

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention : D.E.S. de psychiatrie

PAR

Ziletti Lucile
née le 26 août 1987 à Remiremont

Enquête d'empathie et d'humanité dans les
relations thérapeutiques.

De pérégrinations en vicissitudes :
Engagement pour la construction de
relations singulières.

Président de thèse : Docteur Gilles Bertschy, Professeur
Directeur de thèse : Docteur Jean-Georges Rohmer



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie-médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie-médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.
Mme GAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale- option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICOUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Mana P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128		B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Aïna M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0062	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSSTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

Remerciements.....	17
Introduction – Le ren-fort dans la tempête.....	30
Chapitre 1. En-quête d'empathie : histoire d'un filage.....	42
A. Introduction.....	42
B. La psychiatrie française actuelle "file un mauvais coton".....	45
C. L'empathie pour remettre du lien ?.....	62
1. L'injonction à l'empathie.....	62
a. L'empathie <i>et</i> la corde sensible.....	63
b. L'empathie, la filandre de l'humanité.....	79
c. Développer la fibre empathique.....	84
d. L'empathie et les cordons de la bourse.....	87
2. Empathie et bien-être (de l'être au "pare-être"), tomber dans les filets du for intérieur.....	91
D. Tisser les liens de la relation médecin-patient.....	97
E. Conclusion.....	106
Chapitre 2. Réhumaniser l'humain.....	110
A. Introduction : expliquer et rassurer.....	110
B. La bio-psychologisation du social.....	117
C. La neuronisation du social.....	132
D. Vivre en société, en empathie naturelle.....	163
E. La psychiatrisation du social.....	171
1. Une médecine bien trop "évidente" ?.....	174
2. Une médecine trop statistique ?.....	186
F. Psychiatrie et paradigme intégratif.....	199
G. Conclusion.....	210
Chapitre 3. De l'empathie à la singularité.....	215
A. Introduction.....	215
B. La compréhension par la communication... ou une explication compréhensive ?.....	218
1. L'explication par la communication d'informations.....	218
2. Avec le modèle de communication, une actualisation du paternalisme ?.....	220
3. Du consentement à l'espoir d'une décision médicale partagée.....	238
C. Consulter un psychiatre.....	245
D. Carl Rogers, la compréhension empathique, ou la neutralité inconditionnelle.....	258
E. En découdre avec l'em-pat(h)i(r)e, l'humanité et la compréhension.....	270
F. ... et monter de nouvelles mailles.....	275
1. « Il n'y a que vous, docteur, qui me compreniez ».....	275
2. « Mon cerveau a un problème ».....	284
3. « Si mon père est bipolaire, alors je suis destinée à être bipolaire ».....	287

a. Dé-finir la manipulation : mettre sciemment des formes.....	287
b. S'engager dans et pour un monde d'inventeurs.....	288
c. Passer du texte au con-texte : préciser la forme.....	290
d. Les prédictions autoréalisantes : se méfier des formes-alités.....	292
e. Responsabiliser n'est pas culpabiliser : se défaire du cruciforme.....	294
f. Surprendre, par le vice de forme.....	295
g. Travailler à rendre con-forme.....	296
h. La bonne forme, apologie de la performance ?.....	299
G. Conclusion : transformer la pierre de folie.....	299
1. La psychiatrie à l'âge de pierre.....	301
2. Pétrifications diagnostiques.....	304
3. Polissage thérapeutique.....	307
4. Une transformation pleine de sel.....	309
Conclusion.....	312
Bibliographie.....	318

Index des figures

Illustration 1 : Station de tram de la gare de Strasbourg. Œuvre de Barbara Kruger.....	42
Illustration 2 : Philippe Pinel faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre (19 ^e siècle).....	46
Illustration 3 : Tableau conceptualisant différents modèles de relation médecin-patient.....	243

Remerciements

Quoi de plus attendu que les *remerciements* d'une thèse ? Attendus aussi bien parce qu'ils en représentent une partie quasi incontournable que parce qu'ils attisent une certaine curiosité. Attendus, d'autant plus qu'ils constituent l'entame de la thèse, son *avant-propos* : moment crucial de la rencontre, c'est le temps des présentations. Alors, comment entamer cette longue discussion qui s'annonce, quel ton employer, comment y exprimer sa *gratitude* ? L'usage veut que cette partie de thèse soit avant tout dédiée à identifier grâce à qui le travail produit a été rendu possible. Mais par-delà cette gratitude à exprimer, c'est aussi souvent le temps d'un bilan, d'une note conclusive, voire d'une prise de recul au sujet de l'expérience de rédaction d'une thèse ; car il faut bien avoir en tête que premières pages à être lues, elles sont la plupart du temps les dernières à avoir été écrites.

C'est donc avec une certaine attention que l'on entame la lecture de ces remerciements : comment l'auteur va-t-il en effet se saisir de cette "seule" occasion de prendre la parole à la première personne du singulier (au "je"), de s'exprimer en son seul nom, et de présenter ces autres qui ont gravité autour de lui et de son projet ? Va-t-il nous rapporter quelques anecdotes rigolotes au sujet de sa rédaction ? On s'interroge : de quelle manière va-t-il remercier ceux avec qui il a dû travailler et dont les rapports ont probablement dû se tendre à un moment ou un autre devant l'ampleur d'une telle tâche ? Va-t-il aller jusqu'à mentionner ses parents, pour avoir contribué à sa propre existence ? Osera-t-il remercier son chat, seul compagnon resté fidèle et stoïque, quand tous les autres étaient exaspérés par l'état de tension généré par la rédaction ?

Il n'échappera pas aux psychiatres que certaines formes de remerciements frôlent souvent l'*obséquiosité* que notre discipline connaît bien. Utilisée de façon péjorative pour caractériser une personne « qui porte à l'excès les marques de politesse, les égards, le respect ou l'empressement envers quelqu'un »¹ elle devient dans le jargon psychiatrique un symptôme pour qualifier un contact « qui s'observe classiquement dans le maniérisme baroque du syndrome dissociatif, ou dans certaines personnalités pathologiques (paranoïaques) »². Car s'il s'agit bien d'entamer le propos de la thèse, cela doit se faire surtout sans entamer les bonnes manières.

Le recours à cette posture obséquieuse dans ce texte spécial où l'auteur paraît se "dévoiler" souligne ce statut très particulier conféré aux remerciements : précédant le propos il devient *avant-propos* construit selon une forme, un style, un ton répondant à des contraintes spécifiques visant à exprimer la gratitude. Tout porte bien à croire que cette partie n'a finalement pas grand-chose à voir avec le reste du travail.

Pour autant, je pense que cet *avant-propos* au statut si particulier soit-il, en dit tout autant que la thèse à l'argumentaire plus "formel", ne serait-ce que par ce qu'il donne à comprendre du rapport particulier qu'entretient l'auteur avec ses pairs, avec sa discipline, et plus généralement à la connaissance. Aussi, ces remerciements me semblent bien participer à la construction du propos de la thèse, quand bien même tout est mis en œuvre, nous le verrons, pour ne pas amalgamer les conditions d'émergence d'un propos (une histoire personnelle), et le propos en lui-même (une thèse impersonnelle).

Pour poursuivre cette réflexion au sujet de cet *avant-propos*, en examinant d'un peu plus près la forme "habituelle" que prennent ces remerciements, j'ai pu relever qu'on y voyait souvent deux groupes se différencier, deux "communautés" : celle des pairs de la discipline concernée,

1 Obséquieux dans le dictionnaire CNRTL.

2 Telle que présentée dans le *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, de Serge Tribolet et Mazda Shahidi (2013).

et celle plus familière du cercle plus "privé" de l'auteur. Cette ligne de démarcation se dessine à travers la forme et le ton choisis.

Les poncifs révérencieux lus et relus « veuillez recevoir M. le Professeur mes plus sincères remerciements... » et l'usage des classiques formules de politesse sont la plupart du temps réservés aux premiers, les *pairs*, ou encore, pourrait-on dire, les *pères*. Car l'enjeu d'une thèse de doctorat me semble bien être celui de l'inscription dans une certaine filiation, comme une reconnaissance en paternité qui n'est pas sans faire écho(graphie) à mes problèmes que je vous exposerai plus tard avec le *paternalisme*. Je mobilise ici la notion de « dette de la vie » que la psychologue psychanalyste Monique Bydlowski, spécialisée dans les questions de maternité³ cette fois, emploie pour parler d'un processus maternel *nécessaire* pour qu'une femme puisse accéder pleinement à son rôle de mère. Ce procédé exige une prise de conscience de la dette à pourvoir à l'égard des ascendants de la jeune mère, afin de l'inscrire dans une filiation verticale. Pair, père ou mère, il *faut* donc leur reconnaître une dette, travailler à ce *devoir de reconnaissance* envers ces ascendants pour pouvoir soi-même se prétendre affilié et ainsi être reconnu membre de la communauté.

Ce devoir de reconnaissance, cette dette de l'affiliation puis de la filiation s'exprime le plus souvent par l'expression obséquieuse de la gratitude de l'auteur envers ses "pairs". Un détour par une des histoires du mot *gratitude* poursuit d'ailleurs cette réflexion sur la dette et sur la hiérarchie⁴.

Historiquement, la première conception de la gratitude la tiendrait assez proche d'une forme de grâce divine : elle met en effet l'accent sur une verticalité des rapports, qui d'un côté tient et maintient toujours supérieur et dominant celui de qui l'on est redevable, et de l'autre, condamne le dominé à rester *à la merci* d'un certain ordre des choses, d'une certaine hiérarchie, et ainsi fige cette verticalité comme une orientation indiscutable du rapport. On

3 J'emploie ce concept pour définir le processus (au sens non biologique) de devenir mère.

4 Pour raconter cette courte histoire je me suis inspirée de l'ouvrage fort intéressant de l'historienne de la culture Tiffany Watt Smith (2019), qui s'évertue à retracer des histoires en insistant sur leur caractère situé concernant un certain nombre d'émotions dont on fait état dans le monde.

remercie ainsi "automatiquement" chefs, chefs de chefs, et Grand chef, et j'ai tendance à croire que le recours à l'obséquiosité à cet endroit participe aussi à la mise en relief du rôle central que détient la hiérarchie au sein de la communauté concernée.

Plus tard la conception de la gratitude s'est dégagée de ce rapport de hiérarchie pour insister sur la notion de réciprocité. Semblant évoluer dans un sens moins avilissant que la précédente, voilà qui aurait pu être enthousiasmant de se réapproprier la gratitude dans cette nouvelle forme. Or, c'était sans compter sur la notion de *dette* que le philosophe économiste Adam Smith lui associa au 18^e siècle, et qui participa au développement de sa théorie du libéralisme économique. Il se réappropria la gratitude pour en faire l'élément favorisant les échanges entre individus, puisqu'elle générerait selon lui le sentiment d'être endetté à l'autre, et ce même implicitement. Cette théorie mêlant morale et économie lui a permis de conceptualiser un marché libéral où les échanges commerciaux acquièrent une autonomie de fonctionnement indépendante des intentions mêmes de ceux qui y participent. En plaçant ainsi les individus à *la merci* des fameuses « lois du marché », cette conception de la gratitude qui endette ne me semble malheureusement pas rendre l'ordre établi plus discutable que dans sa première version.

On peut bien sûr penser que l'usage de ce ton obséquieux dans des remerciements fait "simplement" partie des convenances, et qu'à ce titre il ne mérite pas d'intérêt particulier. Ne dirait-on pas qu'en témoignant de la sorte sa gratitude, l'affilié tend "seulement" à reproduire de manière automatique le protocole ritualisé de sa communauté ? En considérant que le recours aux ritualisations sert à établir certains éléments comme repères identificatoires et rassurants, il me paraît alors tout à fait intéressant de s'attarder sur les "choix" de ces objets d'habitudes et de convenances, car ils nous disent quelque chose de ces communautés qui les emploient. Ainsi le choix de l'obséquiosité pour témoigner de la gratitude envers les *pairs* me semble d'une part souligner l'importance conférée à une certaine hiérarchie, et d'autre part faire vivre implicitement cette dette contractée en leur faveur. Et l'existence de ce dû me paraît

corrélée au fait que ces *pères* sont les seuls à détenir un autre objet de repère scientifiquement admis : le savoir des connaissances objectivées⁵.

Par ailleurs, lorsque la gratitude s'adresse non pas à ceux qui savent, mais à ceux qui "seulement" comptent, c'est-à-dire au cercle plus intime de l'auteur, elle change de forme pour s'adapter à un contenu plus privé. L'auteur continue son dévoilement, déjà entamé par l'usage d'un "je" si peu consensuel pour un "scientifique", en désignant et remerciant ceux qui l'ont accompagné pendant son travail de thèse, et parfois à l'échelle bien plus large d'une vie. On découvre ainsi sobriquets, bribes de souvenirs, infimes fragments de vie, évocation de personnes chères... Et cette manière de faire laisse souvent planer un flou, un brin de mystère : s'il paraît y avoir confiance, il ne faut pas s'y tromper, elle reste souvent bien allusive, tel un noyau intime bien protégé. Les remerciements peuvent alors ressembler à des codes cryptés, des clins d'œil, des blagues privées, souvent inaccessibles à la compréhension pour tout lecteur non concerné. Formules trop secrètes, elles deviennent aussi sibyllines que certaines formules magiques et donnent à créer un intime insaisissable dont nous aurons là aussi à reparler plus tard dans ce travail de thèse. Mais il semblerait que ceci ne constitue pas un problème puisqu'il s'agit là encore d'une convenance, d'une façon habituelle d'évoquer ce qui est de l'ordre de l'intime. Pourtant, il me semble intéressant de questionner cette tournure tout à fait particulière, spécialement mystérieuse, employée à l'égard du cercle "privé" de l'auteur, qui évoque d'une certaine manière son monde subjectif. Car l'enjeu semble ici se situer dans l'élaboration d'une démonstration de liens d'attachement, où les témoignages de gratitude ne requièrent plus le ton révérencieux utilisé envers les *pairs*, mais réclament plutôt des marques d'*honnêteté* véhiculant certaines valeurs telles que la sincérité et la transparence.

Ainsi à partir de cette représentation que je me suis forgée des remerciements "habituels", il m'apparaît bien que travaillés dans cette forme et dans ce ton si différents du reste de la thèse, ils ne constituent manifestement pas un *avant-propos* qui permettrait de mieux comprendre le

5 Bien entendu, cette affirmation mérite d'être argumentée plus longuement.

choix du sujet et le déroulé de l'argumentaire par une contextualisation de sa rédaction. Rédigés de la sorte, ils sont *avant-propos* désolidarisés du propos, pour mieux accentuer la différence entre d'un côté le très sérieux raisonnement scientifique et objectif (la "thèse" à proprement parler) et de l'autre côté l'humain, le social, l'intime, le subjectif, où la légèreté est de mise et le "je" est toléré.

De plus, en les examinant de plus près notamment par l'étude des deux formes de gratitude qu'ils sollicitent, ces distinctions me permettent de mettre en tension ce que je nommerai bientôt de Grand Partage, cette conception d'un monde divisé et hiérarchisé, où la ligne de démarcation principale se situe entre d'un côté le champ de la science et de l'autre tout ce qui n'en est pas. La puissance de ce partage tient au fait qu'il en implique tout un tas d'autres, notamment ceux que nous avons croisés en étudiant cette gratitude : le partage entre ceux qui détiennent la connaissance et ceux qui l'ignorent, et le partage entre l'objectivité scientifique et la subjectivité intime.

Cette ligne de démarcation nous renseigne aussi bien sur ce qu'elle sépare que sur ce qu'elle permet de réunir (et qui m'intéressera particulièrement tout au long de cette thèse). Car il me semble bien que l'objectivité et la subjectivité ne peuvent se différencier que par un jeu de miroir – l'une faisant exister l'autre – et que pour se faire, elles partagent cette exigence de pureté permettant d'accéder à une vérité unique, univoque, et authentique, qu'elle soit à propos d'un réel extérieur objectivable, ou alors d'un réel intérieur subjectivable.

La psychiatrie a ceci de passionnant qu'elle travaille à *transformer* certaines représentations qu'ont les individus à propos de leurs propres pensées, de leurs comportements, de leurs ressentis, et du sens des événements qu'ils traversent, et ces transformations renouvellent les rapports à leurs mondes en les déconstruisant afin de mieux les reconstruire. Pourquoi alors ne pas travailler ici aussi à *transformer* ces remerciements, pour faire en sorte que cet *avant-propos* puisse se situer au début sans pour autant qu'il ne se désolidarise du propos même de la thèse, et qu'ainsi il rende compte du contexte d'émergence de celui-ci ? Cette

reconstruction a cet autre avantage de ne plus faire vivre de ligne de démarcation tracée au nom du Grand Partage, pour permettre que n'importe quelle discussion puisse devenir potentiellement constructive, stimulante, et pertinente, quand bien même elle ne se tiendrait pas entre "experts" en la matière. C'est cette démarche qui m'a animée dans tout ce travail, dont le point de départ – qui était l'empathie dans la relation de soins – m'a menée à questionner les rapports entre psychiatre et patient et les postures que chacun y endosse.

Cette transformation de mon rapport au savoir pourrait bien être assimilée à une expérience de *deuil* d'une certaine forme de remerciements d'une thèse. C'est d'ailleurs en m'inspirant des histoires étymologiques de l'*obséquiosité* passant par des dérives et autres évolutions latines que je suis arrivée à la notion d'*obsèques* et par là engagée dans cette voie funeste à faire le deuil de la connaissance pour la rendre *re-connaissance*.

Obsèques dérive initialement d'*exsequiae* « pompes funèbres », et c'est ensuite par un croisement avec un dérivé d'*obsequi* « céder aux volontés, obéir » que le préfixe *ob-* a finalement remplacé le *ex-*. Or c'est bien l'histoire de cet *exsequiae* qui me paraît intéressante à mentionner ici, celle qui mène aux idées de « suivre jusqu'au bout », « accomplir », « achever ». Sans la suivre pour autant jusqu'à la notion d'exécution, ce sont bien ses notions connexes, « juger » et « poursuivre en justice »⁶, que j'ai souhaité me réapproprier afin de *transformer* de façon constructive l'obséquiosité. Car aussi curieux que cela puisse paraître d'opter comme je le fais pour un avant-propos aux allures de convoi funeste, il me semble pourtant que ça puisse être un début intéressant pour entamer une discussion à propos de ce qui va suivre, puisque vous allez *juger* de mon travail. Choisir de *transformer* un monde où la vérité est unique dans une réalité univoque en faveur de mondes construits selon différentes réalités situées depuis différents points de vue m'a en effet menée à conférer une place toute particulière au jugement. Juger dans ce paradigme devient l'amorce d'une possible *transformation*.

⁶ On trouve également la notion de vengeance, mais ça n'est pas elle que je souhaite convoquer ici.

Reconnaître renvoie parfois à la notion de connaissance, lorsqu'il devient synonyme d'admettre et qu'il prend alors la signification d'accepter quelque chose comme vrai et réel, et le déclarer comme tel⁷. Il manque selon moi à ces définitions les idées du mouvement et de variations, c'est pourquoi je lui préfère la *re-connaissance* (avec un trait d'union), celle qui (ré-)interprète toujours une deuxième fois, rendant les *connaissances* appropriables et déformables, questionnables et discutables et non plus ni figées ni fixées. L'acte de *re-connaissance* insiste donc sur ce mouvement stimulant, cette *transformation* constructiv(ist)e, où le travail consiste non pas à consolider la connaissance mais bien à s'en distancier pour toujours la renouveler en y appliquant un nouveau regard.

Ainsi, au début de cette histoire, je m'étais imaginée partir conquérir le pays Empathie, l'explorer de part en part pour en découvrir les moindres parcelles, et revenir chargée de connaissances dont cette thèse en aurait été le témoignage le plus objectivement fidèle. Mais au fur et à mesure de ce cheminement réflexif, je me suis aperçue que ce foisonnement de discours sur l'empathie n'était pas tant de nouvelles connaissances à proprement parler. Par les différentes lectures de cette notion, j'ai peu à peu compris que chacune attestait d'une certaine conception de l'individu et de ses relations aux autres et au monde, comme nous aurons l'occasion de le voir ensemble. Il ne s'agissait dès lors plus tellement de connaissances que des *re-connaissances*. En faisant de ce cheminement réflexif un convoi funeste marqué par plusieurs deuils, c'est bien de *transformations* de ma manière de voir et de faire dont je veux parler. Il est culturellement admis que le deuil constitue une étape de vie douloureuse, triste et déchirante, illustré par le concept de "travail de deuil" présenté en plusieurs étapes linéaires permettant d'aboutir à un désinvestissement progressif de l'attachement à un certain lien (à un proche, à une chose). À mon sens, cette expérience n'a été ni triste, ni détachée, et s'il reste une chose dans ma conception du deuil qui a à voir avec son sens commun, il s'agirait plutôt de la douleur⁸ issue d'un long travail, et non celle qui résulte de la perte.

7 Reconnaître dans le CNRTL.

8 Étymologiquement, le deuil signifie douleur en latin (dans le *Dictionnaire historique*).

Partie en re-connaissance, l'exploration de cette notion d'empathie s'est faite parfois hors des clous mais sur mon chemin, j'ai pris des pentes escarpées et des chemins de traverse, j'ai fait des tours et des détours, j'ai pris du temps sans le perdre, même s'il a pu devenir temps mort à l'égard de certains et de certaines activités... J'ai bien pris du temps, car l'"histoire naturelle" d'une thèse de médecine veut qu'elle soit rédigée rapidement durant l'internat voire le déborder de peu⁹, et en cela, mon histoire de plusieurs années rallongées devient contre-nature, extra-ordinaire, déraisonnable voire monstrueuse selon ce que l'on en juge. En tous les cas, tout cet espace-temps a bien constitué un temps fort dans le cheminement de ma réflexion.

Ce cheminement réflexif que j'ai suivi, aussi singulier et personnel qu'il ait pu être, n'a cependant pas été une expérience solitaire. Parler de ces invisibles qui ont participé à l'élaboration de ce propos – en les *re-connaissant* –, fait de ce travail une réflexion *collective* que je me suis *singulièrement* réappropriée. En effet, ce sont bien nos discussions, nos (in)compréhensions, nos malentendus, leurs opinions, leurs relectures qui m'ont menée à certaines transformations et à de nouvelles *re-connaissances*.

Le récit de cette quête d'empathie a commencé avec mes études de médecine et je pourrais même dire que les premiers instants de cette rencontre – la première année – d'avec le monde hospitalo-universitaire, rendus particulièrement sélectifs et en cela difficiles, ont donné un ton particulier à la suite de notre "relation". Cette prise de contact quelque peu abrupte s'est vue par la suite encore chahutée par d'autres rencontres qui ont renforcé une certaine indignation que je ressentais à l'époque. Qu'il s'agisse de ce médecin qui m'exposait son mépris à soigner un homme car il était SDF, ou celui dont l'humeur massacrant faisait qu'il ne pouvait s'adresser aux autres (et notamment ses subordonnés) sans devenir humiliant, ou encore celui

⁹ Malheureusement les réformes actuelles du 3^e cycle tendent à réduire ce temps autorisé pour le limiter aux 3 premières années de l'internat (il est d'au minimum 6 ans avant cette réforme), comme il est stipulé dans le décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du 3^e cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation (Legifrance, 2016).

qui se faisait attendre auprès de tous (dont ses patients) pendant des heures sans la moindre excuse, et face à d'autres encore, à la morale à mes yeux tout aussi douteuse... j'étais indignée. Mais tout ceci n'est qu'une affaire de rencontres et de personnes me direz-vous et j'en conviens tout à fait, là n'est pas la question. La raison pour laquelle je me permets de faire mention ici de ces situations, et qui les a rendues intéressantes à mes yeux, est qu'elles ont cristallisé à l'époque ma conception des soins dans lesquels je voyais alors un "manque d'humanité", point de départ de ma réflexion que j'ai poursuivie en débutant cette thèse. D'ailleurs la compagnie de Myriam Zehouani et son esprit critique m'ont aidée à l'époque à donner du sens à cette expérience, et surtout à construire une réflexion alternative, à me projeter dans une médecine que je désirais "plus sociale et plus humaine". Finalement, pour le dire autrement, c'est en faisant le deuil de ne pas avoir pu partager une conception commune des relations et des relations de soins avec certains membres de cette médecine hospitalo-universitaire, qu'est né mon intérêt pour la discipline psychiatrique, qui elle, me paraissait travailler à rendre les relations "humaines", à prendre le temps, tout en s'engageant dans une démarche des plus sociales qui soient.

Mais en poursuivant cette quête d'empathie à l'hôpital psychiatrique, mes problèmes avec "la relation" ne se sont pas arrêtés là. Pourtant, j'y ai bien fait nombre de rencontres de personnes stimulantes et créatives. J'ai pu ainsi rencontrer l'indéfectible optimisme de la chef de pôle Brigitte Audibert, qui, en faisant le choix de valoriser des accompagnements aux temporalités ajustées aux patients, se voyait pourtant réprimandée pour ne pas répondre aux objectifs des durées moyennes de séjour les plus courtes imposés par l'administration. L'élaboration à ce titre de classements par secteurs – jouant sur une forme de compétition qui n'avait à mes yeux pas lieu d'être – me fait dire aujourd'hui que ces façons de faire "hors-normes" et originales n'étaient pas les mieux accueillies par les administrations, surtout lorsqu'elles allaient à l'encontre d'une optimisation des soins rendue synonyme de réduction, de rentabilité de temps et d'argent. J'ai eu la même impression auprès de la praticienne Sophie Oswald, dont je trouvais la capacité à faire concertation avec son équipe particulièrement constructive, et qui

pourtant déstabilisait ceux qui cherchaient non pas des directions via des discussions mais seulement des directives.

Et puis il y a eu d'autres rencontres, celles de mes co-internes Marion Delignon et Florie Pardonnet avec qui je partageais certaines critiques, et qui ont fait le choix de s'engager tôt durant leur internat en faveur du courant psychothérapique dit "systémique". En suivant cette voie, elles ont acquis une lecture particulière des problèmes et ont mis en place des interventions relativement originales par rapport à la psychiatrie plus "classique", ce qui m'a permis de revisiter auprès d'elles la posture habituelle des psychiatres et la conception même des troubles, des questions qui me sont peu à peu apparues comme fondamentales dans la pratique de la psychiatrie. D'ailleurs Marion a poursuivi ses questionnements dans une thèse sur la formation aux psychothérapies des psychiatres – dont on se préoccupe bien trop peu, ce que je partage avec elle comme nous le verrons – et Florie, elle, s'est saisie de cette occasion pour se focaliser sur le concept d'alliance thérapeutique, afin de mettre l'accent sur les engagements mutuels du patient et du psychiatre qui semblent tout aussi importants.

Les discussions avec mon autre co-interne Martin Roth ne m'ont certes pas réconciliée tout à fait avec la psychanalyse que j'ai essayé d'approcher à différentes reprises et par différentes voies, mais elles m'ont ouvertes à plusieurs réflexions autour de la notion de *discours*. Son intérêt pour les mots et les histoires a amorcé pour moi l'importance que je me suis vue conférer par la suite aux discours comme à l'interprétation *singulière*.

La rencontre avec la gestalt-thérapeute Marie Paré avec qui j'ai pris contact à titre personnel, m'a alors particulièrement bousculée : psychothérapeute qui parle, qui s'engage au "je" pour sortir de la neutralité objective, qui prend du temps, qui s'intéresse afin de mieux comprendre, et qui travaille à construire d'autres lectures des problèmes pour mieux les transformer, c'était pour moi la rencontre d'une posture psychothérapique tout à fait inédite, car très différente de ce que je connaissais jusque là. Et ce que j'ai compris à l'époque de cette façon de faire, c'est qu'elle travaillait à une façon de voir "à la place de", et j'y ai posé le mot *empathie*. C'était alors le temps de mon deuxième deuil, qui m'engageait dans cette quête d'empathie qui selon moi

pouvait palier au manque d'humanité dans les soins que j'avais pointé dès le début de mes études, mais aussi me semblait permettre de recentrer nos soins sur "la relation", là où je la voyais souffrir d'un désintérêt global.

C'est à cette époque que je terminais mon internat, et où j'ai pu me saisir de cette opportunité pour prendre plus de liberté dans mes soins. Julie Marschall et Éléonore Thomasset m'ont prêté leurs cabinets et leur confiance pour que je débute une activité de remplacement, et Aude Triffaux-Ghesquière m'a prêté sa place temporairement dans un service médico-social où le travail consistait à réfléchir à la meilleure adaptation possible des quotidiens de jeunes aux troubles du spectre autistique principalement d'ordre relationnel. C'est à cette occasion que je décidais de m'essayer à plus d'empathie dans les soins et d'en faire le sujet d'une thèse. J'ai dans cette perspective contacté le docteur Jean-Georges Rohmer que je savais intéressé par ce sujet au moins par son travail auprès des auteurs de violences sexuelles, et c'est avec enthousiasme et confiance qu'il m'accompagna comme directeur tout le (long) temps de mes questionnements. J'avais beau continuer à récuser et à traquer le paternalisme, à travailler à la compréhension dans les soins, avec notamment mon amie et praticienne généraliste Déborah Étienney, mes problèmes avec "la relation" persistaient malgré mon usage de l'empathie, par plusieurs contradictions que j'ai dû peu à peu *re-connaître*. En effet, en défendant la compréhension inconditionnelle, je faisais régulièrement face à des problèmes éthiques en consultation, de savoir s'il fallait que je "fasse semblant" de comprendre et d'accepter avec bienveillance des actes, des propos, des choix, avec lesquels je n'étais pas d'accord. Moi qui étais si enthousiasmée pour parler au "je" et me situer dans la discussion avec mes patients, j'étais piégée à ré-endosser une posture de neutralité objective où je me forçais à me taire. J'étais prise dans le paradoxe d'encourager l'affirmation de soi tout en me positionnant dans une posture de retrait, d'une acceptation bienveillante de l'autre, qui ne l'invitait ainsi à aucune *transformation*. Je doutais de plus en plus de cette posture intenable.

Mais la rencontre avec le chercheur épistémologue Robin Birgé du laboratoire Hyperthèses me mena progressivement à une nouvelle lecture de mes problèmes. Son fervent engagement à

construire des mondes façonnés par le langage et les discours m'accompagna dans une nouvelle *re-connaissance* des éléments "déterminants" des théories psychiatriques : le cerveau, ou l'évolution pour certains, l'inconscient, l'apprentissage, ou encore la relation pour d'autres. Je compris alors que ceux qui n'honoraient pas "la relation" d'une façon qui m'était entendable, la mettait finalement en scène en cohérence avec leur prisme de lecture. Je compris que défendre "la relation" n'avait aucun sens si je ne la contextualisais pas dans une certaine conception du monde. Robin défend que la construction n'est possible que par une discussion provoquant l'altération de l'autre, et son enthousiasme à ce qui dans mes mots devient la *transformation* et la *re-connaissance* m'épatera toujours, car n'a finalement d'inaltérable que l'ardeur, et je trouve ça très beau. C'était ainsi le temps de mon troisième deuil, celui de la relation, celui de l'empathie et de l'humanité, au profit du concept de *singularité*, réponse que j'ai trouvée à mes problèmes, dont nous aurons donc longuement à reparler.

Le docteur Jean-Georges Rohmer a su, dans sa manière de me soutenir et de diriger cette thèse, me laisser l'espace de liberté et de réflexion pour mener à bien ce travail. Car malgré des désaccords qui se sont probablement accentués au fil du temps concernant nos conceptions du monde, il a su être directeur sans être trop directif. En cela, il a participé à nous garantir un espace suffisamment ouvert afin de rendre nos discussions toujours constructives, ce que je souhaite à tout étudiant qui travaille à construire le cheminement réflexif d'une thèse, mais finalement beaucoup plus largement dans toute rencontre, ce à quoi j'invite à réfléchir par les mots qui vont suivre.

Introduction – Le ren-fort dans la tempête.

La figure du fou a souvent changé de visage : de celle du "pécheur"¹⁰, de l'"insensé", elle est devenue celle l'"aliéné", du "malade mental", pour plus récemment devenir celles de l'individu "porteur d'un trouble psychique", puis de l'"usager de la psychiatrie". Malgré ces différents masques, le fou reste celui qui a un comportement jugé inattendu, surprenant, décalé, dérangé, excessif. Car celui qui est dans l'excès s'expose au débordement ; et de quoi déborde-t-il au juste ? En débordant, il franchit le bord, mais aussi les règles, les normes. Ce qui n'est pas sans rappeler les protagonistes de la peinture *La Nef des fous*, du célèbre flamand Jérôme Bosch : en se penchant trop du bord de l'embarcation, ne prennent-ils pas le risque d'être jugés d'office comme fous ?

Mais il faut bien dire que l'embarcation est le théâtre d'une scène farfelue ; riche de divertissements certes – on y joue de la musique, on sirote des breuvages, on se baigne – elle n'en reste pas moins baroque par les comportements saugrenus de la plupart des personnages. Les uns gardent en effet la bouche grande ouverte essayant vraisemblablement de mordre dans une galette suspendue à un fil, pendant qu'un autre utilise une louche géante en guise de gouvernail pour guider la joyeuse embarcation. Un autre encore grimpe dangereusement à un mât manifestement fabriqué à partir d'une simple branche frêle. Cette

10 J'utilise dans ce manuscrit les "guillemets droits" pour mettre à distance un terme ou une expression, tandis que j'utilise les « guillemets français » pour les citations et les titres d'articles. Je réserve l'*italique* pour les titres d'ouvrages et de revues, pour les mots étrangers (et je ne considère pas les locutions latines courantes comme étrangères, telles que "à priori", "etc"...) et les concepts d'importance.

excentricité n'est peut-être pas sans lien avec la boisson, présente en quantité (jarres, cruches, tonneaux) qui laisse imaginer qu'un joyeux état d'ivresse plane dans la Nef.

Que penser de cette scène, sinon qu'elle est absurde, insensée, dé-raisonnable ? La Nef dérive, les voyageurs s'amuse, légers et gais, sans direction, sans sens... L'étendard insolite est agité par les vents et porte le signe de la lune, symbole de lunatisme¹¹ et d'hérésie, et cette branche est surmontée d'une tête de mort. Dans l'ouvrage du même nom¹² de l'auteur strasbourgeois Sébastien Brant, les voyageurs voilent vers la Narragonie, l'île de la folie (*Narr* désignant le fou, en allemand)¹³, dans une certaine direction donc, mais le sens du voyage semble ne pas en avoir d'autre que l'expérience du voyage en soi. Allégorie de l'excès, de l'absurdité, de l'hérésie et de l'errance, la toile de Bosch et l'ouvrage de Brant sont des (re)présentations caricaturales d'une certaine forme de dérive nihiliste de l'époque. Anecdote plutôt intéressante, un des plus grands prédicateurs de notre cathédrale de Strasbourg du 15^e siècle, Geiler de Kaysersberg, s'est largement inspiré du livre de Brant pour nourrir ses prêches incisifs et fort célèbres. Il considérait ces caricatures porteuses d'une forme de vertu aux effets thérapeutiques et salutaires¹⁴ sur les pécheurs. Ainsi c'est en culpabilisant ses disciples qu'il parvenait à les dissuader de ne pas trop s'aventurer hors sentiers battus : trop dé-border des normes (qu'elles soient lois divines ou normes sociales), c'est s'exposer à la culpabilité d'avoir commis une faute.

Quelle serait la figure du "fou" sur une "Nef des fous" de 2020 ? Même si les comportements ne sont plus jugés collectivement par rapport aux lois divines comme

11 Notez que le terme "lunatique" fait historiquement référence à la folie, et de nos jours en persiste l'idée atténuée du personnage fantasque et capricieux, d'après le *Dictionnaire historique de la langue française* d'Alain Rey (et coll., 2011), que j'abrègerai dans le reste de mon manuscrit par "*Dictionnaire historique*".

12 Ces deux œuvres sont souvent rapprochées sans que preuve ne soit faite que Bosch ait pu s'inspirer de celle de Brant.

13 Inspiré de l'ouvrage *Sébastien Brant, Das Narrenschiff* d'Yves Schneider (2011).

14 Ibid.

c'était le cas à l'époque, qu'en est-il concernant les comportements hors-normes, débordants, dé-rangeants l'ordre social ?

S'intéresser à l'histoire des concepts scientifiques et de la folie ne consiste pas tant, selon moi, à travailler à les réfuter ni à les démontrer caduques, car l'intérêt de cette démarche me semble plutôt résider dans ce qu'elle permet d'interroger. La relativisation des connaissances par la mise en relief des étapes historiques de leurs constructions permet à mon sens de ne pas perdre de vue que le savoir n'est jamais absolu mais toujours situé¹⁵. Comme d'autres l'ont écrit avant moi, la notion de folie est toujours une construction dépendante d'un contexte, et à ce titre, elle s'est transformée et continue de le faire. Les différentes appellations du "fou" que je rappelais plus tôt font d'ailleurs état de ces transformations. Dans l'Antiquité et jusqu'au 19^e siècle, la folie s'apparentait à la fureur¹⁶, mêlant ainsi les notions de vengeances divines, de déraison, mais surtout de violence. Il me semble ainsi intéressant de constater qu'encore à l'heure actuelle la dangerosité des "fous" reste l'objet de craintes – en considérant à tort qu'ils sont les auteurs de violences alors qu'ils en sont la plupart du temps les victimes¹⁷ – ce qui a d'ailleurs fait l'objet d'un renforcement d'une politique sécuritaire à leur égard il n'y a pas si longtemps¹⁸. Comme quoi, la notion se transforme mais garde certains stigmates...

Depuis quelques temps déjà, "folie" rime avec "pathologie" voire "maladie", et c'est donc aux bons soins de la médecine et de la psychiatrie qu'elle s'en remet. Avec les avancées scientifiques permettant le développement de la "para-clinique", elle s'est également écartée de la notion de crise passagère¹⁹, impliquant que peu à peu, la clinique (au sens de l'observation, ce que l'on voit et entend) n'est devenue qu'un argument parmi d'autres (biologie, imagerie, génétique entre autres) pour poser un diagnostic fixé de "maladie mentale".

15 Et c'est en cela qu'il m'est apparu intéressant d'utiliser un dictionnaire historique, qui s'applique à reconstituer les histoires des mots justement.

16 Selon Thierry Trémine dans son article « Fureurs antiques, terreurs modernes » (2017).

17 Ce qui est illustré entre autres par l'excellente BD de Claire Le Men *Le syndrome de l'imposteur* (2019).

18 Comme l'illustre la déclaration du 2 décembre du président de la république Nicolas Sarkozy (2008), émise suite à un homicide commis par un patient schizophrène.

