face au printemps arabe*.
http://www.sciencespo.fr/cepi/sites/sciencespo.fr/cepi/files/intro_ll.pdf.
- Noah Harari Y., *Sapiens, une brève histoire de l'humanité*, Albin Michel, 2015.
- Janet P., *Le terrorisme employé comme système*, Revue des Deux-Mondes, 15 janv. 1872, p. 278.
- Prat H., *Pierre l'Ermite et la première croisade*, Librairie de la Reine, 1840.
- Quentin M., *Terrorisme: regards croisés*, Bruxelles, Peter Lang, 2005.
- Sigaut M., *Les deux cœurs du monde: du kibboutz à l'Intifada*, Flammarion, 1991.
- Skinner B., *Science and Human Behaviour*, MacMillan Compagny, 1953.

Du délire à deux au délire de masse¹

Riadh Ben Rejeb²

Introduction générale

Mon propos s'articule en deux temps : d'abord la présentation d'une brève vignette clinique traitant de la thématique du délire et de l'hallucination chez l'enfant. Ensuite, une discussion des différents prolongements psychopathologiques, sociaux et culturels qui peuvent découler d'une telle situation, notamment à l'échelle de la géopolitique internationale. Le fil rouge entre ces deux moments tourne autour d'une réflexion sur les notions de délire, vérité, mensonge, croyance, certitude, etc.

Commençons d'abord par le volet clinique.

Observation clinique : *Le délire à deux... et à plusieurs*

La fille que je prénomme Hasna m'a été adressée pour « suspicion de psychose infantile avec production délirante et hallucinations ». Elle était accompagnée par sa mère.

Hasna est âgée de douze ans, scolarisée en septième année de l'enseignement de base et elle est seconde de sa classe avec 14 de moyenne sur 20. Le père est responsable dans une entreprise, la mère au foyer. La famille comprend un frère âgé de neuf ans.

Hasna présente, selon la mère, des perceptions visuelles bizarres combinées à un discours qualifié d'étrange. La fille confirme cela en disant qu'elle voit des personnages moches et angoissants, à la manière des monstres, qui se projettent sur le mur de sa chambre. Ce phénomène a commencé alors qu'elle était âgée à peine de six ans. Cette situation a fait que la mère en est devenue elle-même malade. En effet, la maman a fini par voir les mêmes choses que sa fille.

Au cours du bilan psychologique auquel assistait la mère, Hasna a été très envahie par celle-ci. La mère répondait à la place de sa fille. Elle disait que ces hallucinations ont commencé avec leur déménagement vers leur nouvelle maison, que Hasna a été la première à avoir ces perceptions bizarres mais qu'actuellement, elle et ses deux enfants perçoivent la même chose et en même temps. La mère ajoute cependant, qu'alors que sa fille voit un personnage entier, elle, sa mère, ne perçoit que les yeux de ce personnage, « des yeux en noir et blanc » précise-t-elle. Quant au mari, il ne voit rien mais il entendrait des bruits, des sons bizarres.

Pendant l'entretien avec la mère, Hasna était occupée à faire un dessin libre. Il représentait plusieurs arbres fruitiers avec des couleurs très gaies. « C'est une scène de nature au printemps », dit-elle. Ce premier test situe la fillette *a priori* loin d'une quelconque organisation psychotique.

J'ai proposé ensuite le test du Rorschach à la fille en présence de sa mère et je me suis trouvé en train de réaliser de façon non programmée, ce qu'on appelle dans le jargon des tests, « un projectif de couple » mère-fille. Il faut remarquer à ce niveau que dans

1. Version allégée d'un texte paru sous le titre « Le loup et l'agneau ou l'art du mensonge systématisé et l'effacement des cultures » paru dans Riadh Ben Rejeb et Wahid Essaafi, (sous la direction de), *La croyance*. Carthage, Beit-al Hikma, 2016.

2. Professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Tunis; président fondateur de l'Association Tunisienne pour le Développement de la Psychanalyse (ATDP), centre allié de l'IPA. Directeur du *Laboratoire de Psychologie Clinique: Intersubjectivité et culture*; psychanalyste (SPP).

l'univers des tests, le « Rorschach en commun », est une technique assez répandue, plus particulièrement en Suisse (Willi, 1978-1979).

La lecture des protocoles de ce « Rorschach de couple » a permis de relever des éléments de fragilité au niveau de la personnalité de la mère axée sur une thématique de persécution. Cette mère se mit à parler spontanément d'un problème d'héritage au niveau de sa famille à elle. Elle me demanda ensuite si je n'appartenais pas à la famille de sa mère à elle, et elle finit par dire que, quand elle était petite, elle avait mangé une *osbana* (tripe farcie) dans laquelle il y avait un petit bout de papier portant l'inscription de son prénom.

Fortement armé par ces données, et ayant encore plus de doute quant à la symptomatologie de Hasna telle que présentée par sa mère, je repose la question à la fillette sur ce qu'il lui arrivait parfois de voir sur le mur. Là, elle jette un regard à sa mère comme pour obtenir son autorisation, ou pour prendre de la distance, et me dit avec un ton ferme : « Rien ». Et la maman, furieuse, se mettait à lui rappeler tel et tel évènement, tel et tel détail. Et Hasna qui lui disait : « oui, mais c'est toi qui me demandes de ne pas trop regarder le mur autrement je peux y voir des hommes ! ».

Se trouvant coincée de façon inattendue, la mère révèle alors, pour se justifier, qu'elle surveillait trop ses enfants et qu'il lui arrivait de marcher derrière sa fille sans que celle-ci ne s'en aperçoive. Elle agissait ainsi pour *voir* (il fallait plutôt dire *contrôler*) si Hasna souriait ou non et si elle était normale ou pas. Elle dit qu'elle a très peur pour ses enfants parce qu'ils sont « *delicato* »³

Qui croire dans ces conditions ? La mère ou la fille ? L'adulte ou l'enfant ? Celle qui détient l'autorité ou bien celle qui n'est censée qu'obéir ? Et puis, qui transmet à qui ? Et quoi ?

L'ensemble de ces éléments nous pousse à *supposer* que c'est la mère de Hasna qui s'avère être en fait délirante, persécutée et interprétative.

Éléments de discussion psychopathologique

Il est généralement admis depuis 1865 avec le *Traité des maladies mentales* du psychiatre allemand Wilhelm Griesinger, que l'enfant ne peut présenter de délire. Cela est dû au fait que la mobilité et la mouvance de l'enfance empêchent l'installation et la systématisation d'idées délirantes comme cela peut se voir à une époque avancée de la vie.

Dans le même sens, Paul Bizouard (1989 ; 1997), affirme dans sa synthèse consacrée à ce sujet, que l'expression d'un délire construit chez l'enfant, avec son cortège de fausses perceptions de la réalité, est une manifestation qui reste exceptionnelle.

Il n'en demeure pas moins que cette question revient périodiquement sur scène comme pour interpeller les cliniciens sur la pertinence de cette thématique. Et il faut admettre que la bibliographie sur cette question n'est pas vraiment abondante (Michaux, 1953 ; Michaux *et al.* 1955 ; Laroche, 191 ; Lebovici, 1968, 1989 ; Misès, 1989 et Gorog, 2006).

Par rapport à ces *a priori* théoriques, cette situation clinique nous met en présence de ce que Lasègue et Falret appellent depuis 1877, *la folie à deux* ou encore *la folie communiquée*, ce qui va être appelé également plus tard *la psychose partagée* ou encore *hystérie collective*, les deux

3. Emprunt lexical italien signifiant « fragile ».

appellations ne recouvrant pas le même type de « folie à plusieurs ». La *CIM-10* parle de « trouble délirant induit » (1992) et le *DSM-IV* reconnaît le « trouble psychotique partagé » (Guelfi, 1996).

Le phénomène existait déjà et avait été bien répertorié et nommé par les psychiatres de l'époque. Dans les années 1950, Michaux et ses collaborateurs parlaient d'*un délire induit*. L'élément inducteur, dans cette observation clinique, est la mère qui *impose* le délire à sa fille. C'est comme si la mère avait décrété (inconsciemment) d'une part que ses enfants sont fragiles, et qu'il fallait ensuite objectiver cette fragilité en leur attribuant une pathologie précise. L'enfant, dans une passivité extrême, s'est en fait appropriée le délire (mais aussi les hallucinations) de sa mère pour les amplifier et les diffuser. Elle s'est située en tant que miroir, reflet du délire maternel. En partageant les *croyances* de sa mère, la fille la *maintenait*, la *portait* et la *supportait*, comme elle le pouvait, dans une sorte de position verticale.

S. Lebovici (1989) soulignait le rôle de la *contagion*, de la *soumission* et de la *dépendance* de l'enfant ainsi que le facteur *imitation* dans le délire induit. Autant de mots-clés importants pour ce qui va suivre au niveau du second volet de mon texte. Lebovici parle également d'un mécanisme central qui s'appellerait *l'identification à l'inducteur*. Bien entendu, dans le cas présent, les fonctions de ces manifestations délirantes de l'enfant sont au service des projets inconscients de la mère.

Comment soigner la souffrance psychique dans ce cas ?

J'avais proposé alors plusieurs formules de suivi psychothérapique dont la prise en charge conjointe mère-enfant dans un premier temps. Mais la mère, dans son fonctionnement hermétique, a préféré ne pas donner suite à tout cela.

Peut-on concevoir, à partir de cette vignette clinique, une extrapolation pour discuter de l'*induction* voire de la *provocation* du délire et de la folie sur une autre échelle ?

Cette question ouvre le second volet de mon texte. Le volet « clinique individuelle » cède la place à la « clinique des groupes » et à ce que Freud a désigné en 1921 par « la psychologie des foules », traduit de l'allemand parfois par « psychologie collective ».

Commençons d'abord, dans un premier temps par remplacer les individus humains par des animaux, puis par d'autres entités, des États par exemple. On comprendra mieux alors les raisons qui ont déjà amené Freud à publier en 1929 son ouvrage *Malaise dans la civilisation*, traduit ensuite sous le titre de *Malaise dans la culture*, ainsi que les raisons qui ont amené Hannah Arendt à écrire un ouvrage au titre semblable, *La crise de la culture* (1968). Ce malaise et cette crise ne cessent d'empirer depuis.

« Le loup et l'agneau », ou de la métaphore animale

Cette fameuse fable fait partie de plusieurs recueils dont celui de Jean de La Fontaine. Les pensées, actions et paroles sont attribuées aux animaux pour servir d'exemples éducatifs et leçons de morale destinés bien évidemment aux humains.

Voici une synthèse de cette courte histoire :

« Un loup, voyant un agneau qui buvait à une rivière, voulut avancer un faux prétexte pour le dévorer. C'est pourquoi, bien qu'il fût lui-même en amont, il accusa l'agneau de troubler l'eau et de l'empêcher de boire. L'agneau répondit sincèrement qu'il ne buvait que du bout des lèvres, et que d'ailleurs, étant à l'aval, il ne pouvait troubler l'eau à l'amont. Le loup, ayant manqué son effet, reprit : "Mais l'an passé tu as insulté mon père". L'agneau répondit : "Mais je n'étais même pas né à cette époque". Alors le loup énervé reprit : "Quelle que soit ta facilité à te justifier, je te mangerai quand même" ».

Cette fable montre d'abord et de façon claire, comme l'a écrit La Fontaine en début de son texte, que « La raison du plus fort est toujours la meilleure ». Aucun dialogue ou négociation n'est en effet possible quand le plus fort a décidé, sur la base de sa logique et de ses intérêts à lui, d'avoir le dernier mot.

Cette fable soulève ensuite le débat des rapports ainsi que des limites entre *raison*, *logique*, *vérité*, *opinion*, *mensonge*, *folie*, etc.

Pour confirmer le principe véhiculé par cette fable, Henri Bergson écrivait en écho dans son ouvrage *Les deux sources de la morale et de la religion* : « *L'Homo Sapiens*, seul être doué de raison, est le seul aussi qui puisse suspendre son existence à des choses déraisonnables » (1932 ; éd. 1993, p. 100).

En effet, cet « animal politique » (Bergson, *id.*, p 102), est capable de commettre toutes sortes d'horreurs : crimes de guerres, génocides, épurations ethniques, etc. sur la base d'intérêts personnels et égoïstes (Ben Rejeb, 2001, p. 13). Pour justifier ses génocides, l'homme applique la règle de « diviser pour tuer » (de Swaan, 2016).

Évidemment, la logique du plus fort sous-entend, au-delà de la force physique, la puissance militaire et économique, celle du marché financier mais également la puissance médiatique. Autant de moyens subtils et perfides qui permettent de dominer les autres.

Deux principales questions me viennent à l'esprit :

1. Comment peut-on interpréter, dans ces conditions, la politique de la mondialisation, la décision d'appliquer un « nouvel ordre mondial » ? Et puis, *mondialisation* ou *domination du monde* ?

2. Y a-t-il eu des enjeux souterrains au phénomène appelé « le printemps arabe » ?

Concernant le premier point : la mondialisation permet-elle la possibilité de ne pas être semblable et le droit à la différence culturelle ?

Quand une civilisation donnée diffuse et transmet à travers ses médias « intelligents » sa façon de voir le monde, ses valeurs morales, sa vision politique et économique, jusqu'à imposer sa propre référence monétaire, sa banque mondiale, son système de classification des maladies, ses firmes pharmaceutiques, ses sociétés cinématographiques, ses normes de publications, etc., ne cherche-t-elle pas à induire chez les autres un état de dépendance, de soumission et d'alignement voire d'aliénation ? Cela ne finit-il pas par favoriser la culture de l'identique et du même, et effacer les spécificités symboliques et imaginaires des différentes civilisations et cultures en présence ? Ne cherche-t-on pas à uniformiser et standardiser l'humanité en l'introduisant de force sur le lit de Procuste ?

Désormais, on essaie d'imposer à tous la même manière de penser, la même langue, les mêmes normes, et c'est l'industrie robotique de clones. À chacun son formatage des esprits.

Déjà, l'histoire nous a montré des exemples de partage de faux principes, de fausses croyances et de fausses idéologies et pourquoi pas de la folie. Rappelons-nous « la psychologie de masse » du nazisme, du fascisme (Reich, 1933), et d'autres systèmes totalitaires et obscurantistes (dont ceux de Staline, Pol Pot), la guerre au Viêt-Nam, celle du Rwanda, l'ex-Yougoslavie, et bien d'autres. Or, quand on se noie dans la foule, le Moi risque de perdre ses repères individuels et tombe sous la menace de basculer facilement vers toutes les formes de croyances et d'extrémismes aveugles (Freud, 1921). Le mal devient « banal » (Arendt, 1963).

Mais on a tendance à oublier que la croyance peut aussi être synonyme d'appartenance identitaire, ethnique, confessionnelle et être une forme de résistance contre la fusion ou contre l'anéantissement. Le malaise existentiel peut favoriser le développement de nouveaux courants religieux, de nouvelles sectes et de nouveaux « clubs » proposant une mise à jour au niveau des façons de voir le monde. La croyance se transforme alors en une arme capable de tuer.

Le monde humain semble à l'évidence manquer de sagesse, de raison et surtout de respect de l'autre et de sa différence. Là réside tout le pouvoir des effets insidieux de la domination, de la manipulation et d'une forme de « normalisation » des conduites humaines dans le monde, effets qui vont malheureusement à l'encontre des particularités culturelles. Cela n'est-il pas en soi une forme de fanatisme ?

Le mythe de Babel ne vise-il pas plutôt à montrer que l'humanité ne peut parler une seule et unique langue et qu'un pareil système est condamné à s'autodétruire ? N'est-ce pas une leçon pour illustrer l'échec de tout désir d'uniformisation et un plaidoyer pour le respect du particulier ?

Comment s'étonner ensuite du développement de tous ces mouvements *radicaux* visant à laver l'affront de façon sanguinaire, se demande Gérard Haddad (2015) pour qui, le radicalisme est le résultat de blessures narcissiques et identitaires ?

N'y a-t-il pas d'autres moyens plus sublimés pour contrôler toutes ces pulsions destructrices chez l'homme et pour contrôler ces « nouveaux sauvages »⁴ ou ces pseudo-intelligents qui vont, encore pour des besoins de domination économique, jusqu'à provoquer la folie chez la vache. Ils sont bien doués ces humains « pour rendre l'autre fou »⁵ !

4. Voir à ce propos *Les nouveaux sauvages* de D. Szifron (2014), film à sketches argentin-espagnol produit entre autres par P. Almodovar.

5. Clin d'œil au titre du livre d'Harold Searles : *L'effort de rendre l'autre fou* (1959).

Bibliographie

- Arendt H. (1963), *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*. Paris, Gallimard, 1966.
- Arendt H. (1968), *La crise de la culture. Huit exercices de pensée politique*. Paris, Gallimard, 1972.
- Arendt H. (1972), *Du mensonge à la violence: Essais de politique contemporaine*. Paris, Calmann-Levy, 2002.
- Badiou A., *Notre mal vient de plus loin. Penser les tueries du 13 novembre*. Paris, Fayard, 2016.
- Ben Rejeb R., *Intelligence, test et culture. Le contexte tunisien*. Paris, L'Harmattan, 2001.
- Ben Rejeb R., « Quand le totem n'est plus tabou. Violence sacrificielle dans la culture arabo-musulmane » ; dans *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Cliniques maghrébines*. Préface de Daniel Widlöcher. Paris, In-Press Éditions, 2003.
- Ben Rejeb R., « Pourquoi la violence ? ». In *La Violence*. Actes de la XI^e Rencontre Internationale de Carthage (8-11 avril 2008). Carthage, Académie tunisienne des Sciences, des Lettres et des Arts, Beït al-Hikma, 2009.
- Bergson H. (1932), *Les deux sources de la morale et de la religion*. Tunis, Cérès édition, 1993.
- Bizouard P., « Clinique des expressions délirantes chez l'enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1989, 37, 45-48.
- Bizouard P., « Le délire chez l'enfant ». In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1997, tome 2, pp 1315-1323.
- Chambry E., *Ésope: Fables*. Paris, Les Belles Lettres, 1927.
- CIM 10, *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris, Masson, 1992.
- Freud S. (1921) *Psychologie des foules et analyse du Moi*. Paris, Payot, 2012.
- Freud S. (1924), « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » (1924), trad. D. Guérineau, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973 et trad. coll. In *Œuvres complètes*, xvii, Paris, PUF, 1992.
- Freud S. (1929), *Malaise dans la civilisation*. trad. Ch. et J. Odier. Paris, PUF, 1979.
- Gorog J. J., « La pertinence du délire chez l'enfant ». *Figures de la psychanalyse*, 2006, 2, n° 14, p. 73-81.
- Griesinger W. (1845), *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*. Traduit de l'allemand par Paul Arthur Doumic. Paris, Adrien Delahaye Éditeur, 1865.
- Guelfi D., *DSM IV, Manuel Diagnostic et Statistiques des Troubles Mentaux*. Traduction française. Paris, Masson, 1996.
- Haddad G., *Dans la main droite de Dieu: Psychanalyse du fanatisme*. Paris, Premier Parallèle, 2015.
- Hassner P. & Andréani G. (Éd.), *Justifier la guerre?* Paris, Presses de Sciences Po, 2013.
- Hobbes T. (1651) *Léviathan*. Paris, Folio, 2000.
- Ibn al-Muqaffa, *Kalila et Demna*. Paris, Al-Bouraq, 2011.
- Ibn Khaldoun (1868), *Prologomènes*. Paris, Sindbad, 1997.
- Kepel J. (1991), *La revanche de Dieu. Chrétiens, juifs et musulmans à la conquête du monde*. Paris, Seuil, réédition augmentée, 2003.
- La Fontaine J. De, *Fables*. Paris, Poche, 2002.
- Laroche J., « Les idées délirantes de l'enfant ». *Psychiatrie de l'enfant*, 1961, 1, 4, 2-63.
- Lasègue C. et Falret J. (1877), « La folie à deux ou la folie communiquée ». In *Analectes Laboratoires Théraplix*, Paris, 1979.
- Lebovici S., « Les idées délirantes et le délire chez l'enfant ». *Revue Médecine*, 1968, 1981-1985.
- Lebovici S., « À propos des productions imaginaires chez l'enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1989, 37, 2-3, 80.
- Levi-Strauss C., *Nous sommes tous des cannibales*. Paris, Seuil, 2013.
- Lorenzi J. H. & Berrebi M., *Un monde de violence. L'économie mondiale 2015-2030*. Paris, Eyrolles, 2014.
- Michaux C., « Pathologie de l'imagination chez l'enfant et l'adolescent ». *Revue du Praticien*, 1953, 3, 17, 1179-1186.
- Michaux C., Saulnier M. et Dehelly J., « À propos du délire induit chez l'enfant ». *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1955, 12, 6.
- Misès R., « Les constructions délirantes chez l'enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1989, 37, 93-96.
- Reich W. (1933), *La psychologie de masse du fascisme*. Paris, Payot, 1974.
- Saramago J. (1995), *L'aveuglement*. Paris, Seuil, 1997.
- Searles H. (1959), *L'effort de rendre l'autre fou*. Paris, Gallimard, 2003.
- Swaan de A., *Diviser pour tuer*. Paris, Seuil, 2016.
- Willi J., « La passation en commun du Rorschach. Un test d'interaction direct ». *Bulletin de Psychologie*, 1978-1979, tome xxxii, n° 339, p. 279-282.
- Zizek, S., *Irak, le chaudron cassé*. Paris, Flammarion, 2005.

Filmographie

- Anderson P. T. (2013) *The Master* (Le Maître), avec Philip Seymour Hoffman et Joaquin Phoenix.
- Fincher D. (1999) *Fight club* avec Brad Pitt et Edward Norton.
- Szifron D. (2014), *Les nouveaux sauvages*. Film à sketches argentinno-espagnol, produit entre autres par Pedro Almodovar.

Folie privée, destructivité et aménagements de cadre

Carine Khouri Naja

Introduction : histoire de la folie

Folie privée, folie psychique, titre de colloque pouvant aujourd'hui nous sembler aller de soi. Pourtant, que de siècles de luttes, de tourments et de cheminement aura-t-il fallu pour pouvoir être là ce soir et réfléchir ensemble à la thématique si controversée de la folie... Que de chemin parcouru depuis le Moyen-âge où il s'agissait d'exclure pour guérir, d'enfermer le malade – le lépreux tout d'abord puis ensuite le fou – pour se défendre de la peur du mal¹ qu'il représentait.

À la Renaissance, l'on voit apparaître la « Nef des fous », ces bateaux qui menaient leur cargaison insensée d'une ville à l'autre et accentuaient davantage encore la situation liminaire du fou, passager par excellence, prisonnier du passage, même s'il n'était plus silhouette ridicule mais être fascinant, détenteur de vérité et de savoir.

L'internement fait suite à l'embarquement, la « Nef des fous » est amarrée : le XVII^e siècle invente l'espace d'internement qui devient « chose de police »². Il n'est pas question de guérir mais de corriger, le but étant un sage repentir. Le fou est alors enfermé avec les vénériens, les débauchés, les libertins et les homosexuels.

Tout au long du XVIII^e siècle, une médecine se développe où le médecin inaugure avec le patient son premier dialogue. Pourtant, jusqu'au début du XIX^e siècle, les fous restent des monstres, des êtres que l'on montre et ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que les maisons d'internement disparaissent, qu'avec Pinel on s'indigne du traitement inhumain qui leur est imposé.

Toutefois, la révolution française n'a pas libéré le fou, elle l'a médicalisé, enfermé dans une définition médicale univoque où la folie ne trouve plus de vérité que par le regard objectivant de l'Autre, du médecin. L'histoire de la folie depuis le XIX^e siècle doit être ainsi comprise comme l'aménagement d'un dispositif de capture où l'on n'enferme plus pour corriger mais pour soigner (Foucault).

Il fallut l'intervention des aliénistes, des premiers psychiatres de l'époque, à l'instar de Pinel, d'Esquirol, de Clérambault, pour ne citer que les plus illustres, pour que la folie prenne un visage humain et soit comprise dans l'expérience moderne, comme le désordre des facultés humaines.

Il fallut surtout le génie créateur de Sigmund Freud pour inventer la psychanalyse et se mettre à l'écoute de la folie, de la folie psychique de chaque analysant pris dans sa singularité propre. Ses successeurs tels Mélanie Klein, Winnicott, Searles, Bion et bien d'autres encore, se sont attelés à reculer encore les limites de l'analysable en ouvrant les portes de la psychanalyse aux sujets jugés jusque-là inanalysables (patients psychotiques, états-limites, etc.).

Il fallut ce long cheminement pour ne pas sursauter en écoutant un analyste tel André Green réhabiliter la folie privée et pour pouvoir chanter aujourd'hui les louanges de la folie...

1. Foucault M. (1972), *L'histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 688 pages.

2. *Ibid*, page 91.

Folie privée et destructivité

Si le fait de comprendre intellectuellement les concepts analytiques, tel celui de « folie privée », peut sembler être chose aisée, s'y confronter dans le cadre de la clinique est fondamentalement différent, souvent très éprouvant et cela, seuls peuvent nous l'apprendre nos analysants qui, comme l'a si bien dit Winnicott, paient pour nous instruire...

André Green parle de « folie privée » pour évoquer ces analysants pétris de destructivité, rongés par la logique du désespoir, ces sujets pour lesquels « la recherche du déplaisir s'est substituée à la recherche du plaisir, l'évitement du déplaisir est devenu évitement du plaisir »³. Avec ces patients dit-il, l'analyste « doit s'exercer à des modes de pensée de plus en plus éloignés de la logique rationnelle. La logique du principe de plaisir paraît beaucoup trop simple par rapport à la folie privée de ces analysants [...] qui ne se révèle que dans la relation transférentielle. Lorsqu'enfin, on a accès à la folie privée du patient »⁴.

Vignette clinique

Mon principal « percepteur » en la matière fut Vincent, un jeune homme d'une trentaine d'années qui consulte à la suite d'une dépression causée par une rupture sentimentale. Le prénom choisi est évidemment fictif, en référence à Vincent Van Gogh avec lequel cet analysant partage le talent, cette folie créatrice exceptionnelle... Vincent décrit sa relation avec sa copine en termes de dépendance qui l'anéantissait, à l'instar de toutes ses relations tant amicales qu'affectives et familiales se caractérisant toujours par une très forte dépendance. Pour lui, toute séparation ne peut se faire que dans la douleur, il parle « d'écorchement » lorsqu'il a à se séparer des personnes aimées, écorchements toutefois nécessaires, selon lui. Vincent annonce ainsi très vite la couleur, ses relations de type anaclitique, son angoisse de perte d'objet, angoisse sans nom, débordante.

Il évoque sa fragilité, l'absence d'enveloppe qui le protège du monde extérieur et répète bien que « tout le traverse », ce qui nous amène évidemment à penser au concept de Moi-peau d'Anzieu⁵, cette sorte d'enveloppe qui permet à l'enfant de contenir sa vie psychique, le protégeant des agressions du monde extérieur.

Vincent a un lourd vécu abandonnique : à l'âge de sept mois, sa mère a dû quitter le domicile conjugal à la suite de conflits avec son époux et se séparer de lui durant toute une année, abandon terrible survenu à un âge précoce, préverbal, au cours duquel il ne disposait pas encore de mots pour dire son traumatisme.

Très vite, la relation transférentielle, de contenant et sécurisante, fut vécue comme menaçante ; l'élément particulier de la cure de Vincent demeurait son besoin de maintenir à tout prix une relation avec un mauvais objet interne. J'eus ainsi droit aux attaques,

3. Green A. (1990), *in La folie privée*. Paris, Gallimard, p. 56.

4. Anzieu D. (1985), *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod, 235 pages.

5. Le Moi-peau est la figuration dont le Moi de l'enfant se sert, au cours des phases précoces de son développement, pour se représenter lui-même comme Moi comprenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps. L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique qui assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

critiques, reproches sans fin adressés, nous le savons bien, à la « mauvaise mère » que je suis, tour à tour abandonnique et intrusive...

En proie à une hémorragie narcissique continue, habité de pulsions de mort, il se plaignait constamment d'être seul, livré à sa propre destructivité. C'est comme s'il ne connaissait que ce schéma, le seul possible, à savoir la représentation de l'analyste comme figure abandonnique, mauvaise, sans laquelle il ne pourrait exister. Ce qu'il demandait était en soi paradoxal : que je sois la bonne mère, présente, contenante et en même temps la mauvaise mère, la seule réelle qu'il connaissait. Il m'enverra d'ailleurs le message suivant qui illustre bien la dimension transférentielle :

« La seule chose qui m'intéresse vraiment, c'est la mort... Une odeur de pourriture, de mensonge, se sentirait partout dans mes paroles. Une personne qui souffre, et n'arrive plus à tolérer sa douleur. Disciple de la mort. Je vous déteste tous, pour me laisser souffrir autant. Je déteste ce monde. Je vous déteste. Je haie tout. »

Nous retrouvons chez Vincent, à l'instar des analysants chapeautés par Thanatos, une lutte éperdue contre un vécu dépressif léthal que Bergeret désigne par le terme d'« hémorragie narcissique ». Pour ces patients, seul est réel ce qui n'est pas là, ce qui fait souffrir par son absence. La seule réalité vraie est constituée par des objets qui n'ont d'existence que parce qu'ils procurent déception et déplaisir. La logique du désespoir s'applique à prouver que l'objet est mauvais, hostile et incompréhensible ; les liens s'établissent de manière à confirmer que le résultat de la liaison n'est jamais positif.

Modalités transféro-contre-transférentielles

Les modalités transférentielles se caractérisent par la prégnance des pulsions de mort et impliquent la répétition d'une carence. Or, comment travailler la carence en analyse sans s'offrir comme objet substitutif à celle-ci ? Et dans pareil cas, il est si fatigant d'être un mauvais sein, d'être confrontés au transfert négatif, à la folie privée et d'expérimenter ce que Pontalis⁶ désigne par le « touché au vif – touché au mort » de certains contre-transferts, à savoir la mort de la réalité psychique et son emprise sur le contre-transfert.

Le transfert négatif est constitué, nous le savons bien, des sentiments ou des mouvements agressifs, violents et haineux à l'égard de l'analyste ou de l'analyse et s'exprime par l'attaque de l'analyste et du cadre. Il est propre à tous les patients et demeure symbolisable à la faveur de l'interprétation. Il n'y aurait pas d'analyse s'il n'était entendu et interprété par l'analyste.

Par contre, le transfert « négativant » et destructeur (Thierry Bokanowski) ou ce que J. Cournut désigne par le *transfert négatif de mort* « immobilise le processus et la vie psychique du patient, comme celle de l'analyste. Il est d'une toute autre nature que le transfert négatif car c'est un transfert de type "mortifère", régi par les pulsions destructrices »⁷.

6. Pontalis J.-B. (1977), « À partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés », & « Sur le travail de la mort », in *Entre le rêve et la douleur*, Paris, Gallimard, in Bokanowski T., *Le concept de pulsion de mort, bibliographie critique des auteurs psychanalytiques français*, in *Psychanalyse*, p. 25.

7. Bokanowski T. (2005), *Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative*, Introduction à la psychanalyse de l'adulte, Vulpian, p. 9.

Sa dangerosité consiste dans les attaques, le plus souvent silencieuses, contre l'analyse et contre l'activité de pensée, aussi bien celle du patient que celle de l'analyste. L'analysant exprime ainsi son emprisonnement dans un objet primaire imprévisible, haineux, à la fois rejetant et intrusif, absent et envahissant. Cet autre message envoyé par Vincent illustre bien cela :

« Je te hais madame, pour m'avoir abandonné dans cet abîme. Je sais pour toi, tu m'as pas abandonné. Tu es toujours là, à m'attendre. Mais ce n'est qu'une blague pour moi, c'est se moquer de ma souffrance. »

On entre alors dans le domaine de « l'anti-processus qui vide le parcours analytique de sa fécondité, le rendant stérile et dévitalisé ». Les traumatismes qui ont pu marquer la petite enfance du patient s'expriment « sous la forme d'une relation douloureuse, narcissiquement blessée et blessante, qui répète les failles de la relation de base avec des premiers objets non-fiables et non-contenants »⁸.

Qu'induisent en nous, analystes, ces sujets pour qui « l'absence est plus réelle que la présence [...] l'objet qui n'est pas là existe plus que celui qu'ils côtoient »⁹ ? Dans la névrose de transfert, c'est la répétition d'une relation passée qui prédomine, tandis que dans la « psychose de transfert », le patient se sert de l'analyste comme support d'une projection délirante : ce dernier devient l'objet de transfert sans distinction avec l'objet d'origine. Or, « chaque usage transférentiel de l'analyste est une destruction de sa vraie personnalité : cet emploi cruel de l'analyste est nécessaire, mais comment peut-il le supporter ? L'absence de distance requiert un engagement qui peut aller de la fusion à la confusion »¹⁰.

Dès lors que le patient met en scène la manière dont il se sent traité par ses objets, l'analyste se retrouve inmanquablement dans la situation d'un objet primaire haïssable car défaillant, ce qui fait de lui un objet mauvais, hostile, intrusif, incompréhensif, indifférent et dont il est dit que l'on ne peut rien attendre.

Ce transfert est « unidimensionnel par la quasi-réduction à zéro de la distance entre l'analyste réel et imaginaire. L'analyste ne représente pas, il est le personnage parental »¹¹. Il devra être là en personne, non plus là comme analyste – c'est-à-dire comme interprétant –, mais comme celui qui dément la répétition du traumatisme. Ensuite, il devra aussi être là comme analyste, comme celui qui cherche à dégager le sens historique de ce qui est engagé. Il n'interprète pas le désir du sujet, il reconstruit l'expérience subjective non subjectivée.

Destructivité et aménagements du cadre

De ce fait, la question que nous nous sommes très vite posée en ce qui concerne Vincent, mais aussi les analysants chez lesquels la charge mortifère est élevée et prégnante, a été de savoir s'il fallait aménager le cadre de sorte à offrir une contenance qui démente l'imaginaire maternelle abandonnique, chaotique, la seule qu'ils aient eue ?

8. *Ibid.*

9. Winnicott D.W., cité in Bergeret J. et Reid W. (2003), *Narcissisme et états limites*. Paris, Dunod, 246 pages.

10. Thompson C., « Le contre-transfert est-il un cadre ? », in André J., *Transfert et états limites*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de la psychanalyse, p. 37.

11. Reid W., « Omnipotence et transfert unidimensionnel », in Bergeret J. et Reid W. (2003), *op.cit.*

Permettre à Margaret Little d'effectuer l'expérience subjective d'un objet-miroir, fiable de soi et de ses états internes, fut la gageure de Winnicott. Ses agissements allant dans le sens d'un maternage ont toujours eu pour finalité de démentir l'aspect délirant du transfert d'une imago maternelle sans empathie.

Lorsque Little rapporte que son analyste lui tenait les deux mains serrées entre les siennes, pendant de longues heures, tandis qu'elle-même était allongée « cachée sous la couverture, silencieuse, inerte, renfermée, paniquée, enragée, ou en larmes, endormie et quelque fois rêvant », elle situe ces mains du côté du cadre : « les mains sont les mains du holding, ou encore celle d'un environnement facilitant. Des mains non sexuelles, celles de la good enough mother, la mère de l'attachement et de l'amour primaire, « avant que le diable s'en mêle »¹².

À une certaine période de sa cure, au cours de la quatrième année, Vincent a pris l'habitude de me bombarder de messages de manière intensive, offensive et répétitive, des messages qui m'agressaient de manière quasi-quotidienne, durant la journée mais surtout la nuit, de sorte que j'avais l'impression de le « porter » comme une mère porte en elle son fœtus en gestation. Comme tel, il se nourrissait de mon énergie, de ma vitalité, de mes pulsions de vie. Longtemps, j'ai pensé lui demander de cesser d'envoyer des SMS et des courriels et de se limiter au temps qui lui est imparti, dans le cadre de sa cure... Mais une intuition que je choisis d'écouter me disait, au contraire, l'importance de respecter ce lien transférentiel dont il avait besoin, vu son incapacité à « emporter » fantasmatiquement le cadre. Résonnait en moi sa litanie :

« Tu ne comprends pas que, dès que je franchis le seuil de ton cabinet, tout le “bon” dont je fais le plein chez toi et avec toi disparaît, s'écoule, se perd. Je suis tel un récipient sans fond, où rien ne dure... »

C'est dans cet état d'esprit que je décidai, sans en avoir vraiment le choix, de recevoir les messages de Vincent comme faisant partie intégrante de sa cure, c'est-à-dire de les reprendre avec lui, de les interpréter afin de tisser cette aire transitionnelle qui le contiendrait entre les séances. Toutefois, je ne répondais jamais moi-même à ses messages.

Pourrait-on supposer que les aménagements du cadre à travers la cure de Vincent (notamment l'inclusion de messages) l'auraient mis sur la voie de l'intériorisation d'une imago maternelle contenante ? Nous le croyons fortement. Était-ce un passage obligé afin de lui signifier l'environnement facilitant dans lequel il se trouvait et où il pouvait enfin se sentir en sécurité ? Probablement... En attestent ses paroles prononcées vers la fin de sa cure où, en sanglots, il me confia qu'il aurait été tellement plus simple pour lui s'il avait pu me voir telle que j'étais en réalité et non saturée de sa propre subjectivité, à savoir mauvaise, abandonnique, tyrannique...

12. Little M. (1981, 2005), *Des états limites*. Paris, Éditions des femmes, 590 pages.

Conclusion

Il semble que les analysants pétris de destructivité ressentent le besoin d'aménager sur la scène analytique un espace transitionnel, une sorte d'ébauche de bon objet intériorisé ayant pu affleurer lorsque la cure est déjà bien avancée et qu'elle est parvenue à démentir quelque peu l'imgo maternelle abandonnique qu'ils ont connue. Or, quoique les sujets névrotiques ne fassent pas l'impasse de cette transitionnalité, ils se trouvent toutefois à même de l'aménager sur un plan purement fantasmatique, se passant du support du réel. L'enjeu avec les patients limites et psychotiques consiste à pouvoir intégrer les éléments et les espaces transitionnels dans le cadre tout en veillant à ne pas entériner d'acting-out.

« Qu'il est dur d'être un mauvais sein », disait Winnicott. Évidemment ! Pourtant, les cures avec ces analysants qui nous malmènent et nous mettent à mal induisent chez nous analystes un cheminement personnel qu'eux seuls peuvent faire et pour lequel nous ne pouvons que leur être gré. En ce qui me concerne, je suis amenée, dans mon cheminement avec chaque analysant, notamment avec Vincent, à faire cette expérience, unique, d'être différente de ce que j'étais avant d'accompagner tout un chacun dans son parcours analytique. Joyce Mc Dougall¹³ le dit si bien :

« Chaque homme dans sa complexité psychique est un chef-d'œuvre, chaque analyse est une odyssée. »

Carine Khouri Naja, Beyrouth, Liban
00 961 3 355265, carinenaja@gmail.com

13. Mc Dougall J. et al (2008), *L'artiste et le psychanalyste*. Paris, PUF, 158 pages.

Bibliographie

- André Jacques (2002-2005), sous la direction, *Transfert et états-limites*. Paris, PUF, Petite bibliothèque de la psychanalyse.
- André Jacques et Chabert Catherine (1999), *Les états de détresse*. Paris, PUF, 84 pages.
- Anzieu Didier (1985), *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod, 235 pages.
- Anzieu Didier et Chabert Catherine (2007), *Psychanalyse des limites*. Paris, Dunod, 298 pages.
- Bergeret Jean et Reid W. (2003), *Narcissisme et états limites*. Paris, Dunod, 246 pages.
- Bion R. Wilfred, (1983, 2014), *Réflexion faite*. PUF, Paris, Bibliothèque de psychanalyse, 191 pages.
- Bokanowski Thierry (2004), « Souffrance, destructivité, processus », Rapport du 64^e Congrès des Psychanalystes de Langue Française, *Revue française de Psychanalyse*, 68, 5, Numéro Spécial Congrès, p. 1407-1479.
- Bokanowski Thierry (2005), *Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative*, in « Introduction à la psychanalyse de l'adulte », Vulpian.
- Cournut Jean (2000), « Le transfert négatif. Acceptations diverses plus ou moins pessimistes », *Revue française de Psychanalyse*, 64, 2, p. 361-365.
- Foucault Michel (1972), *L'histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 688 pages.
- Freud Sigmund (1905), *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 159 pages.
- Freud Sigmund (1912), « La dynamique du transfert », in *De la technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1953.
- Freud Sigmund (1915), *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 185 pages.
- Freud Sigmund (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1970 in *Œuvres complètes*, Paris, PUF, 1996, vol. xvi, p. 273-338.
- Freud Sigmund (1924), « Le problème économique du masochisme », in *Revue française de psychanalyse*, 1928, 2, p. 211-223.
- Freud Sigmund (1937), « Analyse finie, analyse infinie », in *Œuvres complètes*, vol xx, 44 pages.
- Freud Sigmund (1940), *Névrose, psychose et perversion*. Paris, Gallimard, 300 pages.
- Green André (1983), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, Les éditions de Minuit, 2007, 318 pages.
- Green André (1990), *La folie privée*. Paris, Gallimard, 494 pages.
- Grunberger Béla et Chasseguet-Smirgel Jeanine (1985), *Le narcissisme*. Paris, Les grandes découvertes de la psychanalyse, Tchou, 315 pages.
- Guillaumin Jean (2000), *L'invention de la pulsion de mort*. Paris, Dunod, 200 pages.
- Laplanche Jean et Pontalis Jean-Bertrand (1967), *Vocabulaire de Psychanalyse*, Paris, PUF.
- Little Margaret (1981, 2005), *Des états limites*. Paris, Éditions des femmes, 590 pages.
- Mc Dougall Joyce (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, Gallimard, 222 pages.
- Mc Dougall Joyce (1989), *Les théâtres du corps*. Paris, Gallimard, 220 pages.
- Mc Dougall Joyce et al (2008), *L'artiste et le psychanalyste*. Paris, PUF, 158 pages.
- Pontalis Jean-Bertrand (1988), « Ce transfert que l'on appelle négatif », *Perdre de vue*, Paris, Gallimard, 1988.
- Potamianou Anna (1992), *Un bouclier dans l'économie des états limites*. Paris, PUF, 155 pages.
- Richard François (2011), *L'actuel malaise dans la culture*. Paris, Éditions de l'Olivier, 264 pages.
- Richard François (2011), *La rencontre psychanalytique*. Paris, Dunod, 309 pages.
- Rosenberg Benno (1988), « Pulsion de mort, négation et travail psychique : ou la pulsion de mort au service de la défense contre la pulsion de mort », in Guillaumin J. et Gagnebin M. (sous la direction de), *Pouvoirs du négatif dans la psychanalyse et la culture*, Seyssel, Champ-Vallon.
- Rosenberg Benno (1991), *Masochisme mortifère et masochisme de la vie*. Paris, PUF.
- Rosenberg Benno, « Le moi et son angoisse », in *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF.
- Searles Harold (1979, 1981), *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard, 326 pages.
- Searles Harold (1965), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 715 pages.
- Winnicott Donald Woods (1958, 1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 464 pages.