19 Selon l'archéologie de Michel Foucault dans *Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*.

Aussi, nos joyeux voyageurs pourraient ne pas seulement être embarqués dans un égarement débridé, mais bien pris d'une folie furieuse comme victimes d'une abracadabrante tempête, sans même le savoir. Sur la toile de Bosch, le ciel est bleu, calme quiétude, semble-t-il. Mais un psychiatre pourrait bien le considérer autrement : de son regard qualifié d'objectif, il pourrait voir des signes dans ce ciel serein qui resteraient invisibles même aux yeux des voyageurs eux-mêmes.

La psychiatrie actuelle traverse des tumultes elle aussi. « < Ce qui est en crise, c'est notre hospitalité > : la psychiatrie craque » titre *L'Obs* en janvier 2019²⁰. En effet depuis mai 2018, et surtout suite à l'annonce de la dernière feuille de route de la ministre de la santé quelques mois plus tard, l'envie est (r)avivée pour certains syndicats, collectifs et associations²¹ de revendiquer leur attachement à une psychiatrie « digne » et "humaine"²²²³ (la psychiatrie dite "humaniste" née lors du mouvement désaliéniste dans les années 70²⁴ s'est rattachée elle aussi à cette cause). Ils veulent montrer du doigt une psychiatrie maltraitante, car dépouillée de personnel et de moyens, dont la gestion de plus en plus technocratique ôte la parole à la fois à ses usagers mais aussi au personnel soignant : « Au sein du service public, dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, les conditions d'accueil se dégradent et les soins se standardisent. L'intérêt pour la synapse supplante la relation et le management remplace l'empathie »²⁵. Ils se veulent percutants et visibles, et pour cela multiplient les interventions en tout genre : publications, manifestations, grèves, campements... Forts de leurs actions,

20 L'auteur « Test 2 » de l'article n'étant pas ce qu'on considère communément comme identifiable, je m'autorise d'y mentionner la revue *L'Obs* à la place.

21 Collectif 39, HumaPsy, L'appel des Pinel en lutte d'Amiens, etc.

22 Ce sont les valeurs mises en avant dans un manifeste du Printemps de la psychiatrie (2019) dont nous aurons encore à reparler.

23 C'est moi qui parle d'"humanité", car les auteurs semblent sous-entendre qu'elle constitue la solution au problème de « déshumanisation » des soins qu'ils pointent dans ce manifeste. Il nous faudra attendre le chapitre 2 pour continuer ces réflexions.

24 Mouvement psychiatrique ayant mené à la sortie des aliénés des asiles, en travaillant à leur réinsertion dans leurs lieux de vie.

25 Comme l'indique la présentation de la 9^e semaine De La Folie Ordinaire organisée par l'association HumaPsy (2019).

l'information finit par être relayée dans la presse généraliste : *Le Point* (dépêche AFP) titrait en août 2018 « À l'hôpital psychiatrique Pinel, on craint une "déshumanisation des soins" », et *Le Progrès* en janvier 2019 « La psychiatrie réclame des moyens pour des soins plus humains ». Déshumanisation des soins, humanité, empathie... Voilà ce qui semble manquer au portrait actuel de la psychiatrie : des ingrédients humanisants qui la sauvegarderaient de sa tempête actuelle de déshumanisation.

Mais de quels ingrédients est d'ores et déjà doté le psychiatre ?

Il me semble que le travail du psychiatre s'articule autour de la notion de *soutien*. Soutenir²⁶, c'est empêcher quelqu'un de tomber, c'est offrir refuge, c'est proposer un tuteur auquel s'accrocher dans la tempête. En œuvrant ainsi pour garantir une forme de stabilité, un support d'amarrage, le psychiatre travaille à ancrer ce renfort afin de rendre l'autre plus fort. Mais soutenir c'est aussi dire, affirmer une opinion et y rester engagé ; c'est par exemple présenter et défendre un travail. Comme c'est le cas de cette thèse de doctorat, "thèse" étant étymologiquement une opinion, c'est bien ce statut que je lui prête : une opinion scientifique *singulièrement* argumentée.

Le psychiatre est d'abord médecin spécialiste d'une discipline bien particulière, ne serait-ce que par son histoire, intriquée de plus ou moins près avec la neurologie. La psychiatrie, née avec l'aliénisme de Pinel à la fin du 18^e siècle, s'est ensuite rapprochée de la neurologie, pour s'en ré-écarter de nouveau et incarner depuis la fin des années 60 une discipline à part « dont l'objet est le traitement médical et neurophysiologique des maladies mentales [...] »²⁷. Cette spécialité lui confère aussi une autre particularité, car en accédant à son titre de docteur, le psychiatre est honoré d'office du statut de psychothérapeute, mettant l'accent il me semble sur le versant relationnel de son métier, car la psychothérapie est la « thérapeutique des

26 Soutenir dans le *Dictionnaire historique*.

27 Psychiatre dans le *Dictionnaire historique*.

maladies psychiques, des troubles de la personnalité ou du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le moyen de la parole »²⁸.

Ainsi, le psychiatre-psychothérapeute dispose d'ingrédients de différents types, à la fois de moyens médicaux, mais aussi de sa parole, pour soigner les troubles psychiques qu'il diagnostique. Or cette double mission qu'il est amené à remplir le positionne dans une posture ambivalente et bien inconfortable : celle de devoir toujours osciller entre deux systèmes de pensée paradoxaux, et à trouver sa bonne place entre l'objectivité réclamée et la subjectivité qui lui est propre. Car la vocation d'un médecin est bien de prétendre à une neutralité objective, qualité semblant nécessaire pour notamment améliorer sa capacité diagnostique, ce à quoi il s'est largement préparé tout au long de son cycle d'études. Sa subjectivité quant à elle ne doit être dévoilée qu'avec parcimonie au risque de biaiser son regard objectif. Pourtant, c'est bien elle qui est souvent sollicitée au moment de la discussion d'une consultation de par son versant psychothérapique, et celle-là n'est pas tant travaillée durant sa formation universitaire²⁹.

Cet antagonisme embarrassant pour la pratique psychiatrique fait écho à l'opposition célèbre du philosophe et psychologue allemand Wilhelm Dilthey, entre *explication* et *compréhension*. L'incompatibilité des deux tiendrait à leurs domaines d'étude respectifs, sciences dites de la nature d'un côté et sciences dites humaines de l'autre. Concernant la psychiatrie j'en comprends surtout qu'il s'agit de *postures* qui peuvent de manière alternative (ou non) *expliquer* le psychisme sur le mode des sciences naturelles, ou *comprendre* le psychisme sur le mode de l'interprétation. Pour nos voyageurs de la Nef, s'ils étaient pris dans la tempête, la posture explicative du psychiatre le renverrait à son objectivité : en étudiant certains indices météorologiques, peut-être même à l'aide d'outils sophistiqués, il pourrait ainsi fournir les causes et les origines des troubles des voyageurs. La posture compréhensive servirait, elle, à recueillir leurs ressentis, pour permettre d'élaborer un travail sur le vécu de leurs tempêtes.

28 Psychothérapie, dans le dictionnaire en ligne du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2017) que j'abrègerai dorénavant en "CNRTL".

29 En tout cas, ça n'a pas été le cas durant mon cursus.

D'un côté, la posture explicative se justifie par le savoir médical qu'elle mobilise au sujet des troubles psychiques, mais aussi par la gestion de la trousse médicamenteuse et de tout l'attirail thérapeutique à disposition pour les traitements des troubles mentaux. Les recherches en neurosciences cherchent des causes au niveau du cerveau, des neurones, des gènes³⁰. Pourtant, la crise actuelle de la psychiatrie en a d'ores et déjà pointé quelques écueils : en se focalisant sur les troubles et non plus sur les patients, les prises en charge individuelles deviennent des protocoles de soins standardisés, où le psychiatre devient psychiatre-scientifique et adopte une posture explicative déshumanisante de par son instrumentalisation. En disant ceci, je n'oublie pas que la psychiatrie comme la médecine a travaillé à construire un modèle "bio-psycho-social", permettant de complexifier une conception où l'individu ne serait pas simplement réduit à sa maladie ou à sa biologie, en faisant intervenir des facteurs de pondération relatifs à son environnement et de son rapport à cet environnement. L'abord neuroscientifique permet de répondre à cette exigence multifactorielle, et l'adéquation qu'il offre avec le reste de la médecine en créant certains liens de causalité entre trouble psychique (incluant la dimension psychologique et sociale) et dysfonction organique le rend d'autant plus légitime en tant que spécialité médicale. Mais cette théorie explicative de la souffrance psychique positionne le psychiatre-scientifique, voulu et souhaité neutre et objectif, comme détenteur d'un savoir et donc dans une position d'autorité, puisque le patient-profane, lui, ne sait pas. À ce titre, comment faire entrer en résonance, faire coïncider, des défauts de neurotransmetteurs, des dysfonctionnements cérébraux, avec les comportements ou les pensées, tous singuliers, rapportés par des patients ? Je pense que ces réalités alors si différentes n'ont que peu d'espace de rencontre car l'une s'évertue à soigner un objet abîmé quand l'autre veut prendre la parole en tant que sujet. La posture explicative a cet inconvénient de déresponsabiliser le patient en lui imposant une transmission d'informations plus qu'une *discussion*.

30 Quand la psychanalyse les cherche dans l'inconscient.

Ici, le voyageur de la Nef, pris dans une tempête, recevrait peut-être bon nombre d'informations sur les turbulences qu'il traverse. Probablement que le psychiatre-scientifique lui fournirait un guide pré-défini d'une conduite à tenir en cas de répliques mouvementées. La tempête étant un problème d'ordre mécaniste, organique, concret, à résoudre, la solution résidera à ces niveaux. Point nécessaire donc d'en dire plus, et voilà notre voyageur réduit à un simple pantomime, voire à un monstre digne de celui du docteur Frankenstein, celui qui est réduit à ses origines, que la société fait parler malgré ses intentions, dont le jugement à priori négatif à son égard ne peut être ébranlé par sa propre parole. D'ailleurs, que la créature du docteur Frankenstein soit un monstre, est-ce tant parce qu'il est *né* comme tel, par un héritage génétique appauvri, par un matériel neuronal altéré, ou par un milieu social défavorable ; ou est-il *devenu* monstre du fait de l'incompréhension à laquelle il a dû faire face, menant au rejet, qui en a fait un étranger, un alien, un monstre ? Cette question ravive de vieux débats sur l'inné et l'acquis. Mais chercher à savoir qui est le premier de la poule ou de l'œuf reviendrait à prendre le parti de l'explication, expliquer quelle est la cause, l'origine. Mon parti pris est beaucoup plus phénoménologique. Car l'autre renvoie à l'étranger, au différent, et c'est bien celui-là que l'on est peut-être d'autant plus amené à rencontrer en psychiatrie, celui qui (s')intrigue, voire celui qui (se) dérange. Et l'effort de compréhension me paraîtrait plus à même de réduire cet écart avec l'autre (qui en le rendant moins étranger le rend aussi moins étrange) que l'explication de son état. Car la différence fondamentale que je vois entre ces deux postures (explicative et compréhensive) tient au fait qu'elles n'engagent pas la même responsabilité, ni pour le psychiatre, ni pour le patient. En effet, quand le psychiatre sait pour son patient, qu'il s'agisse des problèmes comme des solutions, il reste moins de possibilités d'action au patient que lorsque psychiatre et patient tentent de trouver ensemble des réponses.

La posture compréhensive m'est ainsi apparue plus séduisante : en abordant les situations dans leurs dimensions subjectives, elle permet à l'individu d'être entendu et considéré dans sa

totalité. Elle engage le psychiatre à créer un espace de compréhension – que certains nomment d'intersubjectivité – où les émotions et les ressentis ont toute leur place, et ainsi confère au patient la détention d'un savoir : celui qu'il a sur lui-même. En travaillant à la compréhension mutuelle, cette posture me semblait enfin prendre en considération la dimension relationnelle des soins, et la rendait à ce titre humanisante (ce qui, nous le verrons, n'est pas sans défaut), et ainsi m'apparaissait répondre aux problèmes ayant mené à cette fameuse crise de la psychiatrie.

Le psychiatre-psychothérapeute semble donc détenir deux ingrédients non miscibles, *l'explication* et la *compréhension*, mais qui à première vue semblent tous les deux nécessaires au bon déroulé d'une prise en charge psychiatrique. Comment dès lors concilier deux postures à priori incommensurables (qui n'ont pas de commune mesure) ?

L'empathie, cette capacité de se mettre à la place de, m'a initialement semblé constituer cet ingrédient manquant, permettant de provoquer l'émulsion entre ces deux manières d'être à priori incompatibles. Étymologiquement construite du préfixe *en-* (signifiant « dedans ») et de la racine grecque *-pathos* (« ce qu'on ressent »), elle évoque la capacité proprement humaine à pouvoir ressentir les émotions d'autrui et de se mettre à sa place³¹. Concept issu de la psychologie esthétique qui rendait compte de l'effet émotionnel que peut susciter une œuvre d'art sur un individu voire sur plusieurs – comme une forme de contagiosité – elle a intéressé les psychologues qui se la sont réappropriée pour représenter cette capacité que nous détenons à pouvoir imaginer ce que les autres ressentent et en déduire leurs intentions.

Cette compréhension de l'autre qu'elle semblait permettre par l'exploration de leurs intériorités subjectives, et par la participation active qu'elle me permettait de déployer en consultation, donnait un nouveau sens à ma pratique. Elle m'a invitée à adopter une posture relativiste en travaillant à "me mettre à la place de l'autre" et à tenter d'en comprendre son point de vue et même de l'accepter : il m'était dès lors facile de rendre les différentes théories psychiatriques

31 Empathie dans le *Dictionnaire historique*.

complémentaires, et ainsi faire rencontrer explication et compréhension. Ce travail de thèse est issu de toutes ces réflexions autour de la dimension relationnelle de nos soins psychiatriques et de la place à conférer à l'empathie, et m'a amenée en chemin tout un lot de questionnements.

Mon chemin s'est peu à peu transformé en pérégrination, qui, en suivant sa définition, m'a menée dans un long voyage en pays lointain qui est devenu migration animale³². D'une expérience captivante, je me suis ainsi retrouvée captive d'une empathie naturelle rendue inaccessible. Inaccessible, car soit trop en-dedans, située au plus profond d'une subjectivité insaisissable et indicible, soumise aux instincts de notre nature animale ; soit trop en-dehors par les déterminants génétiques et neuronaux sur lesquels elle repose, mais qui, encore une fois, m'échappaient.

Chemin faisant, j'ai fini par m'apercevoir que je me trouvais sur un chemin de ronde, toujours confrontée à certains problèmes, et c'est à ce moment que j'ai pu formuler ma problématique. La psychiatrie est déshumanisante quand elle soigne plus le symptôme que le patient, qui est ainsi traité comme un objet, un cerveau, et l'empathie en serait l'ingrédient réhumanisant (chapitre 1). Mais si l'empathie est pensée de la même manière que les objets des sciences explicatives, relevant tantôt d'un intérieur subjectif à objectiver, tantôt d'une objectivité naturelle (neuronale, génétique, etc.), n'avons-nous pas certes humanisé les soins (en rendant l'empathie naturelle), mais toujours en réduisant l'humain à un objet organique, occultant donc encore une fois le problème de l'instrumentalisation du patient (chapitre 2) ? En fin de compte, si la psychiatrie ne souffre pas de déshumanisation que faire pour penser le médecin et le patient dans une relation de soin, quelle posture endosser (chapitre 3) ?

Ainsi, de pérégrination, mon chemin est devenu vicissitudes : d'une expérience captivante, je me suis retrouvée captive cette fois d'une empathie muette. Écho d'une injonction néolibérale³³ individualiste et pragmatique, l'empathie semble amener une neutralité reposant sur

32 En écho aux différentes définitions de pérégrination dans le *CNRTL*.

33 Le libéralisme n'est pas à entendre ici comme synonyme de liberté d'expression et de pensée, mais comme l'idéologie à laquelle j'associe une politique de gouvernement qui implique une certaine forme de

un relativisme qui serait une acceptation inconditionnelle de "tout", et je me suis ainsi vue (m')ôter la parole. C'est alors que je me suis vue confrontée à un dilemme : celui de faire preuve d'empathie au prix de mon désengagement, ou celui de m'engager au risque d'être hors-norme.

Pour me libérer de ces contraintes déterministes et autoritaires (qui pèsent tant sur le comportements du patient que celui du médecin), en suivant ses différentes voies définitionnelles, mes vicissitudes m'ont menée à des « transformations » successives, à des « alternatives »³⁴, et sans qu'on ne me serre la vis, j'en ai produit un « tour » de vice³⁵. J'ai probablement usé d'un peu de vice en effet, par « ce dérèglement de la conduite », cette « déviance par rapport à la morale sociale conventionnelle »³⁶, en prenant le parti de l'utilisation de la forme subjective, du "je", de la première personne du *singulier* pour rédiger cette thèse. En effet, non satisfaite de l'émulsion produite par l'empathie, pour allier *compréhension* et *explication*, j'ai dû changer ma manière de voir, non pas en biaisant mon objectivité par un supplément mesuré de subjectivité, ni en objectivant ma subjectivité (ou inversement), mais empruntant un chemin de traverse me faisant quitter celui de l'empathie – pour travailler au concept de *singularité* (chapitre 3). Bien aise de pouvoir la rendre mienne, car répondant aux problèmes d'objectivité et de subjectivité, mon regard ainsi vicié n'est pas je crois pour autant « entaché d'erreur » comme une faute commise. Car convaincue que la culpabilité n'est pas synonyme de responsabilité, j'ai travaillé à la responsabilisation des patients (sans pour autant déresponsabiliser le médecin), pour lutter contre leur instrumentalisation, et ainsi les rendre acteurs et non plus pantomimes. J'ai probablement usé de vice, ce goût « contre nature »³⁷, pour mieux m'affranchir des biologismes et des naturalisations (chapitre 2) en tout genre, allant jusqu'à rejeter le concept d'humain et

relations humaines pensées à travers le prisme d'une économie de marché, et qui définit ainsi l'individu en terme d'agent qui se doit d'augmenter différents capitaux.

34 Vicissitude du latin *vicissitudo*, « alternative », « échange », « passage d'un état à un autre » dans le *Dictionnaire historique*.

35 Vicissitudes dérivé de *vicis* « le tour », « la succession » dans le *Dictionnaire historique*.

36 Vice dans le *CNRTL*.

37 Une autre définition de vice, dans le *CNRTL*.

d'humanisation. On pourrait dire ainsi que j'ai travaillé à "vicier mon regard", à l'altérer, à le rendre « impur »³⁸, car la *discussion* œuvre pour la transformation et l'affirmation de singularités.

C'est sur chemin, non pas à entendre comme simple flânerie sans but ni sens, que je souhaite vous emmener afin de répondre à ma problématique, dans mon cheminement transformateur et constructif.

Il se déroulera ainsi en plusieurs étapes.

Le chapitre 1, *Enquête d'empathie*, se voudra faire non pas un état des lieux mais une exploration singulière du défi qu'elle prétend relever, à savoir la solution à la déshumanisation des soins.

Le chapitre 2 approfondira ce que pourrait sous-entendre l'explication d'une empathie humaine – afin d'argumenter mes problèmes avec l'humanisation, qui confère aux individus des attributs naturels les déresponsabilisant d'agir selon leurs intentions *singulières* – et transformera ainsi le problème de la déshumanisation.

J'explorerai davantage le chemin de la compréhension au chapitre 3 qui, j'en ai bien peur, se traduit bien souvent par "des problèmes de communication" tout aussi réducteurs, m'amenant à parler de *compréhension explicative*, avec toutes les connotations négatives abordées au chapitre 2. Je me suis finalement engagée pour l'expression de ma thèse sur des sentiers bien plus glissants et escarpés, moins balisés aussi, mais en prenant le risque – car la science à mon sens se doit de prendre des risques – celui d'une posture particulière qui m'est propre autour du concept de *singularité*.

38 Vicié dans le CNRTL.

Chapitre 1. En-quête d'empathie : histoire d'un filage

A. Introduction

La notion d'empathie, cette « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui »³⁹, de percevoir ce qu'il ressent, s'impose de plus en plus dans notre langage courant. « L'empathie peut changer le monde » optimise même l'artiste Barbara Kruger sur les murs de la station de tram de la gare de Strasbourg depuis 1994.



Illustration 1 : Station de tram de la gare de Strasbourg. Œuvre de Barbara Kruger

39 Empathie, dans le dictionnaire *Larousse*.

Sur ce gigantesque photomontage, elle joue de l'association de la photographie noir et blanc du visage d'un homme de profil, et d'un texte écrit en grands caractères d'imprimerie sur fond rouge incisif. L'individu, austère, le visage tourné vers le ciel, porte une trappe en métal au niveau du crâne, fermée à clef. L'énoncé, inscrit au beau milieu du visage du personnage, affirme ceci : « L'empathie peut changer le monde ». Doit-on penser que l'homme se piège lui-même ou alors qu'il est la victime de sa propre tête, ou de son propre cerveau ? Car la tête, ce *cranium* latin est synonyme de *calvaria*⁴⁰, qui a pris le sens de calvaire. À qui donc revient la responsabilité de cet enfermement ?

Barbara Kruger s'est rendue internationalement célèbre par des œuvres du même type, notamment dans le domaine de l'art dit conceptuel, qui crée des mises à distance en jouant de décalages et de correspondances établis entre langage visuel et discours. S'exprimant souvent à travers des photomontages, elle dénonce parfois assez violemment la société de consommation, les stéréotypes sociaux, la publicité et le marketing. Elle dit à propos de son œuvre strasbourgeoise : « je fais ceci pour le spectateur qui peut réfuter le "tu", l'accepter ou dire : ce n'est pas moi mais je pourrais le connaître »⁴¹. Mais alors, si réfuter signifie refuser d'admettre l'autre ou encore le renverser, peut-on décemment rester simple spectateur – celui qui assiste au spectacle sans y participer – et ainsi nier le "tu" ? Le philosophe humaniste Johann Gottlieb Fichte (2015) en propose une formule plus directe : « pas de Je pas de Tu, pas de Tu pas de Je » : car effectivement, que signifie être "je", sans "tu" pour lui répondre ? Ou plus fondamentalement ne faut-il pas un "tu" pour me permettre d'être "je" ?

Rendre le "je" empathique du "tu" implique qu'il se mette à sa place : comment trouver la bonne distance pour éviter la fusion du "je" et du "tu", cette identification formant un "nous" indifférencié, comme une frontière trop poreuse entre deux individus ? Celui qui s'engage au "je" convie l'autre sur la scène, en incarnant une position singulière lui permettant en retour de

40 Différentes étymologies de crâne, dans le *Dictionnaire historique*.

41 Visible sur le site officiel de l'[Eurométropole de Strasbourg](#).

se positionner, de prendre la parole, dans sa similarité et dans sa différence. Pour prendre l'exemple de la rédaction de cette thèse, j'ai choisi d'utiliser la 1^{ère} personne du singulier, alors qu'une norme implicite serait plutôt d'utiliser la forme impersonnelle de la 3^e personne du singulier (le "on"), ou la forme collective de la 1^{ère} personne du pluriel (le "nous"). Ces deux formulations laissent à penser que l'existence de l'objectivité dissout la singularité, alors que le "je" permet au "tu" d'exister en lui donnant l'opportunité de prendre part au "jeu" dans la *discussion*, sans pour autant fusionner. Lorsque "tu" s'affirme suffisamment différent pour qu'il ne se confonde pas avec "je", tous deux constituent dès lors deux sujets-mondes, deux acteurs qui ont chacun la parole sur scène. Réfuter le "tu" c'est ainsi ne pas reconnaître l'autre comme sujet-monde – en ne le conviant pas sur scène ou en le discréditant de son rôle – mais c'est aussi simplement ne pas lui donner la parole.

L'a-liéné est celui privé du lien, car son histoire étymologique est d'abord celui d'une perte : une perte de droit, un abandon de liberté, une hostilité à d'autres, pour au final l'avoir finalement rendu fou⁴². Privé de son rôle, moins qu'un "tu", acteur dé-raisonnable, il est réduit à n'être qu'un simple pantomime. L'a-liéné se retrouve muré dans ses propres murs, dans sa propre *calvaria*, sa propre tête, qui constitue dès lors son calvaire. Et c'est bien sur scène, dans le rapport à l'autre, entre un "tu" et un "je" qui ont tous deux la parole, que ce lien peut se déployer. Trop loin – sur le fil du rasoir – le fil devient la lame du couteau, tranchante et affilée : l'autre n'est plus entendu, et se retrouve enfermé seul avec lui-même, fou-à-lier. Plus près, audible depuis la scène, le lien peut se tisser de fil en aiguille, pour que, dans la rencontre, le "tu" soit reconnu et considéré avec ses différences.

L'empathie serait-elle ce fil, cet élément de liaison qui pourrait restaurer ce lien parfois fragile, en permettant d'adopter cette posture compréhensive à l'égard de ce qui est différent ? Car il me semble en effet, que c'est par l'acte de compréhension vis-à-vis d'autrui que l'on garantit la possibilité d'établir et de maintenir un lien, mais je n'en dis pas plus pour l'instant, car l'acte de compréhension sera comme notre fil d'Ariane tout au long de ce travail, il guidera mon propos

42 Aliéner dans le *Dictionnaire historique*.

même quand celui-ci pourrait faire quelques méandres. L'empathie, qu'on associe bien souvent à la bienveillance et à l'ouverture d'esprit, semble être la qualité requise pour accéder à ce supplément de compréhension. Elle serait alors ce levier, dans la capacité qu'elle offre de se mettre à la place de l'autre pour soutenir ce lien.

Alors, si l'empathie peut effectivement changer le monde, de quel(s) monde(s) se réclame-t-on ?

B. La psychiatrie française actuelle "file un mauvais coton".

Mais d'abord, je dois faire un petit détour pour vous présenter le décor dans lequel je voudrais faire intervenir l'empathie : celui du champ médical qui s'occupe des exposés à la tempête – qu'ils soient marginaux, mais pas que –, j'ai bien nommé la psychiatrie.

Et, à l'instar des naufragés qu'elle a en charge de soigner, la psychiatrie, notamment dans sa sphère hospitalière, file un mauvais coton. Ses professionnels sont usés jusqu'à la corde, en arrêt de travail, en grève, en manifestation. Quant à ses usagers, ils s'en plaignent quand ils ont la chance d'être pris en charge, et pour les autres qui restent en dérive, ceux-là demeurent dans l'attente qu'une place se libère pour eux.

Tantôt problème organisationnel tantôt problème d'humanisation, les fils s'entremêlent, et c'est un sac de nœuds qu'elle doit alors démêler. Au point que les politiciens s'y penchent et voudraient en redéfinir la trame. Effectivement, on ne peut que faire le triste constat des difficultés qu'elle rencontre : manque de personnel, recours trop fréquents aux solutions radicales (camisoles chimiques, chambres d'isolement, contentions, etc.), standardisation des soins, retard de prises en charge... Sa situation ne tient qu'à un fil.

La revue *Pratiques – les cahiers de la médecine utopique* qui s'affirme originale et critique dans sa volonté de faire carrefour entre politique, social, anthropologie, science et art, tout en

défendant une certaine indépendance et laissant la parole aux « acteurs de la santé et du social »⁴³ pour toujours faire valoir « la personne [...] dans sa complexité et sa singularité »⁴⁴, dédie un dossier entier sur ce sujet en janvier 2019, et se demande – c'est son titre – « Où va la psychiatrie ? » à juste titre. Mais l'égarement de notre discipline fait parler par-delà les revues spécialisées de notre discipline et de ses voisines, jusque dans la presse plus généraliste dont des titres sont vifs et cinglants : « La misère de la psychiatrie : retour sur trente-cinq ans de réformes⁴⁵ » ; « La psychiatrie, un secteur en état d'urgence » (dans un éditorial du journal *Le Monde* en août 2018) ou encore « Psychiatrie, un système sous contention⁴⁶ » (dans une enquête du journal *Libération* de janvier 2019). Quelques exemples parmi d'autres bien plus nombreux, et qui rendent compte de l'ampleur de la gravité de la situation. Comment la psychiatrie qui prétend avoir la vocation depuis sa création de protéger les marginaux, les naufragés des tempêtes et autres blessés de la vie, pour leur restituer une forme de dignité – lui conférant ainsi une forte vocation sociale –, comment s'est-elle retrouvée dans une telle situation ? Celle-là même de se retrouver dans le même état que les patients qu'elle prend en charge : en crise ?



Illustration 2 : Philippe Pinel faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre (19^e siècle)

43 D'après leur intentions explicitées sur le site de la revue à la rubrique « [qui sommes nous](#) ».

44 Ibid.

45 Article écrit par Rémi Le Goff (2019) pour du média indépendant d'opinion *Le vent se lève*.

46 Enquête menée par Eric Favereau (2019).

En parcourant quelques versions de son histoire⁴⁷, il me semble que la naissance de psychiatrie répondait déjà à une préoccupation à l'égard des marginaux par l'impulsion de Philippe Pinel au début du 18^e siècle⁴⁸. L'aliéniste, en créant les asiles, permit aux d'aliénés de briser leurs chaînes⁴⁹, et c'est un acte révolutionnaire qu'il réalisait alors, ouvrant ainsi à une (nouvelle) façon de considérer ces inadaptés de la société.

En les sortant des hospices et des prisons pour les accueillir dans des lieux de soins où on leur proposa un traitement dit moral, c'était bien l'occasion de leur permettre de remonter sur la scène, voire de se défaire de leurs rôles d'aliénés pantomimes et exclus, pour enfin leur redonner la parole. Pour mener à bien ce dessein, Philippe Pinel voulait "moraliser" ses patients, les rééduquer. Ainsi, cette vision était révolutionnaire pour l'époque car s'écartait d'une conception fataliste et irrémédiable des comportements marginaux et fous :

« L'illustre philosophe allemand G.W. Hegel, dans son Précis de l'Encyclopédie des Sciences philosophiques de 1816, va attribuer en effet très justement à P. Pinel le mérite d'avoir reconnu un < reste de raison > chez tout < insensé > (devenu de ce fait un simple < aliéné >) alors qu'auparavant le fou était exclu de l'humanité et de toute communication interhumaine, puisqu'il était considéré comme un < insensé > dépourvu de raison. Cette accession à l'intersubjectivité et au statut de sujet permet le traitement moral [...]. Le traitement moral reposait sur le principe d'une causalité psychique de la maladie mentale ». (Postel Jacques, 2012 : 4)

L'insensé devenu aliéné, il devait dès lors être reconnu malade pour pouvoir réintégrer la scène et nous serons amenés à reparler de ces conceptions sur les troubles mentaux dans le chapitre

47 Pour cela je m'inspire du *Dictionnaire de la psychiatrie* de Jacques Postel (2011), et du chapitre du même auteur destiné à l'histoire de la psychiatrie du *Manuel de psychiatrie* de Guelfi et Rouillon (2012).

48 Impulsion qu'il faudrait somme toute relativiser, comme nous le suggère Jacques Postel : « Mais c'est surtout P. Pinel (1745-1826) qui apparaît comme le véritable fondateur de la spécialité à Paris, d'abord à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, usurpant une renommée unique alors que celle-ci mériterait d'être davantage partagée », (Postel Jacques, 2012 : 3).

49 La célèbre peinture de Charles Muller en est l'illustration métaphorique : *Pinel faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre* (19^e siècle).

2. Ce fut en tous les cas le début d'une longue histoire à rebondissements, où la psychiatrie a cherché, et cherche encore des réponses concernant les causes et les origines des troubles qu'elle rencontre (et qu'elle définit), façonnant différentes façons de les prendre en charge. Les aliénés eurent donc à partir de Philippe Pinel un lieu de retraite, qui fit d'abord office de refuge leur permettant une évolution de leurs troubles, mais devint rapidement un lieu de retraite où condamnés à y vivre, participait aussi à leur involution :

« Car l'institution asilaire n'a pas été conçue au départ comme ce simple cadre de renfermement et d'exclusion, tellement décrié par la suite. À l'encontre de ce qu'a écrit M. Foucault, l'asile apparaît à ses origines comme un refuge pour le malade, comme un lieu d'isolement du monde extérieur harcelant. C'est dans cette perspective que l'isolement n'aurait dû représenter que la condition du traitement moral. Or, il en deviendra malheureusement par la suite l'instrument. Sous la pression d'une société qui exclut de plus en plus l'aliéné, l'isolement deviendra le principe même de l'exclusion dont l'asile sera progressivement l'institution. » (Postel Jacques, 2012).

Que l'on soit d'accord avec Michel Foucault ou non, l'asile est devenu refuge lui-même aliénant pour ses aliénés, et c'est par une impulsion née dans l'entre-deux-guerres et surtout après la Seconde Guerre mondiale que le système s'est finalement résolu à transformer ses prises en charge. En effet, cette (trop) longue période de conflits et son lot d'abus perpétrés – entre autres dans les asiles – provoquant le décès de milliers d'aliénés en France morts de faim, a interpellé et interpelle encore nos contemporains (je pense au livre de Max Lafont notamment sur ce sujet, publié en 2000, au titre à l'oxymore percutant *L'extermination douce*). Le drame était suffisamment tragique pour qu'il mène à une importante remise en question sur ce qui avait pu mener à une telle négligence de ces individus, tout comme la stérilisation puis l'extermination des malades mentaux promues et réalisées par l'Allemagne nazie : ces événements laissent à penser que, bien qu'invités à monter sur la scène – réhabilités du statut de fous à celui d'aliénés, les rendant accessibles au changement – comme le souhaitait Philippe Pinel, leurs nouveaux rôles ne leur ont pourtant pas valu une importance suffisante

pour qu'ils soient considérés comme des "tu" "tout à fait" dignes d'intérêt, d'écoute (ils n'ont probablement pas eu droit à la parole) et de protection... L'asile fut ainsi de plus en plus associé à un lieu d'enfermement où les patients évoluaient en parallèle de la cité, mais tout en restant soigneusement à la marge, invisibles et inaudibles, et qu'il fallait donc réformer. On veut alors que les aliénés s'intègrent dans la cité, on veut désaliéner les aliénés, telle en est la revendication exprimée en tous les cas. Il faudra bon nombre d'années pour que ce qu'on appelle "la sectorisation" se mette en place en France, c'est bien dans une volonté de rupture totale avec l'asile tel qu'il était pensé auparavant qu'elle s'organise peu à peu : une nouvelle forme de répartition des soins en psychiatrie sur le territoire, qui consiste en un découpage en zones géographiques appelées "secteurs". Et elle sera effective dans les années soixante, avec pour résolution de remettre l'individu au centre de ses soins et de le défendre, tout en l'amenant à (re)trouver une place dans la société, afin de ne plus l'en proscrire. La Libération avait amené ce renouveau dans la façon de penser les soins pour les patients psychiatriques afin de limiter les effets des chronicisations hospitalières, et de favoriser les soins en ambulatoire et donc la réinsertion socio-professionnelle des malades. Par un arrêté ministériel datant de mars 1960, la définition du secteur se précise et aboutit à l'idée qu'un territoire d'environ 70 000 habitants soit desservi par un service hospitalier en étroits liens avec les structures extra-hospitalières permettant d'envisager un "après" des séjours en asile (le *dispensaire d'hygiène mentale* qui est devenu aujourd'hui le Centre Médico-Psychologique comme lieu de consultation externe ; l'*hôpital de jour* comme lieu d'accueil et d'activité pour la journée, en dehors d'une hospitalisation classique ; le *foyer de postcure* comme structure de transition entre l'hôpital et le domicile assurant le logement et le repas et enfin, l'*atelier protégé* comme lieu de travail rémunéré sous surveillance médico-sociale). L'autre perspective novatrice fut de désigner une seule équipe de soins, responsable à la fois des soins hospitaliers et extra-hospitaliers (et faisant le lien avec les autres acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux concernés), et dont les intervenants se sont peu à peu diversifiés : sont alors entrés en scène psychologues, ergothérapeutes, assistants sociaux. Une vision qui se veut désaliénante

des soins – qualificatif revendiqué par les psychiatres militants à l'origine de ce mouvement, appelé le groupe de Sèvres : Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, François Tosquelles entre autres – où les soignants empreints d'une volonté de faire du lien avec leurs patients et les accompagner au mieux et le plus longtemps, pouvaient les accompagner aussi dans la (re)construction d'une vie "hors des murs" de la psychiatrie asilaire. Mais les reproches et les réformes du secteur psychiatrique apparurent rapidement, en témoigne la réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisations complètes commanditée par les politiques de l'époque (de 130 000 lits en 1974 à 60 000 en 2010). La psychiatrie sectorielle a continué et continue ainsi de se transformer.

Malgré ces tentatives pour la moderniser, la création de « territoires » dans la loi de 2009 (dont l'étendue géographique est beaucoup plus large que ceux des secteurs) a annoncé un nouveau tournant dans les modalités d'organisation des soins psychiatriques : même si ça n'était à l'époque qu'à l'état d'une ambiguïté (où le secteur restait le modèle d'organisation en pratique mais où le territoire le devenait en théorie), cette réforme annonçait le début (ou la poursuite) du démantèlement progressif de la psychiatrie désaliéniste. Qu'on puisse penser que cette transformation des soins intra-hospitaliers soit l'aboutissement de l'évolution du concept même de sectorisation et de désaliénation, œuvrant pour le soin des patients au plus près de leurs lieux de vie habituels – dans la cité – est bien sûr entendable. Mais là où il me semble plus juste de parler de démantèlement plutôt que de transformation, c'est bien que la réduction des soins en intra-hospitalier ne s'est pas rendue concomitante d'une extension des soins en extra-hospitalier. Autrement dit, la déconstruction de la politique de secteur entamée n'a pas à l'heure actuelle permis au champ psychiatrique de construire une nouvelle forme de soutien pour les naufragés qu'elle doit prendre en charge. On peut bien sûr reprocher à la politique de secteur de s'être elle-même enfermée et aliénée dans des définitions parfois trop rigides d'appartenance géographique : l'application de cette règle a en effet sous doute trop

souvent été la source de conflits inter-sectoriels, tant dans les situations litigieuses⁵⁰ que dans les politiques appliquées par secteurs, très chef de pôle dépendantes. Dans toutes les situations où la psychiatrie sectorielle faisait valoir la place du secteur au-dessus de celle du patient – je pense également à ces exclusions brutales des systèmes de soins de certains patients pour simple raison de "changement de secteur" – on peut effectivement s'interroger sur le caractère instrumentalisant de la psychiatrie sectorielle dans ces situations. Cependant ce qui me pose problème à ce moment du démantèlement de cette psychiatrie enclenché il y a plusieurs dizaines d'années, c'est l'absence de mouvement pour amener à une transformation constructive (au sens de non instrumentalisante) du système, pour en arriver à une proposition aux tendances technocratiques. Un rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale en 2013 fait état d'un « dispositif [...] novateur au bilan décevant »⁵¹. Ses auteurs y pointent des problèmes de dysfonctionnement dans la gestion des demandes et des prises en charge, d'inégalités de répartition d'accès aux soins pour les patients, qu'ils pensent corollaires d'une forme de cloisonnement de la psychiatrie, tenue trop à distance des autres spécialités médicales et autres dispositifs médico-sociaux, dit autrement, d'une psychiatrie insuffisamment médicalisée, et dont le fonctionnement se doit d'être optimisé.