Stratégies de soins en santé mentale – Canada

Intervention de Jean-Charles Crombez

Notre lieu d'observation est un Centre Hospitalier Universitaire à Montréal, donc situé au Québec dans le Canada. Notre position de réflexion est notre rôle de psychiatre auprès de personnes hospitalisées dans des départements de médecine et de chirurgie, et auprès d'intervenants œuvrant dans des services de psychiatrie et de santé mentale.

Nous désirons utiliser le schéma de référence de ce colloque en distinguant la folie privée que nous voyons comme l'état d'une personne dans toute son originalité et la folie publique qui considère et applique cette spécificité à tout un chacun. Cette folie publique peut être celle d'individus abusants ou celle d'institutions contrôlantes. Cette folie publique vient tuer la folie privée, les personnes, en annihilant leur vie intérieure, en créant du mal-être, c'est-à-dire du non-être.

Plusieurs folies publiques tendent actuellement à se développer en santé mentale au Québec. La folie bureaucratique qui multiplie les directions, dans tous les sens du terme, les organigrammes à tous les niveaux, depuis les plans de traitements aux consignes de psychothérapies. La folie scientifique qui leurre par des évaluations, des données probantes, des molécules et des synapses. La folie technologique qui privilégie les examens paracliniques, les traitements chimiques et électriques. Le toucher, la parole, l'écoute sont écartés comme inefficaces, ou utilisés au profit de l'ordre et du contrôle.

De plus en plus dans nos hôpitaux, l'abord des personnes malades est orientée d'emblée vers l'abord de la maladie, qui reprend le schéma médical habituel et strict. Diagnostiquer la maladie, la décrire, en tracer l'histoire, puis la traiter en évaluant l'efficacité de la médication sur la disparition des symptômes, les effets secondaires qui risquent d'en obliger la diminution ou l'arrêt, la compliance du patient nécessaire à son administration régulière. Dans tout cela, la personne est accessoire; bien sûr, on fait tout cela « pour » elle, mais on fait tout cela « sans » elle.

La relation de « soignance » est elle-même visée par des protocoles depuis longtemps directifs et très récemment minutés, réduisant les intervenants à un rôle de techniciens soumis pour appliquer les règles de contention et de traitement. Les intervenants sont ainsi pris en sandwich entre les rencontres trop complexes et les directives trop simples. En porte-à-faux, leurs rapports ne peuvent correspondre à leurs actions, sauf si leurs actions se réduisent à ce qui est rapporté, ce qui les réduit à peu de choses.

Les personnes tentent cependant de se sortir du piège de la folie publique, en créant des zones de folie privée, nous voulons dire d'un privé original et créateur. Certains patients crient mais d'autres discrètement vont trouver, ailleurs et hors des murs et des molécules, des lieux de vie et des zones de reconnaissance. Et puis, ce qui est étonnant et rafraîchissant, c'est la résilience des intervenants, en tout cas ceux qui ne sont pas assez broyés pour tomber en burn-out. Dans les minces espaces et moments qui leur sont laissés, ils gardent cette qualité non répertoriable de la relation humaine.

L'importance de notre travail, autant vis-à-vis des personnes souffrantes que des intervenants soignants, est de redonner une place à l'histoire, à la relation, à la parole, en permettant un espace d'élaboration et un temps de réflexion : un espace intérieur à tout prix, c'est-à-dire quels que soient les environnements, indifférents ou « interdisants » ; un temps intérieur à tout prix, quelles que soient la pression du nombre et la tentation de l'ordre.

Stratégies de soins en santé mentale

Difficultés de parcours mises à nu à travers les aléas en partage de la prise en charge au long cours du malade psychotique dans le monde d'aujourd'hui

Essedik Jeddi

Le critère du vrai n'est pas son immédiate communicabilité à tout un chacun.

Theodor W. Adorno

On ne peut parfaitement concevoir que l'époque moderne – qui commença par une explosion d'activité humaine si neuve, si riche de promesses – s'achève dans la passivité la plus inerte, la plus stérile que l'histoire ait jamais connue.

Hannah Arendt

Trois à deux décennies et demie après les succès des mouvements de libération nationale à travers le monde, dans un contexte de globalisation s'inscrivant dans une réorganisation économique touchant les pays dits du Sud, le processus de mondialisation a commencé à prendre forme (Saskia Sassen 2015-2016). Avec les années 1990, de nouveaux enjeux économiques et financiers ont vu le jour pour ensuite s'étendre à un niveau mondialisé selon le mode d'une gouvernance monopolaire à visée planétaire. Nous assistons donc à l'émergence et à l'affirmation d'un monde monopolaire régi par les USA en tant qu'hyper-puissance, ceci avec ce nous en dit Fukuyama, à savoir l'entrée dans « la fin de l'histoire » ; c'est, selon Fukuyama, « le point final de l'évolution idéologique de l'humanité et l'universalisation de la démocratie libérale occidentale comme forme finale de gouvernement » à laquelle devait aspirer le reste de l'humanité (Fukuyama 1992). Et vint enfin la crise financière de 2007-2008, une crise qui nous met face à un véritable cataclysme secouant la notion de *monnaie* dans sa dimension symbolique et dans sa fonction instituante du lien social. En accord avec nombreux économistes, financiers et sociologues, « la crise actuelle, avance Saskia Sassen, contient des caractéristiques qui laissent penser que le capitalisme financier a atteint les limites de sa propre logique. » Dans cette perspective J. Stiglitz propose que l'État ait assez de pouvoir pour imposer un mode de régulation, pour imposer « des règles et pour les faire respecter ». Or, voici que le chef de l'État le plus puissant du monde, voici que Barack Obama déclare dans son discours d'adieu lors de la dernière assemblée générale de l'ONU son Non-Pouvoir d'imposer ces règles et de les faire respecter : « Le monde où 1 % de la population contrôle autant de richesses que les 99 % restants, ne sera jamais stable ! » ; autrement dit, dans le monde d'aujourd'hui et compte tenu du pouvoir de la finance, celui qui occupe une position de supposé-pouvoir est en vérité dénué de Pouvoir. En somme, il y a là comme une sorte d'avertissement qui résonne non sans écho avec Stefan Zweig qui, réfugié au Brésil, écrivait dans ses Mémoires d'un Européen « Sous la surface apparemment paisible [nous dirions « de l'après-crise de 1929 »], notre Europe [nous dirions « notre monde », le monde que nous vivons] était pleine de courants souterrains menaçants. » Cet avertissement s'énonce encore comme en écho aussi au questionnement d'Ernest Jones en 1942-43 : « *How can civilization be saved?* »¹, ceci, dirions-nous, pour la réémergence d'activités instituantes de l'humain, de liens sociaux humanisés et humanisant support d'un *being through*, d'un vivre-ensemble, le tout au dépens de la banalisation hier et aujourd'hui de tant de déshumain se déployant et secouant jusqu'aux espaces transitionnels auxquels s'adossent et dans lesquels

1. En écho contemporain à cette question de Jones, la question posée tout récemment par Joseph Stiglitz *Can Euro be saved?* (Cf. Joseph Stiglitz : *The Europe and its threat to future of Europe*. Éd. Allen Lane. Pinguin Books 2016). Nous dirions personnellement : comment

sauver aujourd'hui la monnaie des jeux d'une finance prédatrice ? Comment rétablir et renforcer la dimension symbolique de la monnaie afin qu'elle soit restaurée dans sa fonction instituante de lien social humanisé, dans sa contribution à la fonction instituante de l'humain ?

prennent racine nos manières de penser, de rêver, d'expliquer le monde que nous vivons et le monde qui vit en chacun de nous. La question identitaire s'avère dans cette logique devoir être institutionnalisée en tant que fondement du politique avec, selon la formule d'Alain Badiou, « une collection singulière d'intellectuels identitaires » qui reprendraient ainsi, d'une façon directe ou indirecte, le primat d'une discrimination schmidtienne d'*ami/ennemi* pour parvenir à exprimer l'élan pulsionnel d'une survie identitaire face à la menace angoissante d'avoir à se retrouver dans le carré des multitudes de plus en plus nombreuses, de ces pauvres de plus en plus pauvres, de ces masses de « laissés pour compte » dans la répartition de plus en plus inégalitaire des richesses avec l'*Argent-Roi* et le *Divin Marché*. Cela ne saurait ne pas avoir un impact profond tout à la fois sur le psychisme et le social, aussi bien au niveau des multitudes constitutives des pays économiquement les plus prospères qu'au niveau des multitudes constitutives des pays globalement de plus en plus pauvres.

De l'économique au psychique et au mental

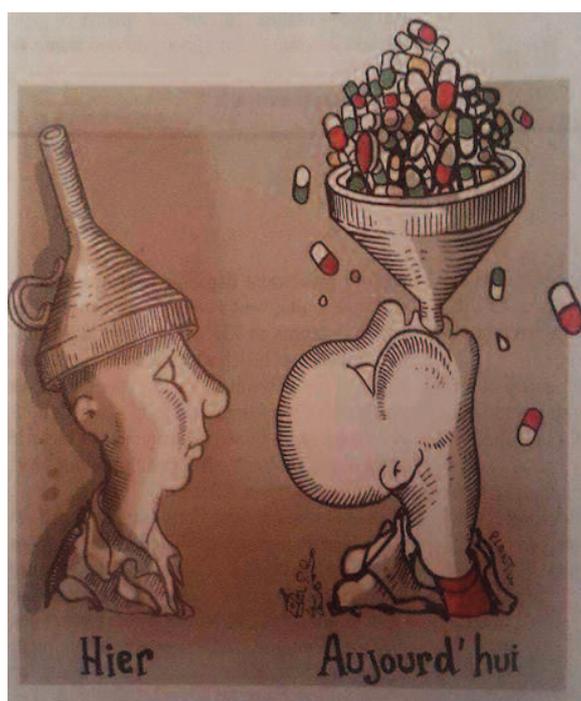
D'après Joseph Stiglitz, les Nord-Américains, c'est-à-dire la population la plus représentative de la prospérité économique financière et sociale, « étaient, écrit-il en 2010, confrontés à des dettes écrasantes et en proie à des angoisses à propos de leurs emplois et de leur avenir. ». De son côté, Angus S. Deaton, promoteur de la micro-économie et d'une économie dite expérimentale, parle même d'une *épidémie de désespoir* (an epidemic of despair) en relation avec le stress et l'incertitude économique qui frappent aux USA, y compris la population blanche non hispanique, c'est-à-dire la population Wasp (White Anglo-Saxon Protestant), théoriquement, « ethnie » ou communauté la plus privilégiée (même si, du fait de la crise, cette génération peut vivre le risque de se retrouver soudainement reléguée dans le carré des démunis), ceci à partir d'une étude de l'évolution de la mortalité d'une part et de la morbidité psychiatrique d'autre part, sur une durée de 1973 à 2013, de trois groupes américains, hommes et femmes, appartenant aux tranches d'âge de 45 à 54 ans. Cette étude réalisée sur quarante ans à l'Université de Princeton avec Anne Case et publiée en novembre 2015, révèle, à partir de 1999, une nette évolution vers la croissance de la mortalité (alors que jusqu'à 1998 la mortalité était en baisse) et surtout vers la croissance de la morbidité psychiatrique. En somme, il s'agirait, à travers ces tranches d'âge, d'une génération dans laquelle la crise financière et économique perturberait non seulement le psychique dans l'ici-et-maintenant mais elle perturberait aussi le roman familial inscrit et transmis à l'enfant à son insu; c'est dire qu'il s'agit d'une génération pour qui la seule certitude dans un tel contexte de désespérance serait que les parents dans cette génération ne peuvent à leur tour, comme l'avaient fait pour eux leurs propres parents, transmettre l'horizon d'un devenir désirable à leur descendance (enfants et petits enfants). Cela pourrait encore être illustré par ce qu'en écrivait Pascal Quignard en 2002 dans son ouvrage *Les ombres errantes*, œuvre pour laquelle l'auteur a reçu le prix Goncourt: « La question politique [...] n'est jamais *Quel avenir pour nos enfants?* La question de la terreur imminente est toujours imminente [...] Qu'est-ce qui est sur le point de revenir? [...] Il faut toujours prendre de vitesse la mort qui fascine le social. »²

2. Quignard Pascal, *Les ombres errantes*, 2^e édition. Gallimard-Folio, 2002, p. 95.

Un tel impact si pesant sur le psychique et le mental engendre par voie subséquente une métamorphose aujourd'hui au sein du réseau familial des représentations des statuts, des fonctions et des rôles ainsi qu'une métamorphose dans le concept même de l'individualisme. En accord avec Pierre Rosanvallon, nous assistons à une métamorphose de l'individualisme³, avec à la fois :

1. Une revendication d'être reconnu (plutôt qu'exclu) et donc respecté comme un semblable (plutôt que d'être toléré dans sa supposée différence intraitable et radicale)⁴ ceci, de par la généralité d'humanité que l'on porte en soi.

2. Mais, en même temps, la revendication d'être reconnu dans sa singularité et ses caractéristiques. N'est-ce pas Aimé Césaire qui se pose et pose la question : « si, pour être universel, il fallait nier que l'on est nègre ? » ceci pour immédiatement affirmer [au contraire] que « plus on est nègre plus on est universel ». C'est que le processus de désaliénation, l'émancipation de l'homme passe par l'émergence en groupe et à partir de la place singulière de tout un chacun d'activités instituant en partage du lien social, du collectif et de l'universel.



Dans un tel contexte, l'on ne saurait être surpris que partout dans le monde l'on ne cesse de parler de programmes nationaux et de stratégies de soins en santé mentale, d'un constat d'échec à stopper, sinon du moins à réduire la progression de plus en plus nette de la surconsommation des psychotropes avec une tendance amplifiée de l'auto-prescription de ces psychotropes en association ou non avec les boissons alcoolisées et des drogues ; enfin d'un constat de plus en plus d'aléas dans la prise en charge au long cours du malade psychotique, ce personnage qui vit et qui parle par excellence l'expérience paradigmatique de la souffrance et du mal-être.

Fig. 1 : *Se noyer aujourd'hui dans un océan de psychotropes.* Illustration de Plantu, *Le Monde*, 10 septembre 2008.

3. En plus de ces deux formes complémentaires de l'individualisme, la lame de fond contre-révolutionnaire en Tunisie a laissé émerger une troisième forme de l'individualisme, il s'agit de ce que nous appelons un individualisme prédateur fertilisé par une plateforme mafieuse, c'est un individualisme qui s'arroge le droit de privatiser et de s'appropriier toute part individualisable de ce qui est public, commun, collectif..., en agissant de telle sorte que ce qui reste comme espace public, obligatoirement collectif, est désigné en tant qu'espace-poubelle. Ce type d'individualisme se complète nécessairement par la coexistence d'une

deuxième polarité de dynamique sociale opposée radicalement quant à elle à tout individualisme et fonctionnant sur le mode d'un collectif grégaire et fusionnel réceptif à toutes les radicalités.

4. En introduction du premier symposium Ibn Sina-Collomb sur le thème *Le corps en psychiatrie* (sous dir. E. Jeddi, éd. Masson 1980, p. 9), nous avons parlé d'une « culture de l'altérité adverse ou culture de l'adversité » se définissant et se construisant dans et à partir d'une relation d'altérité adverse supposée radicale.

Dans l'ensemble de ces programmes nationaux et des stratégies conçues, on retrouvera très souvent des phrases clés introductives comme quoi :

1. «La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. En somme, d'après cette définition de l'OMS, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »

2. Aussi, la santé mentale constitue-t-elle actuellement « un problème majeur de santé publique »⁵ dans le monde entier.

3. « Que la psychiatrie et la santé mentale ne sauraient être réduites à une affaire de psychiatres. » ; elles impliqueraient donc « la participation d'une grande diversité d'experts et d'intervenants en sciences humaines, en sciences d'éducation, en sciences sociales et même en sciences juridiques... Certains vont jusqu'à affirmer, non sans raison, que la santé mentale c'est l'affaire de tous, même si un vieil adage arabe souligne encore que « *le vrai médecin de la psyché c'est toujours soi-même* » (Tabîb al-Nafs mouîhâ). Certes, cela ne saurait empêcher le risque souvent franchi d'une certaine confusion de rôles doublée d'une certaine dilution quant aux niveaux de responsabilité dans la mise en place de ces stratégies et dans les niveaux d'intervention ainsi que des référentiels étayant les pratiques de soins, de formation aux soins et à l'assistance dans le champ de la santé mentale. Aussi, du fait de ce qui n'est en cesse de se jouer dans l'interface de la relation du malade tout à la fois avec son soignant et avec les perturbations de son image du corps, dans l'interface encore du malade avec sa famille et avec le *Socius*, les aléas de la prise en charge au long cours des malades psychotiques s'imposent-ils de plus en plus pour révéler les symptômes majeurs des niveaux de dysfonctionnement de ces programmes ainsi que des moyens et des processus de mise en œuvre de ces stratégies de soins en santé mentale, qu'il s'agisse de soins primaires, secondaires ou tertiaires.

Les aléas aujourd'hui de la prise en charge au long cours des malades psychotiques en tant que révélateurs des symptômes (et de ce que pourraient parler ces symptômes) des niveaux de dysfonctionnement de tout programme et de tout ensemble de stratégies de soins en santé mentale.

Partout dans le monde il y a accord aujourd'hui quant au fait que les maladies psychotiques posent encore problème, avec même une certaine fréquence des aléas et des perturbations dans le processus de prise en charge au long cours qu'elles impliquent. Il faut noter qu'indépendamment du niveau de développement économique d'un pays, de la qualité des réseaux d'organisation de la santé mentale et des spécificités culturelles, ces aléas accompagnant, à un moment ou un autre, la prise en charge au long cours des maladies psychotiques sont toujours présentes, elles sont toujours là pour nous interpeller.

Dans son dernier film de Psychiatrie transculturelle *Jaaxley*, réalisé à Dakar, notre aîné, et néanmoins ami, le regretté Henri Collomb soulignait déjà dans les années 1970 que ce qui caractériserait l'expérience de souffrance psychotique c'est que « les Masques ne parlent plus » aujourd'hui...