Les solutions alors proposées sont majoritairement axées sur la prévention des troubles (des campagnes d'information au public par exemple), et sur la poursuite de la transformation du secteur en territoire. Les propositions sont surtout d'ordre technique (élargir la plage horaire d'ouverture des CMP par exemple) pour finalement n'évoquer que de manière marginale la question du personnel. D'ailleurs, on ne parle pas "d'individus", "de soignants", "de professionnels de santé mentale", on parle de « moyens humains ». L'usage même du mot « moyen », qui désigne « une chose, un procédé qui permet d'accomplir quelque chose »⁵² renvoie à une vision de l'individu utilitaire et désincarné, à l'opérateur qui effectue une tâche.

50 J'ai pu en effet constater durant mon internat que l'entraide mutuelle des secteurs (notamment autour de la question récurrente de la gestion des patients "hors secteurs") devient très souvent source de tensions et de conflits.

51 Rapport d'informations parlementaires présenté par Denys Robiliard (2013).

52 Moyen dans le *Dictionnaire historique*.

Ce discours politicien⁵³ fait écho à un certains types de discours psychiatriques, comme en témoigne le livre *Psychiatrie, l'état d'urgence* co-écrit par deux psychiatres hospitalo-universitaires, Jean-Michel Llorca et Marion Leboyer, paru en septembre 2018⁵⁴. Dans une volonté de médicalisation de la discipline, ils veulent poser un « diagnostic » devant l'état préoccupant de la psychiatrie actuelle, en « auscult[ant] l'organisation des soins ». Leur conclusion est sans appel : la psychiatrie actuelle est malade à cause de son mauvais "maillage", une trame défectueuse qu'il serait bon de repenser et de restructurer. Vient donc après l'étape du diagnostic celle de la prescription du traitement : ils préconisent vingt-cinq propositions, allant comme on s'y attendait dans le sens d'une optimisation de la discipline. Ils insistent sur la médicalisation de la psychiatrie notamment pour favoriser son rapprochement de sa consœur la neurologie, sur la technicisation de ses moyens pour assurer un gain de temps (par la mise en place de l'e-médecine, c'est-à-dire de consultations virtuelles notamment pour assurer les suivis des patients tout juste sortis d'hospitalisation), et sur la promotion d'une politique de déstigmatisation endurcie, dans un souci de réduction des dépenses. Il est intéressant de noter que la co-auteurice Marion Leboyer n'est autre que la directrice de la fondation FondaMental (et que le président du conseil d'administration actuel n'est autre que le banquier David de Rothschild, et que la fondation est financée par des fonds publics, mais aussi privés comme le Groupe Dassault ou des laboratoires pharmaceutiques comme Janssen ou AstraZeneca ; fondation donc non dénuée de conflits d'intérêts sous-jacents⁵⁵, mais surtout très ancrée dans une idéologie néo-libérale), et qu'elle représente une figure très active dans les campagnes de déstigmatisation des maladies mentales en France. Elle détient aussi le poste de responsable de la recherche de FondaMental – axée sur l'explication

53 Comme je considère tout discours comme politique, dans le sens qu'il a des implications sur la vie de la cité, j'emploie ici le terme politicien non dans le sens péjoratif mais dans le sens de professionnel de la politique.

54 Les propositions envisagées dans cet ouvrage sont en effet reprises dans un document de la Fondation FondaMental (2019a) duquel je m'inspire et intitulé *25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence*.

55 Comme présentés [sur la page « partenaires » du site internet de la fondation FondaMental](#).

physiopathologique des troubles mentaux donnant un nouveau visage à la psychiatrie : « génétique, épidémiologie, immunologie, imagerie cérébrale, économie de la santé, sociologie, psychologie, sciences cognitives [...] nourrissent une recherche de pointe en psychiatrie »⁵⁶. Nous reviendrons au courant du chapitre 2 sur ces considérations concernant les représentations des troubles mentaux, mais je crois pouvoir d'ores et déjà être en mesure de dire que les « moyens humains » – comme ils les appellent – ne sont abordés qu'à travers la question de leur optimisation.

Du côté décisionnaire, c'est donc le manque de « moyens » qui a été retenu, entendus comme financiers ici : la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn en a fait l'annonce lors de son déplacement au célèbre congrès de l'Encéphale (congrès soit dit en passant largement subventionné par les grands laboratoires pharmaceutiques) en janvier 2018 pour assurer devant les professionnels son intérêt pour la situation délicate de la discipline, et déclarer que « la psychiatrie ne serait plus le parent pauvre de la médecine »⁵⁷. En effet, paradoxe pour le moins intéressant, alors que la psychiatrie représente une dépense de santé publique importante (sur le site de Santé Publique France, on nous explique que « les troubles psychiatriques représentent la première cause d'entrée en invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé, et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail »⁵⁸, et que « selon les estimations 2006 de l'OMS-Europe, les troubles neuropsychiatriques constitueraient la deuxième plus grande charge de morbidité après les maladies cardio-vasculaires »⁵⁹ ; sans parler des dépenses que représentent les prises en charge des maladies psychiatriques, évaluées à plusieurs centaines de milliards d'euros par

56 Telles qu'elles sont exprimées [sur la page « recherche »](#) du même site.

57 D'après *Le Quotidien du médecin* du 21 janvier 2019, dans un article intitulé « La psychiatrie publique se mobilise, en quête d'un nouveau souffle ».

58 Comme en fait état l'agence nationale de santé publique sur leur site internet concernant le [programme de santé mentale](#).

59 Chiffres obtenus de l'agence nationale de santé publique : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Contexte-et-enjeux-de-la-surveillance-le-role-de-Sante-publique-France>.

an⁶⁰), mais qu'elle n'est que peu dotée en terme d'enveloppe budgétaire par l'État. La ministre a donc ouvert des fonds supplémentaires entre 2018 et 2019 et mis en place une feuille de route tracée dans le sillage du livre de Llorca et Leboyer qui, rappelons-le, sont des figures notables de la fondation FondaMental. L'enjeu se trouve donc bien encore une fois dans une optimisation du système en place : le médecin travaille pour diagnostiquer des maladies mentales – au même titre que n'importe quelle autre maladie somatique, et de ces diagnostics émergent des protocoles de prises en charge toujours plus précis et standardisés puisque statistiquement reconnus comme valides et efficaces. Dans un souci de gain de temps, on propose donc de déléguer certaines tâches, jusqu'ici exclusivement réservées aux médecins⁶¹. On parle en termes de répartitions de tâches, de séquençages de missions. On mise sur la fonctionnalité de cette politique car elle permet de soigner le plus grand nombre – ce qui serait louable, dans la mesure où elle s'accompagnerait d'une préoccupation pour la dimension relationnelle qui m'apparaît primordiale pour les patients pris dans leurs tempêtes.

L'autre enjeu qui me paraît important dans cette conception des soins en psychiatrie, par la prise en charge et le dépistage les plus précoces possibles (sans parler de la question de l'économie à opérer) est d'attester d'un certain rapport à la réalité. Les troubles psychiques étant considérés comme des maladies impliquant des atteintes organiques, leur évolution ne peut être que perçue comme étant inéluctable, et ainsi ne peut se freiner qu'au prix de certaines interventions statistiquement reconnues comme efficaces – programmes standardisés de prises en charge voire intervention chimique si tant est que le patient consente à ces prescriptions. Cette quête d'organicité pour expliquer les troubles mentaux et mieux les "guérir", tout comme cette volonté affirmée d'intervenir toujours plus tôt, me laisse entrevoir un glissement de la psychiatrie vers une médecine dite somatique (celle qui s'occupe

60 Dans « Quatre millions pour mieux comprendre la physiopathologie », un article de Caroline Garré (2016) dans *Le quotidien du médecin*.

61 Ce qui en soi peut être une initiative intéressante, car le savoir médical se doit d'être partagé et n'a pas à être gardé comme outil de pouvoir, mais dans cette perspective réside une volonté de déléguer les soins non pas pour améliorer la collaboration des différents acteurs autour des patients, mais plutôt je pense de les prendre en charge à moindres frais.

du corps) : les psychiatres sont définitivement des médecins qui diagnostiquent des maladies, au même titre qu'un dermatologue diagnostique des psoriasis ou d'autres maladies de peau. À ce titre, l'objet de la psychiatrie (le comportement, les pensées et le discours) se doit de devenir aussi palpable, limpide, évident, détectable, concret et reconnaissable aux yeux de tous, qu'une lésion eczémateuse sur la peau qu'un dermatologue examine. Rapprocher la psychiatrie d'une médecine somatique (où donc l'on tendrait probablement à rapprocher le trouble psychique d'un dysfonctionnement cérébral) permettrait de déduire des modèles de prises en charge à l'efficacité statistiquement démontrée qui, tels des patrons de couture, seraient exploitables par l'ensemble des patients à accueillir.

Et c'est bien là que les voix contestataires s'élèvent et que les voies se séparent. Quand certains pensent, comme je viens de l'exposer, à reformer la trame, à restructurer la psychiatrie dans son organisation, avec des patrons tout prêts à l'emploi, ceux que j'appellerai les *réformateurs*, où finalement le « moyen humain » est un moyen parmi d'autres, un outil au service d'une structure technocratique où l'optimisation prévaut sur le soin, d'autres prétendent à d'autres ambitions. Ils veulent « réhumaniser la psychiatrie », en re-questionnant la relation soignant-soigné qu'ils placent aux fondements de leurs réflexions, puisqu'elle définit plus l'objet de leurs soins que les troubles eux-mêmes.

Ces "autres" veulent créer des alternatives à la résolution de la crise. Pour eux, l'urgence ne tient pas à la ré-organisation de la trame, mais à consolider le fil, à questionner le type de nœud qui unit le soignant au soigné. Ce sont ceux qui sont dans la rue, manifestent, se mettent en grève. Plusieurs journées de manifestations nationales ont eu lieu depuis les débuts du mouvement nommé *Printemps de la psychiatrie* en hiver 2019. Leur manifeste titré « Pour un renouveau des soins psychiques » (2019) se situe dans la poursuite d'un travail de réflexion qu'ils ont engagé depuis plus longtemps pour certains, leur permettant ainsi de réaffirmer leur engagement dans les relations de soins, et de « dénoncer leur désagrégation et

de lutter contre le déclin dramatique des façons d'accueillir et de soigner les personnes qui vivent au cours de leur existence une précarité psychique douloureuse ». Pour eux, « ce qui est en crise, c'est notre hospitalité [en tant que soignants], l'attention primordiale accordée à chacun et à un soin psychique cousu-main ». Ce qu'ils pointent de problématique n'est donc pas la trame, mais ce fameux patron-à-tout-faire, copié-collé d'un individu à l'autre, sans prendre le temps (car faute de l'avoir) d'ajuster, de faire du sur-mesure. Ils revendiquent une « primauté du soin relationnel » : ce qui soigne, c'est bien le lien à l'autre, pour opérer (mais résolument pas chirurgicalement) la désaliénation des individus dans la tempête. C'est ainsi qu'une grande majorité de ces soignants mais aussi de ces soignés et de ces familles de soignés (c'est ainsi qu'ils se définissent dans leur manifeste), que je qualifierai de *révolutionnaires* du système psychiatrique actuel, se définissent pour la plupart comme des *humanistes*. Bien qu'ils ne soient pas opposés à repenser la trame comme les réformateurs, « c'est l'appauvrissement des relations au sein des lieux de soins qui est [leur] souci premier. La standardisation des pratiques protocolisées déshumanise les sujets, patients et soignants. » L'utilisation de patrons tous identiques pour prendre en charge des individus tous différents participe selon eux à l'entretien de l'aliénation délétère des patients voire au recours de plus en plus fréquent à certaines violences en milieu hospitalier.

J'ai choisi d'étudier quelques articles de la revue déjà citée, *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, pour comprendre ce qui était entendu par « déshumanisation ». Dans son dossier « Où va la psychiatrie ? » de janvier 2019, la parole est donnée à des professionnels du milieu, que je rallierais aux *révolutionnaires* que je présentais plus tôt, car les reproches qu'ils formulent à l'égard de la psychiatrie ne sont pas seulement d'ordre organisationnel, mais bien d'une conception du soin leur apparaissant insatisfaisante car déshumanisante. Dans une interview qu'elle dédie à la revue, Adeline Hazan⁶² fait état de changements inquiétants qu'elle constate dans les hôpitaux psychiatriques, en tant que contrôleur général des lieux de privation de liberté. Cette fonction qu'elle occupe représente une autorité administrative indépendante

62 Hazan Adeline et Deloche Sandrine, (2019).

dont la mission est de vérifier si les personnes privées de libertés – comme c'est le cas lors des hospitalisations sous contrainte de certains patients psychiatriques (sur décisions de l'autorité publique, judiciaire ou administrative) – sont traitées avec respect et dignité (missions qui s'étendent par-delà du seul milieu psychiatrique d'ailleurs). En poste depuis 2014, elle s'inquiète de demandes plus fréquentes faites par les patients mais aussi leurs familles, voire par les professionnels eux-mêmes. Elle s'interroge – à juste titre selon moi – sur le recours à des pratiques "de force" (placements en chambre d'isolement, prescriptions de contentions), dont l'usage est de plus en plus fréquent et tend à se banaliser. Elle s'étonne d'autant plus que ces constats ont été faits dans des hôpitaux qui avaient pourtant été visités peu de temps auparavant par les Agences Régionales de Santé (ARS, missionnées par la Haute Autorité de Santé HAS, afin de délivrer des "certifications") et qui n'en avaient elles, rien consigné à ce propos. Car comme elle le précise, « lors de [ses] visites, [elle] examin[e] toutes sortes de rapports. Ceux de la HAS sont très administratifs [...]. Ils ne regardent que les normes. » Elle ajoute qu'« en même temps, [elle] trouve que depuis deux ans, ils ont quand même fait un bon boulot dans les recommandations, notamment sur l'isolement et la contention. Ils ont sorti des recommandations qui sont les mêmes que les nôtres. Mais lorsqu'ils sont dans les services, je ne comprends pas ce qu'ils recherchent et ce qu'ils voient. » Ce qui donne à voir que les instances décisionnaires en charge de la gestion de l'organisation sanitaire et médicale s'inquiètent davantage de la bonne traçabilité des faits et du respect dans les mises en application des procédures qu'elles recommandent, que des "faits" eux-mêmes. La question d'une possible maltraitance dans les services hospitaliers n'est pas mentionnée pour la simple raison que cette question ne se pose pas. « À mon sens, continue-t-elle, le nerf de la guerre reste l'argument économique, et non une volonté d'enfermer de plus en plus. Mais il ne demeure pas moins qu'il y a une banalisation de l'acte, cette idée qu'enfermer n'est finalement pas si grave ».

Dans un autre article, c'est le temps dévolu aux patients qui est mis en avant et raconté par deux infirmières diplômées d'état (et un psychiatre) travaillant dans l'équipe de secteur de Seine-Saint-Denis :

« Le discours ambiant, politique et médiatique, voudrait faire croire qu'existent des solutions qui n'en passeraient pas par un plus grand nombre de personnels dans les services. Nous voulons faire valoir absolument le contraire : quelles que soient les organisations locales, quelles que soient les prétendues avancées de la science, nous considérons que les hôpitaux souffrent aujourd'hui cruellement d'un manque de personnels soignants. » (Durie Amandine, Liszka Teresa, Marsault Benoît & Meyer Christelle, 2019)

L'article est un témoignage sous forme d'un récit d'une journée-type pour un infirmier en psychiatrie : transmissions entre collègues, tournée des toilettes des patients en difficultés, accompagnement pour la "pause cigarette" des patients, gestion des entrées-sorties des patients (les simples "balades" hors du service des hospitalisés sollicitent systématiquement les soignants car la plupart des services sont fermés et font à ce titre souvent cohabiter des patients hospitalisés sous contrainte et d'autres en soins libres), gestion des lits (admissions de nouveaux patients particulièrement "instables" et sorties définitives), distribution et surveillance des repas, tournée des prises de sang, distribution voire administration des traitements (qui demande parfois négociation, voire injection), visites rapprochées dans les chambres d'isolement, accueil des familles en visite, suivi des nouvelles prérogatives demandées par les psychiatres, et ce téléphone, qui sonne, sans cesse. Tout doit être écrit dans les dossiers, car il faut laisser des traces. Et c'est sur le temps qu'il reste, quand il en reste, que les infirmiers peuvent s'occuper de répondre aux demandes des patients, leur accordent un moment de soutien, un moment de discussion. Pris dans le flot de missions qu'ils ont à remplir, ce temps est condamné à être rare et aléatoire. Les auteurs précisent d'ailleurs que leur effectif minimal est de deux infirmiers et un aide-soignant par tranche horaire de travail,

dans des services d'environ vingt-six patients, dont trois en chambre d'isolement. Elles concluent ainsi :

« Aujourd'hui en psychiatrie, la focalisation autoritaire des tâches infirmières sur des processus traçables, fléchés, identifiés, paralyse très fortement la dimension d'accueil d'un sujet en souffrance par un collectif soignant. [...] Ils ne sont plus convoqués à faire institution ensemble. Ils sont finalement maltraités par des procédures bureaucratiques et pseudo-scientifiques, qui les conduisent dans des moments d'impasse relationnelle entre eux, et avec les patients. L'émergence de la violence, dans de tels contextes, n'a rien de spécifique à la psychiatrie. C'est une réaction humaine pour traiter un désarroi profond quand la rencontre entre les êtres a été rendue impossible par des dispositifs de contrôle qui ne connaissent pas de contre-pouvoir. »

Même si les notions de « pseudo-scientificité » et de « contre-pouvoir » sont peu expliquées, il n'en reste pas moins qu'on imagine la frénésie des journées de ces soignants, qui finissent par regretter d'avoir autant de tâches liées à la traçabilité tant elles deviennent chronophages – bien qu'elles ne me semblent pas fondamentalement mauvaises, ne serait-ce que pour la continuité de leurs soins. Mais dans ce contexte, avec si peu de relais et si peu de temps dédié à la discussion (avec les patients et entre soignants), leur travail et leurs missions finissent par se vider de leur sens : n'est-ce pas l'image de "l'opérateur" qui est convoquée ici, celui qui coche des cases et qui remplit les tâches standardisées qu'on lui a attribuées sans plus de questions ? Dépourvues de sens car non discutées et en cela "dépersonnalisées", ces situations et ces rôles sont vécus comme des protocolisations déshumanisées de prises en charge, du fait du poids de ces tâches formelles qui écrase ces temps informels passés auprès des patients. Car le temps passé à discuter n'est pas traçable, et s'il l'est, il n'est ni "valorisé", ni digne d'intérêt.

Un autre facteur de déshumanisation relaté est celui d'une nouvelle politique « managériale » des hôpitaux, dont une pédopsychiatre témoigne :

« En pédopsychiatrie de secteur, l'enveloppe budgétaire est calculée en fonction de la file active et non pas du nombre d'actes. La file active est le nombre total de patients vus au moins une fois dans l'année. Qu'un enfant soit reçu trois fois par semaine au CMP pour des soins (ce qui n'est pas rare) ou une seule fois dans l'année, c'est comptabilisé de la même façon. Donc, il vaut mieux que je fasse moins de consultations pour chaque patient pour en voir un maximum de nouveaux. Cette course au chiffre colle bien à < l'enfant machine à réparer >, car il suffit d'une consultation pour faire un diagnostic et une prescription d'un traitement médicamenteux, renouvelé par le médecin traitant et/ou une orientation en libéral en orthophonie remboursée par la Sécurité Sociale ou à d'autres rééducations non remboursées (aux frais des parents ou avec parfois une demande de financement à la Maison Départementale des Personnes Handicapées), puis revoir le patient six mois plus tard pour réévaluation. » (Laval Catherine, 2019)

Ce qui me paraît intéressant ici, c'est d'abord ce témoignage de la nécessité pour la pédopsychiatrie de trouver des moyens de se financer, finances qu'elle ne peut obtenir qu'en favorisant les prises en charge les plus courtes possibles – c'est-à-dire opter plutôt pour la quantité au détriment de la qualité (et le même problème est vu en psychiatrie adulte, où les durées moyennes d'hospitalisation sont calculées au sein des hôpitaux, que certaines administrations utilisent pour émettre des classements entre secteurs et créer ainsi une forme de concurrence, faisant pression sur les secteurs les moins "performants"). Ensuite, parler de « l'enfant machine à réparer » fait état d'une conception du patient (ici l'enfant) bien particulière : la machine, étymologiquement apparentée à l'engin par le grec⁶³, même dans toute sa complexité, fonctionne selon des automatismes mais non selon la réflexion. Penser le "patient-machine", c'est lui attribuer un "fonctionnement" reposant sur la complémentarité, voire l'addition de divers éléments, conception qui n'est pas sans faire écho au morcellement du corps induit par l'organisation médicale. En effet, cette compartimentation de la médecine

63 Machine dans le *Dictionnaire historique*.

en spécialités correspondant à des parties du corps ou à des organes renvoie à cette image du "patient-machine", où chaque spécialiste focaliserait son regard et son savoir uniquement sur un seul élément de l'appareil. Ne risque-t-on pas dans cette perspective, d'aboutir à une forme de travail à la chaîne en vue d'une optimisation toujours plus efficace et à moindre coût du corps humain ? Pourtant ces spécialistes savent bien que cette scission est artificielle et n'est qu'opérante que dans une certaine mesure. Mais alors, de quel "élément" parle-t-on lorsque l'on s'adresse au psychiatre ? Autrement dit, quel est l'objet de la psychiatrie ? C'est justement le titre d'un des articles de la revue, où l'auteur, Eric Bogaert, psychiatre retraité, s'interroge :

« Mais c'est quoi, ces maladies mentales ? Quel organe en est atteint ? Le cerveau ? Ou l'intestin ? Voire maintenant les chromosomes ? À moins qu'il ne s'agisse d'une intoxication au chlore (ou à n'importe quel autre produit, il n'en manque pas) ? Bon, celui qui voit des entités le menacer, ou qui entend des voix malfaisantes, c'est peut-être le cerveau – celui-ci est bien sûr impliqué dans la perception –, mais n'est-il pas un peu court de limiter la production d'une interprétation, c'est-à-dire d'une pensée du monde, de ce qui survient, et par exemple d'une perception, à des réactions chimiques ? » (Bogaert Éric, 2019)

Si la "machine à réparer" des psychiatres est le cerveau et non la relation, l'enjeu de la productivité dans les soins, comme pour toute entreprise de rénovation, peut alors être revendiquée avec moins de gêne (tout en invoquant les gènes pourtant). Pour le reste, si le corps est cet objet en pièces détachables, chaque spécialiste peut se consacrer à "sa" pièce en particulier, focalisé sur son objet, il peut en perdre la vue d'ensemble, et ceci me paraît dommageable si je pense que le tout n'est pas égal à la somme des parties, ou que le discours, la discussion et la réflexion ont une place primordiale dans les soins médicaux. L'humanisation des soins, c'est donc la lutte contre la tendance à rendre le patient-objet et non plus sujet, autrement dit, c'est lutter contre l'instrumentalisation des patients.

Une fois le problème posé ainsi, il me semble que ce désaccord entre les *réformateurs* de la psychiatrie actuelle (qui plaident pour plus d'efficacité dans les soins) et les *révolutionnaires humanistes* (qui réclament de l'humanité dans les relations) soulève à mon sens une question primordiale : celle de *l'instrumentalisation* du patient.

Le fait que je mette ici en tension une politique qui se veut purement et simplement efficace, rapide et économique avec une politique qui s'intéresse à la dimension relationnelle des soins, peut bien être qualifiée de caricaturale, car la caricature a ceci d'avantageux à mes yeux qu'elle souligne certains traits qui sont intéressants à questionner. Ceci m'a permis ici de dégager une question fondamentale à mes yeux, celle de place conférée par notre discipline à l'individu dans la tempête : moyen (quand la finalité est l'efficacité) ou fin (quand l'intérêt est singulier) ? Je n'ai pas de problème à vouloir rendre ma pratique plus efficace, quand ceci ne se fait pas au détriment du patient.

Mais comment parvenir à la considération de nos patients, à la transformation de cette instrumentalisation ? L'empathie suffira-t-elle à remettre du lien sur-mesure, à réhumaniser les soins ?

Allons d'abord ensemble regarder avec quoi cette notion est construite.

C. L'empathie pour remettre du lien ?

1. L'injonction à l'empathie

Le terme *empathie* semble de plus en plus appartenir au vocable francophone courant. "Tout le monde" n'a que ce mot à la bouche : dans le monde professionnel, dans la sphère privée, dans la presse, à la radio, sur internet, etc. Repris dans tous les champs, décliné à toutes les sauces,

l'empathie semble bien être devenue la déesse aux cent bouches, cette divinité grecque ailée, allégorie de la renommée, qui avait le don de connaître le secret des mortels et de les divulguer. L'empathie parle en effet de relation, d'une bouche cousue elle semble devenir bouche d'incendie, permettant d'éteindre les feux des disputes et des désaccords. À ce titre elle suscite l'intérêt aussi bien en psychologie qu'en "science"⁶⁴, aussi bien en éducation qu'en politique, aussi bien en sociologie qu'en éthologie, et j'en passe. Voilà une courte mise en bouche pour présenter la complexité de l'objet *empathie*, dont je vais tenter de dresser un portrait, en faisant peut-être la fine bouche, car ce concept tant réclamé et à priori si réjouissant, me semble pourtant boucher la voie à d'autres questions. En effet, cet engorgement d'avoir la bouche trop empathique m'a dissuadée de faire la bouche en cœur, aimable à l'excès et en toutes circonstances comme il serait empathique de le faire, mais m'a au contraire donné du cœur au ventre pour la suite de mes réflexions que je vous livre ici.

a. L'empathie et la corde sensible.

Il est intéressant de remarquer que dans la plupart des articles que j'ai lus qui évoquent d'une manière ou d'une autre l'empathie, le constat d'une carence revient très souvent, et ce, dans des domaines aussi variés que l'économie, la justice ou la santé. Voici quelques exemples piochés parmi d'autres : sur le site canadien de *TVA Nouvelles* (2019) on titre « < Manque d'empathie > : [Le premier ministre du Québec] Legault s'excuse aux travailleurs de Velan [dont l'usine va être délocalisée] » ; sur le site belge de la *RTBF* « Procès Van Eyken : peu d'empathie des prévenus à l'égard de la victime » (Bruneel Roland, 2019). Manifestement c'est toute la société – et pas seulement la psychiatrie – qui manquerait d'empathie. À tel point que l'on pourrait croire que toute situation conclue par un désaccord serait le témoignage d'un manque d'empathie.

⁶⁴ Je ne veux pas laisser sous-entendre que la psychologie n'est pas une science. Pour cette énumération de catégories de champs de connaissance, je m'inspire de celles que j'ai pu observer sur les rayons fournis en magazines de vulgarisation tels que je les vois dans les kiosques de gares par exemple, et sur lesquels le terme d'empathie est couramment mobilisé en couverture.

Un article de *Santé Magazine* propose d'ailleurs une explication à cette carence : « L'empathie serait souvent évitée à cause de l'effort mental » (Bour Hélène, 2019). La journaliste nous y relate une expérience – qui aurait été publiée par l'*American Psychological Association* dans le *Journal of Experimental Psychology : General* où les chercheurs ont proposé à leurs participants de choisir entre deux jeux de cartes aux règles différentes (mais qui contenaient tous les deux des cartes avec des photographies d'enfants réfugiés). Le premier jeu consistait à seulement décrire physiquement l'enfant, le second à ressentir l'empathie⁶⁵. Le choix des participants se portait ainsi plus volontiers sur le jeu n'impliquant pas la mobilisation empathique (terme qui n'est d'ailleurs pas défini), et l'article de vulgarisation en conclut que l'empathie serait plus « énergivore pour décrire quelqu'un physiquement ». Si d'aventure, cet article de *Santé Magazine* s'avérait incomplet quant aux références qu'il mobilise, ou que dans la vulgarisation de l'expérience s'étaient glissées des erreurs, là n'est pas mon propos. Il s'agit bien pour moi de faire le constat de ce qui est présenté de l'empathie dans les médias non-spécialisés – constat que j'ai choisi qualitatif, dans le sens où il m'est plus intéressant ici de l'illustrer et de l'argumenter par une pratique qui relève plus d'une enquête d'*anthropo-psychiatrie* agençant des anecdotes singulières que d'une étude sociologique et quantitative des médias. Et ce que l'on veut nous exprimer semble très clair : les résultats de l'étude prouvent l'existence d'une forme de détachement des individus à l'égard des autres, en annonçant dès l'introduction que « bien qu'il ne soit pas coûteux financièrement ou psychologiquement, le sentiment d'empathie serait évité par bon nombre de gens de peur de devoir faire trop d'effort mental, selon une nouvelle étude américaine ». L'empathie ne serait pas « coûteuse psychologiquement » mais demande « un effort mental », nuance quelque peu obscure, mais qui ne freine pas pour autant la journaliste à employer un ton quasi consterné. Le raccourci qui est fait pour justifier de ce renoncement à l'empathie, cette « peur de devoir faire trop d'effort mental » n'est d'ailleurs

65 « Les participants optant pour le 1er jeu de cartes devaient simplement décrire physiquement l'enfant, tandis que le 2nd jeu de cartes impliquait d'essayer de ressentir de l'empathie pour les enfants sur les photos. Pour chaque essai, les participants ont été invités à choisir librement l'un ou d'autre des jeux de cartes. » (Bour Hélène, 2019).

justifiée à aucun moment, laissant seulement à lire que les individus sont lâches de ne pas vouloir fournir ce travail. On désapprouve donc à demi-mot le manque d'empathie des individus en général, les culpabilisant implicitement de ne pas s'apitoyer plus sur le (pauvre) sort de leurs congénères, condamnant par là une forme d'égoïsme. Car qu'attend-on lorsque l'on demande à quelqu'un de décrire avec empathie un enfant réfugié ? La définition même de cette consigne est ambiguë. Et c'est une incompréhension que suscite ce manque d'empathie d'après la journaliste, puisque « pourtant, aucune personne n'a été invitée à donner de son temps ou de l'argent ». J'ai tendance à y voir un reproche à peine dissimulé, sous-entendant qu'il faut faire preuve de paresse voire de lâcheté pour choisir de ne pas en user... Cependant c'est sur une note plutôt optimiste, quoiqu'assez énigmatique, que l'article se termine : « Mais les participants à qui on avait dit qu'ils étaient très empathiques étaient plus susceptibles d'opter de nouveau pour le jeu de cartes demandant de l'empathie, preuve qu'encourager cette démarche empathique peut aider à le rester ».

Mais "fort heureusement", pourrions-nous penser, l'industrie du bien-être s'emploie vivement à prendre le relais (bien souvent d'ailleurs dans les magasins Relay qui jonchent nos gares SNCF) et nous donne quelques conseils en vue d'améliorer cette carence : le magazine *Marie-Claire*, une illustration parmi bien d'autres sites, "tutos", articles, nous invite à découvrir comment devenir plus empathiques. Dans l'article « Comment travailler son empathie ? » (Reboulleau Laetitia, 2019), dont la couverture est une photographie d'une charmante jeune femme souriante, coupée aux épaules mais qui semble vêtue d'une légère lingerie à dentelle, le regard en coin, les yeux espiègles (une représentation bien "canon-ique" de l'empathie) la journaliste affirme que :

« l'empathie permet d'être bien avec les autres... Et donc, d'être bien avec soi-même. Pourtant, c'est une qualité qui semble disparaître de plus en plus, au fil des années et des générations. Égoïstes, narcissiques, concentrés sur leur propre bien-être... Les hommes et les femmes d'aujourd'hui seraient près de deux fois moins empathiques

que la génération de nos parents et de nos grands-parents, selon une étude menée en 2010 par l'université du Michigan ».

L'empathie est bien présentée comme (un) facteur d'épanouissement, dans un monde où la solidarité plierait sous un égoïsme déploré ; reste à savoir comment le degré d'empathie de nos aïeux a pu être évalué à posteriori... Elle s'appuie ensuite sur les conseils d'une « spécialiste coach de vie », qui recommande de « travailler sur plusieurs pistes :

« - L'estime de soi. Avant d'aimer les autres, il faut savoir s'aimer soi-même. En travaillant sa confiance en soi, on apprend à mieux se connaître. Se comprendre et s'accepter soi-même est le premier pas pour mieux comprendre les autres.

- La curiosité. Être empathique suppose de s'intéresser aux autres. Mais surtout, de porter un intérêt réel, et non superficiel. Posez des questions aux personnes qui vous entourent, interrogez-les sur leurs sentiments, sans forcément tenter de trouver des solutions en permanence. Avoir de l'empathie pour quelqu'un, ce n'est pas résoudre tous les problèmes : c'est comprendre que notre entourage a parfois tout simplement besoin d'être écouté et compris.

- L'écoute et l'observation. C'est la suite logique de la curiosité. Poser des questions, c'est bien. Écouter les réponses, c'est encore mieux. Cela vous permettra de trouver une logique dans la façon dont fonctionne autrui, de comparer les différents types de réactions face à diverses situations. Utilisez vos oreilles, mais aussi vos yeux : le langage corporel est tout aussi important. Mimiques sur le visage, mouvements des mains : apprenez à décrypter les gestes.

- L'ouverture d'esprit. Qui dit empathie dit aussi absence de jugement. Vous n'êtes pas là pour valider ou condamner les actes des personnes qui vous entourent, simplement pour comprendre pourquoi ils ont réagi de telle ou telle façon. Et cela passe par beaucoup d'acceptation. Car l'empathie ne laisse de

place à aucun type de préjugé, qu'il soit social, racial, religieux ou sexuel. »

(Reboulleau Laetitia, 2019)

On retrouve le même type de discours sur le site internet *Psychologies.com*, dans un article nommé *Méditer pour développer sa capacité d'empathie*⁶⁶, où on nous explique que :

« Dans le dialogue empathique, une fois que vous avez exprimé votre ressenti et vos besoins, ouvrez tous vos sens à l'attention de votre interlocuteur :

- Regardez la personne dans les yeux.
- Écoutez-la, c'est-à-dire attendez qu'elle ait fini sa phrase.
- Prenez le temps de ressentir l'émotion qui émane d'elle.
- Donnez des signes d'attention, comme des hochements de tête et des < hmm... >.
- Reformulez ses propos pour vous assurer d'avoir bien compris.

Dans tous les cas :

- Trouvez un équilibre : ne soyez < ni hérisson ni paillason > !
- Votre objectif doit être l'intérêt commun. S'il y a un gagnant et un perdant, alors la relation n'est pas équilibrée. Votre objectif doit être l'intérêt commun.
- Changez de vocabulaire. Corrigez les tics verbaux qui consistent à commencer toutes vos phrases par < non > ou < tu >. Vous observerez que nous sommes nombreux à les utiliser. » (Psychologies, 2019).

L'empathie est décrite comme une posture d'ouverture à l'autre à adopter : se montrer disponible et attentif à son propos et à son être, en faisant preuve de curiosité à son égard. Il faut écouter cet autre, lui laisser le temps de s'exprimer, l'observer, accueillir son propos. Voilà une attitude qui me paraît effectivement intéressante pour amorcer une discussion.

Pourtant, c'est à nouveau par un procédé de culpabilisation à peine déguisée qu'on nous invite à être plus empathiques : « égoïstes, narcissiques, concentrés sur [notre] propre bien-être... », voilà le jugement auquel on s'expose si on n'en fait pas suffisamment usage. J'ai d'autant plus

⁶⁶ Qui n'a pas d'auteur à proprement parler, puisqu'il s'agit d'un extrait de l'ouvrage *Pas besoin d'être tibétain pour méditer* de la psychiatre Christine Barois « spécialiste du stress, de l'anxiété, et de la dépression » (Psychologies, 2019).

de mal avec cette façon de faire qu'elle relève d'un embarrassant paradoxe, celui de réclamer plus d'attention et d'empathie vis-à-vis des autres tout en mettant en avant qu'il s'agit d'un facteur d'épanouissement personnel et à ce titre totalement égoïste : « l'empathie permet d'être bien avec les autres... Et donc, d'être bien avec soi-même », ou encore « avant d'aimer les autres, il faut savoir s'aimer soi-même ». Si les auteurs défendent un élan vers l'autre, c'est surtout qu'il permet un meilleur élan vers soi.

Je m'accorde cependant avec les auteurs sur l'idée que pour qu'une discussion soit constructive, chacun des protagonistes doit pouvoir s'exprimer, être entendu, et un tant soit peu compris selon son cadre de référence pour ainsi mieux en cerner ses intentions et ses raisons. Mais je ne m'accorde pas avec eux sur leurs réticences à émettre un jugement – réserve qui nécessiterait effectivement « beaucoup d'acceptation » (Reboulleau Laetitia, 2019) – car à mon sens, la *discussion* implique de la *transformation* passant parfois par une déformation, un dé-calage voire un désaccord pour qu'elle soit constructive et permette un mieux vivre ensemble. J'ai plutôt tendance à croire que ce genre de prérogative autour de l'acceptation permet justement l'entretien de ce monde individualiste qui est tant décrié, en légitimant que chacun puisse vivre comme il l'entend sans que personne ne s'autorise à émettre le moindre avis.

Dans ce monde de l'acceptation relativiste, il me paraît plutôt cohérent (mais, vous l'aurez compris, je le déplore) que le médecin, le psychiatre ne s'autorisent pas à juger et conservent leur neutralité de peur de culpabiliser leurs patients. Nous le verrons plus longuement par la suite, c'est en confondant *culpabilité* (la condamnation d'une faute) et *responsabilité* (le jugement d'un point de vue singulier) que l'on a tendance à penser les relations entre individus trop simplement. Voilà ce qui pour moi représente le terreau fertile au narcissisme et à l'égoïsme, un monde où chacun s'entend et échange, mais où personne ne se risque plus à s'affirmer dans une position en défendant une éthique *singulière*.

Mais je ne qualifierais pas pour autant ce monde du « beaucoup d'acceptation » d'*in*-différent, je lui préfère l'*un*-différence⁶⁷ : car j'ai effectivement un problème avec le fait de véhiculer l'idée que tout un chacun devrait réagir aux mêmes figures, aux mêmes événements, de façon identique, uniformément. Ces réflexions me ramènent à l'expérience du jeu empathique de l'article de *Santé Magazine* dont je parlais plus tôt (Bour Hélène, 2019), qui déplorait le désintérêt d'une attitude empathique et le justifiait par l'« effort mental » qu'elle requiert. Comme je l'évoquais déjà, l'absence de définition quant à ce qui est décrit comme étant une posture empathique me semble faire écho à cette *un*-différence. Ce flou définitionnel rend implicite que cette réponse empathique à fournir doit obligatoirement à certains critères (les leurs), et donc selon une norme définie, en premier la dichotomie entre d'un côté le registre "intellectuel", "rationnel" de la description (qui n'est pas empathique), et le registre de l'effort émotionnel empathique (qui semble moins rationnel). Je pense donc que cette étude dit peu sur l'empathie, mais renseigne beaucoup sur les représentations de l'être humain chez les expérimentateurs ou leurs vulgarisateurs.

Une autre représentation de l'empathie véhiculée par les différents articles que je viens d'étudier semble la limiter à un partage de l'expression émotionnelle. Pourtant, dans la littérature spécialisée (j'entends ici "scientifique" et psychanalytique), je repère qu'il est souvent distingué plusieurs niveaux d'empathie où l'émotionnel n'est qu'une part du phénomène empathique, qui se complète par une empathie dite "cognitive" (qui concerne la compréhension des intentions d'autrui). Jacques Hochmann, dans le livre qu'il dédie au sujet intitulé *Une histoire de l'empathie* datant de 2012, les met en opposition par les appellations

⁶⁷ Ces tirets ont vocation à jouer de la mise en forme des mots afin de s'écarter de leur usage routinier. La routine elle, en oublie sa route et devient symbole de l'action répétée et devenue machinale. L'usage des tirets permet de ramener la routine sur la route (qu'elle soit bonne route ou fausse route d'ailleurs). Le mot "route" (dans le *Dictionnaire historique*), du latin *via* (la voie) et de *rupta* (briser, ouvrir) me semble souligner l'importance de la notion de transformation, de rupture, de changement lorsqu'il s'agit de s'engager dans une voie, se frayer un chemin, emprunter une route. . Ainsi, ramener la routine à sa route permet de ne pas perdre de vue ce *choix* de construction, et par l'usage des tirets, de s'éloigner de considérations parfois trop évidentes.

d'empathie *humide* (du côté affectif) et d'empathie *sèche* (pour le côté réflexif). Mais dans les articles "grand public" que j'ai pu lire on ne mise souvent que sur l'aspect émotionnel qui peut se dégager dans un échange : il faut interroger l'autre « sur ses sentiments » (Reboulleau Laetitia, 2019), puis exprimer en retour « [notre] ressenti et [nos] besoins » (Psychologies, 2019). Ce qui m'inspire deux remarques. La première est que l'on continue à entretenir cette vieille opposition, ce partage entre raison et émotions, qui pendant longtemps a relégué les émotions à des phénomènes triviaux, voire honteux. Cet individu clivé était bien « esclave de ses passions » comme le prétendait le philosophe René Descartes, tributaire de l'emprise que généraient ces mouvements internes sur ses comportements, tel un asservissement honteux et incontrôlable. Des émotions à dompter tel un substitut sauvage et animal qui nous habiterait encore, à l'opposé du raisonnement, celui-là tout empreint de sagesse et de lucidité, en cela plus honorable. D'ailleurs, cet "animal en nous" a été l'objet de toute une littérature neuroscientifique, dont les usages se sont répandus largement dans toute sphère sociale. Reposant sur la théorie du cerveau reptilien⁶⁸ – reliquat évolutif d'un ancêtre au fonctionnement instinctif potentiellement agressif – développée par le neurobiologiste Paul Mac Lean dans les années 70, sa visée politique s'attachait à mieux *expliquer* la délinquance, pour ainsi mieux la gérer, et justifiait d'autant plus la mise en place d'un système plus réglementé, puisque l'homme, détenteur irresponsable de ce cerveau reptilien, n'est pas bon de par sa nature. Reprise par le marketing dans les années 2000, elle a fait du cerveau reptilien la zone à cibler des consommateurs pour provoquer les achats. Elle a aussi été recyclée dans le domaine du développement personnel, où il s'agit souvent de "laisser parler notre vraie nature", sous-entendu cet instinct, ces émotions qui nous assaillent. Bien que réfutée par les neurosciences actuelles, cette théorie navigue encore dans différentes sphères : politiques, commerciales, psychologiques, bien-être, etc. En véhiculant une certaine vision de l'homme

68 Cet exemple est inspiré de l'intervention intitulée « Neurobiologisation du social et socialisation des savoirs neurobiologiques : le cas du cerveau reptilien » donnée par le sociologue Sébastien Lemerle, dans le cadre d'un colloque sur la biologisation du social, auquel j'ai assisté en décembre 2018 à l'EHESS de Lyon.

« esclave de ses passions », ici plus précisément l'homme animal, instinctif et prédateur, par nature, elle fixe l'*émotionnalité* en tant qu'*en-dedans* de soi inaccessible, mais dont le fonctionnement naturel et autonome la justifie "de fait". À en croire ces articles que nous avons parcourus, l'empathie est de ceux-là. Cette *naturalisation* – procédé qui consiste à rendre naturel un comportement social, est en ceci indiscutable (ce que j'étudierai dans le chapitre 2) – tend à légitimer certains choix politiques, certains comportements, certaines façons de rentrer en relation (par exemple, le neuro-marketing qui cible l'impulsivité des consommateurs), et exclut d'office la nécessité de discuter collectivement ces choix puisque c'est ainsi que l'a inscrit la science et la psychologie évolutionniste dans " l'ordre des choses ". Dans mon paradigme, l'action de ressentir une émotion se fait conjointement au raisonnement, il y contribue (et inversement) ; dit autrement, l'ensemble est indissociable, il est le processus de raison (qui, lorsqu'il est l'objet de la psychothérapie, devient *réflexif*), au sens d'une co-temporaneité du phénomène, et de ce point de vue, toute distinction de ces deux versants me paraît artificielle voire contre-productive pour le psychiatre quand elle est présentée comme un *en-dedans* qui nous échappe. Il faut remarquer néanmoins que ces articles vont plutôt à contre-courant de l'idée qui me semble répandue que la raison chapeaute les émotions : eux veulent faire valoir la primauté de l'*émotionnalité*, de l'instinctuel sur la raison. Ce choix tout comme l'autre, qui revient à chercher qui de la poule ou de l'œuf entre raison et émotions est là le premier, me paraît peut-être dénué d'intérêt et réducteur : limiter l'individu à sa seule capacité à ressentir des émotions ou à réfléchir (sans émotion) me paraît simplifier à outrance la signification de l'*être*. Prétendre en l'inscription plus profonde et plus ancrée des réactions émotionnelles que d'autres "cognitions" nous dépouille d'emblée de toute faculté à pouvoir se les approprier, car il s'agit plus d'une démarche d'*acceptation* d'un état de faits (malgré nous) que d'une volonté de transformer ce qui *est*. Le court exemple du cerveau reptilien m'a permis d'illustrer rapidement la portée de ce genre de discours scientifiques⁶⁹.

69 Et nous aurons tout le loisir courant du chapitre 2 de s'y pencher plus précisément

Les modalités relationnelles présentées dans ces articles m'inspirent une seconde remarque, car si l'on s'en tient comme ils le proposent à l'expression alternée de besoins et de ressentis, chacun son tour, peut-on parler d'une relation au sens qu'elle engagerait une forme *d'influence* ? Elle est réduite au niveau de l'*échange* – de céder un bien⁷⁰ (ici son ressenti) et recevoir en contrepartie celui de l'autre – sans qu'elle ne fasse vivre une potentielle *discussion* qui sous-entend l'analyse soigneuse, le dé-calage propice à la *transformation*, comme nous le verrons au chapitre 3. Ce d'autant plus que cet échange se doit d'être réalisé en « l'absence de jugement » (Reboulleau Laetitia, 2019), préalable qui me paraît difficilement compatible si l'on souhaite un tant soit peu transformer quoique ce soit.

Cette représentation de l'empathie que je me suis forgée à partir de certains magazines de bien-être ou de "vulgarisation scientifique" n'est pas sans rappeler quelques-unes de ses histoires étymologiques que je vais développer ici, en me permettant de poursuivre ces réflexions entamées au sujet du clivage entre raison et émotions, ainsi que sur la vocation altruiste qu'on lui confère.

L'histoire de l'empathie nous mène à nous rapprocher de la sympathie. Pourtant, de prime abord, la distinction paraît aisée : la sympathie, au sens usuel, s'applique au sentiment chaleureux et spontané entre deux ou plusieurs personnes⁷¹, l'éloignant facilement de l'empathie, définie comme l'action de « se mettre à la place de ». Mais, étymologiquement et historiquement cette distinction est moins aisée : dérivée du grec *sumpathês* « qui prend part à la souffrance d'autrui », composée de *sun* « avec, ensemble » et de *pathos* « ce que l'on éprouve », la sympathie s'avère être en fait ce qu'on pourrait appeler le parent de la notion d'empathie. Car en effet, le concept d'empathie (Hochmann Jacques, 2012) a été créé dans le champ de la philosophie esthétique, quand Robert Vischer, théoricien en art, à la fin du 19^e siècle, choisit de se séparer du terme de *sympathie*, qui selon lui, par un effet de galvaudage,

70 Échanger dans le *Dictionnaire historique*.

71 Sympathie dans le *Dictionnaire historique*.

n'était plus suffisamment pertinent pour expliquer le sentiment et la projection émotionnelle dans les formes en esthétique. Il définit alors l'*Einfühlung*, et dit :

« Nous avons ainsi, écrit-il, la merveilleuse capacité de projeter et d'incorporer notre propre forme physique dans une forme objective de la même manière que des oiseleurs s'approchent de leur proie en se dissimulant derrière un camouflage. Ainsi, je projette ma vie dans une forme sans vie comme je pourrais le faire avec une autre personne. Cependant ostensiblement je conserve mon identité et l'objet demeure distinct. Je parais seulement m'attacher à lui comme une main qui viendrait s'entrelacer avec une autre tout en étant mystérieusement transplantée et magiquement transformée dans cet autre. »⁷²

Ainsi donc, la création de la notion d'empathie, en passant par celle de l'*Einfühlung* parlait initialement d'un rapport établi entre individu et une œuvre d'art, donc un objet, dans lequel il projetait un certain sens. Quand bien même Robert Vischer fait un parallèle entre cette projection qu'il fait dans un objet et celle qu'il pourrait faire envers une autre personne, il n'est en tout cas pas question d'influence ou de transformation commune entre ces deux, ce qui réduit considérablement l'espace de rencontre.

Par la suite, l'*Einfühlung* continue de s'éloigner de la notion de sympathie notamment par la réappropriation que David Hume, philosophe des lumières écossaises, en fit. Avec sa célèbre métaphore des cordes, il prétendait que « les esprits de tous les hommes sont semblables dans leurs sentiments et leurs opérations. Personne ne peut être agi par une affection à laquelle tous les autres ne seraient sensibles. Comme des cordes également tendues, le mouvement de l'un se communique au reste ; de sorte que toutes les affections passent d'une personne à l'autre et engendrent des mouvements correspondants chez toute créature humaine »⁷³, c'est donc par une forme de contagiosité des émotions (ici les affections) et par analogie des raisonnements que l'on peut déduire l'état d'un autre que soi. Je rapproche dans une certaine

72 Robert Vischer, « Sur le sens optique de la forme » (Hochmann Jacques, 2012).

73 Citation de David Hume tirée son ouvrage « A treatise of Human Nature » (Hochmann Jacques, 2012).

mesure cette *Einfühlung* pensée par David Hume à l'un-différence que je déplorais plus tôt : les idées de contagiosité et d'analogie qu'il emploie n'offrent aux individus que la possibilité de s'uniformiser à leurs semblables. D'ailleurs, cette théorie des cordes parle avant tout de transmission émotionnelle, faisant là aussi vivre ce clivage entre raison et émotions⁷⁴.

C'est ensuite à Theodor Lipps de se réapproprier ce terme d'*Einfühlung* pour l'intégrer dans une théorie de psychologie sur l'intersubjectivité : intéressé par la question de savoir comment accéder aux pensées d'autrui, il transforme l'*Einfühlung* pour en faire un mode de connaissance de l'autre basé sur un phénomène d'imitation interne, et non d'analogie comme David Hume l'entendait.

Reste l'étape entre l'*Einfühlung* et l'empathie, franchie par Edward Titchener, un psychologue américain, qui, après avoir lu les théories de Theodor Lipps, crée en 1909 le terme *empathy* et en donne cette définition, qui inclut dès lors la notion d'humanisation : « L'empathie (un mot formé par analogie avec sympathie) est le nom donné au processus d'humanisation des objets qui consiste à nous lire ou à nous sentir nous-mêmes à l'intérieur d'eux »⁷⁵. Ce processus d'humanisation a beau porté un nom à la symbolique forte, l'empathie selon Edward Titchener n'a certes pas mobilisé le clivage entre émotions et raison (ou en tout cas dans cette définition précisément), mais elle ne véhicule en rien l'idée d'une rencontre, d'une considération pour l'autre comme j'aurais aimé la voir associée à l'empathie, mais seulement l'idée d'une projection dans l'autre de soi, certes confortable (quoi de plus confortable et rassurant de s'identifier à l'autre ?), mais profondément individualiste.

Ce que je trouve notable dans ce détour historique de la notion d'empathie est qu'il résonne fortement avec les valeurs que je lui ai associées plus tôt : soit en faisant vivre un intérêt relativement égoïste dans la démarche empathique (par le confort conféré dans le procédé de

74 Je tiens à préciser que ces réflexions autour de l'*Einfühlung* s'insèrent dans une théorie philosophique plus vaste et très novatrice pour l'époque, celle de dire que l'expérience prime sur la raison (c'est donc le début de l'empirisme).

75 Citation d'Edward Titchener tirée de « A text book of psychology » (1910), citée par G. Jahoda, « Theodor Lipps and the shift from sympathy to empathy » (Hochmann Jacques, 2012).

projection, ou par l'effet rassurant des ressemblances provoquées par la contagiosité, l'analogie ou l'imitation), soit en faisant vivre une séparation naturelle entre raison et émotion.

La distinction mais aussi la ressemblance entre sympathie et empathie m'inspirent encore une remarque. Jacques Hochmann, en précise la distinction, tout en affirmant leur interdépendance (sujet à discussion notamment dans la littérature neuroscientifique) :

« Entre sympathie et empathie, la cause, en première instance, semble entendue. Les deux démarches sont différentes. L'empathie répond à la question : qu'est-ce que l'autre éprouve, que croit-il, que désire-t-il, que pense-t-il ? C'est un geste vers l'autre pour connaître, comprendre ou expliquer son comportement. Si elle nécessite, comme on l'a vu, un changement de perspective spatiale, une façon de se mettre à la place occupée par l'autre, elle n'implique pas nécessairement un partage de sentiments. La sympathie, elle, est aut centrée. Face à cet autre qui souffre, qui est en colère, qui a peur ou qui, au contraire, manifeste sa joie, j'éprouve, à mon tour dans mon corps, quand je sympathise avec lui, des émotions similaires. Or les oppositions s'estompent rapidement. Pour sympathiser, l'empathie est nécessaire, car comment pourrais-je sympathiser avec les émotions d'autrui, si je ne les connaissais pas ou ne les comprenais pas ? À l'inverse, un fond de sympathie initiale sous-tend le développement de l'empathie. Une ébauche de participation est indispensable pour envisager le monde du point de vue d'autrui. L'empathie comporte, on l'a dit, une part de simulation de la perspective de l'autre, sans payer cependant cette simulation d'un abandon de sa propre perspective. » (Hochmann Jacques, 2012 : 70)

Je m'accorde avec cette définition dans sa lecture tout à fait phénoménologique : je sympathise avec une personne selon la compréhension que j'en ai à un moment donné, une compréhension possiblement permise par ce que certains nomment empathie, permettant de se former une représentation de l'autre à un moment donné et à ce moment seulement. Cette

notion de *représentation* au sens phénoménologique du terme me permet de dépasser cette discussion autour des liens entre sympathie et empathie (faut-il être empathique pour être sympathique et vice et versa), car elle peut bien être incomplète – certains diraient faussée, erronée, biaisée – par le fait qu'on ne connaisse cet autre seulement par ce qu'il donne à voir, ce qui peut nous laisser dans l'ignorance de ce dont il ne fait pas représentation, et ne constitue dès lors plus un problème.

Si je prétends que l'empathie n'est pas seulement cette faculté à faire vibrer la corde sensible, et qu'elle implique également une prise de perspective ou un processus réflexif, c'est parce qu'il m'est toujours difficile d'opérer la distinction entre raison et émotion. Ce partage me paraît discutable dans la mesure où ces deux parties impliquent la construction de représentations par l'*interprétation* d'un certain comportement, d'une attitude, d'une parole. Pour le dire autrement, il paraît plus *évident* qu'on interprète les intentions de l'autre alors que l'on constaterait "seulement" ses émotions, mais j'ai tendance à penser les choses autrement. Les comportements mettent effectivement en forme les émotions, qui font donc l'objet de codifications qui s'appuient sur un langage plus ou moins partagé, répandu, normé, mais ceci n'enlève rien au fait qu'elles restent avant tout soumises au regard de l'autre, à son interprétation. Si certains identifient mouvements, mimiques, propos comme porteurs d'une émotion, elle peut cependant rester invisible ou imperceptible pour d'autres ; ce que je traduis comme étant le fruit d'une interprétation régie par une norme particulière que d'autres n'ont pas apprise ou ne maîtrisent pas. Je pense qu'une émotion émergeant chez quelqu'un reste de l'ordre de l'interprétation, qui englobe de manière indissociable ce que l'on choisit de considérer pertinent dans un environnement et ce qu'on peut en dire (selon un certain moment, une certaine époque, une certaine société entre autres). Cette interprétation se fait depuis un cadre de référence propre, quand bien même nous pouvons les codifier ou en faire l'objet de statistiques pour en dégager des tendances. Si l'on s'entend facilement d'ailleurs pour dire qu'un enterrement est un moment dégageant une forte tristesse c'est bien que ce

code culturel autour du deuil et des obsèques est largement partagé et admis par des membres d'une certaine société donnée à une certaine époque, mais d'autres situations peut-être plus triviales, moins codifiées, dégageront diverses émotions qui seront beaucoup plus discutables car soumises aux interprétations des protagonistes de la scène. En cela, désolidariser l'empathie dite cognitive de l'empathie émotionnelle m'apparaît pour le moins discutable, car l'empathie émotionnelle est déjà émise selon un certain point de vue, relevant d'une certaine interprétation.

Si tant est qu'il faille parler de point de vue. Car il semble entendu par les différents auteurs des articles que j'ai étudiés plus tôt que la visée de l'usage de l'empathie est d'obtenir la "neutralité", déduction que je fais de ces propos : « Qui dit empathie dit aussi absence de jugement » ou encore « votre objectif doit être l'intérêt commun. S'il y a un gagnant et un perdant, alors la relation n'est pas équilibrée. Votre objectif doit être l'intérêt commun » (Psychologies, 2019). Il est en effet probablement un peu triste de voir la discussion comme une bataille désignant in fine un gagnant et un perdant (d'ailleurs, quel type d'empathie s'exprime ici ? Les deux, que je ne dissocie que temporairement pour les besoins de l'argumentation car je suis "émotionnellement vraiment triste" tout en ayant de "bonnes raisons cognitives de l'être"). Dans mon paradigme, la discussion est constructive, elle permet aux deux protagonistes de se transformer, par les avis amenés par l'un et par l'autre, sans nécessairement en constituer une bataille, et nous en reparlerons au chapitre 3. Avec des prérogatives imposant de ne pas juger (et donc de ne pas se situer) et de ne partager seulement que ce qui est de l'ordre de l'*émotionnalité*, les "discussions" sont malheureusement réduites à de simples échanges, où l'enjeu serait seulement de s'assurer que l'information que l'on a émise a bien été réceptionnée. Comme l'empathie n'est ni l'action de « valider » ni de « condamner », qu'elle est « absence de jugement » (Reboulleau Laetitia, 2019), elle nous contraint au silence, à l'observation, et à la seule ponctuation par des « hmm »⁷⁶ lorsque l'autre

⁷⁶ Dans l'article « Méditer pour développer sa capacité empathique » sur le site internet *Psychologies.com* (sans auteur notifié ni date).

s'exprime. Servir « l'intérêt commun » ici semble s'entendre au sens de valoriser l'attitude d'acceptation de tout, sans s'autoriser aucun positionnement idéologique et éthique, au sens d'exprimer une façon de voir le monde. Dans cette reconstitution de l'empathie que je tente ici de faire à partir d'articles "grand public" – et corroborés par ma lecture de l'histoire de la notion – tout porte à croire qu'il faut ressentir avant tout, et que ressentir signifie "ne pas penser". Car la réclamation de neutralité et d'impartialité que certains auteurs font dans leurs articles participe à créer et à diffuser cette idée que ressentir de la colère "émotionnellement" n'est pas la même chose que vivre la colère dans sa pensée, qu'il s'agirait d'une "dimension" ou d'un temps dans lequel les réflexions pourraient être suspendues puisque ce sont des processus dissociables. J'ai tendance à penser qu'il m'est difficile d'être en colère (et ceci fonctionne avec toutes les émotions) sans y penser, et que cette émotion n'est pas dénuée de finalité et de raison : autrement dit, l'émotion est indissociable de la raison. Ainsi, la raison de ma colère est un jugement (j'ai des raisons d'être en colère, j'ai jugé de tout mon corps que je "devais" être en colère), et par extension, la colère est un jugement. Ceci constitue pour moi une contradiction paradoxale entre l'injonction d'une part de pouvoir exprimer ses sentiments, et de l'autre de promouvoir une neutralité empathique, car je défends qu'exprimer des sentiments c'est juger, prendre parti. On peut bien rentrer en empathie, et même en sympathie avec l'émotion de l'autre, que cela restera un jugement issu d'une interprétation (et non de l'acceptation). D'ailleurs, dans ma pratique, je vois surtout des gens qui cherchent à s'affirmer, et donc à se transformer. Qu'il s'agisse d'être cohérente entre le rôle que j'endosse et le propos que je tiens, ou d'une posture que je travaille à affirmer avec le patient, je ne vois pas en quoi faire preuve d'"acceptation totale" peut l'aider à se transformer, ni lui, ni moi, ni qui que ce soit d'autre en fait.

J'ai tendance à penser qu'on associe trop "naturellement" le *jugement* à une sentence juridique rendue par le juge, d'une manière autoritaire, pourtant il n'est à mon sens que l'expression et la justification de nos choix, permettant d'avoir une opinion, et d'en changer si *jugé* judiciaire. En tous les cas, je considère le *jugement* comme l'amorce d'une possible transformation.

b. L'empathie, la filandre de l'humanité.

Lorsque les filandres sont ces fibres longues et coriaces présentes dans certains légumes, elles pourraient bien représenter ces liens solides utiles en cas de grands vents et de tempêtes.

Mais les filandres sont aussi ces vers qui parasitent les intestins de certains oiseaux...

L'empathie pourrait bien constituer ces filandres de l'humanité, car elle est en effet plébiscitée comme devise idéale, garante d'une organisation politico-sociale saine et altruiste. C'est en tout cas ce par quoi semble convaincu l'essayiste américain Jérémy Rifkin qui a dédié un de ses ouvrages au sujet, titré *Une nouvelle conscience pour un monde en crise. Civilisation de l'empathie*. Selon lui, l'empathie permet un élan de solidarité universelle d'autant plus soutenu par le développement des réseaux de connectivités de nos sociétés actuelles (internet, médias, etc.) : cet essor des télécommunication constitue pour lui une opportunité unique que l'humanité doit saisir afin de se donner une nouvelle impulsion. Dans une interview qu'il donne au journal *Le Monde*, il explique que :

« Nous assistons à une extraordinaire vague de solidarité mondiale, comme nous en avons déjà connu pour le tsunami de décembre 2004 ou le séisme d'Haïti en janvier 2010. Un puissant sentiment d'inquiétude et d'altruisme soulève des centaines de millions de personnes autour du monde. Ce sont des exemples très forts de la nouvelle réalité empathique qui gagne l'humanité. Aujourd'hui, un drame collectif, une catastrophe écologique, un accident nucléaire touche chacun d'entre nous. Nous partageons les souffrances des autres, nous nous rendons compte qu'elles sont les nôtres, en nous identifiant à eux. »⁷⁷

Sa définition de l'empathie semble surtout axée sur la possibilité de réagir de façon solidaire et d'être collectivement en réaction face aux dangers et aux catastrophes auxquels nous pouvons être confrontés. Il précise que « pour la première fois dans l'histoire du monde, nous devons faire face à notre possible destruction, et ce n'est pas utopique de dire que nous tendons vers une civilisation globale, gouvernée collectivement, connectée en permanence, devant affronter

⁷⁷ Jérémy Rifkin interviewé pour l'article de Frédéric Joignot (2011).

des dangers communs », et j'en comprends que sa préoccupation principale est de l'ordre de la survie mondiale. Cette définition de l'empathie m'apparaît bien différente de toutes celles que nous avons croisées jusqu'ici, car il n'est en effet plus tellement question de cultiver une certaine "neutralité bienveillante" comme les articles de bien-être et de vulgarisation en faisaient la promotion. L'enjeu de l'empathie est beaucoup plus ambitieux, car elle doit pouvoir nous sauver d'une « possible destruction » (perspective qui ne manque pas de faire vivre un certain danger et devant laquelle l'envie de s'organiser collectivement ne peut devenir qu'impérieuse). Même si je pourrais apprécier l'idée de se montrer tous plus concernés des mondes et des sociétés que l'on construit, cet argument de la fin du monde que comme motif de motivation me semble relativement peu ambitieux dans la mesure où, quelque part, il réduit l'existence humaine à sa survie naturelle, biologique. Car son postulat est de créer une « politique de la biosphère » où prévalent énergies renouvelables et décentralisation qui repose bien donc de cette mobilisation « altruiste » qu'il rend synonyme d'empathie. Cette substitution qui fait rimer altruisme, solidarité, et empathie est cohérente avec une certaine représentation de l'individu :

« Depuis une vingtaine d'années, une vision neuve de la nature humaine émerge de la biologie et des sciences cognitives. Les dernières découvertes des spécialistes du cerveau et de l'apprentissage chez l'enfant nous obligent à revoir la vieille conception d'un être humain naturellement agressif, égoïste, utilitariste. Ces recherches montrent que nous sommes des animaux sociaux qui supportons mal la souffrance des autres et la destruction de ce qui vit, réagissons de concert, en vue de l'intérêt général, quand nous sommes menacés. »

Intégrer ici l'empathie comme caractéristique humaine – autrement dit l'essentialiser, l'essence étant la nature propre d'un être, par-delà tout contexte – devient un argument d'autorité ("c'est dans votre nature, c'est ainsi"), voire culpabilisant ("vous devriez être plus empathiques si vous êtes humains !"), et par là déresponsabilisant. Cette réduction déresponsabilisante sera l'objet du chapitre 2 de cette thèse, mais je peux d'ores et déjà vous faire part en quelques

mots des problèmes qu'elle me pose : adopter une empathie naturalisée et rendue synonyme d'altruisme et de solidarité, c'est en faire la seule raison d'être d'une vie collective concernée, c'est à mon sens substituer la nature à la morale. La morale, définie comme ce qui a rapport aux mœurs, aux coutumes, aux traditions et aux habitudes de vie propres à une société et à une époque⁷⁸, se construit dans un certain contexte : elle a longtemps été empreinte d'une morale divine, et s'est laïcisée par la suite, par une transformation sociale et philosophique. Quand Dieu ne suffit plus à dicter les "bonnes" règles de conduite en société, à qui donc remettre cette fonction ? Rendre l'empathie naturelle et ainsi garante d'une certaine morale, c'est choisir de s'en remettre non plus aux lois divines, mais aux lois naturelles, comme j'aurai l'occasion de le développer dans le chapitre 2.

Serge Tisseron, célèbre psychiatre psychanalyste s'est également penché sur la question de l'empathie, en réagissant d'ailleurs à l'ouvrage de l'essayiste américain pour lui reprocher une forme de galvaudage du terme. Pour lui, le problème se situe dans une « mystification » rifkinienne du mot. Il explique dans un article qu'il dédie au magazine numérique *Le Cube* :

« Et c'est là que Jérémy Rifkin nous mystifie : le mot d'empathie a une histoire dont il nous parle fort bien, mais il a aussi une utilité dont il ne nous dit rien ! Or c'est cette utilité psychique, et aussi politique, qui explique aujourd'hui que le mot flambe. Pour atténuer notre inquiétude de nous sentir entrer dans un monde de plus en plus dérégulé. »

Cette critique de Serge Tisseron à Jérémy Rifkin tient au fait qu'il s'est lui aussi préoccupé du processus empathique ; il a d'ailleurs écrit plusieurs ouvrages à ce sujet, mais il n'en donne pas la même définition que Jérémy Rifkin. Dans son ouvrage *L'empathie au cœur du jeu social* (2010), il en précise sa définition. Pour lui, son "bon" développement se joue dans la petite enfance, et le fait de contrarier le processus détermine l'individu à ne pouvoir que créer des « relations d'emprise » et non d'empathie : « le fait qu'un enfant bascule plutôt du côté de

78 Morale dans le CNRTL.

l'empathie ou de l'emprise est d'abord lié à la possibilité qu'il a eue de vivre l'illusion de toute puissance et d'y renoncer, en limitant notamment son emprise à son territoire d'intimité »⁷⁹. Reconnue comme naturelle et « inhérente à l'espèce humaine » (Tisseron Serge, 2010 : 7), il se questionne de comment l'individu peut ne pas faire preuve d'empathie, et cherche ce qui s'oppose à cet élan : « comment expliquer, puisqu'elle est si fondamentalement installée au cœur de l'être humain, que nous soyons si nombreux à pouvoir y renoncer si facilement ? [...] Plus des travaux nous montreront que l'empathie est fondamentale à l'être humain, plus devra résonner fort à nos consciences la question de savoir pourquoi il nous est si facile d'y renoncer. Quelles forces s'y opposent ? » (Tisseron Serge, 2010 : 12-13). C'est donc en termes de forces obscures que le psychanalyste voit le problème du manque d'empathie, conception certes moins idyllique que celle de Jérémy Rifkin mais peut-être tout autant mystificateur par l'opposition entre forces du bien et du mal qu'il mobilise. Pour expliquer cette "mauvaise" tendance, il a d'ailleurs créé une théorie du développement de l'empathie dès l'enfance qui lui permet de dire que :

« souvent, le principal ennemi de l'empathie n'est pas la pression sociale ou idéologique, mais le désir d'emprise qui habite chacun d'entre nous. L'idéologie n'est qu'un habillage, une justification sociale. C'est l'envie qu'a chacun de maîtriser son prochain qui est déterminante. Et quand l'intérêt matériel se met de la partie, c'est aussi le désir de contrôler sa fortune ou sa carrière. Mais très souvent, cet aspect est absent, comme le montrent les violences conjugales et les maltraitances commises contre des enfants. Aucun intérêt concret ne justifie ces pratiques et aucune < idéologie > ne les couvre plus aujourd'hui [...]. Le seul bénéfice de ceux qui s'y livrent relève du désir d'emprise et de la jouissance qu'il assure. » (Tisseron Serge , 2010 : 40-41)

À le lire, l'idéologie – autrement dit les systèmes d'idées, les croyances qui orientent l'action – n'est qu'un prétexte pour dissimuler le désir d'emprise égoïste sous-jacent. L'argument est

79 Dans son article pour le magazine numérique *Le Cube*, non daté.

fort : « l'envie qu'a chacun de maîtriser son prochain est déterminante » dit-il. J'ai l'impression qu'estimer les capacités empathiques d'une personne constitue un exercice particulièrement complexe, parce qu'elles dépendent des personnes envers qui elles s'adressent mais aussi des circonstances, et il m'est difficile de pouvoir aussi facilement distinguer le groupe de ceux qui ont de l'empathie et celui de ceux qui n'en ont pas. J'ai croisé un certain nombre de personnes diagnostiquées autistes de haut niveau, et je ne crois pas que leur "manque d'empathie" les menaient systématiquement à instaurer des rapports de domination – en tout cas, je peux le voir autrement. Bref, j'ai des doutes sur le bien fondé des catégorisations qu'il met en place, et sa façon de présenter le développement de l'empathie me pose problème quand elle fait de l'enfance un moment déterminant, au sens que ce moment et seulement lui forge et fixe les modalités relationnelles futures. S'il m'arrive de faire des ponts avec le passé de mes patients, c'est toujours pour mieux mettre du sens sur ce qui leur arrive dans le présent, sans que cela ne les condamne à rester piégés par une certaine manière de faire qu'ils auraient eue. Nous reviendrons au chapitre 2 sur ces conceptions déterministes et leurs implications, qui conçoivent certaines façons d'agir tellement enkystées qu'elles en deviennent inaccessibles au changement.

Ainsi, penser l'empathie comme filandre de l'humanité nous mène à deux problèmes : le premier est qu'en établissant certains liens qui s'avèreraient coriaces – par exemple en *naturalisant* l'empathie – il devient encore plus difficile d'en dénouer les nœuds, car le fait même qu'ils soient là est normal, parce qu'ils sont naturels. Mon deuxième problème avec la filandre, c'est qu'une fois que la présence des vers est avérée dans les intestins des oiseaux – qu'on pourrait rapprocher d'une enfance non propice au développement de l'empathie par exemple –, il ne reste que la seule possibilité de traiter.

c. *Développer la fibre empathique.*

Dans cette perspective où tout se joue dans l'enfance – discours construits par la littérature neuroscientifique et complétés par certains psychanalystes (comme Tisseron) et repris abondamment dans les médias – c'est tout logiquement que l'on trouve moult articles et conseils aux parents pour qu'ils assurent ce "bon" développement de l'empathie pour leurs enfants. Sur le site *Paroles de mamans* on présente l'empathie comme « la clé pour une relation parents-enfants apaisée » (Aboucaya Ève, 2018), sur le site *Les apprentis parents*, on nous propose « quatre astuces pour développer l'empathie chez son enfant » (2019). La parentalité empathique est plus que jamais en vogue.

Dans le milieu scolaire en revanche, les initiatives françaises en sont encore à l'échelle d'initiatives personnelles de certains professeurs. Sur le site de *France TV Info*, on nous présentait en 2017 « [...] L'exemple d'une école bienveillante à Trappes », où une « pédagogie de l'empathie- » a été mise en place, méthode permettant de « -canaliser la violence et les émotions- » des élèves. Au programme, corrections de dictées collectives par et avec les élèves, mise en place d'une "chaise à émotions" où chaque écolier peut aller s'isoler quand il en ressent le besoin, mise à disposition d'un carnet commun où chacun peut écrire ses états d'âme, et gestion des disputes par discussions supervisées par la professeure. Une méthode qui semble réussir à cette classe de Réseau d'Éducation Prioritaire (nouvelle dénomination des Zones d'Éducation Prioritaire⁸⁰), où la violence aurait baissé depuis son instauration. La professeure des écoles interviewée dans une courte vidéo explique l'effet bénéfique de l'« échange de rôle » que permet cette alternative pédagogique. Différente d'un instruction classique où le "maître" a fonction de transmettre les connaissances, cette façon de faire tend à responsabiliser les écoliers en leur donnant la parole et en favorisant la *discussion* entre

80 Les Zones d'Éducation Prioritaires devenues depuis quelques années Réseaux d'Éducation Prioritaires, sont des zones du territoire français où « l'objectif [est] de corriger l'impact des inégalités sociales et économiques sur la réussite scolaire par un renforcement de l'action pédagogique et éducative dans les écoles et établissements des territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales » (sources du Ministère de l'Éducation Nationale).

professeur et élèves et même entre élèves, et participe à mes yeux à la construction d'un système éducatif structuré de façon à favoriser la réflexion collective plutôt que la concurrence.

Au niveau européen, l'étape des initiatives personnelles est dépassée puisque certains pays ont fait le choix d'intégrer structurellement ce types de pratiques : le Danemark et les Pays-Bas ont déjà mis en place des cours d'empathie, et la Belgique s'apprête à le faire. Il est intéressant de comprendre en quoi les politiciens (en tout cas au moins un) se sont laissés convaincre d'entreprendre cette démarche : en février 2019, pour le député bruxellois David Weytslan les arguments principaux étaient économiques et sécuritaires : «-Un euro investi dans le bien-être des jeunes aujourd'hui, c'est 100 euros d'économisés dans 20 ans. En termes d'antidépresseurs, de diminution de la prévention, de politique de sécurité... c'est une priorité-» (Mirandel Bastien, 2019). Alors oui, « l'empathie peut changer le monde », certes, mais selon le discours dans lequel elle est mobilisée, elle ne construit pas le même monde, et cette différence est fondamentale : tour à tour nous l'avons ainsi vue reprise dans des discours individualistes, culpabilisants, écologistes, déterministes, et maintenant sécuritaires. La bienveillance et l'acceptation qu'elle sous-entend font que ces points de vues peuvent s'articuler, voire présenter différentes facettes d'un même monde qui m'est, disons-le, peu enviable.

Cette forme d'instruction en France créant des rapports de compétitivité dans les classes est encore hélas trop d'actualité. Elle participe à la création d'élites et justifie la construction d'un rapport concurrentiel des élèves qu'elle fabrique. D'ailleurs le nouveau système "Parcoursup"⁸¹ occasionne un certain nombre de consultations en psychiatrie⁸², par la pression qu'il instaure sur les futurs étudiants bien avant la passation du Bac. Le monde du travail devient le "marché

81 Mise en place en 2018, cette application web recueille et gère les demandes d'orientation des futurs étudiants de l'enseignement supérieur.

82 C'est en tous cas ce que j'ai pu constater dans mon exercice de remplacement libéral à de nombreuses reprises.

du travail" où il faut jouer des coudes pour avoir sa place, ce qui concourt à l'entretien de la logique du néo-libéralisme et de la méritocratie, bien éloignée d'un monde gouverné par l'empathie, la solidarité et l'entraide.

Nota Bene Méthodologique.