5. Il est évident qu'à la différence de la conception de certains décideurs, en Tunisie par exemple, les intervenants ainsi que les institutions d'exercice

privé spécialisés en matière de santé ne sauraient ne pas être intégrés dans l'ensemble du champ de la santé publique.

Certes, depuis plus de trois décennies, il y a eu de grandes avancées quant aux connaissances dans le champ des neurosciences ; de plus, des neuroleptiques de seconde génération sont apparus sur le marché et avaient donné l'espoir de détenir enfin la drogue, la molécule, la potion magique, pour « en découdre » enfin avec la psychose, comme certains avaient commencé à l'annoncer... « De grands espoirs s'ouvraient donc pour résoudre le problème de ces maladies mentales graves » titrait en Tunisie en 1995 le journal *La Presse*. D'ailleurs, des hebdomadaires internationaux ont, à leur tour, consacré la une aux « pilules du bonheur » pour les nouveaux antidépresseurs ainsi qu'aux « pilules miracle » contre les psychoses pour les antipsychotiques de la deuxième génération. Un de ces hebdomadaires illustre même ces propos par un dessin représentant ces pilules sur fond d'un échiquier, image d'une psychopharmacologie triomphante mettant à bas et détrônant par un échec et mat le « Roi Freud » et l'édifice psychanalytique. Il était temps de pousser à une plus grande médicalisation de l'hôpital Razi et de l'institution psychiatrique, et de mettre entre parenthèses (sinon de forclure) la psychothérapie institutionnelle, ce travail institutionnel tel qu'il avait été mis en place en tant que carrefour ouvrant sur les divers champs thérapeutiques en psychiatrie... Mais voici que, contre toute attente, cette prise en charge au long cours du malade psychotique continue à nous poser problème et à nous interpeller dans nos pratiques en tant qu'acteurs aux différents niveaux et moments de la mise en œuvre et du suivi des diverses stratégies d'action dans le champ de la santé mentale ! S'impose à nous alors la question : quel besoin pour les psychiatres et les acteurs en santé mentale de croire au miracle d'une supposée potion magique ? Pourtant, déjà pour les maladies purement organiques du fait de la place de plus en plus amplifiée de l'imagerie médicale pour établir les diagnostics médicaux les plus sophistiqués ainsi que les traitements subséquents, ceci parfois même après un simple examen médical de routine et avant l'expression de toute plainte par le malade, l'on assiste aujourd'hui à un profond malaise dans le champ de la médecine organique du fait que cette imagerie médicale tend à se substituer purement et simplement à l'écoute du discours du malade porteur de son vécu personnel de mal-être traversé par le questionnement métaphysique de sens autour de l'être-là-en-devenir-dans-le-monde.

C'est l'approche de ce malaise, de ce mal-être, dans l'ensemble de la médecine qui avait permis de différencier entre les trois dimensions constitutives de chaque maladie :

1. la dimension *disease*, dimension biologique pour toute maladie et sur laquelle agit toute médication chimique, biologique ou chirurgicale adaptée ;
2. la dimension *illness* qui consiste en l'impact de toute maladie sur la personnalité du malade en tant que Sujet doué d'une historicité ;
3. la dimension *sickness* qui implique l'impact de toute maladie sur les rôles familiaux et sociaux du malade en tant que Sujet. (Voir les travaux d'Arthur Kleinmann, de Byron Good de l'Université Harvard, et ceux d'Allan Young aujourd'hui à l'Université McGill). Déjà pour une maladie organique, ne pas tenir compte de ces trois dimensions et de leurs articulations dynamiques, cela contribue forcément à l'émergence de troubles supplémentaires d'ordre médico-psychologique conduisant le malade à la quête (par-delà l'aspect organique de sa maladie) d'une instance spécialisée pouvant l'écouter parler le mal-être qui le traverse et le perturbe en tant que personne douée d'une historicité et d'une

diversité de rôles familiaux et sociaux soudainement ébranlées⁶. À plus forte raison, pour une maladie mentale, la plus adaptée des chimiothérapies agissant sur la seule dimension *disease*, ne saurait à elle seule suffire, même si elle peut très efficacement entraîner la sédation d'un état d'agitation ou d'un épisode aigu d'angoisse dissociative, améliorer l'humeur et le contact avec autrui, enfin réduire, sinon stopper un processus délirant. Évidemment, à travers cette action sur la dimension *disease* (sur laquelle pourront agir les psychotropes, les diverses catégories de neuroleptiques et de régulateurs de l'humeur) il y a facilitation pour le thérapeute d'accéder aux dimensions *illness* et *sickness* ainsi qu'à leurs niveaux de perturbation; il y a articulation à un niveau forcément subjectif de cette dimension *disease* et de son emboîtement dynamique avec les dimensions *illness* et *sickness* de la maladie en tant qu'expérience vécue de mal-être profond. Aussi, pour un malade schizophrène par exemple, l'action adaptée du médicament sur la dimension *disease* de la maladie, faciliterait plutôt l'accès à l'expérience subjective de cette psychose grave « pour qu'on la saisisse au niveau même de l'être-ensemble du médecin et du patient », ceci pour reprendre une formule de Gisela Pankow dans son ouvrage *L'homme et sa psychose*. « Nous nous plaçons pour le moment, ajoute-t-elle, à l'intérieur même de la psychose et nous essayons de saisir et de décrire ce qui se passe au niveau de cette intériorité constamment menacée. » De la sorte, l'action médicamenteuse elle-même portant sur la dimension *disease* se retrouve partie intégrante de la totalité de l'expérience subjective. C'est alors, et comme le souligne Harold Searles, que « cette thérapie médicamenteuse ne représentera plus une sorte d'intrusion subjectivement non humaine dans la relation psychothérapeutique ou psychanalytique. »⁷ Le patient peut ainsi accepter de poursuivre au long cours cette médication chimique, encore faudrait-il qu'il puisse participer au choix de l'antipsychotique qui lui conviendrait le mieux selon son expérience de sa maladie et de son traitement, ainsi qu'à l'évolution des dosages; en somme, tout cela ne peut être applicable au long cours, sinon même à moyen cours, qu'à la condition que cette médication évite d'être prescrite ou renouvelée sur un mode automatique (annulant tout ce qui se déploie dans la relation thérapeutique) ou sur le mode d'une prescription d'un médicament censé avoir un effet de « potion magique ». À défaut de cela, pourrait-on s'étonner que le malade psychotique censé être suivi au long cours puisse soudainement stopper son traitement, avec même assez souvent la complicité de la famille pour ces arrêts itératifs de traitement et l'émergence de rechutes à travers des accès psychotiques aigus, ou à travers un cheminement provisoire ou plus ou moins prolongé dans l'errance sociale ?

À la question posée par un représentant d'une association de parents de malades psychotiques (pour le journal de cette association), un éminent psychiatre répond : « La solution c'est que la famille arrive à gérer la maladie pour que cette dernière ait le moins d'impact possible sur la vie du malade et sur celle de sa famille. » Reste néanmoins la question corollaire qui s'avère cruciale : auprès de qui donc cette famille devrait-elle avoir à apprendre la gestion de cette maladie, et plus particulièrement quand il s'agit d'une schizophrénie, d'une psychose paranoïaque (ou délire chronique), ou d'une mélancolie ou d'une maladie bipolaire ?

6. Voir à ce sujet : E. Jeddi, « Nommer aujourd'hui la maladie », in *Filiation et Altérité*, Éd. Liber, 2010, p. 21-58.

7. Searles Harold, *Le contretransfert*, éd. Gallimard, 1981, p. 212.

Que l'on travaille dans le cadre d'une « guidance parentale » pour « la meilleure gestion possible des symptômes de ces maladies psychotiques », ou bien, que l'on travaille dans le cadre d'un programme thérapeutique individuel, groupal ou familial, se référant à tel ou tel étayage théorique, avec les psychoses, n'aurions-nous pas affaire chaque fois à une expérience de rencontre intersubjective avec un malade, tout comme avec sa famille dans une situation où :

1. Le malade comme sa famille vivent, quoique à des niveaux différents, une expérience fondamentale de souffrance, doublée souvent d'une perturbation au niveau du relationnel avec le social comme au niveau des représentations du social.

2. Le malade psychotique, tout comme sa famille se partagent une dimension de l'ordre du « déni » de la maladie, ceci dans le fonctionnement psychique individuel au niveau du malade, mais aussi et par moments, nous avons affaire au même déni de la maladie dans le fonctionnement de la dynamique familiale : « Comment accepter, dit un parent, la maladie de mon fils ? Pour nous, parents, nous n'acceptons pas de le voir si différent de ce dont nous avons rêvé pour lui ! » Un autre parent ajoute : « Ce n'est pas facile pour lui, comme pour moi, comme pour sa mère, on n'accepte pas qu'il soit différent de ce qu'on a tant rêvé pour lui ! »

3. Enfin, le malade comme sa famille se partagent, quoique sur des registres différents, une expérience fondamentale de solitude : « Finalement, dit un parent, surtout avec les rechutes, mais... et même en dehors des rechutes... finalement, nous, parents, nous nous retrouvons seuls ! »

La récurrence des rechutes sur un mode d'accès psychotique aigu nécessitant chaque fois une ré-hospitalisation en milieu spécialisé constitue le premier symptôme révélateur d'un dysfonctionnement des stratégies mises en place pour les soins en santé mentale dans le cadre d'un programme national en la matière :

Le comité technique de santé mentale en Tunisie créé par arrêté du ministère de la santé publique le 19 mai 1992, s'est réuni en comité élargi sous la présidence du ministre de la Santé publique en mars 2008 et en juin 2009 pour discuter l'évaluation du suivi du programme national de la santé mentale. Le rapport de ce comité en juin 2009 souligne à la page 22 que « le grand nombre de consultants à l'hôpital Razi témoigne de l'insuffisance de la prise en charge des malades au niveau des structures de première ligne. » Il souligne encore en s'appuyant sur les évaluations d'ordre quantitatif : « Le nombre d'hospitalisations dans les structures de soins de troisième ligne (structures supposées être d'expertise) demeure de plus en plus élevé avec un taux de réintégration correspondant aux deux tiers du total des hospitalisations. » ; en s'appuyant sur des méthodologies d'évaluation d'objectifs, ce rapport ajoute : « Chaque réintégration est [en fait] un échec sur le plan pronostic et conduit à une désocialisation progressive du patient.⁸ » Du côté des psychiatres hospitaliers, au cours de ces deux réunions, certains se plaignaient du *système porte tournante* que traversent de plus en plus leurs patients dans l'errance entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution hospitalière spécialisée qu'est l'hôpital Razi ; chose qui ne saurait ne pas interpeller sur le sens

8. Rapport (de 30 pages) juin 2009 de l'Unité de santé mentale au Ministère de la Santé publique à Tunis sur *La santé mentale en Tunisie : situation*

et perspectives. Éd. Ministère de la Santé Publique – Unité Santé mentale – Tunis, p. 22.

même d'une telle pratique psychiatrique, ainsi que des stratégies jusque-là mises en œuvre dans le champ de la santé mentale et de la place de l'hôpital Razi dans ces stratégies. En fait, il y a crise de la psychiatrie et de l'institution psychiatrique, et cette crise n'apparaît pas spécifique à la Tunisie; elle semble même généralisée sur le plan mondial. Cette crise de la psychiatrie et de l'institution psychiatrique ne serait-elle pas en fait l'expression d'une crise de société? Or, si la santé mentale est conçue en tant que « source au fondement du bien-être de l'individu et, par là même, du bon fonctionnement de la communauté », le malade psychotique représentatif par excellence du paradigme du mal-être, risque, de par la perturbation qu'il introduit, de se retrouver à son tour exclu d'une telle finalité plutôt que d'avoir à révéler, serait-ce partiellement, un aspect plutôt idéologique que scientifique de ces dites stratégies dans le champ de la santé mentale. Aussi, cela expliquerait-il qu'une telle déficience dans la réalisation des objectifs de ces programmes nationaux en santé mentale, puisse pousser certains politiques à se mobiliser, y compris en Europe, (surtout en périodes électorales) pour mettre en œuvre la mécanique des manèges des idéologies sécuritaires. *Dès lors, l'on peut parler d'un premier symptôme du dysfonctionnement de l'ensemble des stratégies mises en place dans le champ de la santé mentale*; un tel dysfonctionnement se révèle par lui-même prévisible aussitôt que l'on s'aperçoit que ces rapports et ces réunions d'évaluation font appel aux très classiques méthodes d'évaluation quantitatives ainsi qu'aux méthodologies plus ou moins complexes des évaluations par objectifs, mais oublient ou omettent comme par hasard l'obligation d'associer une troisième méthodologie d'évaluation, l'évaluation d'ordre qualitatif du processus lui-même. Il s'agit ici d'une évaluation du parcours (en tant que processus dynamique) chez un échantillon représentatif de malades psychotiques, ceci pour chaque malade à partir du début de ses troubles et du constat des premiers symptômes de sa maladie jusqu'à son accès aux premiers traitements en psychiatrie (dans le secteur privé ou public), puis sa première hospitalisation en milieu spécialisé, son premier séjour hospitalier, le diagnostic, les thérapies et les suivis mis en œuvre, l'association ou non de sa famille dans ces programmes thérapeutiques, son évolution clinique, la décision de sa sortie de l'hôpital dans le cadre d'un staff ou non, avec participation du malade ou non dans cette décision de sortie, s'il y a participation ou non d'un tiers familial et, s'il s'agit d'une sortie du malade, avec quel programme de suivi au long cours? S'il y a aussi une articulation ou non avec tel ou tel soignant de première ligne désigné nommément ou anonymement? Avec une articulation ou non, sinon du moins une information, pour le psychiatre privé ou public ayant assuré le suivi du malade avant sa première hospitalisation, etc. L'évaluation du processus implique également le dévoilement et le suivi de son parcours avant et immédiatement après la rechute ayant nécessité sa ré-hospitalisation en urgence, et tout ceci en dévoilant, en déconstruisant et en reconstruisant son parcours jusqu'à la troisième, quatrième, cinquième rechutes et ré-hospitalisations... Évidemment c'est cette troisième méthodologie d'évaluation, celle du processus de l'évolution de la maladie et de l'évolution du parcours du malade à travers la rencontre des diverses instances impliquées pour sa prise en charge au long cours (ceci conformément à l'un ou à l'autre des niveaux de fonctionnement des stratégies de soins en santé mentale), qui révèle et dévoile l'aspect qualitatif de ce suivi ainsi que les niveaux de perturbation sur lesquels on pourrait agir en groupe pour les corriger et les réadapter afin de mieux réaliser l'objectif visant au bien-être du malade, le bien-être de sa famille et de son entourage.

Mais il arrive qu'au décours d'une nouvelle rechute, émerge un accès psychotique aigu au cours duquel il y a soudainement passage à un acte médico-légal, parfois particulièrement dramatique : il s'agit là d'un deuxième symptôme majeur du dysfonctionnement à l'un ou à l'autre des niveaux de l'exercice de ces stratégies de soins en santé mentale.

En effet, il arrive qu'indépendamment du niveau économique, du niveau scolaire ou universitaire, qu'indépendamment du pays et des spécificités culturelles de tel ou tel pays, partout dans le monde, il arrive qu'au détour de l'une de ces rechutes, un malade psychotique déjà connu, et donc supposé être pris en charge au long cours dans une instance de soins spécialisés, publique ou privée, devienne soudainement le support de l'irruption brutale et tragique du Réel désorganisateur, de la Mort en tant que Réel désorganisateur. Ceci peut s'observer :

– Soit dans l'espace familial à travers le suicide d'un malade psychotique déjà connu et en état de rechute aigue suite à une rupture de traitement ou à d'autres facteurs.

– Soit dans l'espace familial et dans l'espace social à travers un agi médico-légal dramatique ; ceci pour mettre à nu les aléas surgissant lors du suivi et de la prise en charge au long cours des malades psychotiques, aléas fâcheux, révélateurs et symptôme des niveaux de dysfonctionnement du programme et des stratégies de soins en santé mentale, ce qui devrait chaque fois faire appel à une évaluation du processus d'ordre académique, associée à une évaluation complémentaire du processus, plus en profondeur, ceci en séminaire de groupe⁹ pour dévoiler (à partir de l'un des dossiers médicaux de ce type d'évolution clinique) ces niveaux de dysfonctionnement et envisager des possibilités d'y remédier.

Récemment en France, plus exactement le 16 septembre 2016 à Dijon, un monsieur de 50 ans a provoqué la déflagration de l'immeuble où il habitait en faisant exploser chez lui une bouteille de gaz. L'immeuble s'était en partie effondré entraînant une vingtaine de personnes blessées dont deux « dans un état d'urgence absolu ». Lui-même avait été dégagé de sous les décombres. Dans l'après-midi, il déclare avoir agi sous une pulsion suicidaire. Deux parmi ses amis ont révélé qu'il avait en fait des idées noires depuis plus d'un an. « Il s'avère que 15 jours avant cet accident ce même monsieur avait été accueilli au service des urgences pour des problèmes psychiatriques » et qu'il aurait été hospitalisé quelques jours en milieu spécialisé suite à un acte d'automutilation dans un contexte de troubles psychiatriques. Ce serait à sa sortie de l'hôpital qu'il aurait fait exploser cette bouteille de gaz.

Plus récemment encore, le journal français *Le Monde* du 31 décembre 2016 relate à la page 10 sous la signature de Richard Schittly un autre drame particulièrement tragique. Les faits sont rapportés sous le titre *Comment le tueur de la Drôme a été laissé livré à lui-même*, et avec pour sous-titre *Le suspect placé en hôpital psychiatrique lundi (le 2 janvier 2017) avait été pris en charge par des gendarmes, des pompiers et un hôpital juste avant le drame*, 4 morts ont constitué le résultat de ce drame. Il revenait à un officier de la gendarmerie de se poser

9. Nous avons abordé le mode de fonctionnement de ce type de séminaire de groupe (comme cadre tout à la fois de formation et d'évaluation) dans une première note (p. 43) et dans une deuxième note (p. 91-92) dans notre ouvrage *Psychothérapie institutionnelle et*

Musicothérapie (éd. Simfact, Tunis, 2012). De fait, ce travail en séminaire de formation/évaluation en groupe, se déroulant sur une journée et demie, permettrait d'affiner l'évaluation classique du processus déjà cité.

le questionnaire suivant : « si aucun délit n'est établi (pour envisager une mesure de contrainte), la question à laquelle nous devons répondre est : est-il dangereux pour lui-même ou pour autrui ? » Et d'ajouter : « il nous a dit qu'il a un problème de santé et besoin d'un traitement », d'où l'intervention sollicitée pour la chaîne médicale et, d'après le journaliste « la direction de l'hôpital se contente d'indiquer : *aux urgences, chacun est libre de repartir.* » Il ressort de cet événement comme l'impression d'une inquiétante étrangeté face à une telle série de difficultés fonctionnelles dans la rencontre entre les différentes institutions mobilisées par ce malade ; il en résultait d'après les comptes rendus des faits, comme retentissement subséquent, la difficulté, même pour les instances de soins en urgence, à s'aménager à temps un espace de rencontre spécialisée avec un tel patient, et qui aurait pu prévenir son passage à l'acte dramatique. L'auteur de l'article souligne encore : « L'homme de 23 ans a été placé dès lundi soir (26 décembre) en hôpital psychiatrique sous surveillance renforcée des gendarmes, son état étant jugé incompatible avec une garde à vue » [...] « le procureur de la république de Valence devait ouvrir vendredi 30 une information judiciaire et désigner deux experts psychiatres censés se prononcer sur la responsabilité pénale du suspect. »

Mais, qui donc d'autre que le philosophe Louis Althusser pourrait mieux décrire du dedans l'instant furtif du passage à l'acte (où le sujet est agi par une pulsion pure s'exprimant sans qu'il n'y ait ni représentation, ni intentionnalité, ceci à la différence d'autres formes de violence) et son rapport à cette profonde souffrance en espace clos, à cette angoisse primitive ressurgie, et amplifiée de par l'échec de restaurer ce sentiment de protection de base à travers la relation primaire et contenant enfant/mère, angoisse primitive envahissante causée par un environnement devenu soudainement menaçant, et vécu comme fondamentalement dangereux ? « J'étais, écrit Althusser, déchiré d'angoisse : tout ce temps d'enfer fut, comme je viens de l'écrire, un temps de Huis clos. Hors mon analyste qu'elle (son épouse Hélène) voyait et que je voyais, nous ne vîmes pratiquement personne. Nous vivons enfermés tous les deux dans la clôture de notre enfer. » (Louis Althusser : *L'Avenir dure longtemps* ; éd. Stock. Paris 1992 et 2007). Une question me semble incontournable à ce sujet : pourquoi limiter la décision d'une hospitalisation sous contrainte pour un malade en accès psychotique aigu à la seule instance judiciaire ? Et dans ce sens, pourquoi limiter cette décision d'hospitalisation sous contrainte à une atteinte systématique à la liberté en tant que droit fondamental de l'homme, ceci en écartant, dans le cadre d'un tel juridisme de l'ordre du droit positif, une polysémie possible de cette hospitalisation conformément à ce que peut prévoir le fondement de tout droit qu'est le droit performatif¹⁰ ? Pourtant, selon une expression en arabe, *al-jawbar yaqbal al-dhiddayn*, l'essence (d'un principe, comme du faire découlant de ce principe) admet l'antonymie, ce qui ouvre par là-même à la polysémie. En effet, face à l'une ou l'autre de ces deux situations cliniques abordées ci-dessus, qui, du psychiatre ou du juge, pourrait effectivement prévoir la

10. Dans son ouvrage *Ce que Déclarer des Droits veut dire*, Christian Fauré écrit : « Le constat de l'hétérogénéité des savoir-faire et des références à l'origine des textes, cela va à l'encontre d'un corporatisme juridique très partagé, presque unanimement accepté, et qui comprend les droits de l'homme comme une affaire

de légistes à tous les stades du développement, comme rédacteurs et garants institutionnels [...] (comme s'il ne s'agissait pas en fait) de l'engagement de plusieurs groupes d'où une grande polyvalence des textes. » (Paris, Les Belles Lettres, 2011, p. 17-18).

possibilité chez un malade déjà connu et suivi que son état clinique serait devenu, à tel moment ou à un autre, susceptible de le rendre dangereux pour lui-même et pour son environnement ? Il en résulterait qu'il devrait pouvoir offrir à un tel malade l'hospitalisation, provisoirement sous contrainte, non pas de l'ordre « mesure juridique de suspension de liberté », mais plutôt une hospitalisation s'offrant comme enveloppe institutionnelle contenant, et donc sécurisante, répondant au besoin vital et immédiat chez le malade d'une protection de base contre toute menace ressentie, à savoir de lui offrir la possibilité de reconstituer la première image de sécurité de base, à partir de quoi un travail thérapeutique peut alors se construire ou se reconstruire.

En Tunisie, le 30 mars 2012, ce jour-là, « un barbu a tenté de masquer avec des sacs poubelles des croix visibles sur la façade de l'église orthodoxe russe de la résurrection à Tunis. » En fait, ce barbu Skander X, présenté par les uns comme « un barbu fondamentaliste musulman », et présenté par d'autres sous une forme démultipliée de « barbues intégristes islamistes », ce barbu Skander X est un Tunisien âgé de 30 ans et qui était censé être suivi au long cours pour des troubles de nature psychotique. Début des troubles, à vingt trois ans, alors qu'il était étudiant en Allemagne ; il a alors été hospitalisé pour la première fois en psychiatrie dans ce pays, ceci après quelques mois d'errance associée à une conduite addictive, d'abord dans la mouvance toxicomane puis dans la mouvance salafiste. Retour en Tunisie le 4 décembre 2004, avec un traitement antipsychotique et recommandation pour poursuivre chez lui son traitement. En fait, il allait interrompre son traitement après deux mois. Quatre mois après, il consulte suite à une rechute sur un mode aigu le 6 juin 2005 : troubles sévères de l'humeur et du comportement, avec violence à l'égard de sa sœur aînée (qu'il voulait obliger à porter le voile) et à l'égard de son père (qui n'a pas élevé sa fille dans la vraie religion)... état délirant aigu assez systématisé, même si par moments il y avait une composante dissociative, déni total de l'état morbide ; ce déni était jusque-là partagé par sa maman, sauf que dit-elle « ces derniers jours, ses troubles étaient devenus excessifs pour dépasser les limites de ce qui était jusque-là tolérable ; je me disais au début, ajoute-t-elle, Skander est simplement devenu religieux pratiquant, il aime sa religion ; mais il y a depuis quelques jours une évolution vers des excès qui la rendent elle-même malade », une évolution en fait vers un état délirant aigu assez systématisé à thématique essentiellement mystique, associé à quelques éléments délirants à thème de persécution : « je suis, al Mahdi al Montadhar, le Messie Attendu, pour rétablir la vraie foi et la vraie justice ; cet homme qui dit être mon père n'est pas mon père ; il est seulement le père de ma sœur et de mon frère ; mais moi, Dieu m'a engendré directement à partir du ventre de ma mère tout comme sayyedna Aïssa (tout comme Jésus), de cela j'en suis convaincu ; et Dieu me parle de derrière un voile (rabbi ykallamni min warâ' hijâb)... j'entends des voix, elles me disent des conseils et moi je choisis les bons conseils pas les mauvais ; ces voix me conseillent de faire la prière, je fais la prière ; faire la prière c'est une bonne chose ; elles me conseillent de m'endormir je ne le fais pas, c'est une mauvaise chose parce que la nuit c'est pour faire la prière et lire le Coran... » dit Skander. De 2005 à 2008 Skander a eu à être hospitalisé 4 fois à l'hôpital psychiatrique Razi ; en fait, à partir de l'année 2006 son parcours s'est caractérisé par un certain nomadisme d'un cabinet de psychiatre à un autre cabinet, et chaque rechute entraînant ou non une hospitalisation a eu lieu chaque fois deux à trois mois après

l'interruption de son traitement ; la maman avoue avoir participé à cet arrêt itératif du traitement de son fils chaque fois qu'il lui paraissait ne plus être malade... Avec Skander, il y avait une certaine difficulté à engager un travail avec la famille, et il y avait une indication qu'au moins la maman puisse être à son tour prise en charge en co-thérapie ou bien qu'elle soit intégrée dans un groupe d'écoute spécialisée de mères de jeunes malades psychotiques. Déjà en 1943, Paul Federn écrivait en effet : « Si des conditions non satisfaisantes de la vie familiale ne sont pas changées, la guérison des psychotiques se révèle avoir été un travail de Sisyphe qui se termine en une hospitalisation à vie ou en une vie dans une famille nourricière. » Comment dans ces conditions, prévenir un éventuel retour au système asilaire avec des hospitalisations à vie sans envisager que les stratégies de soins en santé mentale doivent impérativement impliquer un travail avec les familles en profitant chaque fois du séjour hospitalier, public ou privé, pour le patient ? Cela va sans dire que l'institution hospitalière devrait s'aménager et s'offrir pour le malade psychotique (en individuel et en groupe) en tant que lieu où toute parole, aussi délirante soit-elle, aussi hermétique, aussi confuse, peut émerger et se déployer sans aucune censure, ni jugement, ni risque de représailles ce, y compris lorsque cette parole est de l'ordre de l'indicible ; cette parole étant écoutée, elle peut trouver écho et devenir « ponctuable » en tant qu'acte de signification, tout à la fois pour le malade individuellement et pour le groupe en situation d'écoute¹¹. L'institution thérapeutique s'organise et s'aménage pour offrir au patient toute liberté de parler son délire, y compris la part de l'indicible, cette part qui ne pouvait jusque-là être écoutée dans son espace familial du fait qu'elle engendre une tension au sein de sa famille, à savoir une perturbation en rapport à une soudaine mise à nu d'un refoulé dans le roman familial de l'ordre de l'originaire... C'est à partir de l'évolution d'un tel processus thérapeutique avec le patient dans l'institution que se prépare avec plus d'efficacité le travail associant le patient et sa famille... Revenons à l'évolution de Skander telle que rapportée par les deux parents le 4 et le 6 juin 2012. Ils s'étaient présentés l'un et l'autre en urgence dans un état d'effondrement psychique. En ce moment et depuis deux mois, leur fils Skander est, disent-ils, « à nouveau gravement malade, de plus, il est en prison ». Et, comme lors de chaque rechute, ajoute la maman, « il est délirant et refuse de prendre ses médicaments ; de plus, il nous faut un certificat médical posant l'indication qu'il poursuive et qu'on lui donne ses médicaments en prison ». Les parents se sont déjà rendus auprès de son psychiatre à l'hôpital Razi pour formuler la même demande d'une ordonnance et d'un certificat médical. On apprend par les parents qu'en fait depuis sa dernière hospitalisation en décembre 2008, l'état de santé de Skander leur semblait à l'un et à l'autre assez stabilisé et même plus ou moins normalisé. Certes en décembre 2008, il avait été hospitalisé par mesure judiciaire suite à un état délirant fixé sur son père, et associé à une violence telle qu'il avait brandi un couteau pour le frapper ; « à l'époque, il était devenu dangereux et il était nécessaire de l'hospitaliser » dit la maman ; mais, plus tard et depuis sa sortie de cette hospitalisation, les parents se déclarent avoir été persuadés que Skander avait guéri de sa maladie. « Il avait certes, encore une fois, interrompu son traitement. Mais j'étais moi-même persuadé qu'il était guéri. À vrai dire, tous les deux nous avons cru qu'il avait guéri surtout quand il a commencé à travailler et à être accepté comme imam (guide de prière) dans une mosquée de son quartier » dit le père.

11. Jeddi Essedik, *Psychothérapie institutionnelle et musicothérapie*, Tunis, Simpact, 2012, p. 35 et 44.

Il s'était même marié à une jeune appartenant à la même mouvance salafiste. Il a loué un petit appartement dans le voisinage de ses parents. La seule chose, dit encore sa maman, « c'est qu'il a obligé sa femme à porter le niqab à la place du hijab ». Et d'ajouter: « Mais il fait la prière dans la mosquée; il poursuivait ses études à la faculté de théologie, et on l'appelait Cheikh; et voici que sa femme le 2 avril 2012 nous informe dans la soirée que Skander n'est pas retourné à la maison; j'ai attendu, puis à 1 heure du matin, j'ai appelé son père qui était encore à son travail; nous finissons par découvrir le 3 avril 2012 qu'il était en état d'arrestation et qu'on venait de le transférer à la prison civile; or, voici déjà deux mois qu'il est en prison, sans médicaments... » La maman semble être venue revendiquer un certificat médical posant l'indication de la nécessité qu'il puisse disposer de ses médicaments tout en restant en prison, « l'essentiel étant qu'on lui donne ses médicaments en prison », dit-elle. Mais pourquoi donc avait-il été arrêté puis transféré en prison ? Le père explique: « En fait, il s'était rendu à l'église de l'avenue Mohamed V à Tunis; il a dit à l'archiprêtre de l'église russe: « vous, vous devez payer la *jizia* (impôt spécifique aux chrétiens), sinon vous sortez d'ici ! » (*antom yelzem tadfa'ou al jizia wa illa tokhorjou min bouna*); et dans l'église, selon le papa, « il avait couvert la croix à l'intérieur de l'église tout comme les croix sur le portail de l'église avec des sacs en nylon... il s'est perdu ! » Skander semble avoir répété ce comportement le 30, 31 mars et le 1^{er} avril 2012. Il est à supposer que sans l'art de l'écoute et de la négociation de l'archiprêtre, cela aurait pu évoluer vers le drame. Les forces de sécurité semblent avoir mis du temps pour intervenir... Skander a été vu en expertise psychiatrique en prison en juin 2012. Les conclusions de l'expertise confirmaient son état psychotique, sa non réceptivité à la sanction pénale, la nécessité de soins spécialisés en milieu psychiatrique et l'obligation d'être hospitalisé en placement d'office et sous contrainte pour soins spécialisés.¹²

Toujours en Tunisie, Rym Ridha, professeure de psychiatrie à l'Université de Tunis et chef du service de psychiatrie légale, avait exposé¹³ en octobre 2007 les résultats de sa recherche sur *Les aléas en Tunisie de la prise en charge au long cours des psychotiques dangereux*, ceci à partir de son expérience au service de psychiatrie médico-légale à l'hôpital Razi. En 1995, parmi ces malades étiquetés « psychotiques dangereux » et hospitalisés par voie de jugement d'un placement d'office pour soins dans ce service spécialisé et ce, suite à un acte médico-légal, 52 % avaient déjà des antécédents psychotiques connus; ils étaient donc supposés recevoir régulièrement un traitement antipsychotique au long cours. Ce pourcentage déjà élevé devait encore nettement augmenter en 2007-2008, puis en 2013: en effet, de 52 % qu'il était en 1995, ce pourcentage allait passer à 73 % en 2007 ! Ces malades placés dans ce service spécialisé par voie de jugement suite à un acte médico-légal, avaient même, dans leurs antécédents, reçu un traitement en milieu hospitalier spécialisé, et ils étaient donc supposés être depuis régulièrement suivis dans le cadre d'une prise en charge au long cours pour leur maladie psychotique chronique. Dans cette même étude reprise en 2013, ce pourcentage allait encore s'élever pour devenir de l'ordre de 78 à 79 % !

12. Cette observation a été présentée, mais non publiée, aux 11^{es} journées nationales de l'Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé, sur le thème Psychiatrie et société, 15 et 16 février 2014, conférence sous le titre *Violence faite à la psychiatrie*.

13. Ridha, Rym: *Prise en charge au long cours des malades psychotiques dangereux*; in 20^e Journées Nationales de Psychiatrie, Symposium sur le thème: La prise en charge au long cours des malades psychotiques; 19, 20, 21 octobre 2007; texte remanié en 2013 et en voie de publication dans les actes de ce colloque.

(P^r Rym Ridha, symposium octobre 2007 à Hammamet, communication personnelle d'après texte repris en 2013).

Il est à souligner qu'en Tunisie comme partout dans le monde, au nom aujourd'hui d'une supposée avancée contre la stigmatisation de la maladie mentale, et au nom des droits de l'homme, alors même que la maladie psychotique implique souvent parmi l'un de ses symptômes majeurs, celui du déni par le patient pour sa maladie, il est devenu légalement inadmissible en urgence d'imposer une hospitalisation en milieu spécialisé sans le consentement du malade lui-même, ou à la limite, d'un parent (encore faut-il que ce dernier soit disponible), « pour ne pas entraver au respect des libertés individuelles », ceci même s'il y a constat spécialisé que « l'état de santé de ce malade peut le rendre dangereux pour lui-même et pour son environnement ».

De surcroît, dans un pays comme les USA, il est même possible d'avoir à observer un agir d'ordre médico-légal encore plus dramatique, plus tragique de par son ampleur et sa gravité : en effet, outre l'avancée supposée dans l'obligation de ne pas entraver les libertés individuelles du malade, ceci dans le cadre de la « déstigmatisation » de la maladie mentale, il y a aux USA à considérer de plus, le droit sacro-saint pour tout citoyen américain, de pouvoir à tout moment s'acquérir et s'acheter une arme à feu ; ce qui ne peut alors empêcher l'expression d'un tel symptôme (des dysfonctionnements des stratégies de soins en santé mentale) à travers des explosions de « violence pure » dont, à titre d'illustration, le drame particulièrement tragique du 16 avril 2007 (30 morts et plus de 30 blessés) à l'Université Virginia Tech. de Blacksburg en Virginie avec l'irruption brutale du Réel désorganisateur à travers, comme support, un jeune étudiant psychotique, et qui semblerait pourtant déjà connu et supposé suivre un traitement au long cours pour une psychose grave.

Une dernière illustration, qui donne, d'après *Le Monde* du 21 février 2015, « un éclairage sur la faillite du système de santé mentale aux États-Unis. » ceci d'après Corine Lesnes, correspondante du journal *Le Monde* à San Francisco ; il s'agissait d'un compte rendu à partir du procès (depuis le 11 février 2016) d'Eddie Ray Routh, ancien marine en Irak, jugé au tribunal de Stephenville dans le Texas pour un double meurtre. Après son passage comme marine à Bagdad, d'où Eddie aurait un jour téléphoné à son père pour lui dire : « qu'est-ce que tu dirais si je tuais un enfant ? » En 2010, en mission humanitaire à Haïti, l'armée lui a décerné la médaille du service humanitaire. De retour chez lui au Texas, il a occupé des petits boulots décrits comme instables. Il fumait de la marijuana... passage par un état psychotique franc. Il a été hospitalisé à Dallas, puis, toujours d'après le compte rendu de son procès, il avait été remis dans la rue avec un sac contenant 9 sortes de médicaments... Il a été ensuite réadmis dans le service psychiatrique parce qu'il aurait menacé de faire sauter la cervelle de toute sa famille. D'après la journaliste, il a été renvoyé chez lui 4 jours avant le double meurtre. À l'audience, sa mère Jodie Routh a expliqué qu'elle avait supplié les psychiatres de Dallas d'interner son fils. En dernier recours, elle s'est tournée vers Chris Kyle (un vétéran de la marine et tireur d'élite) sachant qu'il s'occupait des vétérans d'Irak en difficulté. Le 2 février 2013, Chris Kyle et son copain Shad Littlefield ont emmené le jeune marine au stand de tir de Rough Creek Lodge à une heure et demie de Stephenville. Selon eux, il s'agirait d'une forme de thérapie pour les traumatisés de la guerre. Eddie était à l'arrière dans la voiture lorsque Chris Kyle avait ressenti soudainement qu'« Eddie avait l'air totalement cinglé », ceci d'après un SMS qu'il a eu tout juste le temps d'écrire ; les corps

de Chris Kyle et de Littlefield ont été retrouvés criblés de balles tirées dans le dos. En fait, Eddie Ray Routh semblerait avoir ressenti dans son délire être tombé dans un piège!

Ainsi, en Tunisie comme aux USA comme en France, comme partout dans le monde, ces modalités d'irruption tragiques du Réel désorganisateur dans l'espace social et dans l'espace familial sembleraient même d'année en année s'amplifier; aussi, elles ne sauraient ne pas nous interpeller de par leur nature comme symptôme n'ayant cesse de s'amplifier, ceci pour révéler de graves dysfonctionnements des stratégies de soins et de prévention dans le champ de la santé mentale, y compris quant aux mesures de prévention à mettre en œuvre en amont du passage à l'acte violent puisque, comme le souligne très pertinemment Rym Ridha, « la grande majorité des patients concernés sont des anciens malades ayant déjà une histoire psychiatrique ancienne et connue ». Force est donc que l'on se mobilise à ce sujet en tant que psychiatres, psychologues, psychanalystes, travailleurs sociaux, soignants de différentes catégories, médecins de première ligne, instances judiciaires, quelle que soit notre place comme intervenants dans le champ de la santé mentale (privé ou public), et quel que soit l'étayage théorique auquel nous nous référons dans nos pratiques¹⁴. Nous ne saurions éluder ces deux symptômes révélateurs d'aussi graves dysfonctionnements des stratégies en matière de soins et de prévention jusque-là mises en œuvre dans le champ de la santé mentale; à savoir la fréquence de plus en plus grande des rechutes et, la fréquence inquiétante des rechutes associées à des passages à l'acte avec des conséquences dramatiques et parfois tragiques.