De fil en aiguille, vous l'aurez remarqué, je me suis permise de construire un jugement sur ce que j'estime avoir participé du contexte amenant un patient à venir consulter. Certains diront très certainement que je déborde amplement de mon rôle, que la psychiatrie doit se borner au soin, dans un cadre d'expertises scientifiques objectives. Pour ma part, avec bien d'autres depuis au moins Michel Foucault, je pense qu'il est illusoire et surtout dangereux de croire en cette objectivité. Illusoire car ne pas se questionner sur le monde qui crée des maladies ou des troubles mentaux reviendrait à ne pas questionner le rôle que le psychiatre joue dans la société, par exemple un rôle de régulation économique quand il s'agit de soigner les maladies liées au travail comme la dépression. Ne pas faire le lien au nom de l'objectivité entre notre système politico-économique et les problèmes de santé mentale rencontrés en consultation, n'est-ce pas légitimer et ainsi prendre parti non-objectivement pour un système politique ? Cette prétendue objectivation du politique me semble démocratiquement dangereuse notamment quand l'autorité scientifique conférée par la blouse blanche (nous y reviendrons) rend normaux, naturels des processus sociaux qui sont la résultante d'une succession jugements, de choix politiques. Ma thèse s'inscrit dans une pensée scientifique engagée qui questionne ces normes en jeu ce qui, je pense, fait aujourd'hui défaut dans le domaine médical. C'est pourquoi je relève le défi, et revendique que ma thèse très empreinte de philosophie et d'anthropologie, n'est pas une thèse *sur* la psychiatrie, mais qu'elle reste avant tout une thèse *de* psychiatrie.

d. L'empathie et les cordons de la bourse.

Dans les milieux du marketing et du management l'empathie est aussi au cœur des préoccupations, mais pour des raisons encore différentes que celles que nous avons croisées jusqu'ici. Dans les gestions managériales, elle favorise la meilleure productivité des salariés dans les entreprises, et en marketing, car elle permet de cerner au mieux les attentes des consommateurs.

« L'empathie: pour motiver, sachez fendre l'armure ! » nous préconise la journaliste Nathalie Queruel sur le site *Capital avec management* (2013) afin de mieux manager ses équipes. Car la journaliste explique : l'empathie est un nouveau "soft skill" (comprenez une compétence, aussi bien personnelle qu'interpersonnelle, terme surtout employé dans le domaine de l'entrepreneuriat), qui permet de mieux s'adapter aux nouveaux salariés du 19^e siècle :

« Aujourd'hui – et c'est frappant avec l'arrivée des nouvelles générations –, les salariés ne sont pas d'emblée engagés, motivés et fidèles ; la confiance ne tombe pas d'en haut, elle doit se construire avec intelligence. Les équipes sont aussi de plus en plus nombreuses à se sentir découragées par des organisations complexes, qui elles-mêmes doivent faire face aux turbulences de l'environnement économique. Un nouveau rapport au travail a émergé : plus stressés, les collaborateurs sont en quête d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Au manager, donc, de changer de braquet dans sa manière d'accompagner les salariés. »

Génération de salariés moins dociles, « stressés » et « découragés » qui font valoir leurs intérêts personnels au possible détriment de leurs intérêts professionnels, voilà une nouvelle contrainte pour assurer la productivité des équipes par les managers qui doivent alors « changer de braquet », s'adapter au mieux à ces nouveaux freins : « le leader ne peut plus aujourd'hui se contenter de gérer une équipe. Il doit animer une communauté d'individus à qui il s'adresse un à un, parce qu'un discours monolithique ne suffit plus à les entraîner. Et comprendre que les conduites de ses collaborateurs sont d'abord dictées par les expériences

relationnelles et affectives qu'ils ont accumulées dès le plus jeune âge. » Partagée entre stupéfaction et soulagement, je tente de me réjouir du fait que les managers puissent enfin découvrir que derrière chaque travailleur il y a un individu détenteur d'une histoire personnelle. Mais les surprises ne s'arrêtent pas là :

« Là se situe le point de rupture : dans l'entreprise, les émotions étaient auparavant taboues ; le psychologique et l'affectif étaient vécus comme des empêchements de travailler en rond. Ils sont devenus la clé d'un management moderne. L'empathie commence donc progressivement à s'imposer comme une des nouvelles qualités indispensables au leader : un < soft skill >, une compétence < douce >, humaine et relationnelle, au même titre que la capacité d'écoute ou la bienveillance. Elle vient ainsi grossir la panoplie des compétences requises, en plus des < hard skills > (expertise technique, culture générale...) et des qualités personnelles (humour, goût du risque...). Le leader empathique assure un management «situationnel» qui prend en compte tous les éléments de son environnement [...]. Le leader empathique crée un climat qui favorise la motivation mais aussi la coopération. Les ambiances de travail s'améliorent et les risques de résistance au changement diminuent. En étant associée à un comportement d'ouverture, l'empathie joue aussi un rôle fondamental dans l'émergence de la confiance. Elle permet ainsi au leader de détecter plus facilement des signes d'inquiétude ou de tension au sein de ses équipes et de réagir plus rapidement. »

L'empathie a fait ses preuves d'efficacité : elle permet de stimuler la motivation des travailleurs, leurs collaborations, déjoue les résistances et prévient les situations délicates, tout en créant un climat de confiance. Voilà la principale raison pour laquelle on convoque cette « compétence < douce > » dans le milieu de l'entreprise et qu'elle représente un avantage à remplacer l'ancienne méthode "à la dure", quand « les émotions étaient auparavant taboues », et que « le psychologique et l'affectif étaient vécus comme des empêchements de travailler en rond ». Car l'empathie, c'est encore ici l'idée de « de fendre l'armure » – comme baisser les

armes, se montrer plus "à nu", le tout émotionnel que nous avons déjà croisé, car « les conduites (...) sont d'abord dictées par les expériences relationnelles et affectives (...) accumulées dès le plus jeune âge ».

Dans la même idée de garantir la performance, l'auteure du livre intitulé *L'empathie pour manager demain, du management au leadership*⁸³ sorti en mai 2019, présente l'avantage de mettre en place un management d'empathie pour « limiter les burn-out et les bore-out ; dénouer les nœuds et les conflits ; améliorer le travail en équipe ; développer les soft skills ». La préoccupation pour l'efficacité des travailleurs est centrale et si l'on venait à se demander s'il était question d'entraide et de collaboration, il n'y a qu'à relire le titre qui rappelle que l'objet de l'utilisation de l'empathie est de passer d'un mode de gestion (*management*) à un mode de direction (*leadership*). L'empathie, c'est ici le catalyseur managérial de la performance au sein de l'entreprise.

Dans le marketing, l'empathie est aussi un outil puissant de séduction du client : sur le site *C-marketing* (2019), l'article « L'empathie, clé d'un marketing plus humain » nous présente les avantages considérables de l'utilisation de cet outil. On nous propose de créer des « cartes d'empathie » pour établir le profil des clients car « l'objectif ultime [du] marketing est de faire tomber les barrières et de s'adresser au public le plus large et le plus diversifié possible. L'empathie est la clé de voûte dans cette quête. Si les gens peuvent faire preuve d'empathie les uns envers les autres, ils peuvent s'unir autour d'un message central, d'un ensemble commun de valeurs et d'un sentiment d'unité ». Une autre directive annonce ceci : « Utilisez l'empathie pour diriger l'action. Pour faire des choses. Des choses qui répondent aux besoins des gens. Des choses qui illuminent leurs journées. Des choses qui ajoutent de la valeur. Des choses qui font aimer votre marque, parce que votre marque y pense ». L'empathie ici, c'est mieux cerner les gens pour mieux leur "vendre du rêve", autrement dit les inviter à consommer.

83 Selon la [présentation du livre d'Isabelle Vandebussche-Masclat sur le site internet des Éditions Dunod](#) (2019).

Partant de ce principe, ils illustrent leur nouvelle technique marketing avec l'exemple d'une campagne de publicité destinée aux produits cosmétiques féminins : il s'agissait donc de partir du besoin identifié pour une femme de se sentir belle (ils font référence à une étude qui montrerait que seulement 4 % des femmes se trouvent belles) pour y répondre dans leur campagne comme ceci : « vous êtes plus belle que vous ne le pensez ». L'empathie, c'est donc aussi un outil au service d'une idéologie de consommation pris dans une logique de marchés. Cependant, tout le monde ne semble pas s'aligner sur l'idée que l'empathie est source d'efficacité, comme le mentionne la revue *Gestion HEC de Montréal* reprenant un article du psychologue Adam Waytz, « il arrive un moment où l'expression de l'empathie suit la loi des rendements décroissants et ne rapporte pas davantage. Pire encore, un excès d'empathie peut entraîner des conséquences néfastes pour la personne qui la manifeste et pour l'organisation elle-même » (Normandin François, 2017).

Pour terminer sur cette idée de l'empathie dans le monde de l'entreprise il me faut préciser que mon idée n'était pas de présenter l'empathie comme un outil que l'on pourrait détourner de sa mission bienveillante naturelle et qui deviendrait vicieusement manipulateur. Car à ce compte-là, tout propos, tout discours ou toute discussion, puisque chargés d'intentions – comme cette thèse – serait manipulateur et donc discrédité d'emblée.

Tout échange se veut (et je l'espère ainsi, et j'y reviendrai plus tard) transformateur, à celui qui l'entend donc d'en déjouer les techniques. A l'instar de Serge Tisseron que nous avons croisé plus tôt, pour qui : « l'être humain se caractérise par une exceptionnelle capacité de faire servir ses capacités d'empathie à ses intérêts personnels. La compréhension émotionnelle et cognitive qu'il a de l'autre est alors utilisée pour le manipuler, voire l'éliminer »⁸⁴. Pour lui, il semble n'y avoir que deux possibilités : celle d'agir avec une empathie bienveillante, ou celle d'agir avec une empathie afin d'assouvir un désir de domination malveillant. Pourtant, je peux imaginer des situations plus complexes, où l'envie de convaincre l'autre n'est pas uniquement

84 Serge Tisseron, dans son article pour le magazine numérique *Le Cube*.

issue d'une volonté de le détruire, mais plutôt de le transformer positivement. Je peux croire en les capacités de persuasion de certains, tout comme en la méfiance d'autres, au danger qui en émane, mais je ne peux me soumettre à l'idée que tout est déjà pré-écrit dans la petite enfance (comme il le défend, en ramenant nos modes d'utilisation d'empathie aux « expériences précoces »), ce constat laissant peu de place à la possible transformation ou alors déresponsabilisant de la crédulité de certains, mais nous reviendrons plus tard à ce propos.

2. Empathie et bien-être (de l'être au "pare-être"), tomber dans les filets du for intérieur.

L'empathie, nous l'avons vu avec les articles de psychologie du début de ce chapitre (qui n'est ni un "état de l'art" à proprement parler qui se voudrait encyclopédique et exhaustif ni une représentation statistique, mais bien un agencement de discours qui me semblent significatifs que j'ai glanés de manière qualitative, telle une exploration anthropologique presque quotidienne d'internet) est source de bien-être. Pas tant sur un plan collectif comme je l'ai déjà fait remarquer, qu'inscrit dans une démarche individuelle, égocentrée : l'empathie permet avant tout d'être bien avec soi-même, de s'écouter et ainsi mieux s'épanouir "à côté" des autres. "À côté" car elle permet des échanges entre individus certes plus apaisés et emprunts d'une neutralité bienveillante, où "je" et "tu" échangent, mais ne semblent pas discuter. Elle réclame un discours *individualisé* devant surtout relever du registre de l'*émotionnalité* : "comme c'est triste", "j'ai eu peur !", "j'ai ressenti de la colère". Et l'industrie du bien-être est là pour apprendre à gérer ces mouvements émotionnels : faire du yoga, de la relaxation pour se détresser, consulter un "psy" pour vider son sac d'émotions négatives, faire du sport pour se vider la tête et entretenir son corps... L'individu se doit d'apprendre à réguler seul (ou avec l'aide d'un psychologue quand il n'est pas coach de vie) ces encombrants pour ne pas être discrédité auprès des autres, ni sur le marché du travail ni sur les réseaux sociaux. Rester

performant, dynamique et empathique est devenu une injonction, que certains appellent le « syndrome du bien-être »⁸⁵, qui consiste à toujours faire preuve qu'on est plus heureux, en consacrant une large partie de son temps à "prendre soin de soi".

Je n'ai pas tant de problèmes avec l'idée de la performance qui m'évoque le dépassement de soi, l'idée qu'on peut toujours transformer les choses pour les améliorer. Mais quand cette quête du mieux perd de son sens ou quand elle ne sert qu'à assouvir le seul besoin de compétitivité, de consommation, de s'adonner à un culte du corps, j'ai tendance à penser que la finalité de cette ambition, elle, change tout. Car cette aspiration individualiste se situe du côté du *divertissement* – étymologiquement qui détourne de – et ne laisse peu de place au collectif, à la transformation ni même à la compréhension. Divertissement car l'individu se doit aussi de prouver de cette volonté de mieux faire, via les nouvelles vitrines de nous-mêmes que sont les réseaux sociaux. Publier, "liker", reposer, commenter ; tout doit être vu, et "*pare-être*" intéressant pour les "spectateurs" que nous sommes. Je ne souhaite aucunement ici émettre un jugement négatif sur le "paraître", prenant le parti de conceptualiser le monde social comme des jeux d'acteurs qui donnent à voir ce qu'ils sont, à différents moments et dans différents espaces : le paraître est un mot de circonstance pour définir différentes versions de l'être. Je définis ainsi le *pare-être* pour cibler un mode particulier de paraître.

Ce *pare-être* semble actuellement passer par le recours à des applications ou toute méthode qui permet de tracer, de calculer, de séquencer, de gérer son quotidien, dans les moindres détails. Cette quantification de soi pourrait paraître bien anodine me direz-vous, car elle ne nous renseigne que sur des petites choses bien futiles ou alors du registre de l'intime : la vitesse de mon dernier jogging, le nombre de calories du repas que j'ai confectionné, mon niveau de sociabilité, l'évolution de mon rapport au tabac, etc. Aussi anodin que cela puisse sembler, cette façon de mesurer, doser, calculer notre quotidien dit quelque chose de notre rapport à la performance, et par là à nous-même, à notre corps, et plus généralement, à nos

85 Entre autres les auteurs Carl Cederström et André Spicer dans leur ouvrage dédié au sujet, *Le syndrome du bien-être* (2016), étudié à partir du [compte-rendu d'Aurélié Dirickx \(2016\) réalisé pour l'un des sites de référence en sociologie Liens-socio.org](#).

repères. Ce que je veux dire, c'est que le choix de tels éléments de repères pour "s'évaluer" et accomplir de la performance définit, pré-forme, met en forme un certain rapport à soi et à la performance.

Ce qu'on appelle le *self tracking* (traduit par quantification du soi) est une nouvelle tendance qui entretient et aggrave cette volonté d'hyper-contrôle (et surtout du corps, mais comme on l'a vu, aussi de la bonne attitude à adopter avec les autres) que l'on a vis-à-vis de nous-mêmes. Cette quête d'hyper-performance peut donner lieu à des états de culpabilité puissants : combien de patients que l'on voit en consultation ne s'interrogent pas sur la "meilleure" capacité des autres à faire face à ces injonctions qu'eux-mêmes n'arrivent pas à tenir ?

On plie sous l'injonction à être empathique dans un monde où la vision du bien-être véhiculée n'est qu'une question de contrôle de l'individu par lui-même, une injonction à être heureux, ou plutôt à par-être heureux. Ainsi, pour reprendre un exemple étudié précédemment, exiger des gens qu'ils soient plus empathiques vis-à-vis des réfugiés exclut aussi la question plus large de nos possibilités et nos choix collectifs et politiques. Espérer comme Jérémy Rifkin que l'empathie (comme capacité à se sentir concerné par une catastrophe naturelle où qu'elle ait lieu sur le globe) sauvera le monde, peut alors me paraître illusoire. Et d'autant plus avec la définition de l'empathie comme nous l'avons vue, où il faut rester neutre et bienveillant, accepter toute action ou réaction sans aucun jugement, de manière neutre. En ce sens, l'empathie risque d'avoir pour fonction de dé-politiser le monde social en évacuant la question collective d'un horizon politique commun – ou plutôt en ancrant une bonne fois pour toute l'idée que l'horizon politique commun se situe au niveau des bien-être individuels.

Le pragmatisme saillant, où tout est acceptable en tant que tel, sans discuter ni se confronter, engue dans une immobilité où il n'est jamais question de co-construction ni de transformation. Or, et nous le verrons dans le chapitre 3, c'est bien de cet engagement, de cette volonté de transformation, qu'ont besoin les patients que rencontre la psychiatrie, car

eux aussi sont immobilisés dans et par un mode de pensées figé. Qu'advient-il en effet de ceux qui s'épuisent dans cette quête de performance, ou de ceux qui ne veulent tout simplement pas s'y soumettre ? C'est bien au niveau de la santé – de la santé mentale pour ce qui nous concerne – que se situe l'enjeu du bien-être. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en fait d'ailleurs le cœur de sa définition dans sa constitution, qui précise que « 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 »⁸⁶. Il me fallait aller jusqu'à la définition de la santé mentale pour préciser l'écho à l'injonction au bien-être dont je parlais plus tôt :

« Le bien-être mental est une composante essentielle de la définition de la santé que donne l'OMS. Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté.

La santé mentale est importante mais il reste à l'échelle mondiale un long chemin à parcourir pour lui donner toute sa place. Il convient d'inverser de nombreuses tendances fâcheuses – les services et les soins de santé mentale trop souvent négligés, les violations des droits humains ou la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux ou de handicaps psychosociaux.

Ce plan d'action global reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il repose sur une approche portant sur toute la durée de la vie, vise à parvenir à l'équité moyennant la couverture sanitaire universelle et souligne l'importance de la prévention. »⁸⁷

Tout aussi "banale et évidente" qu'elle puisse paraître, cette définition me semble intéressante à analyser. La santé rime-t-elle avec le bonheur ? Dans quelle mesure la société influe-t-elle sur la notion de bonne santé ? La santé est-elle à entendre comme une question de nature au sens biologique ? Ou est-ce une question de normes ? Que nous dit l'OMS à ce propos ? Elle dit qu'il faut avant tout s'adapter (« surmonter les tensions normales de la vie ») en faisant

86 Telle qu'on peut la lire sur la [page du site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé](#).

87 L'OMS à propos de la santé mentale : https://www.who.int/topics/mental_health/fr/.

preuve de productivité (« accomplir un travail productif »), et de sociabilité (« contribuer à la vie de leur communauté »), qui fait en cela écho à cette injonction au bien-être, et sous tendue par des enjeux financiers (« les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées »⁸⁸). Cette conception de la santé concourt finalement à l'optimisation de l'individu et de sa productivité : la santé dans cette définition, et dans n'importe quelle autre d'ailleurs, est politique dans la mesure où sa définition représente une manière particulière d'établir un rapport au monde et des relations sociales.

Il est intéressant de noter comment la psychiatrie se réapproprie, ou plutôt ne se réapproprie pas cette notion de santé mentale. Certains défendent une psychiatrie qui ne s'occupe que de la pathologie mentale, car le concept de santé mentale est bien trop vaste pour que notre seule spécialité médicale s'en charge. Ce qui me surprend dans ce parti pris, c'est que si la psychiatrie ne prend en charge effectivement que les cas qu'elle estime "pathologiques", elle s'escrime bien à restaurer une "bonne" santé mentale. Pour le dire encore autrement, elle travaille dans un certain sens, avec une certaine direction, un point de mire vers lequel elle tente d'aller (par l'obligation de moyens mais pas de résultats) : quel est ce point si ce n'est celui de la "bonne santé mentale" à définir ? Par ailleurs, la discipline est bien considérée comme référence en la matière, l'experte, car c'est elle qui décrit ce qu'est un canevas bien ou mal ficelé, c'est-à-dire que c'est à elle que revient de border, de poser les frontières entre ce qu'on considère de normal et de pathologique. Ceci étant dit, je ne peux que m'accorder avec le propos du documentaire de 2009 *Un monde sans fous ?* de Philippe Borrel qui donne la parole à des psychiatres que je nomme du courant *révolutionnaire*, et plus particulièrement ceux qui semblent représenter les héritiers contemporains du mouvement humaniste en psychiatrie. L'une des critiques faite au glissement de sens entre *maladie mentale* à la *santé mentale* est de médicaliser psychiatriquement les comportements sociaux. Ainsi, en supprimant les frontières, tout comportement déviant, hors-normes, peut se voir rattaché à une maladie

88 Dans la constitution de l'OMS déjà citée : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

(phobie sociale, hyperactivité, etc.) et requérir d'un traitement. Typiquement, les problèmes au travail deviennent des maladies psychiatriques et l'individu est ainsi réduit à être considéré comme détenteur et gestionnaire de capitaux (économique, social, de santé notamment)⁸⁹. Tout état de souffrance est psychiatrisable et psychiatrisé, permettant ainsi d'exclure toute question socio-politique et de mieux "contrôler" la population (des experts, des consultants en psychologie, peuvent éliminer par exemple les moins productifs au sein d'une entreprise). Toute la difficulté de mon propos se situe au niveau d'une tension entre deux pôles qui me semble tout aussi problématique : psychiatriser à outrance tous comportements sociaux (avec le concept de « santé mentale » notamment) ou alors entretenir un vieux partage scientifique quasi inéluctable entre le normal et le pathologique qui lui, risquerait d'enfermer des individus dans des cases.

J'ai pu recenser jusqu'ici, de manière non exhaustive, un certain nombre d'entendements autour de la notion d'empathie – *émotionnalité*, solidarité, compassion, neutralité, impartialité – ce qui n'est pas particulièrement surprenant en soi. Mais j'ai surtout vu que ceux qui se la réappropriaient pouvaient employer des tons péremptoires, autoritaires, asservissants – "pleurez ! Mais ne vous offusquez pas !", "achetez !", "obéissez !". Si d'emblée avant de travailler sur le sujet et de rédiger cette thèse, l'idée de l'empathie sous-entendait pour moi la transformation par la compréhension dans la *discussion*, j'ai pu m'apercevoir que ça n'était pas finalement le cas. J'ai donc essayé de vous témoigner combien elle m'apparaissait au contraire particulièrement frileuse à la *transformation*, véhiculant une définition de la compréhension principalement axée sur l'*émotionnalité* excluant ainsi l'expression des raisons et des intentions dans lesquelles on la mobilise et l'interprète.

89 Vivant dans une société faisant la promotion de telles ambitions.

Ainsi, je ne peux qu'être précautionneuse, pour ne pas dire désenchantée quant à la capacité de l'empathie à s'imposer comme ingrédient compréhensif par excellence, celui qui dés-instrumentaliserait les patients de la psychiatrie.

Dès lors, si les *révolutionnaires* de la psychiatrie souhaitent plus d'empathie et d'humanité dans leurs soins, elle ne résoudra pas à mon sens le problème de l'instrumentalisation des patients. Ainsi on peut bien imaginer que les psychiatres-psychothérapeutes puissent faire usage d'empathie puisque ceci n'exclut ni son instrumentalisation ni l'usage de l'autorité à son égard. Pour se faire, il nous faut alors regarder quel est l'objet de la psychiatrie, comment est pensé le patient dans les processus de soins, et comment est pensée la relation thérapeutique.

D. Tisser les liens de la relation médecin-patient.

Amené à aborder des sujets concernant non seulement la santé mais plus globalement toute une façon d'être au monde (les relations, le travail, la vie privée, l'intimité, le rapport à l'angoisse, les mouvements d'humeur, les rapports de dépendance, les sensations, les perceptions, les interprétations, etc.), le médecin psychiatre est souvent invité à s'introduire dans les mondes de ses patients. S'il ne s'engage pas dans la compréhension de ce monde, son rôle pourrait se limiter à poser des diagnostics et à fournir des explications sur les causes de ces "souffrances". En refusant de s'engager dans une aventure compréhensive, il n'aura comme seule voie d'abord que celle d'énoncer des règles générales, telles un mode d'emploi comportemental universel qu'il pourrait dispenser à tous ses patients et dont les uniques particularités seraient seulement de l'ordre de la pathologie diagnostiquée mais jamais de la particularité *singulière* du patient concerné. Le psychiatre est consulté en tant qu'expert, celui qui sait quoi faire quand ça ne va pas. Détendeur des réponses (et j'estime que celle de ne pas savoir pour l'autre en est une), c'est ainsi au psychiatre de définir le jeu de scène, dont le

patient attend les directives. À mon sens et pour entamer les réflexions du chapitre 3, l'enjeu de la consultation – autant psychiatrique que psychothérapique – devrait être aussi de comprendre une façon *singulière* d'être au monde, et d'amener le patient par la mise en présence d'une autre singularité au regard différent, à transformer et à relativiser sa perspective, ouvrant les possibles et lui permettant l'accès à ses solutions potentielles tout en le rendant responsable.

Et c'est bien alors dans un rôle d'équilibriste que se retrouve le psychiatre. D'un côté, il détient des réponses et sait pour l'autre – le diagnostic, la psychopathologie, les neurosciences, l'inconscient etc. – et de l'autre, il doit faire preuve d'une compréhension souvent pensée comme une nécessaire empathie, cette neutralité bienveillante et impartiale, tout en restant d'ordre émotionnel. Devant alterner entre une posture où il sait et doit informer, et une autre où il comprend sans trop en dire, le voilà bien tiraillé. Il s'agira donc dans ce travail, de définir tour à tour les écueils de chacune de ces postures, pour pouvoir ensuite dépasser ce clivage délétère pour la pratique d'un psychiatre-psychothérapeute, qui, comme moi, désire responsabiliser ses patients. Nous voilà donc un peu désillusionnés par l'empathie, qui semble d'ores et déjà trop peu garante de transformations. C'est à mon sens, en travaillant à l'intérêt *singulier* du patient⁹⁰ que cette transformation sera possible (intérêt qui se formule pendant les interactions avec le psychiatre ; ce qui ne veut pas dire que le psychiatre n'a pas d'intérêts). Quand le soin s'en tient à la mise en application d'un protocole standardisé, c'est bien cet objectif qui se perd. Distribuer des antidépresseurs pour garantir le bien-être et le pare-être du patient pourrait s'apparenter à la dispensation quotidienne du Soma d'Aldous Huxley dans son ouvrage *Le meilleur des mondes*, pilule de la bonne humeur, clef du bonheur, de la cohésion et de la paix sociale. Même avec la meilleure volonté du monde, avec toute l'humanité qu'on peut souhaiter, distribuer le Soma pour atténuer le mal-être des patients resterait une façon de contribuer à un monde productiviste, individualiste et dé-singularisant. Ainsi c'est en s'interrogeant et se ré-interrogeant sur nos pratiques en psychiatrie que l'on peut lutter contre

90 Et ce sera l'objet du chapitre 3.

ce type de dérives, qu'elles soient de l'ordre d'une forme d'autoritarisme instrumentalisant, de fatalités fixistes, ou encore d'évidences banalisantes. En somme, notre travail n'est pas tant celui de réhabiliter nos patients, mais surtout de réhabiliter le fait d'avoir le choix. En ce sens la neutralité n'existe pas, elle est toujours issue d'un choix et donc d'un certain *engagement*. Il ne s'agit donc pas d'un engagement politique pour un parti, mais d'un engagement assumé et affirmé dans les choix que nous faisons, singulièrement et collectivement, et c'est seulement en cela (et c'est déjà beaucoup) qu'il devient politique. Cette perspective engageante pour la réhabilitation du choix en psychiatrie permet ainsi, pour nous praticiens, de garder un certain regard critique par rapport aux normes psychiatriques et de leurs interactions avec les autres normes sociales. La psychiatrie a en effet du mal à se stabiliser sur un plan nosographique : ses troubles, de leurs définitions à leurs existences, se transforment régulièrement et de nouvelles classifications sortent tous les dix ans – mouvance qui est le reflet des normes comportementales qui évoluent elles-mêmes. Dans notre discipline médicale plus qu'ailleurs je crois, la frontière entre normal et pathologique devrait toujours être appréhendée sous l'angle des normes, et donc de choix collectifs et individuels.

Pourtant, la notion d'humanisme médical a "toujours" été défendue comme une valeur fondamentale de la discipline, une vocation indiscutable des médecins à soutenir, aider, soigner leurs prochains en-dehors de tout jugement dénigrant à l'égard des patients qu'ils sont amenés à prendre en soin.

Tel en témoigne le serment d'Hippocrate⁹¹, prêté par tout médecin s'appêtant à commencer à exercer et qui met en avant cette priorité donnée à la relation. Le futur affilié se doit en effet de « jure[r] d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité », mettant ainsi en avant le respect du bien d'autrui, en observant les droits et les devoirs de la justice⁹². Et respecter le "bien" de l'autre, c'est aussi s'enquérir de ce qu'il définit de "bien". C'est également l'idée soutenue par le Conseil National de l'Ordre des médecins, qui s'appuie sur la déclaration de

91 Celui des premières pages de cette thèse.

92 Probité dans le dictionnaire *CNRTL*.

Genève, adoptée par l'Association Médicale Mondiale en 1948, pour définir la déontologie médicale, et dont le premier engagement est de « consacrer [sa] vie au service de l'humanité » puis de « considérer la santé et le bien-être [du] patient comme [sa] priorité ». Les valeurs qui ressortent de ces textes sont bien celles du respect, de la loyauté et de l'humanité (au sens d'une bienveillance à l'égard de tous ses patients).

L'enseignement de ces valeurs, en revanche, est plus discutable. Symboliquement certains des rituels qui ponctuent la vie du médecin paraissent tournés vers le passé, et sont en cela réactionnaires. Prenons par exemple le rite de passage que représente le moment d'une soutenance de thèse en médecine en France. Alors que dans d'autres disciplines, de la sociologie à la biologie, le jury et le candidat sont en civil, en médecine les membres du jury s'affublent de robes universitaires, toges – vestige traditionnel du temps napoléonien⁹³ – qui diffèrent selon les grades des médecins, marquant ainsi le souci prononcé de la hiérarchie, et qui instaurent d'autant plus une distance entre ceux qui savent, et le public qui lui, écoute les sages. Ce n'est qu'à l'obtention officielle du grade de docteur que le candidat est à son tour affublé de la-dite robe, symbolisant ainsi sa reconnaissance par les pairs et l'intégration à la communauté médicale, et jure symboliquement sur le serment d'Hippocrate. Cela peut paraître incongru, voire déplacé de la part de la prétendante au titre de docteur que je suis de me lancer dans l'analyse critique du rite de passage auquel elle s'adonne. Exercice délicat. Mais après tout, nous sommes à l'université et c'est dans une posture de défense de certaines valeurs universitaires, au premier lieu celles de la critique libre, que je me permets de poursuivre mon propos. D'autant plus que ce n'est pas l'université qui est en cause, mais bien des pratiques particulières dans des contextes particuliers, ici la médecine qui contrairement à d'autres disciplines semble conserver une forme d'asservissement à des pratiques issues d'un autre temps. Comme ce serment n'a aucune valeur juridique, on pourrait penser que cela est strictement folklorique, mais comme tout folklore, celui-ci nous dit quelque chose d'une certaine vision de l'éthique médicale, pas toutes certes, mais une certaine. D'ailleurs, il est

93 D'autres évoquent une influence franc-maçonnique.

facile de trouver des défenseurs de ce texte en l'état : par exemple, sur le site internet de *l'Espace de réflexion éthique de la Région Poitou-Charentes*, je trouve les réflexions datant d'avril 2011 du médecin Jean-François Pouget-Abadie (2011). Selon lui, « le Serment d'Hippocrate garde une étonnante actualité » : qu'est-ce qui est d'actualité pour ce médecin ? « [...] Secret médical, euthanasie, avortement, respect de la vie, recherche du seul bien du malade, respect des maîtres, vie confraternelle, comportement moral irréprochable, modalités de diffusion et de partage du savoir ». Par « respect de la vie » et « avortement », l'auteur ne sous-entend pas simplement que ce sont des sujets d'actualité, mais que le serment d'Hippocrate est très explicitement contre l'avortement⁹⁴ ; et il me semble pourtant et heureusement, que l'avortement est légal en France, car certains se sont battus *contre* d'anciennes valeurs. Autre surprise, l'auteur affirme qu'« il est possible de dire qu'il est intemporel. Il n'est pas définitivement marqué par une époque et la lecture qu'il est possible d'en faire déborde largement les circonstances originelles ; il peut ainsi recueillir l'assentiment de tous, ouvrir un avenir et inspirer une vie éthique ». Il me semble qu'il est en général très peu intéressant pour la pensée de s'enfermer dans des propos « intemporel[s] » qui ici ressemble bien à l'inscription dans le marbre d'une idéologie somme toute très discutable. Je ne parlerai pas d'euthanasie ou de suicide, bien que cela aurait pu être un objet d'étude pertinent pour interroger l'empathie du médecin face aux limites du respect du patient, de sa vie, de son autonomie, etc. finalement de ses libres choix qui sont contraints par un cadre légal. Mais dans tous les cas, ces limites ne sont pas figées et évoluent ou progressent (selon comment on l'entend) selon des temps et des lieux particuliers (la Belgique a par exemple légalisé l'euthanasie, la Suisse le suicide assisté, tout deux sujets houleux en France). Elles changent et devraient pouvoir le faire, c'est-à-dire être discutées, transformées, contestées, réaffirmées, comme toute règle éthique d'ailleurs.

Texte pas si intemporel donc, et qui est utilisé dans une version raccourcie et adaptée différemment selon les facultés. Ainsi, la version strasbourgeoise se veut quelque peu

94 Ce qui est confirmé par un article d'Yves de Junco (1964).

transcendantale, par la référence faite à Dieu de manière explicite : « en présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine ». Quand bien même Hippocrate aurait fondé une médecine expérimentale qui allait à l'encontre des normes religieuses⁹⁵, "l'actualisation" du serment fait qu'on en retient une allégeance du médecin à quelque chose qui ressemble à un dieu – alors qu'on aurait pu faire le choix idéologique inverse, de retenir que la médecine n'a rien à voir avec la transcendance. Comment se fait-il que notre discipline médicale se réclamant de l'objectivité, de l'impartialité par rapport aux valeurs morales au profit de valeurs dites cognitives et immanentes, maintienne dans le tout premier texte lu par le candidat intronisé – il s'agit même ici de la première phrase –, un lien explicite à « l'Être suprême » ? Il me paraît également difficile de ne pas voir une référence au péché judéo-chrétien (quand bien même ce n'était pas le cas avec Hippocrate⁹⁶) : « Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ». Tout ceci fait écho au « clergé » de Tobie Nathan, qu'il utilise pour décrire ce processus d'affiliation des médecins occidentaux : « [...] on aboutit à une médecine d'experts, médecine imposée par les groupes de pression que constituent toujours les clergés d'experts. Dans cette médecine, le technicien est désigné par ses pairs, et toujours à la suite d'un long apprentissage – qui [...] constitue avant tout une *affiliation* », pour ajouter en note de bas de page au sujet de cette notion d'affiliation qu' « un médecin étudie bien sûr un peu la médecine durant ses études – il l'apprendra surtout plus tard avec ses malades ! –, mais il apprend surtout à < faire le médecin >. » (Nathan Tobie, 1999). Ce rituel donc, aussi folklorique qu'il soit, illustre fort bien le propos de Tobie Nathan, car il *dit* quelque chose de la posture du médecin : le maintien de ce rituel aux symboliques conservatrices et aux allures de sacre légitime sa place au sein d'un « clergé d'experts ».

95 Selon Yves de Junco (1964).

96 Ne serait-ce que pour des raisons spatio-temporelles...

Mais ce n'est pas tout, car ensuite, le nouveau docteur doit également exprimer cette fois – pour ne pas dire "cette foi" ! – son respect pour les sages, les savants, les maîtres : « respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ». Je m'accorde avec l'une des interprétations de Pouget-Abadie qui entend par là que le médecin n'est « pas autonome, [ni] auto-suffisant, mais bénéficiaire d'un don qu'il doit savoir reconnaître et partager ». Ceci étant dit, la science vantée par la médecine actuelle est pourtant celle de la réfutation, de la remise en question perpétuelle, par l'analyse critique qui par définition, rend caduque les anciennes pratiques. Je dirais presque qu'un bon médecin, chercheur ou praticien, est celui qui évolue, qui se transforme, qui progresse, et ainsi, d'une certaine manière en tous cas, ne respecte⁹⁷ plus « l'instruction » de ses « maîtres ».

Cette forme d'intronisation comme cérémonie de clôture d'un long parcours étudiantin, souvent long et fastidieux dans l'implication qu'il réclame et dans l'étendue des connaissances à mobiliser plonge le futur médecin dans un monde et dans une posture bien particulière. Cette niche, ce « clergé d'experts » ainsi constitué, sera ensuite consulté par les profanes, qui eux, ne savent pas. Il en ressort un modèle relationnel asymétrique et hiérarchique entre médecins et patients basé sur un certain rapport d'autorité. Beaucoup de médecins semblent penser que l'avènement du modèle de l'*Evidence Based Medicine* (nous y reviendrons longuement aux chapitres 2 et 3) et l'extension des droits des patients a permis de rééquilibrer et ainsi neutraliser cette asymétrie. Pourtant, dans ce moment si symbolique de l'accès au titre de médecin – la soutenance de thèse et l'énonciation du serment d'Hippocrate – il semble persister un certain attachement aux traditions conservatrices et traditionnelles, qui elles sont bien ancrées dans un rapport élitiste et d'autorité.