Certes, il est évident que pour ce deuxième symptôme la charge émotionnelle familiale et sociale qui accompagne ces drames demeure, et de loin, plus importante que ne pourrait l'être en fait la place objective de ces accidents tragiques en tant que facteur social de mortalité (en comparaison avec d'autres facteurs de mortalité). Néanmoins, cette charge émotionnelle familiale et sociale ne pourrait en aucun cas être négligée. Elle ne peut que susciter en nous maints questionnements sans aucune possibilité de s'évader en rejetant la responsabilité de « la faille » sur la famille, ou, comme en témoigne la condamnation judiciaire récente à Grenoble (le 14 décembre 2016) d'un psychiatre responsabilisé pour cette « faille », ou encore en rejetant cette responsabilité sur l'un ou l'autre des divers acteurs

14. La question de certaines spécificités du transfert chez le malade psychotique et celle des aléas toujours possibles dans l'évolution au long cours des réponses et/ou réactions contre-transférentielles chez le thérapeute, semblent constituer l'axe des réflexions sans cesse à renouveler dans nos pratiques quel que fût l'étayage théorique qui les sous-tend: 1. Pour la psychanalyse, avec le malade psychotique à travers « l'effort de rendre l'autre fou » (H. Searles), les aléas de l'évolution du contre-transfert au long cours ne seraient-ils pas en rapport avec l'obligation pour l'analyste de faire un travail de culture y compris sur lui-même, un travail de culture toujours de l'ordre de l'inachevé? 2. Pour les thérapies systémiques entre « l'ici et maintenant » d'une séance, « l'ici et maintenant » d'une 2^e séance et celui d'une 3^e séance, n'y a-t-il pas implicitement une relation temporelle dynamique? N'y aurait-il pas une inscription dynamique historicisée et historicisante d'une relation

thérapeutique avec le discours qui s'y construit, s'y déconstruit et s'y reconstruit...? Alors comment pourrait-on faire l'impasse de la question du transfert et du contre-transfert avec le malade psychotique et sa famille dans le cadre d'une thérapie familiale systémique, même si certains théoriciens de la pratique systémique proposent une telle impasse? Et donc là aussi c'est cette question du transfert et du contre-transfert qui constitue encore l'axe de réflexion à renouveler, à déconstruire et à reconstruire. 3. Idem pour les thérapies cognitives, la relation thérapeutique qu'elles impliquent, peut-elle là encore faire l'impasse de la question du transfert et celle du contre-transfert ainsi que de leurs aléas? Intégrer dans le champ des thérapies cognitives la question du transfert et celle du contre-transfert, cela ne saurait impliquer systématiquement la constitution d'une rencontre des thérapies cognitives avec le champ théorique et pratique de la psychanalyse.

impliqués dans le champ de la santé mentale. Ne pas assumer ce questionnement, et ne pas travailler à partir de cette faille de là-même où elle nous interpelle, de là-même où elle éveille en nous ce qui serait de l'ordre de l'« inquiétante étrangeté » dont parle S. Freud, ce serait risquer d'ouvrir largement la voie au retour de la vraie stigmatisation sociale du malade psychotique et d'un fonctionnement d'ordre sécuritaire préconisant à nouveau l'enfermement de longue durée comme moyen thérapeutique incontournable, ceci malgré les progrès en psychiatrie biologique et les progrès dans le champ des différentes catégories de psychothérapies ; à moins que cette faille (que sembleraient mettre à nu certains aléas de cette prise en charge au long cours du malade psychotique) ne parle aujourd'hui *un non-dicible à bâillonner* parce qu'il relèverait non seulement d'un refoulé de l'ordre de l'originnaire dans le roman familial du patient lui-même mais encore parce que ces aléas pourraient parler en même temps ce non-dicible que le thérapeute comme l'ensemble des intervenants sociaux partageraient avec la famille, un non-dicible donc à bâillonner encore plus puisqu'il relèverait d'un refoulé culturel de l'ordre de l'originnaire. L'on comprend dès lors que certains personnages politiques en Europe, en France en l'occurrence, aient déjà eu à parler de la nécessité de construire des hôpitaux-prisons et/ou des prisons-hôpitaux comme solution sociale avec ces malades à neutraliser comme altérité radicale et donc à exclure du champ social. D'ailleurs, la vieille notion d'« asile » elle-même se trouverait, dans une telle perspective, abandonnée. Il était encore heureux que notre collègue et ami Hervé Bokobza se soit levé en 2008-2009 contre cette approche hautement sécuritaire que certains politiques en France osaient proposer contre les malades psychotiques réduits à ce que leur expérience fondamentale de souffrance soit ainsi considérée et instituée socialement comme une différence absolue et intraitable. Or, quelle que soit notre place comme intervenants dans le champ de la santé mentale, ne devrions-nous pas assumer chaque fois et en groupe, en plus d'une évaluation académique du processus pour le parcours de ces malades, assumer aussi en atelier de groupe le questionnement quant aux difficultés et aux aléas de la prise en charge au long cours des malades psychotiques, et ceci à partir de là-même où les uns et les autres nous sommes personnellement traversés par « un souffle de déraison »¹⁵, par le principe d'incertitude, que suscite soudain la parole du malade (de l'ordre du non-dicible, ce refoulé culturel originnaire soudainement mis à nu) et qui ébranle nos

15. Il s'agit là d'une expression de Guy de Maupassant. En 1888, dans son Carnet de voyages, sous le titre *D'Alger à Tunis*, il fait une description émouvante de l'état abominable des lieux qu'était devenue l'unité de psychiatrie dans un hôpital général de Tunis et qu'il désigne de « l'hôpital arabe de Tunis » (actuel hôpital Aziza Othmana de Tunis). En même temps, il relate ce qui l'a profondément interpellé dans le discours qu'a adressé l'un des patients à lui comme au médecin directeur de l'hôpital avec qui il se trouve. Il écrit : « *Puis voici un vieux qui rit et nous crie en dansant comme un ours : Fous, fous, nous sommes tous fous ! Moi, toi, le médecin, le gardien, le Bey, tous tous fous.* » Et Maupassant d'écrire encore : « C'est en arabe qu'il hurla cela. Mais on comprend [...] tant l'affirmation de son doigt tendu vers nous est irrésistible. Il nous désigne l'un après l'autre et rit, car il est sûr que nous sommes fous, lui, ce fou,

et il répète : *oui toi, toi, tu es fou !* » Et Maupassant d'ajouter : « Et on croit sentir pénétrer en son âme un souffle de déraison, une émanation contagieuse. » En fait, ce « fou » tunisien décrit par Maupassant ne provoquerait-il pas en l'auteur lui-même une inquiétante étrangeté pour sa propre expérience hallucinatoire et de « folie » qu'il a eu à vivre et qu'il décrit merveilleusement dans sa nouvelle *Le Horla* en 1886, expérience personnelle plus ou moins libérée à travers son écrit, mais encore en partie, plus ou moins refoulée, et voilà que les paroles de ce vieux fou tunisien viennent soudainement mettre à nu ? Ce vieux fou tunisien, quand il crie « *nous sommes tous fous, moi, toi, le gardien, le Bey, tous, tous fou !* » ne parlait-il pas aussi le lien refoulé entre son aliénation individuelle et l'aliénation sociale touchant même la gouvernance (le Bey) de son pays qui venait d'être colonisé ?

représentations pour nos pratiques et leurs niveaux de liaison/déliation au sein de l'ensemble diversifié de nos fonctions et rôles ainsi que de nos techniques au décours de la mise en œuvre en commun des stratégies de soins et de prévention en santé mentale ? À travers un travail de culture, une réflexion renouvelée en groupe s'avère ainsi incontournable pour dévoiler que l'expérience fondamentale de souffrance psychotique, en rapport au vécu d'une « intériorité constamment menacée », pour reprendre une formule de Gisela Pankow, cela ne saurait relever d'une différence radicale et intraitable. Cela au contraire constitue, pour tout un chacun en tant qu'intervenant dans le champ de la santé mentale et pour le groupe, une invitation à s'engager dans une relation intersubjective de compréhension empathique avec autrui :

1. Avec le malade en tant qu'autrui porteur de son propre discours, de son propre vécu à lui-même et pas à quelqu'un d'autre.

2. Ainsi qu'avec soi-même.

3. Et avec tout autre collègue participant à partir d'une place ou d'une autre au sein de l'équipe pour une réadaptation dynamique et sans cesse renouvelée des stratégies de soins et de prévention en santé mentale, ainsi que pour l'évolution d'un tel suivi.

Pour conclure, il est intéressant de constater, au cours de ces dernières années en Amérique du nord et en Europe, la lente émergence de réseaux associatifs constitués de malades qui s'organisent en groupes de rencontre et qui s'instituent en tant que *patients-experts* dans le champ thérapeutique de leurs maladies. Ces malades redécouvrent en fait les premiers jalons des thérapies de groupe et de la psychothérapie institutionnelle tels que posés entre autres par Kurt Lewin en 1936 et par Wilfred Bion et John Rickman en 1943 ainsi que, et surtout, par le groupe de Saint-Alban en France depuis 1942. Ces *patients-experts* revendiquent en effet l'humanisation de la psychiatrie, à savoir la possibilité pour chacun dans le groupe (en tant qu'assemblée d'écouter) de parler librement de son vécu y compris de ses hallucinations et de son délire, ceci sans censure et sans risque de jugement ni d'exclusion. Comment en effet pouvoir réaliser et vivre une expérience de bien-être sans auparavant en avoir eu la possibilité, sans auparavant avoir pu exprimer son expérience de mal-être, et sans avoir été entendu, écouté et compris par autrui en parlant cette expérience ? Ces *malades-experts* réclament par là-même que chacun devienne un acteur du travail thérapeutique dans le cadre du groupe et par le groupe. Non sans raison, ils exigent à travers leur discours que le psychiatre, le psychologue, le médecin de première ligne, arrêtent de les écouter en tant que « corps objets », pour reprendre encore l'expression de G. Pankow, corps objets dans le seul but de poser un diagnostic et de leur prescrire des consignes à suivre d'un traitement biologique, lequel traitement biologique associé ou non à des prescriptions complémentaires de consignes, cette fois de type comportemental et/ou cognitif. En somme, ce mouvement associatif de patients-experts préconiserait le retour à la psychothérapie institutionnelle et aux thérapies de groupe en tant que maillons incontournables dans la prise en charge au long cours du malade psychotique et pour plus d'efficacité des stratégies de soins et de prévention ainsi que des méthodologies d'évaluation des interventions dans l'ensemble du champ de la santé mentale.¹⁶

16. Voir *Le Monde*, 14 septembre 2016, Supplément Science et Médecine : « Les patients, ces experts », p. 4-5.

Documents utilisés

Rapport Mission OMS, Rabat – Maroc (Mission auprès de l'Association de parents de malades Al Oumnia – (Casablanca, Rabat, Centre social d'Ain-Atig et Moulay Bouya Omar) – Rabat, juin 2003 – Document 1 et Document 2; E. Jeddi.

Santé en Tunisie : État des lieux (*Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les programmes nationaux de santé*) sous la direction du Pr. Taoufik Nacef. Tunis – Ministère de la Santé publique.

Althusser Louis, *L'Avenir dure longtemps*, Éd. Stock, Paris, 2007.

Rym Ridha : Les aléas en Tunisie de la prise en charge au long cours des psychotiques dangereux. Conférence à Hammamet : *Journées Nationales de Psychiatrie, sur le thème Prise en charge au long cours du malade psychotique* – octobre 2007. Texte repris en 2013 et en voie de publication dans les actes de la rencontre.

La Santé Mentale en Tunisie: situation et perspectives – juin 2009 – Unité Santé mentale - Ministère de la Santé publique (Tunis).

Argument général de la rencontre sur le thème *La prise en charge au long cours du malade psychotique*. Hammamet 19, 20 et 21 octobre 2007. Sous dir. E. Jeddi.

E. Jeddi, *Psychothérapie Institutionnelle et Musicothérapie*, Éd. Simpect, Tunis, 2012. Version traduite en portugais, éd. Taman, Montréal et Rio de Janeiro, 2016.

Histoire et dérive de la psychiatrie en France

Paul Lacaze

1. À l'aube de la psychiatrie en France

En Europe la psychiatrie a une histoire pluri séculaire dont la partie dite contemporaine, pour la France, remonte classiquement à 1793 avec Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin.

Parmi les différentes périodes du développement de la psychiatrie globalement on décrit celle du « traitement moral » puis celle de la nosographie, partagée entre psycho et organo pathologies, enfin celle des apports de la psychanalyse et des psychothérapies. On doit y ajouter, spécifiquement pour la France des XVIII^e et XIX^e siècle, une nuance de taille : la psychiatrie issue de la période coloniale fondée tout à la fois sur des conceptions anthropo-morpho-ethnographiques et sur des traditions asilaires aux accents ségrégatifs.

2. Naissance du Sujet dans la psychiatrie française

Il faut attendre les profonds remaniements provoqués par la seconde guerre mondiale et la Shoa pour observer, sous l'impulsion des concepts métapsychologiques freudiens de la psychanalyse, puis de leur « relecture » lacanienne, des initiatives d'ouverture institutionnelle et d'accès à une clinique du langage. La reconstruction de la France après 1945 et sa recherche d'indépendance, son originalité en matière de solidarité avec la création de la Sécurité Sociale, et bien d'autres aspects encore ont produit une expansion démocratique de la médecine et de la psychiatrie. Si on y ajoute la mise au point des neuroleptiques comme premiers psychotropes sédatifs au détriment des pratiques de contentions physiques, manuelles, hydrothérapiques ou autres, on peut se flatter que les « Asiles d'aliénés », devenus dans les années 30 « Hôpitaux psychiatriques », aient été requalifiés en « Centres Hospitaliers Spécialisés » ou « Centres Psychothérapiques » à partir des années 60. La médicalisation de la psychiatrie est alors à son apogée : création des institutions médico-judiciaires, médico-sociales, extension du secteur privé, politique de Secteur (Livre blanc de la psychiatrie); pratiques de la psychanalyse et de la psychothérapie (individuelle, de groupe ou/et institutionnelle). Le contexte des années 60 et 70 devient propice à la formation et à la pratique d'une psychiatrie hors des murs de l'hôpital, avec la création du Secteur public (institution d'État), avec le développement du secteur privé (à but lucratif) et aussi du secteur médico-social (privé associatif à but non lucratif). Plus précisément, dans le même temps que se développe l'utilisation des psychotropes dans une dimension de travail psychothérapique de Secteur public, se multiplie la création de Cabinets privés de psychiatrie et psychanalyse.

De la « vieille Europe » émerge ainsi une nouvelle génération de la psychiatrie, dynamique, créative, inspirée par la psychanalyse et ses disciples freudiens, Diatkine, Lebovici, Green, Lacan, Dolto, Leclerc, Perrier et tant d'autres..., une génération psychiatrique souvent nourrie à l'idéologie anti-concentrationnaire représentée par Lucien Bonnafé, Pierre Bailly-Salin... C'est l'apogée des expériences de psychothérapies institutionnelles illustrées par François Tosquelles à St Alban, Jean Oury à Laborde,

Paul Sivadon à La Verrière, Georges Daumézon et Philippe Paumelle à Paris dans le 13^e, Maud Mannoni à Bonneuil, Roger Mises à la Fondation Vallée, Tony Lainé à Étampes... plus modestement, l'expérience de Bernard Durey en Lozère : Placement familial thérapeutique « Solstice », pour enfants autistes.

3. Autour des ratés de la psychiatrie en France

Les succès de ces révolutions institutionnelles et de ces nouvelles pratiques de la psychiatrie sont soutenus par une plus large part de la société qui, grâce à l'accès direct et remboursé aux soins psychothérapeutiques, découvre la notion de bien-être psychoaffectif, d'affirmation de soi, de soins médico-psychiatriques, y compris pour les enfants, les vieillards mais aussi les fous en général. On ne parle plus de déments ni d'aliénés mais de schizophrènes, autistes, psychotiques. La terminologie psychiatrique amorce une forme de déstigmatisation.

Devant ce véritable fait de société, le politique reprend alors la main en imposant ses conditions. À partir des années 80 apparaissent les circulaires pour régler les nouveaux dispositifs d'admission en hospitalisation sous contrainte, les nouveaux formats hospitaliers qui valident la disparition de la dimension asilaire au profit de l'intégration des services de psychiatrie dans le cadre plus valorisant de l'hôpital général. De là se développent parallèlement les lois qui entérinent la place du patient (et de son entourage) au rang d'usager avec ses droits de regard sur son dossier ; aussitôt, sous la pression des lobbies des familles de patients, l'action sociale se traduit par l'apparition du statut de handicapé avec allocations correspondantes. Les contrôles et les démarches-qualité sont renforcés dans tous les domaines de l'activité psychiatrique. Avec les visites d'accréditation la pratique gestionnaire devient courante et s'impose progressivement partout : réduite à un simple produit de santé, une marchandise, comparable à ce qui est supposé convenir à la médecine somatique la psychiatrie, tout comme la psychologie clinique, est diluée dans une appellation sociale plus globale, à effet encore moins stigmatisant : la santé mentale.

Dès lors, le Sujet parlant est effacé au profit d'un nouvel ordre, celui de l'Objet traité.

4. Adieu l'exception culturelle française !

Il faut dire que les conditions s'y prêtent bien sous le vent dominant venu d'outre-Atlantique : on devient pragmatique, dans l'esprit du Marché néolibéral globalisé. On accueille le *DSM* 3 puis 4 et 5, ses classifications numérisées et mesurables, selon une équation gagnante : virtuel-science//gestion-déstigmatisation=marchandisation ; les techniques psychothérapeutiques réductionnistes, objectivables, brèves, type TCC supposées plus économiques et plus évaluables ; et surtout l'explosion de l'industrie biomoléculaire qui exerce son pouvoir sur la psyché, ainsi rabattue, par l'illusion de l'imagerie et des neurosciences, au rang d'activité neuronale donc enfin digne

d'intérêt dit scientifique. On en arrive aujourd'hui au déni du psychisme au profit du cérébral ! C'est souvent ce grand Marché qui, au passage, de façon directe ou indirecte, avec parfois la complicité de l'université, s'insinue dans la formation – ou ce qu'il en reste – des praticiens, avec la dérive que l'on soupçonne...

5. Pour conclure, un mot : résistance

Avant l'avènement de la psychiatrie contemporaine, nul Sujet puisque la Religion prétendait, à elle seule, donner les réponses sans que nulle question puisse se poser. Aujourd'hui libre, la Science peut donner ses réponses à toutes les questions. Mais parfois pour le pire ! En y répondant, avant même que ne se pose la question, la Science au service du Marché comble le besoin, suscite une demande croissante et, du Sujet, étouffe de facto l'expression de son désir et de sa vérité !

La Science, quand elle dévie ainsi de son éthique, se travestit alors en un scientisme aux accents du religieux et, de la jouissance individuelle, va jusqu'à produire ce que j'appellerais une véritable « jouissance » collective... Hors la vérité du Sujet, une fois réduite à l'illusion de l'Objet, peut-on encore parler de Psychiatrie ?

Aussi, pour ne pas être rabattue au rang de seule technique de l'Objet, pour qu'advienne de nouveau du Sujet dans l'écoute de la parole du patient, la psychiatrie doit de toute urgence et inlassablement savoir mettre en question les réponses triomphantes de la dite science. C'est dans cet esprit qu'Alfapsy a été fondée dans les années 2000, précisément en direction de la toute jeune psychiatrie francophone d'exercice privé. Nombre de praticiens de libre pratique, certes nourris au sein de la postmodernité mais aussi confrontés aux patients et à la relation intersubjective, se sont alors reconnus dans les valeurs de la psychiatrie psychodynamique.

En France – on le voit – la résistance en psychiatrie s'impose fort, comme rempart éthique face aux risques de confiscation de la folie privée du Sujet par la folie publique de l'Objet.

Stratégies des soins en santé mentale (Aspects législatifs)

Psychiatrie & législation

Hachem Tyal

A. Éléments de définition

Qu'est-ce que la psychiatrie ? La psychiatrie est la discipline médicale qui s'occupe des maladies mentales. Elle étudie les maladies psychiques, détient les concepts et autres outils de diagnostic et de traitement de ces maladies.

La particularité de la psychiatrie parmi toutes les autres disciplines médicales est qu'elle peut indiquer une privation de liberté par une hospitalisation sans consentement, une prise de traitement obligatoire et/ou une restriction plus ou moins importante des droits et libertés individuelles comme celle de communiquer.

C'est eu égard à cette spécificité de la psychiatrie que la législation se doit impérativement de légiférer en la matière et qu'elle fait partie du quotidien de tout praticien de la psychiatrie.

La privation de liberté, par l'hospitalisation de malades mentaux sans leur consentement, pose une difficulté particulière. En effet, cette limitation des droits de la personne est fondée, dans la majorité des cas, sur l'intérêt pour la santé du patient, intérêt que la personne n'est pas capable de discerner par elle-même et, beaucoup plus rarement, sur des motifs de sanction pénale et de protection de l'ordre public. Cette spécificité se traduit par la multiplication des acteurs qui sont habilités à se prononcer sur la privation de liberté (psychiatres, magistrats, représentants de l'autorité...) ainsi que par leur difficile articulation.

Dans l'histoire récente du monde, la régulation médico-administrative-judiciaire a considérablement varié à travers les époques, donnant une place plus ou moins importante aux garanties juridiques dont toute personne, même malade, est censée disposer, même quand elle ne donne pas son consentement à son hospitalisation.

Les XIX^e et XX^e siècles ont été marqués par une logique que je qualifierais, avec d'autres auteurs, de « logique paternaliste », laquelle s'appuyait sur la notion de meilleur intérêt du patient, tel qu'apprécié par le détenteur du savoir médical qu'était le psychiatre.