La construction du rôle de médecin ne se fait bien entendu pas seulement au moment de cette soutenance de thèse, mais s'agence tout au long de ses études. La notion même « d'instruction » du serment d'Hippocrate est elle aussi chargée de valeurs. En effet une partie

97 Dans sa définition de ne pas porter atteinte à l'intégrité morale d'une personne.

des études médicales universitaires relève de l'instruction et non de l'éducation, en tout premier lieu avec la première année de médecine (en 2005 dans mon cas) qui est le lieu non de la réflexion mais surtout de l'assimilation de connaissances stables à restituer. D'autant plus que la formation médicale théorique est bornée par des examens classants, celui d'entrée de première année, et celui de sixième qui définit l'accès aux spécialités. Le déroulé de ces examens se fait pour celui de la première année par des QCM (Questions à Choix Multiples) et celui de sixième, s'il paraît plus rédactionnel à première vue, repose surtout sur l'énoncé de "mots-clefs", dont l'absence de certains peut lourdement sanctionner, d'ailleurs l'expression attirée et reprise dans tous les manuels de préparation à ces examens était "PMZ", acronyme de "Pas Mis Zéro". Ainsi accéder au troisième cycle des études médicales repose sur une mobilisation automatisable et objectivable de savoirs, et surtout unanimement attendus. Point de place à l'évaluation de cette dite humanité donc, par une question rédigée (où la place serait faite à la justification d'une prise en charge qui pourrait paraître plus individualisée du côté du futur médecin) ou mieux par une évaluation clinique auprès de patients⁹⁸. Même s'il fallait utiliser l'expression consacrée « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les soins et les investigations qu'il lui propose » (Article 35 du code de santé publique) dans tous les dossiers de l'Examen Classant National (sinon PMZ !), l'enseignement de la délivrance de cette information n'a pas lieu en dehors des terrains de stage (sauf par l'intervention du bon vouloir de maîtres de stage, sensibles – ou non – à la question). Cette façon d'instruire le futur médecin et même cet énoncé de la loi sur la relation médecin-patient s'entend plus du côté de la jurisprudence à propos du droit et du devoir du médecin à informer que celui de l'humanité à déployer dans ses soins. S'il s'agit en effet de faire "alliance" thérapeutique avec son patient pour s'assurer d'une bonne "observance" des traitements et d'une bonne "compliance" aux

98 Je ne fais pas mention du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique de 6^e année qui est pourtant un examen clinique réalisé au lit d'un patient, et qui détermine l'accès au fameux Examen Classant National, qui à ma connaissance, n'a été (de mon expérience) refusé à aucun étudiant voulant se présenter au concours national.

soins afin d'éviter ainsi leur "échappement", tous témoins d'une bonne "adhésion" aux préconisations du médecin, le choix des mots interpelle sur la valeur donnée à cette relation d'humanité. Certaines de ces notions renvoient en effet à cette foi sacralisante que nous avons déjà croisée au moment de l'intronisation des médecins en docteurs : étymologiquement l'alliance évoque le pacte de l'homme avec dieu, l'observance renvoie à l'application très fidèle des principes et des pratiques d'une religion ou d'un ordre ; l'adhésion signifie l'acceptation implicite ou explicite du contenu théorique et pratique d'une doctrine, ou d'une croyance. Le spectre du paternalisme – qui désigne l'attitude d'une personne au pouvoir, qui, sous couvert de protection désintéressée, cherche à imposer une tutelle, une domination⁹⁹ – rode encore dans la pratique médicale. Il est défini ainsi dans un document de la HAS¹⁰⁰ :

« Le < modèle paternaliste >, décrit suite aux observations sociologiques réalisées par Parson dans les années 1950, a été le modèle prédominant jusque dans les années 1980. Du fait de la forte asymétrie d'information entre le professionnel expert et le patient profane, le médecin était socialement reconnu légitime à décider seul, à partir de ses préférences de traitement au regard de ce qui lui semblait être le plus approprié pour le patient, laissant implicites les préférences de celui-ci. Le médecin sait ce qui est le mieux pour le patient, et agit au mieux des intérêts de ce dernier. Le patient a un rôle passif qui se limite au mieux à donner son consentement. Dans le cas où le consentement du patient est obtenu, on peut alors parler de modèle asymétrique consensuel. » (HAS, 2013a)

Ce paternalisme n'exclut effectivement pas la possibilité d'une forme "d'humanité" dans les soins prodigués par un médecin malgré un certain pouvoir qu'il détient, mais donne une tonalité particulière à cette relation. Si le médecin a la vocation de pratiquer une médecine humaniste, il est intéressant de remarquer que son parcours étudiant comme son intronisation

99 Paternalisme dans le CNRTL.

100 Le document (2013a) s'intitule *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée»*. Synthèse de l'état des lieux.

comme "vrai" médecin lui construisent et l'introduisent dans un monde compétitif, hiérarchique et conservateur de certaines traditions. Ainsi, même si ce paternalisme peut tout à fait se prétendre humaniste, il implique un type de relations thérapeutiques bien particulier, que j'étudierai plus longuement au cours du chapitre 3.

E. Conclusion

Le terme de pigeon servait initialement à désigner le « petit d'un oiseau », remplaçant l'ancien mot *coulomb* signifiant « colombe-pigeon »¹⁰¹. Colombes et pigeons appartiennent en effet à la même sous-famille des *Colombinés*, et leur racine slave commune les a rendus un temps synonymes¹⁰². Le mot pigeon s'est ensuite différencié de celui de la colombe, pour être utilisé pour désigner ces oiseaux dont le dressage est aisé et permet aux colombophiles¹⁰³ d'envoyer des messages.

Au début de cette thèse, je nourrissais beaucoup d'espoirs quant à l'empathie en psychiatrie : à l'instar de la colombe, je la souhaitais porteuse de paix et de douceur que je pensais bénéfiques dans nos soins. Elle représentait un ingrédient qui me semblait d'autant plus intéressant pour voler au secours de la psychiatrie hospitalière qui se trouve actuellement en crise. Le développement d'une logique de soins technocratique a en effet engendré l'assimilation des professionnels et des patients à respectivement des moyens et des objets de soins, raisons pour lesquelles certains qualifient la psychiatrie de déshumanisante et instrumentalisante. Tel un oiseau de bon augure, l'empathie me semblait ainsi toute indiquée pour répondre aux problèmes de la psychiatrie : porteuse d'un message d'apaisement, de

101 Pigeon dans le *Dictionnaire historique*.

102 Colombe dans le *Dictionnaire historique*.

103 Ce qui n'est pas sans porter à confusion... Mais peut-être que le terme "pigeonophile" serait moins élégant.

tolérance, de considération, j'ai cru en l'éclosion d'un nouveau type de relation, générateur de transformations constructives par la discussion, tant dans les soins que chez les patients.

Mais, sous cette plume j'ai découvert dans l'empathie le nid d'une idéologie contraire à mes attentes. Car loin de promouvoir la transformation comme je l'espérais, l'usage de l'empathie et sa conceptualisation m'est apparu plutôt garantir le maintien en l'état des choses, et ce pour plusieurs raisons.

Se mettre à la place de l'autre semble en effet se réduire à adopter une posture d'acceptation quasi totale, quelle que soit la situation. L'empathie que j'ai reconstruite jusqu'ici préconise en effet de rester neutre et bienveillant quelle que soit la situation et dans cette logique, et tout jugement¹⁰⁴ se doit d'être banni. Ce principe d'impartialité peut donc difficilement initier une transformation : il garantit seulement la tolérance, quand bien même elle se trouverait être de l'ordre de l'intolérable. En confondant à tort le jugement et la condamnation, toute prise de position est exclue et en cela, crée de l'indiscutable et décale la discussion que je réclame à un échange informe car trop prudent. Éthique de la conservation, nous voilà donc bien éloignés de celle de la transformation qui me paraît judicieuse et constructive pour transformer nos soins et nos patients qui en demandent.

Se mettre à la place de l'autre semble aussi se réduire à l'expression de sentiments et de ressentis peu mis en relation avec leurs raisons et leurs intentions, et donc écartent encore une fois la possibilité d'une discussion constructive. Ces émotions seraient d'ailleurs, au contraire de la raison, une forme d'émergence d'un instinct primitif en nous, une forme d'extériorisation d'un en-dedans incontrôlable. S'exprimer avec empathie serait donc faire état d'intuitions issues de notre part sauvage et indomptable : jamais justifiées car injustifiables, il ne reste avec l'empathie que la possibilité de les constater, ce qui encore une fois, réduit la discussion à l'échange de faits indiscutables.

104 Tout jugement qui ne serait pas de l'ordre du diagnostic.

Se mettre à la place de l'autre, à lire tous ces articles de presse grand public, n'est d'ailleurs pas tant une invitation qu'une injonction : ne pas en faire usage serait synonyme d'égoïsme. Pourtant, l'un des premiers arguments avancés pour justifier de cette pratique est qu'elle favorise le bien-être individuel... Paradoxe donc quelque peu étonnant de prime abord, mais pas tant surprenant si l'on contextualise cette promotion du bien-être au sein d'une société qui fait l'apologie du pare-être individuel et du divertissement. Cette même société utilise elle-même l'empathie à des fins managériales et marketing, pour garantir rentabilité et productivité. User d'empathie dans nos soins dans une telle société, c'est accepter d'entretenir la santé mentale d'agents dysproductifs afin de leur restaurer une productivité tout en restant muet et indifférent aux raisons, au monde et à ses valeurs : ne pas juger, c'est un premier jugement, celui d'accepter que d'autres jugent à notre place.

Alors, me serais-je faite pigeonnée par la colombe-empathie ? Le mot dupe étant issu de huppe, l'allusion à "plumer la huppe" a donné ce nouveau sens au pigeon représentant toute personne qui se laisse facilement tromper¹⁰⁵...

Mais de ce chapitre, à contre-courant (migratoire) d'une pratique empathique donc, je peux retenir quelques changements. Car la colombe semble ainsi bien s'être transformée en pigeon. Le symbole de bienveillance et de paix qu'elle est censée véhiculer et qui aurait pu favoriser une forme de discussion m'est finalement apparu plutôt comme une réclamation d'échanges de messages, telle la mission du pigeon et celle de l'empathie qui se veut précautionneuse à surtout ne rien transformer. Cet échange de messages sans vouloir y mettre une forme *singulière* – ce que j'entends par l'expression *singulière* de raisons et d'intentions – cautionne potentiellement ainsi n'importe quelle injonction autoritaire, la tolère et s'y adapte. L'empathie n'est donc "définitivement" pas la réponse que je cherche pour transformer l'instrumentalisation des patients. Le chapitre 3 sera l'occasion d'étudier plus précisément la forme de la communication sous-tendue en médecine et donc en psychiatrie. Mais nous avons

105 Dupe et pigeon, dans le *Dictionnaire historique*.

déjà repéré à ce stade que le cursus médical fabriquait ce que Tobie Nathan nomme « clergé », groupe d'experts instruits dont une des valeurs fortes est la tradition. Cette tradition, ainsi que l'objectivité à laquelle aspirent ces experts scientifiques, construisent des connaissances elles aussi indiscutables, et donc des praticiens qui n'ont pas besoin d'en discuter. Or, il est intéressant de rappeler que les transformations successives de la notion même de folie – dont Michel Foucault s'est fait l'archéologue – tendent à être oubliées un peu vite. La psychiatrie objectiviste promue par la nouvelle santé mentale n'a pas besoin d'histoires, puisqu'elle semble vraie, au-delà de l'histoire. Pourtant, il me semble que la promotion de la santé comme celle de la santé mentale (et par là de la folie) ont quelque chose à voir avec les histoires des individus qu'elles souhaitent toutes (re)construire, autrement dit avec la société dans laquelle elles s'appliquent, et en cela devraient pouvoir être discutées.

Si l'empathie n'est pas cet ingrédient permettant de surmonter l'instrumentalisation des patients en psychiatrie, il nous faudra donc aller étudier, au cours du chapitre 2 qui s'annonce, si l'humanisme médical pourrait résoudre ce problème. Cette question demandera donc de tenter de définir l'*humain* dont parle la médecine et la psychiatrie, et je peux d'ores et déjà vous annoncer que ça sera le début de nos pérégrinations.

Chapitre 2. Réhumaniser l'humain

A. Introduction : expliquer et rassurer

Les sciences explicatives ont vocation à découvrir les causes, notamment celles du comportement des humains à la lueur des connaissances sur le fonctionnement cérébral et neuronal, "éclairées" par une théorie contemporaine de l'évolution. Il est donc plus aisé pour les scientifiques de répondre aux problèmes soumis par les patients dans la tempête, eux-mêmes en quête de réponses : est-ce normal ? Pourquoi présentent-ils certains symptômes ? Pourquoi cette impression que leurs réactions leur échappent ?

On ne peut négliger l'effet rassurant que l'explication scientifique peut conférer. Dans la tempête, l'expérience de soi peut paraître étrange, angoissante, car différente. Par l'a-liénation de sa tempête, les rapports de l'individu à lui-même et au monde changent, ses sensations, ses émotions et donc son raisonnement se dé-forment. Mais l'installation de la tempête, tantôt coup de tonnerre dans un ciel serein, tantôt insidieuse, dé-forme sa réalité dans un mouvement où l'agitation sera aléatoire. Il n'en reste pas moins qu'un point fixe, quasi immuable, au-delà de soi et de sa propre représentation, peut faire office de repère. Comme un marin écopant son navire perdu au milieu de l'océan et percevant l'œil du phare, voilà ce que permet l'explication des causes : la découverte de repères, l'ordre dans le chaos.

Les sciences explicatives ont donc l'avantage de fournir des représentations de l'individu dans la tempête, et d'y apposer un sens. Mais pas seulement. Je me souviens de cette patiente, rassurée du diagnostic d'autisme de haut niveau – dont la représentation actuelle prédominante est celle d'un trouble neurodéveloppemental – que son fils avait récemment reçu, et qui m'a confié « je suis si soulagée. Ça veut dire que je ne suis pas responsable, ça n'est pas mon éducation qui était mauvaise ». Bien sûr, j'imagine combien les diagnostics, les *explications* scientifiques fournissent des repères rationnels et rassurants pour les patients et les individus en général, en perte de sens. Mais, outre les réponses qu'on lui avait apportées – mettant du sens sur les difficultés qu'elle rencontrait avec son enfant depuis longtemps – une (large) part de son soulagement était lié à l'effet déculpabilisant de sa non-responsabilité propre (puisque'il s'agit d'une maladie). Elle n'était donc plus incriminée en tant que mauvaise mère, mais en tant que mère d'un adolescent malade.

Quand responsabilité rime avec culpabilité, il est indéniablement plus confortable et rassurant de ne pas être responsable, cela ne fait que peu de doutes. Je suis convaincue pourtant que l'on peut responsabiliser sans blâmer, et que nous gagnerions à ne pas confondre responsabilité et culpabilité (même si la seconde a certainement à voir avec la première, mais ce n'est pas ma question ici) comme nous aurons le loisir d'en reparler au cours du chapitre 3 de ce travail. La responsabilité n'est alors réduite qu'à son sens juridique, qui implique la nécessaire « répar[ation] des dommages causés volontairement ou non »¹⁰⁶. En ceci il n'est pas si surprenant que le recours à la judiciarisation soit de plus en plus fréquent, et qu'en psychiatrie, un cerveau, des gènes, une maladie puissent tous faire office de "coupables". Quand les stigmates des condamnés – ces marques au fer rouge qu'on leur imprimait sur le corps durant l'Ancien Régime ou toutes ces marques apparentes de quelque chose d'accablant¹⁰⁷ – se confondent aux stigmates de la maladie, il faut bien trouver un moyen de les effacer ou déjà de les atténuer. Ainsi fleurissent les campagnes de déstigmatisation depuis

106 Responsabilité dans le *CNRTL*.

107 Stigmate dans le *Dictionnaire historique*.

quelques années maintenant, pour tenter de faire disparaître ces stigmates des troubles psychiques et de mieux faire accepter, de revaloriser les représentations des usagers de la psychiatrie au sein de la société. Mais en concentrant la problématique autour des raisons médicales ou biologiques, en s'intéressant au "pourquoi des causes et des origines", ma crainte est que l'on s'éloigne consécutivement de la question fondamentale du "pour-quoi"¹⁰⁸ des raisons et des intentions".

Il est intéressant de remarquer que cette justification par des motifs biologiques est largement utilisée pour expliquer certains comportements d'ordre social, même hors du contexte d'une maladie. On voit par exemple des individus homosexuels ou des associations LGBT pour certains rassurés et enthousiasmés par certaines recherches scientifiques actuelles autour de la découverte d'un "gène de l'homosexualité", ou plus généralement de déterminismes biologiques de l'orientation sexuelle¹⁰⁹. La logique sous-jacente est la suivante : naturaliser des comportements comme l'homosexualité permet de s'en déresponsabiliser, ce qui reviendrait à dire caricaturalement "ce n'est pas moi, mais mes gènes". Cette cause invoquée devient légitimation et protégerait alors d'une discrimination sociale : "acceptez-moi comme je suis car je ne l'ai pas choisi, ce n'est pas ma faute, je ne peux être tenu pour responsable et, par la même occasion, coupable". La légitimation par les causes (la biologie) prévaut sur la justification sur les préférences, les raisons, les intentions. La légitimité, celle qui rend conforme par un droit naturel¹¹⁰, prend ainsi l'ascendant sur la justification, celle qui s'applique à rendre juste¹¹¹. Et il m'apparaît bien dommageable que s'entendre collectivement sur nos vies en société – débats qu'on peut ainsi qualifier de *politiques* – ne consiste qu'à reconnaître ce qui est naturellement légitime et ce qui ne l'est pas. Pour une question comme celle de l'homosexualité par exemple, je pense que la *discussion* devient juste quand elle se préoccupe

108 L'usage du tiret dans le pour-quoi des raisons et des intentions se veut encore ici insister sur le décalage de ce qu'un "pourquoi" donne à lire : il souligne l'importance du mouvement, ce vers quoi l'intention est dirigée.

109 C'est ainsi que selon le journal *Libération* (2019) « l'association américaine GLAAD a salué des travaux confirmant qu'« être gay ou lesbienne est une partie naturelle de la vie humaine » ».

110 Légitimer dans le *Dictionnaire historique*.

111 Justifier dans le *CNRTL*.

des intentions qui justifient un choix plutôt qu'un autre, mais pas quand elle réduit un choix à un phénomène biologique, c'est-à-dire en convoquant la biologie afin d'accepter ou non une attirance vis-à-vis de personnes de même sexe.

La fondation FondaMental, très influente pour promouvoir la psychiatrie dans la sphère sociale¹¹², œuvre aussi dans le sens d'une déstigmatisation par la déresponsabilisation déculpabilisante sur le sujet de ce que ses partisans nomment les « maladies mentales ». La courte vidéo de promotion de la campagne sur les « idées reçues » sur la dépression est intéressante à étudier pour analyser les arguments que les défenseurs utilisent pour légitimer le sérieux des troubles mentaux. Dans une courte vidéo de promotion de leur campagne sur les « idées reçues » sur la dépression¹¹³, ils font le constat d'une négligence et d'une banalisation du sujet par les médecins eux-mêmes (la vidéo met en scène des consultations ou discussions entre médecins et patients), alors qu'il s'agit "d'une maladie qui tue". Cependant, il est intéressant de voir les parallèles qu'ils établissent pour justifier de la gravité d'une telle banalisation : la vidéo met en scène un patient au bloc opératoire sur le point de subir une transplantation cardiaque. Le chirurgien cardiaque en charge de l'opération arrive et annule de façon très triviale l'intervention. Même procédé avec un patient à qui l'on vient d'annoncer un diagnostic de cancer du poumon et qui se voit répondre par un médecin souriant, « ça n'est pas si grave, je vais vous prescrire un peu de vacances ! ». Rendre le problème de la dépression sérieux consiste donc à le faire reconnaître comme une « vraie maladie » et donc l'assimiler à une maladie du corps.

112 Fondation de « coopération scientifique » (alliant fonds publics et fonds privés) créée en 2007 sous l'impulsion du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche d'alors, FondaMental promeut la recherche scientifique en santé mentale et est ainsi devenue très influente sur le plan politique. Elle a même co-édité le livre de Jean-Michel Llorca et Marion Leboyer dont nous parlions au chapitre 1, *Psychiatrie : l'état d'urgence*. Elle mise sur la transformation de psychiatrie en une neuropsychiatrie aux techniques de pointe. Dans cette perspective, voir la note de lecture de Nicolas Le Dévédec (2014) sur l'ouvrage de Mathieu Bellahsen *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, et l'article de Rachel Knaebel (2019) sur le site web Bastamag .

113 Vidéo *Le petit passage à vide* à visionner sur le compte Youtube de la fondation FondaMental (2019b).

Déstigmatiser pour déculpabiliser les individus, quel que soit le niveau de leur différence, passe donc par la justification du « naturel » de leur différence, et au passage les déresponsabilise.

Pourtant, si déresponsabiliser déculpabilise, il me semble que l'inverse – responsabiliser par la culpabilité – ne soit pas "nécessaire". La culpabilité, qui tire ses origines du latin chrétien faisant référence à la faute, est un rapport construit par notre culture catholique qui continue de faire exister des instances transcendantes (parfois tellement incorporées qu'on se les réapproprie personnellement) qui pourraient nous « juger coupable de ». Responsabiliser les individus, c'est leur faire prendre conscience de leurs intentions, les rendre ainsi juges de leurs propres choix, et leur apprendre à distinguer l'erreur (à partir de laquelle on peut construire autre chose) de la faute (qui serait une culpabilité devant la justice des hommes). Responsable de mon comportement et libre de mes intentions, je n'ai plus alors besoin de convoquer des raisons extérieures (ces causes et ces origines) pour justifier de mon choix qui devient un choix "politique" discutable (choisir d'être indifférent à l'orientation sexuelle, choisir de le condamner, etc.).

On peut bien penser que cette question sur la déresponsabilisation des comportements par des légitimations biologiques est anecdotique, ou qu'elle n'empêche pas la discussion sur les préférences individuelles qui pourraient même en constituer un argument supplémentaire. Mais il faut mesurer ce que cette logique de la déresponsabilisation engendre comme type de raisonnement : le neurodroit (*Neurolaw* en anglais) est un domaine d'études mêlant neurosciences et droit. Ses adeptes souhaitent en effet voir adaptées les lois parallèlement aux avancées des recherches neuroscientifiques sur les liens entre cerveau et comportement. En affirmant – entre autres – que le cortex pré-frontal joue un rôle majeur dans les comportements criminels (d'autant qu'il agirait de façon pré-consciente), le choix est affirmé de situer la responsabilité du côté du cerveau plutôt que de l'individu (l'expression attitrée de ce raisonnement est « *my brain made me do it* » que l'on peut traduire par « c'est mon cerveau qui me l'a fait faire »). Dès lors, à qui attribuer les soins ? L'un des pratiquants en neurodroit David

Eagleman, propose une solution préventive aux passages à l'acte des cortex pré-frontaux : d'abord identifier les cerveaux à risque par imagerie cérébrale, puis leur proposer un traitement par exercices de « rééducation pré-frontale » (Feys Jean-Louis, 2014)¹¹⁴.

Qui traite-t-on alors ? Ou plutôt *que* traite-t-on ? L'individu, ou son cerveau ? En déresponsabilisant les individus de la sorte (caricaturalement, mais pas tant, en prenant pour responsables leurs cortex pré-frontaux plus qu'eux-mêmes), ce n'est plus à eux qu'est adressé le "traitement", la sanction, la discussion, etc. Pourtant la question se pose peu en psychiatrie, peut-être parce que le cycle d'études médicales implique d'apprendre à raisonner en termes de maladies ou de pathologies, et que la médecine occidentale pense en termes de découpages anatomique et fonctionnel. Cette question mériterait à mon sens ainsi d'être davantage posée en psychiatrie, et permettrait d'ouvrir et mêler nos réflexions à d'autres champs : il s'agirait d'engager la *discussion* sur la représentation des individus, dont les conceptions multiples engagent différentes pratiques de soins. Elle est d'autant plus justifiée que la psychiatrie a toujours eu sur le plan épistémologique des difficultés à se situer de façon stable. L'effervescence des avancées neuroscientifiques actuelles rend le recours à ce type d'explications très tentant pour les psychiatres pour mieux répondre à leurs patients. L'enjeu est bien, pour notre discipline, de savoir à qui s'adressent les soins. Ou dit autrement, il s'agit encore ici de reposer la question de l'objet de la psychiatrie, que j'interrogeais déjà au chapitre 1 en confrontant les intentions de soins des réformateurs et des révolutionnaires.

Finalement, à travers cette question de la déresponsabilisation – qu'elle se fasse via l'explication neuroscientifique, ou par l'invocation de tout autre "en-dehors de soi" d'ailleurs, nous y reviendrons – l'individu est tour à tour réduit à des entités plus petites, plus profondes, plus primordiales, plus enfouies. Et c'est bien à mon sens cette opération de réduction, ce réductionnisme qui est à l'origine de la perte de la responsabilité de nos patients vis-à-vis de leurs troubles, leur permettant certes l'allégement fourni par la déculpabilisation, leur conférant également une position de victime. Les "en-dedans de soi" bien qu'ils représentent des entités

114 Dans son livre intitulé *Quel système pour quelle psychiatrie ?*

appartenant à l'individu, deviennent des en-dehors par leur accessibilité lointaine et peu manipulables (ou tout du moins très éloignés). En fait, toute légitimation du ressort de l'explication biologique crée des entités en-dehors de soi, essentielles et déresponsabilisantes. Or, la consultation psychiatrique et psychothérapique a vocation, je pense, de ne pas laisser le patient "victime de ses mots", mais la solution ne réside pas selon moi à le rendre "victime de ses maux".

Bien entendu, les psychiatres ne se situent que rarement (ou tout du moins pas tous), dans une perspective de l'individu tout biologique. Nous aurons l'occasion de reparler du paradigme dit intégratif, que je conçois comme une juxtaposition, une somme de paradigmes hétérogènes dont l'addition me paraît le plus souvent incohérente en faisant cohabiter des axiomes incompatibles. Cependant, si le paradigme intégratif est, me semble-t-il, si dominant, si séduisant, c'est que la plupart des théories invoquées sont aussi du ressort de l'explication, et fournissent non pas un unique "en-dehors de soi" responsable, mais plusieurs "en-dehors de soi", dont la somme revient à cette même opération de réduction. Car finalement, qu'il s'agisse d'un "en-dehors en-dedans" (le corps) ou d'un "en-dehors en-dehors" (les normes par exemple), il reste toujours bien trop difficilement accessible pour et par les individus, et les laisse tributaires d'autres – les experts – qui détiennent des savoirs sur les objets concernés. En légitimant "naturellement" les comportements, les neurosciences et la biologie, par leur quête des causes et des origines, semblent donc peu à peu dessiner un portrait de l'humain naturel, naturellement empathique. Est-ce donc par ce procédé que la psychiatrie changera sa façon de considérer le patient afin d'échapper à sa déshumanisation ?

Ce chapitre se voudrait interroger la question de savoir si la considération du patient se situe bien dans l'enjeu d'une réhumanisation des soins. Pour ce faire, je commencerai par étudier quelques procédés utilisés par les sciences explicatives pour esquisser ce portrait de l'homme biologique, cet humain naturel des sciences explicatives. Le procédé étant un terme technique

signifiant « le moyen utilisé en vue d'obtenir un résultat déterminé », il me paraît tout indiqué pour parler de ce qui va suivre, à savoir la bio-psychologisation et la neuronisation.

B. La bio-psychologisation du social

Pour définir le concept de *bio-psychologisation*, je me suis inspirée de celui de *biologisation* de Sébastien Lemerle, sociologue et spécialiste de ces questions, et qu'il définit ainsi :

« Par < biologisation >, j'entends une *action* (que désigne le suffixe du mot), une pratique consistant à importer dans un secteur donné du monde social, qui n'en avait pas forcément une habitude systématique jusqu'à présent, des schèmes ou des pratiques puisées au sein des sciences du vivant au sens large. Cette action peut se situer dans le domaine de la théorie : c'est ce qu'on appelle le biologisme, qui, à l'instar d'autres mouvements de pensée, est une tendance à *réduire* l'explication de l'ensemble des phénomènes dont il traite à un noyau de facteurs identifiés, en l'occurrence biologiques. Le biologisme est un réductionnisme théorique, dont les autres déclinaisons se nomment économisme, psychologisme, culturalisme, historicisme, sociologisme, etc. [...] La biologisation de son côté englobe certainement le biologisme, mais ne s'y restreint pas et concerne des pratiques dont la relation à un ensemble cohérent de concepts et de « lois » biologiques est plus relâchée. L'intérêt de traiter de la biologisation plutôt que strictement du biologisme est d'amener à considérer des situations sociales dans lesquelles les savoirs sur le vivant peuvent être mobilisés, au-delà des seuls systèmes théoriques. Sont ainsi distingués ici trois domaines ou registres où ces savoirs sont utilisés de façon différente : théorique, pratique, culturel. » (Lemerle Sébastien, 2016)

Ainsi, le biologisme se crée dans la sphère savante, et se répand dans l'espace public. Mais il peut également se créer à l'inverse, au sein des pratiques sociales – et n'a donc pas

nécessairement comme point de départ la sphère scientifique – ce que Sébastien Lemerle dans son livre *La biologisation du social* (2017) et dans l'article déjà cité (2016) nomme de « registre culturel ». Ce « sens commun biologisé » est alors un sous-type de biologisation qui s'inspire de la science plus qu'elle en est issue.

Le concept de *biologisation du social* peut englober plusieurs tendances qui sont à l'œuvre depuis le 18^e siècle. Il s'agit de penser le monde social avec les catégories construites par l'une des sciences dites expérimentales, à savoir la biologie, les "sciences de la vie", les "sciences naturelles".

Au 19^e siècle, trois scientifiques des sciences du vivant ont fortement influencé notre conception liant la biologie, l'homme et la société : Claude Bernard qui place la vie sous un règne physico-chimique ; Louis Pasteur qui développe la microbiologie dont les applications médicales, hygiéniques, industrielles et agricoles sont quasi immédiates ; et Charles Darwin dont la formulation de sa théorie de l'évolution sera très rapidement interprétée et appliquée au cadre des sociétés humaines.

De ce rapprochement entre évolutionnisme et société humaine, les exemples les plus marquants sont peut-être le darwinisme social d'Herbert Spencer au 19^e siècle, ou encore l'eugénisme (fait peut-être notable, le terme est forgé par un psychologue, Francis Galton) qui consiste à sélectionner les meilleurs caractères afin d'améliorer le patrimoine génétique de l'espèce humaine, dont le nazisme en est l'illustration la plus tristement célèbre. Un courant plus récent apparaît dans les années 1940 et bat son plein dans les années 1970 avec son lot de controverses, et porte le nom explicite de sociobiologie. Il s'agit d'un vaste courant scientifique porté par le biologiste Edward O. Wilson (1987 pour la version française) qui définit sa discipline comme une science, dans l'introduction de *Sociobiology : The New Synthesis* paru en 1975, et plus précisément comme « l'étude systématique de la base biologique de tout comportement social » des sociétés animales à « l'homme primitif et aux traits adaptatifs de l'organisation dans les sociétés humaines contemporaines ». Cette science est une « synthèse moderne de la théorie évolutionniste néo-darwinienne dans laquelle chaque

phénomène est évalué selon son importance adaptative, puis rapporté aux principes fondamentaux de la génétique des populations ». La sociobiologie joue ainsi un double rôle : « reconstruire l'histoire de la machinerie et identifier l'importance adaptative de chacune de ses fonctions, et organiser le fondement génétique du comportement social ». Dans un premier temps, la sociobiologie se détache de la sociologie, cette dernière expliquant « les comportements humains avant tout par une intuition non assistée, sans référence aucune à des explications évolutionnistes au sens génétique véritable ». Dans un second temps, E. O. Wilson phagocyte entièrement les sciences humaines en redéfinissant le rôle de la sociologie :

« La sociologie et les autres sciences sociales ne sont que les dernières branches de la biologie à ne pas être comprises dans la synthèse moderne. L'une des fonctions de la sociobiologie consiste donc à reformuler les fondements des sciences sociales de manière à permettre leur inclusion dans la synthèse moderne. Il reste à savoir s'il sera possible de "biologiser" les sciences sociales de manière satisfaisante. [...] Ayant cannibalisé la psychologie, la nouvelle neurobiologie produira un ensemble durable de principes premiers pour la sociologie ». (Wilson Edward O., 1987)

Pouvant être considérées comme les prémices de ce concept de biologisation du social, ces questions autour du rapprochement entre sciences dites naturelles et "société" font largement débat déjà à l'époque. Le philosophe de l'école de Francfort Jürgen Habermas parle lui, de *scientisme*, à savoir l'extrapolation de l'épistémologie des sciences expérimentales sur l'ensemble des champs de connaissances.

Certains de ces courants sont désormais discrédités d'office et critiqués par de nombreux auteurs de la sphère concernée, mais ces rapprochements entre sciences dites naturelles et société restent bien au goût du jour. Certaines recherches actuelles sont inquiétantes par leurs tentatives réductionnistes d'explications de certains comportements, comme les recherches sur un gène de l'homosexualité, de la foi, de l'alcoolisme, de la colère, etc. Même si au sein de la psychiatrie, l'usage de la neurobiologie s'incorpore dans des tentatives "intégratives" voulant complexifier l'individu en le pensant sur plusieurs niveaux (niveaux biologique, sociologique et

psychologique par exemple) il n'en reste pas moins que ces théories biologisantes font partie ces représentations rendues complexes (mais pas moins réductrices, mais nous y reviendrons plus tard dans ce chapitre), et c'est en cela qu'il me paraît intéressant de les étudier ici.

Les années 1980-90 sont marquées par un nouveau biologisme, appuyé sur une déclinaison des neurosciences, dont l'intérêt change car ses usages dans la sphère publique sont plus nombreux :

« Cette ascension se décline également en publications scientifiques, essayismes plus ou moins grand public, et productions culturelles grand public. Elle est portée par des scientifiques reconnus, membres du Collège de France, de l'Académie des sciences, ou éminents chercheurs étrangers (Jean-Pierre Changeux, António Damásio, Steven Pinker, etc.) ainsi que par des psychiatres et des médecins moins prestigieux mais plus aptes à circuler entre les différentes strates des circuits de production culturelle (Boris Cyrulnik, Christophe André, etc.). » (Lemerle Sébastien, 2016).

« Plus qu'un pouvoir explicatif, ce qui est recherché ici dans le biologique touche à ses potentialités opératoires. Le biologisme en tant que système théorique n'est pas la priorité. Ce mode de biologisation réduit les individus à certaines de leurs propriétés biologiques, appréhendées au moyen de paramètres définis par la biométrie, les tests génétiques, les tests de mesure du quotient intellectuel, l'imagerie cérébrale fonctionnelle, etc. Dans ce contexte, les termes de biologie et de biologisation deviennent des signifiants très larges, recouvrant les usages sociaux des sciences du vivant. » (Lemerle Sébastien, 2016)

Ainsi, que ce soit dans les techniques de la pédagogie ou encore dans les pratiques du développement personnel (que j'ai illustrées au Chapitre 1), c'est au sein des processus de

développement individuel – dans l'enfance¹¹⁵ et à l'âge adulte – que ces théories battent leur plein.

Que cela nous apprend-il ?

Que le phénomène de biologisation du social est puissant, et qu'il légitime certains partis pris de gestion collective et donc politiques de certaines situations. Ainsi, il ne sera pas tant question ici comme je l'ai dit plus tôt d'être exhaustive sur le sujet que d'en donner une illustration et de me faire une idée de la représentation de l'humain qui y est véhiculée ; le but étant de répondre à mon problème de déshumanisation problématisé dans le Chapitre 1.

J'ai choisi dans un premier temps de m'intéresser au livre *150 petites expériences de psychologie pour mieux comprendre nos semblables*. Les motivations de ce choix sont multiples. D'abord, il est paru aux éditions Dunod, spécialisées dans les manuels universitaires. Son auteur Serge Ciccotti (2007), est psychologue et chercheur en psychologie. Son livre est à la fois destiné aux étudiants et à une audience beaucoup plus large sans pour autant se réclamer de la vulgarisation. Il se situe donc à l'endroit intéressant du carrefour entre la production théorique et pratique des produits de la biologisation du social.

L'avant-propos donne le la, et nous apprend que « lors de cette lecture, vous serez surpris de voir que nous ne fonctionnons pas toujours de façon très rationnelle, c'est-à-dire comme le ferait un scientifique ». L'appel à la rationalité quotidienne voire constante est pour le moins surprenante. Il ajoute que « la psychologie intéresse et intrigue de nombreuses personnes, mais face à tout ce qui est présenté au public dans ce domaine, il est souvent difficile pour les novices de reconnaître ce qui est valide de ce qui ne l'est pas » (p2). Son cadre

115 « On peut ainsi mentionner le cas de la redéfinition de l'échec scolaire en termes de < troubles des apprentissages >, plutôt qu'en termes de déficience intellectuelle ou de troubles psychoaffectifs, ce qui a débouché sur le discrédit de certaines méthodes pédagogiques. Cette biologisation au moins partielle d'une situation sociale complexe est à mettre à l'actif à la fois des experts en neurosciences cognitives et de certaines associations de parents d'enfants dyslexiques qui se sont approprié leurs thèses, les ont diffusées au sein de la communauté éducative, s'en sont servies pour défendre leurs points de vue auprès des enseignants et des services de l'État en charge des politiques éducatives » (Lemerle Sébastien, 2016).

épistémologique est donc très clair et résonne avec son éthique de la communication : il cloisonne d'un côté les savants rationnels détenteurs de vérité, et de l'autre les profanes ignorants qui eux, ne se conduisent (donc) pas forcément rationnellement. La frontière résiderait dans la méthode scientifique, « la seule qui garantisse une distinction entre le vrai et la croyance. Elle permet d'établir des relations authentiques entre les faits et ainsi de tester véritablement des hypothèses. De cette façon, nous pouvons distinguer si la cause que nous soupçonnons est bien responsable de l'effet que nous observons ». L'épistémologie du Grand Partage, comme le nomme le philosophe Bruno Latour (1983), entre croyance et connaissance est donc affirmée et, somme toute, assez classique.

Un des intérêts majeurs d'une telle lecture repose sur l'identification des mécanismes en jeu pour déployer ces processus de biologisation, et de mieux distinguer comment l'individu est pensé, ce qui donne quelques pistes pour imaginer de quelle humanité "la science" parle. En plus du procédé de biologisation que j'ai déjà défini, cette étude se situe également du côté de la psychologisation comme nous allons le voir, puisqu'il s'agit bien d'étudier la psychologie.

D'abord, un des premiers mécanismes que l'on peut identifier pour mettre en œuvre cette bio-psychologisation est l'opération qui consiste à exporter ce qui se passe de manière contrôlée au laboratoire en dehors de celui-ci. L'opération est assez simple, il suffit de généraliser ce qui est constaté au laboratoire en le rendant valable par extrapolation à l'échelle de tous les individus :

« Les travaux présentés ont la plupart du temps recours à des expérimentations menées dans le cadre de laboratoires de recherches, mais vous verrez qu'elles peuvent également très bien s'exporter en milieu < naturel > (bureau, supermarché, etc.). D'autres études encore reposent sur de longues séries d'observations systématiques qui ont permis de mettre à jour certains phénomènes. » (Ciccotti Serge, 2007)

L'extrapolation ne concerne pas seulement le cadre expérimental, elle est aussi utilisée à propos de l'usage des statistiques, qui permettent de dégager des « tendances

expérimentales ». Ceci pour légitimer que même si l'on peut ne pas se reconnaître dans les comportements décrits dans ce livre, le mécanisme exposé ne perdrait pourtant pas en légitimité, bien au contraire : « Vous comprendrez au fur et à mesure que nos comportements ont leur rationalité propre, et qu'ils sont généralement dictés et motivés par des mobiles qui ne sont pas nécessairement observables de prime abord ». Ainsi donc, il est admis que même si on ne se reconnaît pas dans les comportements décrits, ceux-ci n'en sont pas moins valides, et que, en plus, il est plus facile d'identifier les "vraies" raisons des comportements pour un scientifique rationnel que pour l'individu lui-même. Nous voilà donc revenus à notre paradigme explicatif et à ses implications déresponsabilisantes.

Ainsi, la généralisation est possible tant que la validité écologique¹¹⁶ des expériences est garantie : « Les participants des expériences citées sont < manipulés >, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas connaissance du véritable but de la recherche. Parfois, ils n'ont même pas conscience qu'on les observe [...] ». Cette "précaution" prise, il n'est plus nécessaire pour Cicchetti de mentionner ni le contexte social ou géographique, ni l'époque, ni d'ajouter quelques précisions sur ces fameux expérimentés "malgré eux" : ce que leurs expériences du laboratoire raconte est directement universalisable par l'opération scientifique. C'est ce saut de trop que critique Isabelle Stengers (2002) dans son livre *Sciences et pouvoirs*, en démontrant qu'un fait scientifique est toujours fabriqué en laboratoire dans un contexte situé et donc sur un mode d'existence particulier. Au laboratoire, il *existe*, soit, et nous n'avons pas de raisons de douter de la réaction des participants aux expériences. Mais cela ne permet en aucun cas de

116 Pour définir cette notion, je m'appuie sur l'ouvrage de Vinciane Despret, qui la décrit en ces termes : « Les psychologues savaient bien que leurs sujets peuvent être influencés par ce que cherche le scientifique. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle, dans les recherches, les expérimentateurs veillaient le plus souvent à camoufler les réelles questions qui guidaient leur recherche, ce qui leur permettrait d'éradiquer l'hypothèse selon laquelle les sujets auraient fait ce qu'on leur a demandé *parce qu'on leur a demandé*. Du fait qu'ils sont ignorants de ce qui est attendu d'eux, puisqu'on leur cache, les sujets ne font pas ce qu'ils font parce que l'expérimentateur leur a demandé, mais pour des raisons plus abstraites et plus générales. Ce qui, selon les psychologues, garantirait la < validité écologique > de l'expérience. Celle-ci décrit ou démontre quelque chose qui vaut en dehors du laboratoire, ce qui ne serait pas le cas si le sujet avait fait ce qu'il a fait parce que le scientifique en tant que tel le lui avait demandé : *ce qu'il a fait grâce à ce stratagème, il pourrait le faire dans d'autres circonstances* » (Despret Vinciane, 2009 : 9).

l'universaliser en dehors du laboratoire¹¹⁷. Nous pourrions faire un parallèle avec les atomes. Au laboratoire et selon un mode d'existence propre, les physiciens créent un paradigme, une manière de voir et de faire, qui permet à la fois de faire exister leur objet avec ses définitions précises, de mettre en œuvre des expérimentations qui peuvent les mettre en évidence voire d'interagir avec, grâce à la médiation d'une batterie d'instruments sophistiqués (eux-mêmes issus d'autres théories complexes), etc. En-dehors du laboratoire nous avons bien une idée de ce que sont les atomes, nos définitions communes. Mais personnellement je n'ai jamais "vu" d'atomes ou je n'ai jamais interagi avec eux : d'une certaine manière, on pourrait ainsi dire que je ne côtoie pas les mêmes atomes que ceux des physiciens car ils existent différemment... ce ne sont donc pas les mêmes atomes. Il en est de même avec les comportements dits psychologiques : on peut tout à fait les faire exister en laboratoire, dans la vie quotidienne de chacun, ou au cabinet de psychiatrie. S'il est tout à fait envisageable que ces modes d'existence dialoguent et se confrontent, il est par contre tout à fait critiquable qu'un mode d'existence soit imposé par l'extrapolation du laboratoire à l'ensemble de la sphère sociale. À mon sens, toute idéologie – que je définis comme une vision du monde (un système d'idées), donc à ce titre je parle d'idéologie scientifique – se doit d'être discutée, et à ce compte là d'être critiquable et critiquée. L'idéologie scientiste que je vois à l'œuvre dans beaucoup de discours scientifiques justement ne répond pas à cette possibilité d'être critiquée, par sa prétention à se situer "hors-paradigme". L'invitation à la discussion que je propose, et donc l'exposition à la critique ne fait pas de mon idéologie une idéologie totalitaire, qui *imposerait* un point de vue ; au contraire, elle propose une *discussion* de points de vue tous singuliers.

117 Je me permets ici d'insister sur une précision : je ne nie pas l'idée même "d'expérience", mais je critique l'autorité des discours qui leur donnerait une légitimité quasi absolue, comme seule voie d'accès authentique à une vérité, à un réel extérieur. Une expérience *dit* quelque chose d'une réalité construite certes, mais dans un dispositif particulier, ainsi sa généralisation mériterait d'être discutée. Et en cela, une expérience peut susciter plusieurs interprétations. Dit autrement, il n'y a pas "une expérience", mais il existe autant de variantes d'expériences qu'il existe de discours à propos de ces variantes.

La psychologisation à l'œuvre dans l'ouvrage est doublée d'une biologisation à l'endroit où l'auteur fait le choix d'inclure une part évolutionniste à ses explications.

« Aujourd'hui, de très nombreuses recherches en psychologie ont comme grille de lecture la théorie de l'évolution. C'est, tout du moins outre-Atlantique, le modèle intégrateur dominant puisque le darwinisme (sélection naturelle et sélection sexuelle) permet aujourd'hui d'expliquer des faits dans différentes disciplines (génétique, biologie, zoologie, psychologie, etc.) et de faire des liens entre ces disciplines. Ce < nouveau > paradigme est capable d'éclairer simplement de nombreux résultats de recherche et de faire des prédictions sur les comportements. Nos agissements et notre façon de juger et de voir les choses ont été soumis aux différentes pressions sélectives. » (Ciccotti Serge, 2007 : 385)

Cette rhétorique me semble caractéristique de la sociobiologie évoquée plus haut. Cette utilisation de l'argument adaptationniste n'est pas sans raisons puisqu'il est utile à la légitimation du déterminisme, il rend légitime tous les comportements rapportés par l'auteur : si le comportement est déterminé c'est qu'il est le plus adapté, et donc la boucle est bouclée car le déterminisme est à la fois le départ et la conclusion de son postulat. Ce raisonnement circulaire est ce qu'on appelle une tautologie scientifique. La tautologie n'est pas un problème en soi, sauf quand elle ne se considère pas ainsi et devient par là même un positivisme. Je me permets de souligner une définition du positivisme défendue par la philosophe Isabelle Stengers, qu'elle décrit comme la « disqualification de ce qui n'est pas reconnu comme scientifique, [...] qui ôte à ce contre quoi "la science" s'est constituée toute possibilité d'en contester la légitimité ou la pertinence »¹¹⁸. Et c'est par l'établissement de liens qui font office de raccourcis entre génotype et phénotype comportemental par exemple que cette tautologie fonctionne. Ciccotti fait de ce rapprochement entre génotype et phénotype une simple évidence et je me dois encore une fois de le citer longuement par crainte d'être accusée de caricaturer sa pensée (qui je crois, n'a pas besoin de caricature) :

118 Notion définie dans l'ouvrage *L'invention des sciences modernes* d'Isabelle Stengers (1995 : 35).

« Prenons l'exemple des signes de l'endormissement. Lorsque vous êtes fatigué, vous bâillez, vous vous étirez, vous avez une raideur dans la nuque, certains se grattent, etc. Bref, il existe des signes identiques chez la plupart d'entre nous et personne ne passe de l'état de veille au sommeil directement (sauf cas pathologique : la narcolepsie). Ces signes ont été sélectionnés par l'évolution. Ils nous alertent que le sommeil est imminent et nous viennent de nos ancêtres communs, c'est-à-dire de ceux qui ont pu se reproduire et nous transmettre les gènes qui déterminent ces comportements. On suppose que ceux qui ne possédaient pas ces gènes n'ont pas pu survivre et se reproduire. Contrairement à nos ancêtres, ils ne sentaient pas venir le sommeil et n'avaient pas le temps de se mettre à l'abri dans un arbre ou une grotte. Ils sont donc morts en se faisant manger par des ours ou des phacochères ! Voilà comment l'évolution ne retient que les comportements les plus adaptés. Nous héritons la plupart de nos comportements de nos gènes et donc de nos parents. »

Le problème que je vois à cet endroit est qu'il fait la lourde impasse de justifier comment il rapproche un comportement à son gène (plus souvent considéré comme un marqueur). Un autre raccourci qu'il emprunte est celui de la comparaison entre les comportements de contemporains et ceux d'ancêtres qu'on imagine, qu'on se fantasme, de l'époque de Cro-Magnon. Qu'il s'appuie sur d'autres expérimentations de psychologie sociale plus anciennes mais dont il aurait les résultats serait entendable mais qu'il utilise de telles spéculations sur nos "ancêtres" pour légitimer certains comportements qu'il relève dans notre société est d'un autre ordre.

C'est dans les raccourcis de cet acabit que se joue le réductionnisme biologisant. Car si je caricature à peine, l'auteur compare des expériences contemporaines mettant en scène trente occidentaux dans des IRM où ils ne peuvent bouger que le petit doigt à une idée qu'il se fait d'hommes des cavernes dont il se crée tout un fantasme à partir de deux ossements enfouis et

trois gribouillis dans une grotte pour naturaliser ses préjugés sur le comportement humain¹¹⁹. Je me permets de préciser que ma moquerie vise uniquement l'auteur, et non les paléoanthropologues qui ont je n'en doute pas, plus conscience des limites inhérentes à leur discipline que lui – je pense par exemple à Stephen Jay Gould qui déconstruit à sa manière une forme de biologisation du social dans son ouvrage *La mal-mesure de l'homme*. Par ailleurs, j'imagine que l'auteur ne m'en voudra pas de mes moqueries, car il ne devrait pas tellement me tenir responsable de mon comportement très certainement ancré dans mes gènes. Mais d'ailleurs pour savoir si ma moquerie est un comportement retenu par l'évolution, ne faudrait-il pas m'observer avec mes congénères, puis regarder cette communauté évoluer sur plusieurs générations pour voir si en effet mon comportement favorise ma survie, celle de ma descendance, ou la transmission de mes gènes d'une manière ou d'une autre ? Encore une fois l'auteur ne s'embête pas avec de tels raisonnements... Cette digression que je m'octroie sur la moquerie est certes un peu piquante, mais n'est rien de moins qu'une illustration de la propre logique de l'auteur.

En évoquant plus tôt que la sociobiologie gardait une place encore pérenne de nos jours, c'est à la lecture de certains passages que je me le vois confirmer. Le sociobiologiste Edward O. Wilson disait en 1979 dans sa célèbre formule que « les gènes tiennent la culture en laisse », et Serge Ciccotti semble partager cet avis sans l'affirmer aussi clairement cependant, et par quelques détours. C'est par le biais de deux autres auteurs cités que j'en arrive à cette conclusion. D'abord, il fait référence au comportementaliste Konrad Lorenz qui lui, relativise cette hégémonie génétique en disant que « nos gènes ne décident pas de tous nos comportements » (Ciccotti Serge, 2007 : 386). Mais cette possible libération d'un déterminisme génétique est cependant (lourdement) nuancée par le poids d'un autre déterminisme, celui-là environnemental : l'« environnement (culture, relations humaines, climat, etc.) va également influencer nos actions et nos jugements ». Plus qu'une libération d'un

119 Mon propos ne se veut pas être à vocation généralisante, même si j'ai souvent croisé ce même genre de raccourcis rapides et réducteurs dans mes lectures évolutionnistes.

déterminisme génétique, Lorenz propose de le fragmenter en plusieurs déterminismes à la fois génétique et environnemental. La réduction de nos comportements n'est pas d'ordre strictement génétique, soit, mais reste une réduction du comportement soumis à une "chose" extérieure. Dans un tel modèle, on ne comprend pas trop où situer les volontés individuelles, mais cela ne semble pas être sa préoccupation car, nous l'avons déjà dit les comportements ont « une rationalité propre », cet "en-dehors" que j'estime déresponsabilisant.

L'autre auteur sollicité par Ciccotti, Richard Dawkins, n'est certes pas à priori un allié mais il semble cependant lui faire un clin d'œil :

« L'homme du passé, comme tout organisme vivant d'ailleurs, cherchait à contrôler son environnement afin de se développer et transmettre son génome. [il poursuit en note de bas de page] La sexualité est le moyen qu'a trouvé notre génome pour passer d'un organisme à un autre et perdurer longtemps. Finalement, certains chercheurs pensent que nous sommes < instrumentalisés > par nos gènes... Ils sont même d'accord pour dire que dans l'espèce animale, la propagation des gènes est l'unique raison pour laquelle la vie existe encore sur Terre. » (Ciccotti Serge, 2007 : 388)

Ciccotti fait, j'imagine, référence à la théorie du gène égoïste qui postule que les corps seraient seulement des véhicules à gènes. Pourtant Dawkins, aussi réductionniste soit-il, prend dans son livre consacré à cette thèse la précaution de situer la place de la culture par rapport à la biologie. De manière attendue, la biologie est première et supporte la culture, mais il décline l'évolution biologique aux objets culturels (par analogie avec l'unité du gène, il va inventer le *même* sur lequel va agir la sélection culturelle) afin de produire une relative autonomie de celle-ci vis-à-vis de la biologie. Avec Ciccotti, aucune précaution de cet ordre ne peut être relevée.

Par ailleurs, et pour vous mettre sur la piste de ce qui est à suivre, j'ai pu remarquer un certain nombre de fois que l'individu était souvent assimilé à son cerveau par l'utilisation de certaines expressions comme « le cerveau calcule » page 37 ; « que conservera notre cerveau » et

« notre cerveau n'est pas fait pour se souvenir des questions [...] » page 57 . Et quand l'individu n'est pas "substantifié en gris"¹²⁰, le cerveau prend alors un fonctionnement autonome et indépendant de celui de l'individu : « Si vous pensez fortement à quelque chose, vous allez leurrer votre cerveau » page 345 ; « le cerveau cherche une solution et trouve un argument » page 347 ; « Nous connaissons maintenant les bases neuronales de ce type de traitement de l'information qui vise à éliminer la conclusion aversive » page 349. Il s'agit ici d'exemples de ce que j'appellerai neuronisation, et que je développerai plus tard. Cette incorporation de l'individu en son propre cerveau – comme dans le champ du neurodroit d'ailleurs – fait exister l'en-dedans "cerveau" comme un en-dehors quasiment autonome (mais peut-être est-ce lui le fameux détenteur de la rationalité que Ciccotti réclame depuis ses premières pages...).

Donc à ce stade, Ciccotti nous a dressé le portrait d'un humain dont le fonctionnement est façonné par les activités autonomes de son cerveau et de ses gènes et dont l'objectif est la survie et la transmission d'un certain patrimoine. Mais du fait du type d'illustrations utilisées dans cet ouvrage, nous pouvons en comprendre un peu plus sur comment est perçue la "nature humaine". Si je pensais naïvement au début de ce livre que l'être humain était doué de conscience et que le monde social était issu de toute une série de choix politiques et de vie en société, je me suis vue confrontée à un autre point de vue. Ciccotti essentialise tout et dès lors il rend le système dominant que je qualifie d'"hétéro-patriarcal, conservateur et libéral" tout à fait naturel. Tous les clichés y passent, et tous trouvent une légitimité d'un point de vue adaptationniste en justifiant du pourquoi – les causes, les origines – des choses. Nous voilà donc bien avancés d'apprendre pourquoi les filles sont plus commères que les hommes (pages 355 à 358)... « les hommes ont coopéré pour la chasse. [...] Mais les femmes n'avaient pas la résistance physique des hommes. Elles ont dû imaginer d'autres moyens de se concurrencer. [...] Les attributs des femmes (à savoir la fertilité et la fidélité) étaient moins évidents à percevoir et donc plus vulnérables au commérage ». L'usage de l'IRM pour expliquer les

120 En lien avec la substance grise formant le cortex cérébral.

développements différents entre cerveaux d'hommes et de femmes, les parallèles avec des expériences d'éthologie sont autant d'arguments pour mieux légitimer certains comportements, y trouver des causes. Causes somme toute fantasques car rien ne nous prouve qu'on puisse si facilement ni rapprocher une image issue d'une IRM d'un comportement (et encore moins quand on imagine les conditions de réalisation de l'IRM, cet espace clos très bruyant où le sujet ne doit pas bouger... censée mimer quelque chose d'une réalité hors laboratoire), ni calquer de nos amis les animaux une quelconque information sur les raisons qui nous poussent à agir d'une façon et pas d'une autre. Je pense que l'organisation de notre société selon un certain modèle est un *choix* délibéré, construit, situé, contextualisé, et ce n'est pas comme je te tente de l'argumenter, des expériences réalisées sur une trentaine d'individus, ni sur les rats ou les écureuils, qui pourraient prouver le contraire. Ce modèle constructiviste que je fais mien souhaite donner à la logique expérimentale non pas une valeur d'absolu, mais bien ce que sa définition même exprime, à savoir une valeur d'essai¹²¹, dépendant donc d'un contexte et donc (au moins) précautionneusement généralisable.

Ainsi cette bio-psychologisation du social fonctionne grâce à ces procédés : celui de l'extrapolation des résultats obtenus en laboratoire ou issus de statistiques décontextualisés et celui de la réduction de l'être humain à un être doté d'un seul et unique motif transcendant à son être, à savoir celui d'être vecteur d'informations et de comportements via ses gènes.

Je redoute le danger politique inhérent à cette tendance, et l'exemple que je vais vous donner est assez démonstratif : la naturalisation d'un comportement, comme celui de « mater » – la partie de la page 381 est titrée « Les hommes sont-ils vraiment tous des < mateurs > ? Différences hommes femmes vis-à-vis de l'excitation visuelle sexuelle ». Si je n'ai pas de jugement vis-à-vis du fait de "mater", j'en ai par rapport à la connotation qui va avec quand il s'agit des différences de genre, car en 2020 il est encore courant qu'une femme (plus que les hommes) se fasse "mater", siffler, mettre une main aux fesses, agressée sexuellement ou violée. En poussant ainsi la logique de cet ouvrage ici, ce genre de comportement naturalisé est alors

121 Expérience dans le *Dictionnaire historique*.

totallement déresponsabilisé, et pourrait se légitimer avec des arguments du type "ce n'est pas moi qui ai agressé cette femme, c'est mon cerveau, mes gènes, fruit d'une sélection naturelle et sexuelle... les psychologues sociaux le disent et on l'a même observé chez les singes". Bien sûr l'auteur ne dit jamais cela¹²² – et il est fort à parier qu'il condamnerait ces comportements, ou tout du moins je l'espère (mais je n'en sais rien) –, mais par contre sa logique permet aisément de le penser. L'auteur pourrait même dire que les sociétés humaines doivent se prémunir des comportements naturels. Mais il ne le dit pas, certainement pour être cohérent avec son épistémologie qui lui dicterait une éthique de "scientifique" cantonnée à faire état des études de psychologie sociale sans déborder sur le plan "politique" ; et cela n'enlèverait rien à sa biologisation naturalisante qui entraîne une déresponsabilisation des comportements. Le problème que je retiens de cette frilosité de la science à vouloir s'appropriier un propos politisé, c'est la tendance inverse, tout autant politique à mes yeux, de vouloir tout naturaliser. Dans ce livre les clichés sont parfois explicites (les femmes sont plus commères que les hommes, la poupée Barbie est une synthèse d'un idéal de beauté dont l'origine est évolutive, etc.), mais parfois plus vicieux : l'auteur nous décrit des scènes typiques de la vie quotidienne où M. est au golf pendant que Mme prend le thé avec des amies, où M. gère le budget familial et aime les véhicules motorisés quand Mme s'occupe du ménage et aime les beaux bijoux, et j'en passe. Une telle simplification des comportements et de telles légitimations qui situeraient ces comportements "dans la nature" de chacun illustrent cette bio-psychologisation en logeant la responsabilité dans un en-dehors de nous, ici nos gènes ou des forces évolutives.

D'ailleurs l'empathie qui est au cœur de mon propos ne résiste pas à ce procédé. Selon Cicotti, « la mécanique de l'empathie » se détecte finalement très facilement chez les uns et les autres : pour savoir si un individu est empathique, il suffit de voir s'il est sensible au « bâillement par contagion », et si tel n'est pas le cas, alors Cicotti en conclut que « si le fait de

122 Je rappelle ici, afin d'éviter toute confusion, que l'usage des tirets droits dans ma thèse n'est pas la marque d'une citation, je leur réserve les guillemets.

voir une personne bâiller ne vous fait rien, alors c'est peut-être que vous avez quelques traits de personnalité schizotypique, ce qui entraîne chez vous une difficulté à ressentir ce que les autres peuvent éprouver » (p328-333). Être aussi sommaire dans le développement des concepts et schématique dans les façons de présenter les choses ne se fait pas sans simplification à l'extrême. Dans le monde de Ciccotti, tout peut prendre un sens, celui-là déterminé sous le seul signe des causes et des origines, dans le "bon ordre" des choses après tout...

L'individu, présenté dans ce paradigme, est un mandataire d'objets agissant sur lui – quasiment transcendants car éloignés du regard, et dont la conduite semble être orchestrée de façon automatique. Même la production de la pensée dans ce cadre de lecture, qu'elle soit rationnelle ou non, semble elle aussi soumise à l'action d'un cerveau présenté comme indépendant et autonome.

Au tour du cerveau donc d'entrer en scène.

C. La neuronisation du social

Ce que j'appelle neuronisation est cette biologisation du social qui réduit ce dernier à l'entité du neurone. Bien qu'il s'agisse d'une sous-catégorie de la bio-psychologisation du social que je viens de développer, l'intérêt de lui consacrer les lignes qui vont suivre est qu'elle fait directement écho à mes questionnements actuels sur l'objet de la psychiatrie, en plaçant le cerveau à l'origine des comportements. Elle participe à ce titre à esquisser l'humain dont je cherche à dessiner le portrait dans ce chapitre 2.

Les neurosciences sont aujourd'hui largement sorties des laboratoires pour envahir de manière hégémonique tous les espaces sociaux – une forme de biologisation du social selon la définition de Sébastien Lemerle, dont l'influence s'accroît de plus en plus. Cette abondante irrigation a permis de favoriser la création d'un « neuro-réalisme », comme le soulignent Brigitte Chamak et Baptiste Moutaud dans le chapitre intitulé « La < vie sociale > des neurosciences »¹²³. Ce procédé tend à prêter à l'imagerie cérébrale la capacité de dévoiler une image objective de l'activité cérébrale et de nos expériences subjectives, conduisant ainsi à la promotion d'une « politique qui utilise comme support à la décision des résultats en neurosciences ». Plus précisément :

« L'idée que le cerveau et son fonctionnement seraient la clé de la compréhension de la nature humaine et l'hypothèse selon laquelle les pensées, actes et comportements pourraient être réduits à des processus neuronaux se diffusent largement. Ces idéaux sont au cœur du projet de connaissance des neurosciences et structurent un discours naturaliste philosophique qui est partie intégrante de ce champ participant à répandre une conception de l'homme et de sa vie de relation < cérébro-centrée >, une nouvelle forme de vie et d'être au monde pour l'individu qui se définirait en référence au fonctionnement cérébral » (Chamak Brigitte et Moutaud Baptiste, 2014 :1)

Davantage que dans une définition de la biologisation qui serait de l'ordre d'un discours théorique modulable selon les sphères à qui il s'adresse, c'est ici d'un paradigme dont il s'agit, qui articule des discours avec des modes d'action. « Ainsi, les neurosciences nous proposent aujourd'hui un ensemble d'interventions psychothérapeutiques, psychopharmacologiques, ou chirurgicales pour moduler, restructurer ou stimuler de manière plus ou moins invasive et directe le fonctionnement du cerveau ». C'est ainsi que les neurosciences multiplient les préfixes de manière transdisciplinaire (neuroéthique, neurophilosophie, neurolinguistique, neuromarketing, neuropsychiatrie, neuroéducation, etc.), afin de fournir une neuro-explication

123 Issu de l'ouvrage de réflexion pluridisciplinaire *Neurosciences et Société : Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, de Brigitte Chamak et Baptiste Moutaud (2014).

à l'être humain sous toutes ses facettes, concernant à la fois ses comportements et ses représentations.

Ainsi, alors que le terme neurosciences est déjà apparu dans les années 1960, c'est dans les années 1990, la « décennie du cerveau » que le phénomène prend de l'ampleur. À la fois par la translation de la recherche du laboratoire à la clinique, de « la paillasse au lit du malade » (Abi-Rached Joëlle et Rose Nikolas, 2014), mais aussi par le développement de techniques d'imageries cérébrales plus sophistiquées, et leurs usages élargis vers la sphère judiciaire, les écoles, l'économie, etc.

C'est ainsi que le cerveau est devenu le nouvel objet fétiche de la psychiatrie. Pleines de promesses d'explications, les neurosciences pourraient bien être le nouvel eldorado de la psychiatrie et fourniraient (enfin !) la clef du fonctionnement de l'esprit humain. Tourmentée par la question du dualisme corps/esprit, la psychiatrie n'a globalement pas tranché, et a tenté de prendre position à différentes reprises, d'un côté ou de l'autre, oscillant devant ce dilemme depuis sa naissance. Car rapprocher le psychisme du cerveau revient à dissoudre l'un dans l'autre, l'esprit dans le cerveau, opération qui mènerait à fusionner la psychiatrie avec la neurologie, comme Jean Delay – repris par Bruno Falissard (2018) dans son article « Neurologie et psychiatrie : éloge d'une différence » – le résume justement : « Une distinction entre neurologie et psychiatrie fondée sur la présence ou non de lésion, reviendrait à faire de la psychiatrie une discipline virtuellement inexistante : "en s'objectivant, cette science deviendrait sans objet". La psychiatrie serait une sorte de peau de chagrin qui se nierait elle-même au fur et à mesure de son développement et du progrès des connaissances ».

Cette angoisse d'une dissolution de la psychiatrie par elle-même est ancienne, et l'hystérie en a été probablement l'une des illustrations de controverse les plus célèbres, sujet nous ramenant à la fin du 19^e siècle, où le neurologue Charcot et le psychanalyste Freud ont œuvré à la conceptualisation d'une frontière entre neurologie et psychiatrie¹²⁴. Ces va-et-vient entre

124 Charcot a voulu à travers le concept d'hystérie permettre la différenciation de lésions nerveuses anatomiques de lésions fonctionnelles ; et Freud, dans ses pas, et par le développement de sa psychanalyse et de son concept d'inconscient, a achevé ce découpage entre lésionnel et fonctionnel,

positionnements naturalisant et subjectivant, entre des conceptions plutôt du côté de l'homme cérébral ou à l'inverse de l'homme parlant, ne ressemblent pas tant au doux bercement des vagues de la mer qu'à l'image du ressac, violent et explosif, donnant lieu à de vives controverses, du côté européen comme du côté outre-atlantique.

En France, la discipline "neuropsychiatrie" se crée dans l'après-guerre, et selon Armelle Grenouilloux (2019), cette création a plus servi à évacuer rapidement un problème qu'à le résoudre. Cette création, selon elle, a eu lieu :

« pour des questions officiellement statutaires, plus probablement économiques, mais relevant certainement aussi des mêmes < querelles de juridiction > qu'Outre-Atlantique. C'est vers 1950, qu'au siège du Conseil national de l'ordre, l'affaire fut bâclée comme un détail sans importance. Le terme de neuropsychiatrie fut adopté sans discussion. Il aura fallu 20 ans pour réparer cette erreur >. En effet, extrêmement controversée en termes de formation, ainsi que d'organisation et de moyens d'exercice, subordonnant la psychiatrie à la neurologie dans une relégation maltraitante des malades des hôpitaux psychiatriques, la neuropsychiatrie française disparaît en décembre 1968. Ceci, après trois ans d'âpres débats ayant abouti au premier Livre Blanc de la psychiatrie, support de la réforme. Il s'est agi pour Charles Brisset et le Syndicat des psychiatres français créé à cette occasion, de déconstruire < le mythe de la spécialité neuropsychiatrique >. » (Grenouilloux Armelle, 2019 : 4)

Pourtant 50 ans plus tard, le débat bat encore son plein, et la question n'est pas tranchée. Les avancées des neurosciences ont en effet abandonné depuis les années 80 leurs objets d'études spécifiques (les sens, le mouvement, etc.) pour s'étendre au fonctionnement de la pensée, des émotions, des sentiments moraux et des comportements sociaux. Armées d'outils sophistiqués comme la biologie moléculaire et l'imagerie cérébrale (à qui on prête ce pouvoir objectif de voir le "cerveau en action" et ainsi tendre à créer ce « neuro-réalisme »), qui

psychiatrie et neurologie.

reconstruisent virtuellement cet humain cérébral, elles nous ramènent vers ce pôle naturalisant. Dans cette perspective, des Human Brain Projects fleurissent – ces tentatives de simuler le fonctionnement du cerveau humain grâce à des superordinateurs – et entretiennent tous l'illusion d'enfin percer la pensée humaine à jour. La France ne résiste pas à cette tentation, et l'Académie de médecine a voté début 2018 la réouverture d'une « formation spécialisée transversale » de neuropsychiatrie destinée aux professionnels des deux disciplines. La boucle est bouclée, encore une fois.

Le débat prend, comme le présente le psychologue et sociologue Alain Ehrenberg (2004), une nouvelle dimension si on le situe dans le contexte actuel de notre société néo-libérale individualiste promotrice de performance :

« Si la tension entre une conception de l'homme comme être corporel et cérébral et une conception adverse de l'homme comme être socialisé et parlant est traditionnelle en psychiatrie, un nouveau contexte s'est installé : la souffrance psychique et la santé mentale sont devenues les principaux points de repères de l'individualisation de la condition humaine dans la société de l'autonomie généralisée. Elles offrent un nouveau langage permettant d'exprimer les tensions sociales accompagnant ce régime normatif. [...] Les neurosciences sont l'apport scientifique, technologique et médical permettant de répondre à la fabuleuse demande de santé mentale qui s'est diffusée depuis une vingtaine d'années dans nos sociétés. » (Ehrenberg Alain, 2004 : 131-132)

Ce néo-libéralisme se différencie du capitalisme classique dans sa volonté de constituer une société faite d'individus dont les projets de vie s'organisent autour de la réalisation, de la gestion et de l'accumulation de capitaux. Il se concentre sur l'individu pour en donner une représentation capitalisée étendue dans toutes les sphères de sa vie (capital financier, capital retraite, capital social, capital culturel, capital santé, etc.). L'individualisme inhérent à ce système se situe dans la mise en compétition de tous ses agents, et l'expression de leurs problèmes use d'un « nouveau langage » comme le dit Alain Ehrenberg focalisé sur la santé

mentale pensée elle aussi de manière individuelle, excluant ainsi de penser les problèmes de façon collective.

Et ce débat autour d'une psychiatrie assimilable à la neurologie se situe bien à cet endroit : parle-t-on en psychiatrie uniquement de problèmes d'ordre organique (et qui ne remettraient ainsi pas en cause leur contexte d'apparition¹²⁵) ou d'ordre psychique dans un monde social situé ? Cependant, qu'il s'agisse d'une dualité corps/esprit affirmée et clivante, ou d'une volonté de fusionner les deux en une seule entité indivisible, je n'y vois, dans les manières dont elles sont défendues, que des tentatives réductionnistes. Quand les neurosciences affirment que l'esprit est le cerveau (autrement dit le corps), elles le font par l'opération de réduction que nous avons étudiée par différents modes jusqu'ici. Les théories spiritualistes opèrent finalement de la même manière, à la différence près qu'elles considèrent l'esprit comme primant sur la matière. Par cette autonomie, elles le rendent inaccessible à l'action de mécanismes biologiques. Ce questionnement s'apparente encore une fois à mon sens au paradoxe de l'œuf ou de la poule, à une quête de l'origine qui fait que la recherche relègue au second plan la question du pour-quoi des raisons et des intentions.

La neuronisation dont il est ici question est une déclinaison de la bio-psychologisation, mais mon propos n'est pas de prôner un bannissement pur et simple des neurosciences dans nos pratiques psychiatriques. Pour complexifier un peu les choses, j'admets bien entendu qu'un biologiste ou un neurologue peuvent construire (je dis bien construire, et non découvrir) des objets biologiques ou neurologiques sans pour autant biologiser ou neuroniser le social. Alain Ehrenberg (2004), à sa manière, distingue ainsi deux programmes des neurosciences :

« On peut en effet repérer un programme < faible > et un programme < fort > des neurosciences. Le programme < faible > vise à progresser dans le traitement des maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, etc.) et à découvrir des aspects

125 Même si l'apparition d'une maladie dite somatique réclamerait finalement elle aussi d'être contextualisée, pour mieux la comprendre et peut-être mieux la soigner.

neuropathologiques dans les maladies mentales comme les schizophrénies. Le programme < fort >, sur lequel je porterai ici l'attention, identifie, philosophiquement parlant, connaissance du cerveau et connaissance de soi-même et, sur le plan clinique, pense pouvoir fusionner neurologie et psychiatrie, c'est-à-dire in fine traiter les psychopathologies en termes neuropathologiques et, peut-être à plus long terme, nous permettre d'agir plus efficacement sur notre machinerie cérébrale pour augmenter nos capacités de décision et d'action. » (Ehrenberg Alain, 2004 : 132)

Le programme qu'il qualifie de « faible » ne procède, je pense, pas nécessairement d'une neuronisation, car il s'intéresse à un objet circonscrit que sont certaines maladies neurologiques, ou permet de pointer certains aspects neuropathologiques de certaines maladies mentales. Je rajouterais qu'il ne neuronise pas nécessairement, mais il le peut, tout dépend du discours ou des pratiques associées, notamment s'il nie la construction sociale de ses objets neurologiques.

Son « programme fort » quant à lui, produit un paradigme qui fusionne, selon Ehrenberg, le cerveau et ce que certains nomment l'esprit et donc leur corollaire en médecine, la neurologie et la psychiatrie. C'est dans une perspective plus large qu'il est question non plus de s'intéresser à des processus neuropathologiques ponctuels, mais de définir d'une manière nouvelle l'humain, que d'aucuns nomment « l'homme neuronal », simple produit de l'évolution. Cette expression est reprise par différents auteurs, dont le neurobiologiste Jean-Pierre Changeux dans un livre du même nom, édité en 1983, ici repris et critiqué par Jean-Louis Feys (2014) :

« L'homme n'est qu'un être vivant comme les autres ; et, comme les autres, il est le fruit de l'évolution et des mécanismes de construction propres au cerveau : < Avec le progrès des connaissances en neurobiologie, en génétique moléculaire et en paléontologie, les dimensions du "phénomène humain" perdent leur caractère de prodige. De la souris à l'homme, le cortex cérébral se compose des mêmes circuits élémentaires. [...] Cette continuité de l'évolution anatomique de l'encéphale

s'accompagne d'une au moins égale continuité dans l'évolution du génome. [...] Le darwinisme des synapses prend le relais du darwinisme des gènes >. Le langage, chez l'homme, n'est donc qu'un processus d'apprentissage parmi d'autres et peut se comparer à celui du chant chez le moineau même s'il est bien sûr d'un niveau plus complexe. » (Feys Jean-Louis, 2014 : 163-164)

Finalement, c'est bien ce processus d'assimilation du sujet humain à son cerveau qui est au cœur de la neuronisation du social, le soumettant ainsi aux lois de la biologie et des théories de l'évolution afin de l'objectiver et de le naturaliser. L'exemple du propos de Serge Ciccotti est illustratif à ce niveau : finalement quel que soit le comportement que l'on adopte, il aura ses "raisons en soi" et sera toujours explicable par une théorie biológico-évolutionniste – qu'il réponde parfaitement au comportement attendu, ou non – car les scientifiques pourront toujours trouver la rationalité d'un comportement quand bien même elle ne serait pas (re)connue par le sujet. C'est pour cela que je me permets d'employer la notion de *soumission* : soumettre étant le fait de céder, d'obéir de manière volontaire ou parce qu'on y est contraint, à quelqu'un ou à quelque chose dont on reconnaît la force, l'autorité, la nécessité¹²⁶, l'individu est bien soumis à ces conceptions qui le transcendent et dont la valeur scientifique en fait gage de vérité et donc d'*autorité* indiscutable.

Encore une fois, le « pas de trop » (expression de Ehrenberg) qu'opèrent les tenants d'une neuronisation consiste à faire sortir les faits de laboratoire en les universalisant, par le procédé que nous avons déjà identifié dans le processus de bio-psychologisation. Les exigences méthodologiques de la biologie et donc des neurosciences imposent une neutralisation des phénomènes sociaux afin d'isoler un élément manipulable pour tester une hypothèse. Il s'agit déjà bien d'une méthode discutable (quand, comme nous l'avons déjà souligné, on oublie que les objets sont construits), mais là ne se situe pas la réflexion qui vient. Le problème se situe au moment d'étendre les résultats d'une recherche sur le cerveau aux comportements humains,

126 Soumettre dans le CNRTL.

au sujet humain, ce qui devient dès lors au mieux une erreur méthodologique, au pire une spéculation naturalisée (naturalisée car elle ne se souhaite pas paradigmatique, elle se souhaite hors-paradigme). En effet, ce prétendu "hors-paradigme" de la biologie est souvent revendiqué et légitimé par la volonté neutralisante et objectivante de la science, où l'observateur peut devenir le porte-parole des éléments qu'il met en scène, et en faire un discours hors scène et généralisable à n'importe quel individu. Mais la naturalisation sous-entend un paradigme scientifique, une certaine manière située de voir les choses – quand bien même elle veut faire oublier qu'elle est située –, elle n'est donc pas neutre. Elle devrait à ce titre pouvoir être confrontée aux autres paradigmes, c'est-à-dire pouvoir être *discutée*, car cette "soumission" à l'ordre naturel qu'elle revendique rend ses discours autoritaires car témoignant de la "vraie" réalité, et devient en ce sens intouchable.

Alain Erhenberg (2004) propose une compréhension du phénomène du succès de la neurobiologisation en termes sociologiques, qui devraient déplaire aux défenseurs d'une science neutre, objective, autonome, pragmatique :

« Les raisons sociales du succès populaire des neurosciences tiennent alors moins à leurs résultats scientifiques et pratiques qu'au style de réponse apportée aux problèmes posés par notre idéal d'autonomie individuelle généralisée. Elles permettent aujourd'hui de consoler ceux qui, en réalité la plupart d'entre nous, ont des difficultés à faire face à ce monde de décision et d'action qui s'est édifié sur les ruines de la société de discipline, celle qui connaissait ce respect de l'autorité dont la perte fait l'objet de lamentations quotidiennes. Mais les neurosciences suscitent également l'espoir que soit fourni à chacun des techniques de multiplication des capacités cognitives et de maîtrise émotionnelle, également indispensables dans un tel style de vie. C'est pourquoi les neurosciences ne sont pas extérieures à l'idée de < santé mentale >, elles en sont la pointe scientifique et technologique. Les habitudes prises avec les consommations de médicaments psychotropes, de drogues et de substances dopantes, ces pratiques neurochimiques d'usinage de soi, ont largement préparé le terrain.