La modernité a donné une place croissante aux garanties des droits de ceux qu'on a commencé à nommer les « usagers » de la psychiatrie, considérés de plus en plus dans les politiques publiques comme des « personnes vulnérables ». Le corollaire de cela est que la logique « paternaliste » prônée par le médecin psychiatre a de plus en plus laissé place à une « logique de droit ».

Voyons un peu plus dans le détail ce changement, ce glissement d'une logique à une autre radicalement différente.

B. Les droits déclaratoires internationaux

Dans l'immédiat après-guerre, la promulgation de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* en 1948 a constitué la première pierre à l'élaboration de l'arsenal juridique actuel encadrant les conditions de privation de liberté et de soins spécifiques aux malades mentaux. Cette déclaration n'avait alors aucune valeur contraignante, mais elle fut complétée à la fin des années 1960 par de nouveaux outils un peu plus contraignants dont un en particulier a valeur novatrice en la matière. Il s'agit ici du *Protocole relatif aux droits civils et politiques*, qui

date de 1966 et contient des dispositions pouvant être appliquées aux malades mentaux soignés sans leur consentement.

Les articles de ce protocole n'évoquent pas explicitement les limitations de liberté concernant les personnes souffrant de troubles psychiques, même si celles-ci sont directement concernées a priori, sauf que l'article 9 sera rapidement évoqué dans des textes prévoyant des dispositions relatives à la liberté des personnes souffrant de handicap ou de maladie.

C'est justement à partir de cet article 9 que la *Déclaration des droits des personnes handicapées mentales*, de 1971, et la *Déclaration des droits des personnes handicapées*, de 1975, ont commencé à parler de garanties juridiques contre les restrictions abusives de la liberté des malades mentaux.

C'est à partir de ce moment que le processus de spécification des droits relatifs aux personnes souffrant de troubles psychiques se développe.

C. Les principes onusiens spécifiques

Au début des années 1980, plusieurs interventions faites dans plusieurs comités onusiens ou européens mentionnent les liens entre la problématique de la psychiatrie et les mesures privatives de liberté.

Au cours de la même période, l'Assemblée Générale déclare les années 1983/1992 « Décennie pour les droits des personnes handicapées ».

En 1983, la Commission de la protection des minorités commande un Rapport relatif à la protection des personnes souffrant de maladie mentale. On y dénonce les graves violations des droits humains exercées contre les personnes souffrant de maladie mentale dont beaucoup, d'après ce Rapport, sont internées dans des hôpitaux psychiatriques pour des *raisons uniquement politiques*. Ce Rapport veut également favoriser l'adoption et la mise en place de *standards de soin et de protection* pour les personnes faisant l'objet d'une limitation de liberté au motif d'une maladie mentale ou de troubles psychique.

Le 17 décembre 1991, l'Assemblée générale de l'ONU adopte des « principes pour la protection des personnes atteintes de maladie et pour l'amélioration des soins en santé mentale ». Le document évoque d'abord, dans l'article 1^{er}, le droit de chacun « au meilleur soin disponible en santé mentale ».

Les dispositions relatives à la liberté d'aller-et-venir, à la contention et à la mise en isolement, font l'objet des principes 11 et 16. Ce dernier repose sur la notion de « least restrictive alternative », que l'on traduit par « solution la moins contraignante ».

Un des principes porte sur la nécessité d'un organe de révision, défini comme « un organe judiciaire ou tout autre organe indépendant et impartial établi et agissant selon les procédures fixées par la législation nationale ».

Ce document, non contraignant, est considéré comme *un juste équilibre entre une approche paternaliste et une approche centrée sur les droits*. S'il formule l'importance du respect des droits des patients, il autorise les limitations légales de liberté du droit à la libre circulation pour des raisons de santé mentale.

Il a également été ensuite utilisé comme guide, en particulier par l'Organisation

Mondiale de la Santé, qui reprend nombre de ses articles dans l'*Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme, et la législation*, publié en 2005, et dont je parlerai dans la section « Santé Mentale ».

D. Le dernier changement

Le 13 décembre 2006 est adoptée la *Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH)*, laquelle veut apporter *une orientation nouvelle quant aux principes* régissant les droits des personnes souffrant de troubles mentaux.

Elle est centrée sur le *principe de non-discrimination* et de traitement égal des personnes handicapées avec les autres, mais *ne mentionne pas les troubles de santé mentale parmi les motifs qui autorisent à priver une personne de sa liberté*.

L'article 14 de la Convention stipule ainsi d'une part que les limitations de la liberté du droit à la libre circulation ne doivent pas se faire « de façon illégale ou arbitraire » et, d'autre part, « qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté ».

C'est à partir de ce moment que, dans le monde entier, les législateurs commencent à s'intéresser à ce sujet, axant leur intervention sur les quatre principes fondamentaux suivants :

- la création d'*instances de contrôle* des décisions de privation de liberté pour cause de maladie mentale ;
- le principe d'une *intervention la moins restrictive possible* ;
- le refus de dispositions qui *discrimineraient les personnes pour des raisons de santé ou de handicap* ;
- la mise en place, par le biais des politiques publiques, de *mesures d'accompagnement* appropriées.

Santé mentale & législation

A. Définition de la Santé Mentale

La santé mentale est considérée par l'OMS comme une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est *d'avantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux*.

La santé mentale est donc un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi *la promotion, la protection et le rétablissement de la santé*

mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde. Pour essayer de donner un minimum d'éclairage sur le concept de Santé Mentale, je prendrai comme référence le remarquable ouvrage que l'OMS a publié en 2005 et intitulé *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, lequel est toujours d'actualité.

B. Intérêt d'une législation en Santé mentale

La législation sur la Santé mentale a pour but fondamental de *protéger, promouvoir et améliorer la vie et le bien-être mental des citoyens.*

Étant donné que chaque société a besoin de lois pour atteindre ses objectifs, la législation sur la santé mentale se doit d'être constituée et appliquée, au même titre que toute autre législation.

Une vraie législation sur la Santé mentale est indispensable à l'échelle d'un pays. Elle est indispensable parce que ces personnes, plus que celles atteintes d'autres maladies, *non seulement souffrent, elles et leurs proches, du fait de leur maladie psychique, mais souffrent en outre dans leur chair du fait de la stigmatisation et de la discrimination* à laquelle ils sont confrontés au quotidien. Celles-ci s'expriment par la *violation de leurs droits de l'homme* ainsi que par la privation de leurs *droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels*, cela sans compter tous les *abus physiques, sexuels et psychologiques* dont ils sont très souvent l'objet, et sans oublier la privation injuste d'opportunités d'emploi de même que la *discrimination dans l'accès à l'assurance maladie et au logement.*

On voit donc là que si on veut vraiment protéger les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, il ne s'agit pas seulement de légiférer quant à ce qui concerne les soins en institution ou les soins obligatoires des personnes souffrant de troubles psychiques graves et qui sont incapables de demander des soins. Il s'agit en fait de concevoir toute une *législation sur la santé mentale*, dans le sens le plus large du terme, qui constituerait le *socle sur lequel reposerait la mise en route et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé mentale.*

On voit donc à quel point la politique et la législation sont deux approches complémentaires qui visent à améliorer les soins et les services de santé mentale. On sait aussi qu'en l'absence de volonté politique, de ressources suffisantes, d'institutions fonctionnant convenablement, de services d'appui communautaire et de personnel bien formé, la meilleure politique et la meilleure législation n'ont que peu d'impact.

C. Législation séparée contre législation intégrée sur la santé mentale

Les textes législatifs pourront être construits, en fonction des pays, selon deux modèles : ou ils sont insérés dans *plusieurs législations différentes* – comme, par exemple, dans les législations relatives à la *santé*, à *l'emploi*, au *logement* ou aux *affaires sociales* et à *l'enseignement* ; ou ils sont inscrits exclusivement dans une législation sur la santé mentale portée par le seul Ministère de la Santé. Dans ce cas, toutes les questions touchant à la santé mentale sont inscrites *dans une loi unique.*

D. Règlements, arrêtés de service, décrets ministériels

La législation sur la santé mentale ne doit pas être considérée comme liée à une période donnée, mais comme un processus évolutif dans le temps.

Les détails de la loi ne sont pas nécessairement inscrits dans la législation, mais des *dispositions insérées dans les textes législatifs peuvent décrire ce qui peut être réglementé ainsi que les processus de réglementation usités*. C'est de cette manière qu'une loi sera évolutive, flexible et adaptée à son époque.

E. Accords internationaux et Santé Mentale

À l'instar des *Droits de l'Homme*, la législation sur la Santé Mentale doit aussi protéger les malades mentaux de très près, *conformément au droit international* qui engage le pays dès lors qu'il les a ratifiés.

Parmi les droits importants spécifiquement protégés dans le Droit International et qui doivent être pris en compte dans toute législation sur la Santé Mentale figurent :

– Le droit à *la santé*. Il comprend d'une part le droit au meilleur traitement qui soit et à un *environnement de soin sûr, thérapeutique et hygiénique*: la législation peut prévoir ici des *comités de visite avec de forts pouvoirs légaux*. Le droit à la Santé comprend d'autre part le *droit de bénéficier de services qui améliorent l'autonomie* (services de réadaptation).

– Le droit à la *dignité* (considérés comme incapables de décider, mépris de leurs sentiments...);

– le droit à la *liberté* et à la *sécurité des personnes*, tel que le droit de ne pas être soumis à la torture, à un traitement médical et à l'expérimentation non-consensuels;

– le droit à *l'intégration dans la société*;

– le droit à un *logement raisonnable*;

– le droit à *l'emploi*;

– le droit à la *non-discrimination*;

– le droit de bénéficier des *droits civiques et politiques*;

– le droit à *la protection de leurs intérêts* par des mesures spécifiques (notion de compétence et d'incapacité, mesures de tutelle);

– le droit de bénéficier d'un *système de protection de la santé* qui fournit à tous la même opportunité de jouir du plus haut niveau de santé accessible;

– le droit *des familles* à être *pleinement associées* aux soins mais aussi à la *réflexion sur les politiques de Santé Mentale*.

La législation marocaine – projet de loi 71-13

Chaque pays a construit sa législation et l'a progressivement adaptée. Le Maroc a été en avance sur son temps quand il a promulgué son fameux Dahir sur la santé mentale, le 30 avril 1959, lequel continue à être appliqué de nos jours. Ce Dahir est inspiré de la loi

française de 1838 régissant les institutions psychiatriques à l'époque de Louis-Philippe, c'est-à-dire avant la Révolution de 1789, laquelle devait entraîner de profonds changements dans le système socio-économique et politique de la France.

Le Maroc a fait le choix d'une approche « paternaliste » dans la promulgation de son Dahir en s'appuyant sur la notion de meilleur intérêt du patient, tel qu'apprécié par le psychiatre, et aussi sur la protection de la société. Cette approche est encadrée par un contrôle relevant des chefs des Parquets auprès des Cours d'Appel ou des magistrats des Parquets relevant de leur autorité.

Ce Dahir a été pendant de nombreuses années sujet à de vives critiques de la part des professionnels de la Santé Mentale vu qu'il a surtout été utilisé pour « encadrer » le recours, par l'autorité, à la contrainte physique et morale de l'hospitalisation sans consentement au prétexte de maintenir l'ordre public, sans égard pour la préservation des droits des patients.

Le 2 juillet 2015, le Conseil du Gouvernement a enfin adopté une nouvelle législation en la matière, le projet de loi 71-13. Dès qu'il a été présenté aux professionnels de la santé mentale il a été totalement rejeté, considéré comme complètement désuet et très administratif, loin de la réalité du fait de la prise en charge de la maladie mentale. La sensibilité, l'expérience et l'expertise des professionnels de la santé mentale n'y transparaissaient pas du tout.

Compte tenu de l'importance du projet pour le pays, tous les psychiatres et pédopsychiatres du Maroc ont été invités par leurs associations respectives à donner leur avis à travers un Collectif de représentants de toutes les associations de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

Fort de ces avis, le Collectif a entamé un grand travail de réflexion avec les services concernés du Ministère de la Santé pendant près d'une année afin de revoir en profondeur, article par article, le projet de Loi et faire des contre-propositions aux articles problématiques.

Il est ainsi apparu aux représentants des psychiatres du pays qu'il était nécessaire, avant d'émettre une quelconque critique sur les articles composant la loi, de définir l'esprit de la loi, la façon avec laquelle on la pense.

Pour le Collectif, le texte de loi sur la santé mentale se doit, d'abord et en premier lieu, de protéger au maximum les malades mentaux et préserver leurs droits et leur dignité, en particulier ceux d'entre eux qui seraient hospitalisés sans leur consentement.

Ce texte doit en même temps offrir aux psychiatres le meilleur cadre possible à l'exercice de leurs fonctions, tout en les protégeant eux aussi de tout abus et de tout ce qui peut les insécuriser. Ceci est en effet indispensable à l'optimisation des soins des malades dont ils ont la charge, dans l'intérêt bien compris de ces derniers.

Ce texte doit donc, selon le Collectif, tenir compte aussi bien de l'intérêt des patients que de celui des psychiatres qui les soignent.

Concernant les patients :

- le patient doit bénéficier de tous ses droits de citoyen à part entière ;
- les hospitalisations doivent être les moins longues possibles ;
- le patient doit être informé sur ses droits et voies de recours, en particulier celui d'user

librement de ses droits de recours contre l'hospitalisation, en toute liberté, sans la moindre entrave à l'exercice de ce droit ;

- le patient doit être associé aux décisions et aux soins ;
- si un abus est suspecté par le comité régional, ce dernier, après enquête effectuée par certains de ses membres, pourra interpeller le procureur qui effectuera le contrôle nécessaire et décidera de la nécessité ou non du maintien des mesures d'hospitalisations sans consentement, après avis d'un psychiatre externe à l'institution. Cette décision du juge pourra faire l'objet d'un Appel.

Les éléments les plus importants dans la loi pour protéger le patient en soins doivent être :

- le recueil du consentement éclairé en cas d'hospitalisation libre ;
- le contrôle par le directeur d'établissement des documents obligatoires ;
- l'obligation pour l'établissement d'accueil de transmettre aux instances compétentes toute plainte ou toute demande d'un patient hospitalisé sans son consentement ;
- la tenue stricte d'un registre par le directeur.

Concernant les psychiatres :

- ils doivent être protégés contre tout abus possible des patients à leur égard ;
- la loi doit être la plus légère possible afin qu'elle soit applicable par ceux qui la pratiquent. Une loi inapplicable portera aussi bien préjudice au psychiatre dans l'exercice de ses fonctions qu'au patient bénéficiaire de soins psychiatriques ;
- le principe d'égalité psychiatres / autres spécialités médicales doit être la règle. En particulier le risque pénal de pratiquer la psychiatrie doit être le même que celui de pratiquer les autres spécialités médicales ;
- la responsabilité médicale des psychiatres doit être strictement la même que celles des autres médecins ; au mieux elle doit rentrer dans le cadre de la loi en gestation sur la responsabilité médicale ;
- Les délits des psychiatres dans l'exercice de leurs fonctions relevant de sanctions pénales doivent être inscrits uniquement dans le Code pénal marocain et non dans la présente loi car ils ne relèvent pas de délits spécifiques à l'exercice de la psychiatrie, exception faite de certaines situations particulières que pourrait mentionner la loi.

Concernant la loi en elle-même :

- le respect de la vie privée et le secret médical sont deux droits fondamentaux du patient. Le secret médical s'impose au psychiatre au même titre qu'à tout autre médecin. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce que lui a confié son patient, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. À ce titre, le dossier du patient, sur lequel la plupart de ces éléments sont notés, doit absolument être protégé au maximum, en psychiatrie plus qu'ailleurs étant donné le niveau d'intimité dans lequel sont le psychiatre et son patient. L'accès à ces dossiers doit dès lors être restreint au maximum et n'être autorisé qu'aux soignants du service, à ses médecins et à la police judiciaire dans le cadre enquêtes pénales.
- le recours à l'hospitalisation sur demande d'un tiers doit y être privilégié si le

consentement du malade n'est pas possible et que son état requiert impérativement des soins psychiatriques. L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) doit couvrir toutes les éventualités d'accueil possible;

– l'hospitalisation d'office est le seul mode d'hospitalisation où l'information de la justice doit être obligatoire;

– les Commissions nationales et régionales doivent être composées uniquement de :

- représentant du Ministère de la Santé;
- représentant des Droits de l'homme;
- représentant des comités d'éthique;
- représentant des associations de psychiatres;
- représentant des associations de soignants;
- représentant des associations de familles et/ou des usagers;
- un juriste.

– Le rôle de la Commission régionale doit être d'abord de contrôler les conditions de prise en charge des patients et la bonne marche des institutions psychiatriques. Elle établira régulièrement des rapports à ce sujet qu'elle transmettra à la Commission nationale qui enverra un rapport détaillé, tous les 6 mois, au ministère de la Santé sur ces éléments.

– La commission doit être habilitée à recevoir les requêtes des patients hospitalisés en HDT et pouvoir décider de la levée de cette hospitalisation si les exigences procédurales n'ont pas été respectées.

– La commission peut aussi, après avoir reçu une requête d'un patient hospitalisé d'office et après enquête, saisir le procureur du roi qui engagera une procédure qui aboutira à levée ou au maintien de ce mode d'hospitalisation, après expertise psychiatrique.

– Elle doit pouvoir également saisir la justice pénale si, au cours d'une enquête, elle a connaissance de faits dont elle pense, en première analyse, qu'ils pourraient être qualifiés pénalement de délits.

– Un magistrat pourra effectuer des contrôles systématiques de l'institution, dans le respect des exigences posées par la loi.

– Dans le cas de sa constatation d'infractions graves lors de ses missions, le magistrat pourra transmettre les éléments en sa possession directement à la justice pénale en informant la Commission régionale.

– La police judiciaire ne pourra intervenir dans une institution psychiatrique que dans le cadre d'une procédure pénale. Elle doit être la seule habilitée à avoir un accès total au dossier médical du patient.

– Les contentieux doivent relever du TGI (Tribunal de Grande Instance) qui sera seul compétent, y compris pour juger de la régularité des décisions administratives.

– L'octroi de dommages-intérêts doit dépendre non pas du bien ou du mal-fondé de la mesure d'hospitalisation, mais de sa seule illégalité.

– Les patients hospitalisés sous la contrainte en hôpital public doivent être pris en charge financièrement par l'État.

– Un plan de développement de la santé mentale devra nécessairement être associé à cette loi.

Cette réflexion a ainsi abouti à la production d'un nombre important d'amendements

aux articles de la Loi qui allait être présentée aux deux Chambres du Parlement avant adoption définitive lors de la session parlementaire de printemps 2017. Malheureusement, avec les élections législatives du 7 octobre 2016, qui allaient aboutir à un changement de Gouvernement, le projet ne fut ni discuté ni voté au parlement qui décida d'en laisser la responsabilité au prochain Gouvernement.

Il est à signaler ici que le Ministère de la Santé s'est engagé, chose rarissime en la matière, à défendre toutes les propositions d'amendements lors de sa prochaine discussion au Parlement, session au cours de laquelle il devrait être adopté définitivement.

Conclusion

On voit donc qu'une législation en santé mentale est bien plus qu'une législation qui cadrerait et encadrerait les hospitalisations en psychiatrie.

Elle est la pièce maîtresse des plans de santé mentale adoptés par les Gouvernements comme base de leurs stratégies de santé mentale qui donnent la légitimité de leur mise en œuvre, à l'échelle de la politique générale d'un pays, en renforçant les buts et les objectifs de la politique de celui-ci.

Une Loi sur la Santé Mentale pose un cadre législatif *qui garantit le respect par les gouvernements de leurs obligations* dès lors qu'ils ont ratifié des conventions internationales. Ils se doivent ainsi de promouvoir et de faire appliquer les *droits fondamentaux* des personnes atteintes de troubles mentaux, tels que consignés dans les documents internationaux et régionaux contraignants des droits de l'homme.

Elle doit se pencher ainsi sur toutes les franges vulnérables de la société dont, en particulier, les *personnes âgées* ainsi que *les enfants et les adolescents*, à travers notamment des *programmes de prévention*.

La législation doit ainsi permettre, d'une part, d'atteindre les objectifs des politiques sanitaires des gouvernements et, d'autre part, de rapprocher le citoyen le plus possible de *l'état de bonne santé mentale, état indispensable au développement d'une Nation*.

Soyons heureux ! / Sejamos felizes !

Da felicidade à época da eradicação do íntimo

Hervé Bokobza et Michel Peterson

Os coachs garantem-nos : a missão de vida de toda pessoa que se respeita consiste em ser bem sucedido profissionalmente, em conseguir seu par ou suas relações e em viver em plena saúde. O dinheiro, sem problema ; *basta fazê-lo!* E nosso sucesso, melhor publicá-lo : para isso há o Facebook e todas as plataformas que nos permitem comunicar nossa alegria, e até nossa satisfação. Certamente, para isso, é preciso descobrir seus talentos e correr na frente. *Sai (de cena) todo trauma!* Compreender o que poderia voltar a partir do inconsciente e a partir de nossa história subjetiva, não ! Mas acontece que alguns « assuntos », cada vez mais numerosos, derrapam... Então, o que fazer ? Quais dispositivos oferecer na hora do « ao vivo » e do « virtual » ?

Hervé Bokobza e Michel Peterson

À noite, num bar um tanto chique, mas também decadente. Hoje, 2016. No fundo, durante aproximadamente 20 segundos, uma música brasileira bem pesada, por exemplo, O grito, de Lobão. A música toca bem alta.

Pete est à table, visiblement un peu stressé. Il prend une pilule avec un verre d'eau et joue sur son cellulaire. Bok arrive et fait semblant de parler en criant à Pete. Le rythme de l'échange est lent.

Roberto – Tu viste meu celular, meu Samsung ? É o novo ! Que maravilha !

Il montre son appareil à Bok mais il s'agit d'un miroir, qu'il montre à la salle. Il ajuste sa cravate devant le miroir et n'écoute Bok que distraitement. Bok, lui, adopte un ton professoral.

Bok – Eh ! Tu m'écoutes ? Eh, ho ! J'essaie de te parler depuis un moment.

Roberto – Instagram, espera um pouco... Bom, sim ? Tu tens Instagram ?

Bok – Non, je n'ai pas Instagram. Je voulais te parler d'un type à la télé, un philosophe. C'était dans un débat sur le Travail, en France. Il y a une nouvelle loi qui donne beaucoup de pouvoir aux patrons ; c'est la loi El Komery.

Roberto, *coupant la parole à Bok* – Comunista ?

Bok – *Lai, enti m'ai tefench.* Mais non ! Tu ne comprends pas : faut pas confondre Kommeny, communiste et el connerie, quoi que...

Roberto – No Brasil, igual, este povo, ainda assim, tem que trabalhar nesta porra de confusão !

Bok – Ah bon ? tu dis que les travailleurs doivent travailler plus pour gagner moins, *têm que trabalhar mais para ganhar menos !*

Roberto – Claro ! É normal, internacional...

Bok – C'est une devise internationale, comme l'Internationale communista.

Roberto – *Are you stupid or what ? What the fuck is going on with you man ?*

Bok – *Lai, enti stupid!* Comme le philosophe a dit : « Tu es un médiocrate. »

Roberto – Tu dizes realmente que sou medíocre ! ?

(*Ele olha seu aparelho*) Merda, o sinal é ruim aqui... Moço, garçon! Me dá a senha do wi-fi, por favor, le signal, le code?

O que é ser médiocre?

Bok – Tu me demandes ce que c'est qu'être médiocre? C'est complexe...

Roberto, *énervé, coupant encore la parole à Bok* – Seja simples!

Changement de rythme: plus soutenu, intense.

Bok – Laisse-moi parler.

M-É-D-I-O-C-R-A-T-I-E!! Le philosophe, a dit qu'au lieu de parler tout le temps de croissance, de dette et de profit, il faudrait parler du bonheur, du bien être, de la *Dasein analyse*...

Roberto – Da da o quê?

Bok – Oui des relations humaines, de l'amour, de la mort... du transfert.

Roberto, *coupant la parole à Bok* – Da transferência de quê? d'argent? Transferência de dinheiro? Transfert d'argent?

Bok – Non pas d'argent! Mais je crois avoir compris qu'il s'agit du transfert entre les gens, avec un psy, de la répétition, de la pulsion.

Roberto – Blá-blá-blá. O que são essas besteiras? É o que, imagino... Teu filósofo não queria trabalhar?

Bok – Il essayait de dégager une perspective historique.

Roberto – Valorizar uma perspectiva histórica? É preciso não olhar para trás. O passado, o passado não me interessa! Eu, sou prático, vivo o dia a dia.

Bok – Est-ce que tu es train de me dire que l'histoire ne t'intéresse pas?

Roberto – Quando meu pai foi morto em um assalto de ônibus, isto me deu um duro golpe, mas eu me recuperei rapidamente. Achas que eu fiquei assim, choranda? De jeito nenhum!

Bok – Ah bon?, ton père a été assassiné et tu ne m'en a jamais parlé!

Roberto – Não importa.

Bok – C'est exactement ce que disait le philosophe: non seulement l'histoire ne serait plus importante, mais il faudrait même couper avec son histoire pour mieux vivre; nous serions comme des machines, comme des robots; c'est peut-être cela les médiocrates... Il a ajouté qu'avec les machines, il s'agirait d'un autre transfert. Un transfert masturbatoire qu'il a dit. *Uma transferência masturbatória*... Mais là je t'avoue que je n'ai pas très bien compris.

Roberto – Máquina, não interessa. Romper com minha história ; quando estou em pane, quando me falta combustível, tem meu coach.

Bok – Ah ! Quand tu es en panne, tu vas voir ton coach ?

Roberto – Oui, il me donne des trucs, il me dit comment faire.

À partir d'ici, Pete reprend la main.

Bok – Il te dit comment faire ?

Roberto – Sim, como fazer.

Bok – *Kbif tamel.*

Roberto – É muito simples : sempre em frente !

Bok – Ça fonctionne toujours, *dá certo* ?

Roberto – Quase. E depois, tem as pílulas.

Bok – Des pilules !! *Alech ? Pourquoi ? Pourquoi ? Why ?*

Roberto – Sem tempo a perder, não sou louco. *Énai, mouch maboul.*

Bok – Ah ! pour ne pas perdre du temps... Le philosophe a dit : « Ce qui rend fou, c'est peut-être ne pas vouloir perdre de temps. »

Roberto – Mas tu estás completamente louco.

Bok – Mais le philosophe a dit : « Est fou celui qui ne sait pas qu'il est fou. »
« *É louco aquele que não sabe que é louco* ».

Roberto – Estas dizendo que sou louco, medíocre... que mais ? Et puis quoi encore ?

Bok – Le philosophe a dit : « Qui est le plus fou ? Le monde, ou le fou ? » Ou c'est peut-être que c'est le monde qui rend fou ? *Who's le plus maboul ? O mundo ou o louco ? May be both.*

Roberto – Não tenho tempo para falar de tudo isso. Eu trabalho e, aliás, eu pago por aqueles que não querem trabalhar.

Bok – Le philosophe a dit : « Les systèmes de solidarité s'affadissent, l'idéologie néolibérale conditionne les consciences. Chacun pour soi et le marché pour tous ! »

Roberto – Je ne comprends pas. É chinês !

Bok – Pourquoi dis-tu que c'est du chinois ?

Roberto – Não entendo ! O que quer dizer : « Cada um por si, o mercado por todos » ? Chacun pour soi et Le marché pour tous !

Bok – Justement, le philosophe a dit : « C'est quand tu ne peux plus comprendre que tu deviens médiocrate. »

Roberto – Mas achas que sou idiota ?

Bok – Mais pas tout à fait car comme le fou, le médiocrate ne sait pas qu'il est médiocrate.

Roberto – Ah, o medíocre não sabe que ele é medíocre? (*Um peu plus nerveux. Il prend ses messages sur Instagram. Um pouco mais nervoso. Ele olha suas mensagens no Instagram*). Talvez eu não saiba que sou medíocre, mas sou muito feliz. Olha (*ele se aproxima de A e mostra-lhe seu telefone celular*)... as fotos de minha mulher; é minha mulher, sou louco por ela! Je suis fou de ma femme!

Changement de ton: Bok devient beaucoup plus sarcastique et Roberto plus détaché, moins agacé.

Bok – Le philosophe dirait: « C'est une femme qui doit avoir de la conversation. » Mais au fait, pourquoi tu la mets sur Instagram ?

Roberto – Bem, se não houvesse Instagram, eu não a veria. A gente trabalha muito, mas pelo menos a gente se dá bem na vida.

Bok – Tu confonds réussir dans la vie et réussir sa vie – *conseguir na vida e conseguir a sua vida*.

Roberto – Pouco importa, o essencial é ter grana, *a lot of cash!* Isso é ser feliz! *Happiness, happiness!*

Bok – Décidément, tu ne comprends rien, *ma tefemch nada*.

Roberto – És tu quem não entendes nada! se cada um decidisse trabalhar (si chacun se mettait à travailler...), eles iriam parar de assaltar ônibus, de se drogar! de incomodar as mulheres, a gente estaria mais em segurança! Não teríamos necessidade de sentir medo...

Bok – Ah! tu penses que si les gens travaillaient, ils auraient moins peur des trafiquants, des braquages, des drogues...

Roberto – Não tu, talvez?

Bok – Ce n'est pas la question: il ne faut pas confondre la sécurité et le sécuritaire – *There is Basic security and Security*.

Roberto – Mas não achas que é medíocre ser tão muito minucioso, couper les cheveux em quatre?

Bok – Non. Ne détourne pas la conversation: « Chaque personne devrait vivre avec une sécurité de base »... *Basic Security*...

Roberto – Segurança básica? O que é isso?

Bok – Oui, par exemple droit à l'éducation, aux soins... Et puis, il y a l'eau aussi, l'électricité gratuite... Il disait que les gens arrêteraient d'avoir peur, qu'ils seraient plus téméraires, qu'ils arrêteraient d'écouter les Temer.

Roberto – Educação gratuita, saúde gratuita, água de graça, eletricidade graça... mas quem vai pagar? Encore les riches?

Bok – Le philosophe dit qu'alors, il y aurait moins de problèmes sécuritaires...

Roberto – Tu dizes que não haveria menos problemas de segurança. Sempre haverá muitos. *Such is life, my friend!*

Bok – Et voilà! Ta réaction me confirme ce que le philosophe dit: « On nous présente des choses révoltantes et inacceptables comme si elles étaient nécessaires, naturelles ».

Roberto, *circospect* – Não entendi bem... coisas revoltantes e incitáveis como se fossem naturais, necessárias?... é isso?

Branco / Blanc

(Roberto toma uma nova pílula. Il se redresse, revigoré).

Bok – Ah les fameuses pilules! *Ah, the famous pilules! ma tercbemc!*

Roberto – Não é nada. Só para me ajudar. *Only to help me...*

Bok – Mais il n'y aurait pas d'autres solutions?

Roberto – Minha mulher tem outras.

Bok – Ah, les femmes ont *toujours* d'autres solutions...

Roberto – A yoga e a meditação, isso ajuda muito. Parece que ela é *muito boa* na meditação.

Bok – Ah oui? Très bonne à la méditation...?

Roberto – Sim, ela medita muito bem.

Bok – Mais qu'est-ce que ça veut dire?

Roberto – Não sei, mas ela fica mais calma quando volta. E depois, ela faz também pilates, hidroginástica, ela toma ervas...

Bok – Ah bon? elle prend des herbes?... (*Attentif*) Et toi, ces pilules, ça te fait réellement du bien? Ces pilules, ces *medicamentos*?

Roberto – Sem dúvida! 3 vezes ao dia! manhã, meio-dia e noite et *anai*, sou o rei da respiração! Je suis le King de la respiration!

Bok – Tu ne manques pas d'air!

Roberto – Uma coisinha também para dormir, uma outra para minha pressão e aí, quando transo, um comprimidinho azul, *blue, azrak*... e hop, funciona!

Bok – T'es pas un peu fou ? *Louco, maboul, crazy !* Tes pilules, c'est une bombe à retardement, *teckling bomb !*

Bok se lève et son revolver tombe de sa poche... Roberto est interloqué et devient craintif.

Roberto – Mas, esse revolver, para quê ?

Bok – On ne sait jamais ! *Quem sabe ?*

Roberto – Tu as raison, on ne sait jamais. Au fait, tu peux me donner le lien de l'émission de ton philosophe ? Pode me dar o link do programa ?

Bok – Je te le dirai si tu me dis comment télécharger Instagram. *Te darei so se tu me mostras como baixar Instagram.*

Ils trinquent et la musique de Lobão reprend.

Discours de clôture

Michel Peterson, président du colloque

Mesdames, Messieurs, cher(e)s ami(e)s, cher(e)s collègues,

Une fois de plus, nous y sommes arrivés, grâce à la contribution de tous et de toutes, de tant de pays, dans cette ville merveilleuse et... dangereuse, oui, à un moment très difficile pour le Brésil, qui vit une instabilité politique et financière touchant d'abord et avant tout les plus démunis et la classe moyenne. Un Brésil qui sait maintenant – comme tous les pays de la Terre, chacun à sa façon – que la crise et la corruption sont devenues des modes de gouvernance favorisant – vous me pardonnerez de citer le petit sketch que mon ami Hervé Bokobza et moi-même vous avons présenté – la « médiocratie », qui est peut-être une des manières d'être fou aujourd'hui. La « médiocratie » et la folie s'infiltrent par tous les pores des sociétés civiles, contaminent le politique, l'économique, confisquent les mots – par exemple, celui de « radical ».

Nous avons donc entendu différentes versions de la folie privée et publique, chaude et froide, la folie des pathologies, l'être-fou de l'humain, la folie de l'amour, la folie du manque, la folie du désir insatiable, la folie du désir de désir, la folie de la jouissance sans fin, mille folies que nous découvrons et qui se déploient dans nos cabinets et nos institutions. Au travers de ce colloque – comme au travers des rencontres que nous organisons pour parler, pour nous parler – peut-être, à l'encontre des forces de destruction et de la guerre économique qui affecte la santé mentale des sujets et des collectivités, peut-être travaillons-nous à penser cette folie qu'on cherche à nous imposer pour ne pas nous y enfoncer...

Car, venus de tant de lieux, nous avons travaillé ensemble – et cela est essentiel, fondamental – à penser les lieux de la folie, les discours de et sur la folie. Dans ce moment de changement civilisationnel, je crois toutefois qu'il ne faut pas désespérer, ne pas céder au désastre, nous devons restés pour ainsi dire « astrés », si vous me permettez le mot. Tout en accueillant en nous Babel, nous devons instruire nos racines, penser notre histoire, l'Histoire, plus que jamais, ainsi que sa sœur la géographie, si nous voulons assumer notre dimension géopsychique. Nous devons penser comment travailler avec la psyché quand plusieurs dimensions et opérations autrefois concrètes se dématérialisent. Comment penser la folie dans ce grand et nouveau Désordre, au fond assez récent à l'échelle de l'histoire humaine ? Je crois, avec Derrida et Bauman, que « la démocratie n'est pas autosuffisante », qu'elle est toujours « à venir », mais qu'elle est aujourd'hui en péril, en danger. La démocratie ne nous protège pas, ne nous protège plus. Chaque patient, chaque analysant qui vient nous adresser sa souffrance, sa parole, sa lettre, espérant que son désir rencontre le nôtre, est désormais soumis à une intranquilité absolue, traqué de toutes parts, sans pour autant obéir à une logique paranoïde. Parce que la crise, que nous l'entendions au sens psychiatrique, économique ou politique, est indifférente à la démocratie, elle n'en a pas besoin, elle est l'ombre non pas de la Raison, mais de la possibilité de l'être-ensemble. Bauman parle d'un monde liquide... évoquant avec ce mot la menace – la grande menace, dirait les enfants de Denis Vasse –, la menace des ondes terrifiantes d'une mer ouverte. Comment penser tout cela, comment trouver de nouvelles voies de navigation ? En mémoire de Freud, de Ferenczi, de Melanie Klein, Derrida tout aussi bien, en mémoire de Mandela, en mémoire de Frantz Fanon, en mémoire

de Anna Akhmatova, en mémoire de tous les exterminés, il faut résister, persister à penser ensemble.

Tosquelles qualifiait la chimie qui peut exister, qui doit exister, existe entre un médecin et un malade, un thérapeute et un patient, un psy et un analysant, de « dialyse » plutôt que de « dialogue ». Il écrivait en effet, dans ce merveilleux livre qu'est *L'enseignement de la folie* :

« Il y a une chimie des échanges dans la rencontre humaine. Ce qui fait question et ce qui nous agite, ce sont les *résonnances* que le pathos de l'autre éveille en nous, bien plus qu'une connaissance objective que nous pourrions avoir acquise au cours de nos études. Aussi notre tâche de thérapeute [j'ajouterais quant à moi aux propos de Tosquelles – mais je ne parle que pour moi et sans doute pour quelques amis ici – notre tâche de thérapeute *militant*] doit-elle être *construite* en face de chaque malade, chaque fois de façon différente et, qui plus est, évolutive » (p. 49).

« Ce qui a comme conséquence, dans *l'art de soigner*, dans la pratique et l'éthique de l'écoute et de l'acte, la nécessité de poser toujours, chaque fois, les deux questions suivantes :

1. Chaque partenaire de la rencontre se demande *ce que veut l'autre* ;

Ce qui revient à chercher à connaître *le vrai désir de l'autre* et, du même coup, engage la personne du soignant lorsqu'on accueille des malades ;

2. Comment constater et, le cas échéant, évaluer le pouvoir de chaque partenaire.

D'où tiennent-ils ces pouvoirs ? Et leur « pouvoir-faire » ? Pouvoir faire avec moi ou sans moi ?

Cette redoutable question du pouvoir se diversifie en :

– Que m'est-il *permis* de faire ici ?

et

– Que m'est-il *possible* de faire ici ? » (p. 50-51)

Je ne vais évidemment pas commenter les propos de Tosquelles. Je sais que vous savez les entendre, chacun de votre position. Le pouvoir-faire, le penser-ensemble, le vivre-ensemble, l'insistance sur la coopération entre les humains plutôt que céder à la destructivité et à l'exploitation généralisée, systématisée, la plus dangereuse qui soit, je crois que c'est là notre travail.

Et, à l'adresse de nos hôtes brésiliens, que je remercie de tout cœur au nom de mes collègues maghrébins, nord-américains et européens, je terminerai, si vous me permettez, en rappelant, qu'il s'agit là, dans notre travail, d'une écologie de l'esprit – c'était la formule de Bateson, qui rejoignait également les trois écologies de Guattari et les quatre écologies de Leonardo Boff.

Merci à toutes, à tous, et à très bientôt.

Annexe

Postface publiée avec l'autorisation de Paulo Amarante

Sur le même thème et en complément de sa conférence d'ouverture,
La réforme de la psychiatrie au Brésil (énoncée mais non retranscrite).

Psychiatrie et Démocratie, Éditions Érès, décembre 2007.

Postface des *Conférences brésiliennes* de Franco Basaglia,
Les mouvements brésiliens en santé mentale depuis les années 1980,
par Paulo Amarante, Fernando Nicácio, et Denise Dias Barros.

Caminantes no hay camino.

Se hace camino al andar.

Antonio Machado

Les *Conférences brésiliennes* recueillent les principaux débats que Franco Basaglia a animés lors de sa venue au Brésil en 1979. Ils s'inscrivent dans un contexte particulier de la société brésilienne, à un moment où les différents mouvements éparés à travers le pays avaient engagé un processus de lutte pour la démocratie.

En effet, à la fin des années 1960, avait été créé le Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Mouvement des travailleurs en santé mentale), et c'est ainsi qu'aux rencontres avec Basaglia participèrent des travailleurs de la santé et de la santé mentale, mais aussi des étudiants, de jeunes ouvriers, des syndicalistes, des militants politiques et des citoyens se sentant concernés. Le refus de l'oppression, de l'autoritarisme, la volonté d'émancipation, la dénonciation de la violence, la défense des droits pour lesquels nous luttons, constituèrent le noyau central de ces conférences, et signèrent notre découverte de Franco Basaglia.

Toute tentative de synthétiser ce que Basaglia nous a transmis, enseigné et communiqué est difficile : la nécessité et la possibilité concrète de fermer l'asile, la négation pratique de l'objectivation et de l'exclusion de l'homme, l'utopie de la transformation de la réalité sont quelques-unes de ces richesses qu'il a su nous transmettre. En effet, les *Conférences* influencèrent profondément les *caminantes* et les cheminements du projet de transformation des institutions psychiatriques brésiliennes, nous ouvrant un nouvel horizon éthique, scientifique, pratique, culturel et politique. [...]

...Suite à lire sur www.alfapsy.net