L'extension des frontières de soi que recouvre la normativité de l'autonomie (valorisation de la réalisation de soi, de l'action individuelle, de la self-ownership) fait que les conditions semblent réunies pour qu'une représentation de soi comme cerveau malade constitue une référence sémantique appropriée. » (Ehrenberg Alain, 2004 : 147)

Ce phénomène n'est pas sans rappeler l'esprit du biocapitalisme qui, après la 2nde Guerre mondiale, a voulu associer une forme de productivité, et de technicisation du bien-être humain en favorisant la recherche scientifique¹²⁷. Cette conception de l'humain plus globale et novatrice, maximisatrice, permet de poser un autre regard sur les nouvelles entités psychiatriques et leurs constructions. Alain Ehrenberg (2004) prend l'exemple de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le syndrome de la Tourette ou encore les porteurs du syndrome d'Asperger. Ces derniers, depuis que la science leur a reconnu un fonctionnement cérébral anormal, constituent selon lui une partie de la population dont les comportements naturalisés ont gagné en légitimité. Leur déstigmatisation passe ainsi par la reconnaissance de leur maladie et peu à peu par la réclamation à l'ouverture à la "neurodiversité" dans la société. On pourrait construire le discours autrement, et permettre à ces personnes de s'assumer non pas à partir de leurs troubles psychiques, mais par leur *singularité* (qui peut-être répond moins aux comportements reconnus comme normaux, mais qui ne sont non pas moins justifiés). Ehrenberg retrouve ce même type de discours concernant l'hyperactivité chez l'adulte. Cette

127 Tel qu'exposé par Joëlle M. Abi-Rached et Nikolas Rose (2014) dans « *Historiciser les neurosciences* » : « Il existe plusieurs raisons intellectuelles et idéologiques qui sous-tendent une telle rationalité utilitariste, anticipatrice et préventive, toutes spécifiques du milieu même de la recherche scientifique qui a subi une restructuration fondamentale dans les années 1960. Au risque de simplifier un processus beaucoup plus complexe, deux raisons principales peuvent expliquer l'intégration des rationalités du bien-être social et des < sciences fondamentales >, en d'autres termes, le savoir-faire technique des connaissances de laboratoire, la prospérité économique et une éthique de l'amélioration de la condition humaine qui peut être nommée < l'esprit du biocapitalisme >. La première raison est un héritage de la feuille de route de Vannevar Bush [...], qui est devenu le plan d'investissement d'après-guerre dans la science et la technologie [...]. La seconde raison est l'émergence de ce que Steven Shapin [...] appelle l'« entrepreneur scientist », le scientifique hybride du 20^e siècle qui va au-delà de < l'esprit scientifique > [...] pour participer activement à la transformation de la science en entreprise commerciale. Cette éthique de < l'esprit du biocapitalisme > sera encore plus visible avec l'importance croissante de la < recherche translationnelle >, dont le but est de traduire les résultats de laboratoire en applications cliniques. » (Abi-Rachel Joëlle M. et Rose Nikolas, 2014 : 57)

vision objectivante du sujet permet sa déculpabilisation par la « stigmatisation sociale qui singularise les pathologies mentales » (Ehrenberg Alain, 2004 : 149) : je (tu) suis (es) différent mais ce n'est pas ma (ta) faute, c'est mon (ton) cerveau (fonction rhétorique que nous avons déjà esquissée avec le court exemple de la naturalisation et de la déresponsabilisation de la préférence sexuelle). Le risque que pointe Ehrenberg (2004) est l'enfermement du patient dans sa maladie. Je dirais que la naturalisation de la maladie dans le cerveau *essentialise* le sujet qui doit faire avec la fatalité d'un en-dehors de soi (ou d'un en-dedans trop éloigné). Dans certaines maladies, la naturalisation empêche de se confronter à des symptômes qui n'en sont plus, comme la culpabilité et la honte : « Bien sûr, on peut avoir honte d'être malade du cancer, mais dans une névrose obsessionnelle, ou une dépression, la honte a un autre statut, celui de symptôme » (Ehrenberg Alain, 2004 : 150).

Cette fatalité de l'en-dehors de soi ou de l'en-dedans trop éloigné engendre certaines conséquences qu'expose Tobie Nathan (1999) dans son « Manifeste pour une psychopathologie scientifique » de l'ouvrage *Médecins et sorciers ?* co-écrit avec Isabelle Stengers. Dans cet ouvrage, où il oppose les techniques psychiatriques occidentales aux pratiques divinatoires souvent dénigrées, la spécificité de la fatalité biologique qu'applique la science psychiatrique occidentale se situe selon lui dans la solitude dans laquelle elle plonge le patient : « Le but du < savant > [...] est toujours de couper le sujet de ses univers, de ses affiliations possibles, de le soumettre, lui aussi, lui comme tout le monde, de le soumettre, et surtout en tant qu'individu seul, à l'implacable et aveugle "loi de la nature" » (Nathan Tobie, 1999 : 20). Dans les sociétés non occidentales promotrices de pratiques de guérisseurs, l'avantage du patient est, selon lui, qu'il ne se retrouve jamais seul, toujours raccroché à d'autres semblables par le sorcier. Donc, outre le fait que les neurosciences continuent à fabriquer plus de symptômes par la naturalisation du social qu'elles opèrent, c'est dans un état d'isolement profond qu'elles logent l'individu, seul avec ses neurones et son cerveau défectueux.

L'autre corollaire de cette remarque est que cette conception du phénomène psychiatrique devient l' « objet d'expert », comme Nathan l'explique plus loin :

« Je crois que vous n'avez pas encore discerné les deux conséquences catastrophiques du fonctionnement de la pensée savante :

1. La première est que, en soudant le symptôme à la personne l'on désolidarise la personne de ses semblables. Agglomérée à son symptôme, elle devient différente de ses proches : sa mère, son père, ses frères – elle perd ipso facto ses appartenances familiales, ethniques, de langue. Elle devient < objet d'expert > qui, d'ailleurs, quelquefois revendiquent cette propriété.

2. La seconde tombe sous le sens : pharmacologues et psychothérapeutes peuvent dialoguer sans cesse, même si c'est pour mutuellement se critiquer. Ils dialoguent car ils s'entendent sur l'essentiel – le symptôme doit être rendu solidaire de la personne –, ils ne divergent que sur les découpages des parties élémentaires (structures du cerveau pour les premiers, structure de la psyché pour les autres) permettant ce mécanisme d'attribution. En faisant fonctionner un tel système, ils pensent qu'ils ne font que penser – et du même coup disqualifient tout autre type de pensée.

Donc, vous disais-je, les Blancs pensent qu'ils pensent. Ils pensent même que la leur est la seule façon de penser. En constatant que les autres – je veux bien sûr parler des guérisseurs originaires de sociétés non occidentales, les Noirs – ne parviennent jamais à renoncer à leurs esprits, leurs fétiches, leurs démons, leurs sorciers, ils en concluent que les autres croient. » (Nathan Tobie, 2004 : 52-53)

Cette distinction entre savoir et croyance n'est pas sans rappeler le concept du Grand Partage de Bruno Latour, que nous avons déjà évoqué avec le livre de Ciccotti (qui défendait ce Grand Partage par la rationalité de la science qui la différenciait des croyances). Et Tobie Nathan a raison selon moi de préciser que la psychanalyse (j'imagine que c'est elle qui est désignée à travers ceux qu'il qualifie de « psychothérapeutes » et qui utilisent un découpage en termes de « structure de la psyché ») emprunte le même procédé en faisant exister un inconscient, un

autre type d'en-dehors de soi, qui structurerait la pensée humaine, et sur lequel le psychanalyste aurait une lecture plus « juste » que son patient (le concept de refoulement est un exemple intéressant de ce que le psychanalyste sait et voit à l'œuvre et que le patient ne fait pas exister). L'un continue de croire, et l'autre sait. Ce Grand Partage, Bruno Latour lui assigne une frontière peuplée d'experts à qui nous déléguons le pouvoir d'une connaissance sur l'action. Son propos ne se destine pas à la seule psychiatrie mais au fonctionnement de la « science » occidentale plus généralement, où la politique missionne ces experts de trouver les réponses auprès de ceux qui savent, pour instruire, imposer des règles de vie à ceux qui croient. Le parallèle entre psychiatre et expert me paraît ici intéressant, car il est lui aussi situé à une frontière, celle entre les sciences explicatives et la société incarnée par le patient. Porte-parole d'explications sur les pourquoi des causes et des origines, je m'interroge donc avec Alain Ehrenberg (2004) sur la place du sens que le psychiatre peut alors laisser émerger dans la rencontre avec son patient.

« Les mécanismes biologiques sont dérivés de la constitution sociale de l'homme qui englobe sa biologie. On ne comprendrait en effet plus pourquoi l'une des caractéristiques naturelles majeures de l'espèce humaine consiste à vivre en société, comme si ce n'était qu'une question d'option, comme si les nécessités de l'espèce n'étaient pas sociales. Supposons que l'on découvre un jour les mécanismes biologiques de la culpabilité, de la honte, de l'angoisse. N'aurions-nous pour autant plus aucune raison (sociale et morale) de nous sentir coupables, honteux, angoissés ? Ces sentiments jouent un rôle logique et anthropologique aussi indispensable à l'être humain pour vivre que son corps. Nous sommes donc équipés biologiquement pour vivre comme des êtres sociaux. Cela implique de prendre comme critère du mental non l'intériorité, mais la signification, autrement dit la normativité sociale : sans corps, il n'y a pas d'être humain, mais sans vie sociale, sans monde commun non plus. » (Ehrenberg Alain, 2004 : 154-155)

Avec lui, je m'interroge en effet sur la place "fondamentale" que l'on octroie à la biologie car sans construction collective permettant la mise en sens commun, ni la biologie ni la psychologie n'existeraient.

L'une des caractéristiques des études constructivistes est la déconstruction d'idées qui sont données à voir comme non-construites, déjà présentes naturellement, qui vont de soi. Déconstruire la naturalité d'un fait, c'est par exemple démontrer que d'une part ce fait a été façonné par étapes successives, en fonction de certaines intentions et d'autre part, comment les naturalistes tentent de s'en défendre en effaçant toutes traces de construction ; ce que je pointais avec le procédé de Ciccotti.

Le scientifique Stephen Jay Gould que j'ai déjà évoqué, défend ce point de vue d'une fabrication de la science dans son livre *La mal-mesure de l'homme* en 1983, dans lequel il s'est employé à faire l'archéologie des techniques de mesure de l'intelligence et de leur contexte d'émergence (discrimination raciale aux États-Unis, colonialisme occidental). Il nous met en garde dès l'introduction de son ouvrage et identifie deux méthodes (la réification et la classification) pour construire un objet scientifique, faisant écho au concept de réductionnisme :

« Mon argumentation s'ouvre par l'une de ces illusions, la réification, c'est-à-dire notre tendance à transformer les concepts abstraits en entités (du latin *res*, « chose »). Nous reconnaissons l'importance de l'esprit dans nos vies et souhaitons en connaître les caractéristiques de manière à opérer parmi les individus les divisions et les distinctions que nous impose notre système politique et culturel. Nous donnons le nom d'« intelligence » à cet ensemble merveilleusement complexe de facultés humaines. Ce symbole commode est alors réifié et acquiert son statut équivoque de chose unitaire. Une fois l'intelligence devenue entité, les processus classiques de la science imposent pratiquement qu'on lui cherche une localisation et un substrat physique. Le cerveau étant le siège de l'esprit, c'est donc là que doit résider l'intelligence.

À ce point de raisonnement, nous rencontrons la deuxième erreur, la classification, c'est-à-dire notre propension à ordonner les valeurs complexes selon une échelle graduelle de valeurs ascendantes. Le progrès et le gradualisme comptent parmi les notions ayant exercé une influence profonde sur la pensée occidentale [...]. Mais la classification exige un critère permettant d'attribuer à tous les individus un statut dans une série unique. Et quel meilleur critère qu'un chiffre objectif ? » (Gould Stephen Jay, 1983 : 18-19)

Le propos de son livre est de resituer la construction de cette entité "intelligence". Pour cela, il s'évertue à montrer combien l'impartialité des scientifiques concernés à l'époque par cette question était impossible malgré leur bonne foi qu'il ne remet pas en cause. Stephen Jay Gould met ainsi en relief un parti pris inhérent à tout chercheur, notamment des présupposés raciaux dans son cas d'étude (dont le chercheur n'a d'ailleurs pas forcément conscience), et qui amène l'expérimentateur (qui se prétend objectif) à commettre ce qu'il serait de l'ordre de l'erreur, du jugement et de l'interprétation. Malgré ce genre de travaux le débat sur l'origine de l'intelligence bat encore son plein aujourd'hui¹²⁸ : relancé par exemple très récemment en novembre 2019 sur le réseau social Twitter, où circule une carte du monde prétend démontrer une différence de Quotient Intellectuel selon les pays. Elle est issue d'un ouvrage de 2002 du psychologue Richard Lynn, *Le QI et la richesse des nations*, qui défend la part résolument plus importante de la génétique que des facteurs environnementaux dans cette répartition de l'intelligence. Accusé de racialisme, il a été destitué de sa chaire de professeur émérite mais il n'en reste pas moins que son propos a été abondamment repris par les partisans d'extrême-droite, et légitime les inégalités de répartition de richesses qui seraient d'origine "naturelle". Le débat semble prendre entre défenseurs d'une théorie génétique et ceux d'une théorie environnementale. Les erreurs qui sont d'ailleurs souvent pointées pour contester la théorie de Richard Lynn sont l'insuffisance de méthodologie et l'inexistence de tests « culturellement

128 Voir l'article de Pauline Moullet (2019) pour le journal web *Libération* sur la notion de carte mondiale du QI.

neutres ». Finalement ce débat entre inné/acquis rend la discussion pauvre car détournée du sujet des intentions de leurs partisans : quel monde veut-on décrire par ce prisme, dans ce paradigme ? D'un côté comme de l'autre, les tenants de la génétique ou de l'environnement créent des mondes déterminés par des en-dehors inaccessibles, où l'individu est la somme plus ou moins pondérée tantôt d'un patrimoine génétique, tantôt d'un patrimoine culturel, le noyant dans la masse statistique, et pouvant justifier les pires idées discriminantes "au nom de la science". Stephen Jay Gould (1983) illustre combien les légitimations scientifiques au racisme ambiant ont contribué à promouvoir l'esclavagisme, le sexisme, les politiques restrictives d'immigration et les politiques eugénistes. Je ne peux que le rejoindre sur le fait que « cette prise de conscience ne parvient pas à pénétrer dans les habitudes de pensée profondément enracinées qui nous conduisent à réifier et à classifier, habitudes qui apparaissent dans des circonstances sociales précises qu'elles viennent en retour consolider » (Gould Stephen Jay, 1983 : 407).

L'empathie n'a pas fait exception à cette tentative de « réification » par la science. Jean Decety, professeur de psychologie et de psychiatrie et spécialiste des neurosciences sociales multiplie les études médiatisées notamment sur l'empathie et ce sont ses argumentations notamment qui seront le fil conducteur de la suite de ce propos.

Jean Decety énonce clairement ses intentions dans le titre même de son article de 2002 « Naturaliser l'empathie », réactualisé entre autres dans un article de 2010a où il traite également de la sympathie¹²⁹. Son approche est d'utiliser les paradigmes issus de sciences expérimentales telles que la biologie, et notamment la théorie de l'évolution, afin d'argumenter l'idée que « l'empathie repose sur des mécanismes de traitement de l'information qui ont été façonnés au cours de l'évolution permettant une communication implicite avec autrui et qui seraient à la base de l'intersubjectivité » (Decety Jean, 2002). « La base de l'intersubjectivité », autant dire la base de toute construction humaine, est ainsi selon lui « naturelle ». Nous

129 Article qui s'intitule « Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie ».

sommes ici au cœur de mon chapitre 2 dont l'objectif n'est, je me permets de le rappeler, que d'esquisser le portrait de l'humain tel que je le croise souvent quand il s'agit de penser l'empathie.

L'empathie est définie par Decety comme un partage d'émotions qui « requiert que l'on comprenne qu'une autre personne ressent une émotion sans impliquer forcément pourquoi ». C'est ainsi qu'en évacuant les intentions, ou tout du moins le sens et ses raisons, l'auteur compare l'empathie humaine à celle des autres primates, et déclare que « son déclenchement est souvent automatique [...] peu contrôlable et non conscient. Nous savons aussi que les bébés possèdent une motivation innée pour l'apprentissage et une compétence biologique pour les interactions relationnelles émotionnellement chargées qui serviraient de mécanisme précurseur de l'empathie ». Il place donc l'empathie aux fondements de l'intersubjectivité (et par extension, on imagine, de la culture humaine) dans l'ordre naturel.

À l'opposé d'une démarche que je nommerais plus phénoménologique, c'est-à-dire qui partirait de ce qui *est* et de ses raisons, l'auteur cherche lui, les causes "au-delà" des raisons. Cette quête ressemble beaucoup à une quête des origines, en allant observer ce qui était *avant* : *avant* l'adulte le bébé, *avant* l'homme contemporain nos ancêtres, *avant* l'humain d'autres primates. Jean Decety fait ainsi œuvre d'*explication* que je qualifie ici de *naturalisante*. Cette recherche explicative des origines ou cette histoire naturelle de l'empathie, je la différencie de la construction d'une histoire *compréhensive*, celle dont le sens est choisi par une personne qui se situe dans une manière de voir et de faire affirmée, située socio-politiquement et qui "raconte des histoires" finalisées.

Ces précisions que je me permets d'apporter et qui enrichissent les catégories d'explication et de compréhension esquissées dès l'introduction de cette thèse, sont importantes pour poser les bases de ma thèse que j'affirmerai au 3^e chapitre. Ainsi, en naturalisant l'empathie depuis des cadres conceptuels des sciences expérimentales qui historiquement se sont construits en se pensant comme pragmatiques, comme hors-paradigmes, comme expliquant les processus par le *comment* et le *pourquoi* (des causes et des origines), et en évacuant le *pour-quoi* (des

raisons), cela me semble mal engagé dans ma démarche de construire une science non-déshumanisante, ou trop humanisante dans sa dimension animale d'*Homo sapiens*.

Fait notablement intéressant, Jean Decety dans son article de 2002, considère que ses recherches pourraient s'avérer utiles cliniquement. Nous apprenons à ce sujet page 10 que « l'empathie implique un mécanisme de résonance avec les affects inconscients de l'autre sans que le thérapeute ou la personne ne perde l'intégrité de son Soi. [...] L'empathie est considérée comme l'un des ingrédients clés dans la création d'une relation thérapeutique ». Il évoque parmi d'autres exemples issus de psychothérapies différentes, la *compréhension empathique* de Carl Rogers, qu'il reformule ainsi : « si nous pouvions ressentir toutes les sensations viscérales et sensorielles d'un individu, si nous pouvions éprouver son champ phénoménologique incluant les éléments conscients et aussi les expériences qui n'ont pas atteint le niveau conscient, alors nous aurions la base parfaite pour appréhender et comprendre le sens de son comportement ainsi que pour prédire son comportement futur ». Même s'il a conscience de l'impossibilité de cette quête, c'est bien l'idée d'une science prédictive qui l'anime, qui l'intéresse. Cette interprétation du fonctionnement des êtres humains m'est douteuse quand une science essaie de prédire les comportements (ce n'est certainement pas le rôle du thérapeute), mais nous reviendrons plus en détails sur Carl Rogers au chapitre 3. Sa naturalisation de l'empathie passe par l'intégration des autres théories : Jean Decety fait effectivement un effort définitionnel notable (il distingue l'empathie de la sympathie et de l'identification par exemple) et s'appuie pour cela, comme nous venons de le voir, sur différents paradigmes. Mais ceci, plus que dans l'idée de faire co-exister différents niveaux d'interprétation, il me semble qu'il tente de situer l'empathie naturalisée à la base de tout. Nous aurons l'occasion de reparler du paradigme intégratif un peu plus loin.

L'intérêt que porte Jean Decety à la place de l'empathie dans la relation médecin-patient me semble donc amplement justifier que l'on s'y attarde un peu. Decety, dans une volonté plutôt pragmatique, s'appuie sur des études sur l'efficacité des psychothérapies et affirme que le

paradigme psychothérapeutique en jeu n'a que peu d'importance car ce qui est significatif (sous-entendu statistiquement) est la capacité empathique du thérapeute. C'est ainsi que Decety mobilise la psychologie évolutionniste, au croisement de la biologie évolutive et de la psychologie cognitiviste, qui s'appuie sur les neurosciences pour se débarrasser du paradoxe de l'irrationalité des résultats de ces études et dit : « les résultats de cette enquête peuvent paraître paradoxaux à première vue puisque les fondements pseudo-objectifs des approches psychothérapeutiques sont violemment critiqués (à juste titre selon moi) et que finalement la perspective humaniste s'en sort plutôt bien parce qu'elle met l'accent sur l'empathie. Ce paradoxe – c'est l'école la moins scientifique qui semble la plus efficace – disparaît selon moi si l'on considère ce qu'est la nature de l'empathie, quelles sont ses bases biologiques, ses racines évolutives et son architecture cognitive » (Decety Jean, 2002 : 11). Ces études concernant l'efficacité des psychothérapies méritent un petit détour. Elles font en effet écho à ce qui est appelé depuis 1975 l'« effet dodo », ou « dodo bird verdict », pour parler de ces efficacités dites équivalentes des psychothérapies, quelles que soient leurs obédiences¹³⁰. L'expression est employée pour la première fois par Luborsky en 1975, et fait directement référence à l'extravagant oiseau d'Alice au pays des merveilles (de Lewis Carroll) qui, pour orchestrer la "course saugrenue" visant à réchauffer d'autres animaux trempés, les fait tourner en cercle autour de lui, et déclare que tous les participants sont gagnants. Les différentes études sur le sujet ont montré en effet l'absence de résultats significatifs en terme de supériorité d'efficacité d'une psychothérapie par rapport à une autre, mais des limites méthodologiques font entendre avec précaution ces résultats. Par la suite, les études se sont concentrées à trouver des « facteurs curatifs communs ». Dans les résultats de deux études, celle de Lambert et celle de Duncan, on dissocie artificiellement le thérapeute de la technique qu'il incarne, pour finalement conclure que le choix de la technique n'a que fort peu d'importance (15 % de l'efficacité selon Lambert, et 8 % pour Duncan). Si ces études soulignent l'importance d'une

130 Voir l'intéressante thèse sur le sujet de l'alliance thérapeutique de Florie Pardoulet (2019) sur laquelle je m'appuie pour la suite de ce propos.

relation de confiance et la part "active" du patient, c'est en considérant la présence du thérapeute, sa posture, son engagement dans sa thérapie comme indépendante de la technique thérapeutique employée. Je ne peux partager ce point de vue qui dissocie thérapeute et technique, car en considérant que manières de voir et de faire s'articulent sans cesse, l'engagement que je promeus s'inscrit depuis un point de vue situé, où technique, système de valeurs, posture et propos sont entremêlés¹³¹.

Outre l'efficacité dans les psychothérapies que l'on peut lui associer, Jean Decety voit un autre intérêt à l'étude de l'empathie et à sa naturalisation qu'il explicite dans l'autre article de synthèse de 2010a :

« Essayer de comprendre les perturbations de l'empathie nécessite un examen du développement neuropsychologique de l'enfant, incluant les aspects endocriniens et hormonaux, la physiologie du système nerveux autonome, les facteurs génétiques et leurs interactions avec le contexte psychologique et social. [...] En se concentrant sur les mécanismes fondamentaux du cerveau et du comportement, plutôt que sur des troubles psychiatriques bien singuliers, nous pourrions améliorer ou même créer des interventions thérapeutiques nouvelles (comportementales et pharmacologiques) qui pourront être utilisées dans une grande variété de troubles. » (Decety Jean, 2010a : 142)

Ainsi, en objectivant le plus précisément le concept d'empathie, cette base relationnelle et socle de l'intersubjectivité selon lui, des techniques comportementales et pharmacologiques pourront – mieux que l'empathie, ou que l'étude de cas « singuliers » – corriger les défauts d'empathie, et par là d'autres également.

Pour ce faire, Jean Decety s'appuie sur une conception modulaire de l'esprit où « l'esprit est divisible » et justifie ce choix par son avantage à pouvoir « expliquer l'accroissement graduel de

131 Et nous y reviendrons plus longuement au chapitre 3.

nombreux composants de l'esprit ». Le module, terme utilisé dans les domaines précis de la physique, de l'architecture, des mathématiques, ou de l'informatique n'est pas sans évoquer une vision mécaniste de la pensée et de l'organisation cérébrale, où des éléments s'encastrent mais, tout aussi complexe que puisse être le jeu d'encastrement, il n'en reste pas moins qu'il se situe dans une volonté d'explication rationnelle du comportement humain. Ainsi, tout passe à la moulinette de la naturalisation, « le raisonnement, le langage, le calcul ou encore l'intentionnalité sont tous des aspects d'un substrat neurologique avec une histoire évolutive » (Decety Jean, 2002 : 11). À l'instar du propos de Serge Ciccotti (mais plus finement tout de même), il s'agit là aussi d'un procédé de naturalisation qui passe ici par une bio-psychologisation dont nous avons déjà abordé les mécanismes, doublée d'une neuronisation cette fois en référence aux modules neuronaux évoqués.

Ce qui mène en toute cohérence Jean Decety à concevoir l'*émotionnalité* elle aussi comme le fruit d'un processus évolutif sélectionné, comme des « réactions émotionnelles manifestement programmées » propres à tous les mammifères. De fil en aiguille, cette naturalisation de l'empathie et des émotions l'amène à naturaliser tout un tas de normes sociales et en premier lieu le sens moral (à la manière de Jérémy Rifkin que nous avons croisé au chapitre 1). « L'empathie, à un niveau primaire, n'est pas le propre de l'homme même si chez celui-ci elle se développe de façon singulière grâce à la culture jusqu'à servir de base au sens moral et aux comportements altruistes ». Je ne sais effectivement pas ce qu'entend l'auteur par « sens moral », mais il illustre dans un autre article de 2010(b) les « émotions morales »¹³² par la culpabilité et le remord. Cette quête des origines qui justifie la naturalisation de l'empathie me paraît encore une fois représenter un sérieux problème. Je ne suis pourtant pas tant ennuyée à supposer l'existence d'un ancêtre commun à notre espèce et que d'autres primates puissent avoir des caractéristiques communes, comme par exemple une forme d'empathie « émotionnelle », mais à partir du moment où il existe une capacité de construction

132 Dans son article « La force de l'empathie » tiré du magazine de vulgarisation de psychologie *Cerveau & Psycho*.

intentionnelle, rien ne "m'autorise" ni ne "m'oblige" à accepter le cadre évolutif pour faire d'une émotion l'origine d'une morale (ou d'un sentiment moral), ni même à accepter un monde où « les émotions sont des programmes d'action stratégiques adaptés à la survie et à la reproduction » (Decety Jean, 2010b : 45). À partir du moment où il y a intention, je peux adopter un paradigme existentialiste pour qui les intentions priment : la morale et les émotions se conjuguent pour créer des intentions singulières et il n'y a pas lieu d'y faire intervenir une origine évolutive (ou dit autrement, on peut le faire, mais on ne peut pas imposer cette manière unique de voir). Pour Jean Decety, ces émotions ont une finalité adaptative – leur intentionnalité résiderait en premier lieu, à l'insu même des individus – à des fins de sur-vie : « des modules de programmes façonnés par la sélection naturelle, qui fonctionnent en harmonie avec l'intellect et sont indispensables pour le fonctionnement de l'esprit tout entier ». On comprend facilement son idée très adaptationniste : les émotions qui diminuent la survie et la reproduction des individus ou des groupes ont été contre-sélectionnées. Le cas du soin parental est utilisé comme exemple (ici, et à différents endroits) pour illustrer ces comportements évolutivement nécessaires afin d'assurer la descendance (il prend cet exemple dans son article de 2010a) et la réceptivité des parents aux signaux de leurs enfants. Alors, comment m'expliquer qu'en Italie, on oblige légalement les parents d'enfants de moins de 4 ans à se doter de dispositifs anti-oublis de bébé dans leurs voitures¹³³ ? De trop nombreux oublis tragiques ont mené le gouvernement à opter pour cette option, mais doit-on conclure pour autant à un paradoxe évolutif chez les Italiens porteurs de gènes qui auraient dû être contre-sélectionnés ? Je ne sais pas ce qu'en pense Decety pour ce cas, mais son propos général laisse à penser que cette idée ne lui déplairait pas... Dans la même logique, le fait de ne pas avoir peur face au danger a lui aussi son explication, car aurait pu avoir des conséquences néfastes voire létales pour l'individu : cette absence l'aurait handicapé soit en l'empêchant d'être effrayé dans une situation où aurait fallu fuir soit d'être suffisamment

¹³³ Voir le curieux article de l'AFP repris par le journal le Monde, *Les automobilistes italiens devront désormais équiper leur véhicule d'un dispositif anti-oubli de bébé.*

prompt au combat. Tous les comportements trouvent ainsi évolutivement leur justification : « la communication des états internes à autrui, la promotion des compétences exploratoires vis-à-vis de l'environnement, la régulation des échanges sociaux et dans les processus de prise de décision et la préparation de l'action. » Ces mécanismes émotionnels et rationnels sont selon Decety mesurables, et devraient être sous-tendus par des structures neuronales que les chercheurs tentent de trouver.

Ce postulat adaptationniste a d'autres implications. À partir du moment où l'on considère les primates, par exemple, comme des animaux sociaux, il devient donc intéressant pour les naturalistes de comparer l'empathie humaine à celles des autres primates, nous verrons bientôt cet aspect avec le célèbre éthologue Frans De Waal. Et donc cette comparaison ne se fait pas sans payer le lourd tribut de la hiérarchisation naturalisante. C'est ce que Gould définissait plus tôt comme la « deuxième erreur » commise par les scientifiques :

« À ce point de raisonnement, nous rencontrons la deuxième erreur, la classification, c'est-à-dire notre propension à ordonner les valeurs complexes selon une échelle graduelle de valeurs ascendantes. » (Gould Stephen Jay, 1983)

En comparaison avec les comportements animaux, il ne ressort certes pas une graduation chiffrée mais bien une échelle de valeurs concernant notre empathie "complexifiée" comparée à la leur. On apprend alors que « seuls les primates humains manifestent la capacité de percevoir les autres comme des agents intentionnels », postulat qui me semble bien discutable, rien qu'à observer le comportement de certains animaux domestiques. Et pour ne parler que de l'empathie humaine, elle fait bien l'objet d'établissement d'échelles : le EQ, acronyme anglais du quotient d'empathie est probablement la plus célèbre¹³⁴. Cette échelle a été élaborée par Simon Baron Cohen¹³⁵, psychologue britannique et fervent évolutionniste par ailleurs, qui a

134 Elle fait référence en tous cas, selon l'avis de certains médecins travaillant en Centre Ressource Autisme (selon des communications personnelles).

135 La version française de cette échelle a été traduite par C. Besche-Richard, M. Olivier et B. Albert, accessible sur la page web suivante : <http://pages.infinet.net/frelyne/aspi/EmpathyQuotient.html> (vous remarquerez qu'elle renvoie à la page d'un blog, qui ne constitue pas une "référence" à proprement parler, mais que j'ai vue réutilisée dans d'autres travaux de psychologie et d'odontologie notamment, et que je me permets donc de partager ici).

défendu une théorie sur l'autisme qui décrit cette pathologie comme une expression trop genrée du cerveau, une forme extrême de « cerveau masculin ». Dans l'échelle d'empathie qu'il a établie, on peut retrouver des items comme « j'essaie d'être à la mode », ou bien encore « quand j'étais enfant, j'aimais couper les vers de terre pour voir ce qui se passe ». Même si je peux imaginer que notre propension à suivre une certaine mode vestimentaire ait un lien plus ou moins proche avec notre considération d'autrui, et donc par là de notre capacité empathique, il n'en reste pas moins qu'en faire une généralité à des fins naturalisantes et réduite à un score, me paraît problématique. Ensuite, qu'un enfant aime couper des vers et jouer dans la nature, ne constitue pas un argument suffisant ni même pertinent pour établir un quelconque degré d'empathie pour l'adulte qu'il est devenu. Soixante items du même acabit donc, pour déterminer un quotient d'empathie, un score sur une échelle. À l'instar du QI, aucune précaution n'est prise selon le contexte de vie du patient qui passerait ce test, les items étant eux-mêmes issus d'extrapolations mises en rapport direct avec l'évaluation d'une capacité empathique.

Pour en revenir à Decety, nous avons déjà remarqué ses tendances réductionnistes, bio-psycho-neuronisantes auxquelles je voudrais ajouter encore quelques remarques. Selon lui, pour qu'un sujet soit, il faut qu'un cerveau soit : « les études neurologiques montrent que la capacité à ressentir les émotions d'autrui dépend de zones sous-corticales et temporales, alors que leur compréhension dépend davantage de régions préfrontales, et la capacité à y répondre de manière appropriée fait intervenir des zones orbitaires et cingulaires » (Decety Jean, 2010b : 44). C'est ainsi que les chercheurs nous montrent que les émotions dites primaires font jouer plusieurs circuits neuronaux dont celui du système limbique (l'amygdale et le cortex cingulaire antérieur) et ceux du cortex orbito-frontal (Decety Jean, 2002). Leurs démonstrations reposent sur des études de sujet porteur de lésions cérébrales dans ces zones et affectant leur comportement social, tant chez l'homme que chez des singes. Tout est très méthodique et techniquement très compliqué, et repose sur une étude de la littérature

extrêmement dense. Je m'arrête là dans la description car expliquer en détails la technicité n'amène pas forcément à comprendre la démarche générale, bien qu'il soit toujours intéressant de comprendre la construction d'une étude de neuropsychologie, ne serait-ce que pour contre-argumenter la naturalisation en montrant le processus de construction, mais je m'y suis déjà en partie attelée ici. Nous avons compris que l'auteur suppose l'existence d'un substrat neuronal aux émotions et il va logiquement, études à l'appui, méticuleusement observer l'activité comportementale et cérébrale, avec des êtres humains ou des primates sains ou porteurs de lésions cérébrales, en faisant varier les conditions expérimentales pour tester les émotions, leurs empreintes, leurs interactions avec d'autres zones neuronales attribuées à d'autres fonctions, ou encore tester s'il est "neuronalement" différent de penser pour soi (à la première personne), pour un autre ou dans une situation d'imitation, etc., le tout étant de démontrer que tel circuit neuronal est impliqué dans tel ou tel comportement (la douleur par exemple) qu'il considère comme universel (en s'appuyant pour argumenter cette universalité sur des études anthropologiques, éthologiques ou psychologiques).

Ce réductionnisme est encore plus prégnant dans une première théorie neuroscientifique au sujet de l'empathie : alors que l'équipe du neurobiologiste Giacomo Rizzolatti, en 1992, s'intéressait aux mécanismes cérébraux qui commandent les mouvements – l'expérience avait consisté à implanter des électrodes dans le cerveau d'un singe macaque – une découverte, fruit du hasard, fut d'une importance considérable pour la suite des recherches neuroscientifiques au sujet de l'empathie. En effet, lors de la pause déjeuner, les chercheurs en plein repas, observés par le singe étudié, remarquèrent que son « activité cérébrale » (en fait il s'agissait d'électrodes qui enregistraient le fonctionnement de moins de 200 neurones, dans un cerveau – soit dit en passant – qui en comporte plusieurs centaines de milliards) se comportait comme s'il était lui-même en train de manger¹³⁶. Ce fut donc le début de la théorie dite des neurones miroirs (critiquée notamment par Jean Decety pour sa simplicité) qui s'est établie ici et qui fit prétendre à Rizzolatti que « les mécanismes de communication

136 Rizzolatti et Sinigaglia *Les neurones miroirs*, d'après Serge Tisseron (2010).

interpersonnelle n'ont pas besoin de symboles arbitraires comme le langage. La compréhension est inhérente à l'organisation neuronale des cerveaux des individus » (Tisseron Serge, 2010 : 16). Rizzolatti par cette phrase opère ce réductionnisme plus radicalement encore que Decety, en réduisant le langage au bon fonctionnement de neurones, ce qui relève du même procédé de neuronisation.

Cette méthodologie d'universalisation et d'extrapolation de résultats d'expériences a permis de naturaliser l'empathie, les émotions, et plus encore la morale : « Un défaut dans les mécanismes qui sous-tendent l'intersubjectivité prive les individus de l'opportunité de développer des comportements prosociaux, d'empathie et de jugements moraux qui peuvent être considérés comme des produits dérivés de la cognition sociale », en prenant pour exemple les psychopathes, les autistes ou les patients alexithymiques. Jean Decety suggère par là, en tout cas il ouvre grand la porte à le penser qu'il faut être malade neurologiquement ou neuronalement pour justifier d'un manque de morale ou d'empathie. Cette naturalisation est exprimée encore plus clairement dans son article de 2010 à la page 133 : « La sympathie [qu'il définit comme la capacité à ressentir une motivation orientée envers leur bien-être] fournit une base affective nécessaire au développement moral chez l'enfant ». C'est bien cette « nécessité » qui est tout l'objet de cette partie qui m'est inquiétante, notamment dans les conclusions cliniques qu'il en tire :

« Une implication intéressante de l'approche naturaliste est de proposer une direction dans les prises en charge thérapeutiques qui soit compatible avec le développement phylogénétique et ontogénétique des mécanismes impliqués dans l'intersubjectivité, l'idée étant de restaurer la communication élémentaire entre les personnes par tous les canaux sensoriels (e.g. auditifs, visuels, mais aussi les postures et le ton de la voix) que véhiculent ordinairement les messages émotionnels dans des contextes les plus écologiques possibles en débutant par l'expression des émotions primaires dans des relations dyadiques, puis triadiques et enfin de groupe. Sur un plan plus

épistémologique, la naturalisation de la subjectivité, loin de déshumaniser la psychologie (clinique et psychopathologique) comme certains le craignent, apporte des éléments objectifs grâce aux approches de la psychologie évolutionniste, de la psychologie sociale, de la psychologie du développement de l'enfant et des neurosciences cognitives. Ces différentes disciplines sont autant de niveaux d'analyses complémentaires utiles à une meilleure compréhension de l'homme et de ses dysfonctionnements psychiques. Les prises en charge thérapeutiques peuvent aussi bénéficier de ces connaissances, non seulement au profit du patient, mais également dans la formation théorique et pratique des thérapeutes (e.g. par la prise en compte des différences individuelles dans l'empathie, son contrôle conscient, la manière de la développer par des techniques d'amorçage, etc.). » (Decety Jean, 2002 : 18)

Tout m'intéresse ici : la thérapie doit s'adapter (ou être compatible) à la phylogénie et à l'ontogénie, mais est-ce vraiment le rôle d'une psychothérapie ? Je ne le crois pas, à part dans des cas très précis peut-être. À ce titre, rien n'empêche par extension de proposer une éducation qui devrait être compatible avec la phylogénie et l'ontogénie. Comme l'empathie est à la base de l'intersubjectivité (et donc fait intervenir la question de la culture, car sans intersubjectivité il n'y aurait pas de culture) et de la morale, pourquoi ne pas dire plus clairement que finalement, la vie collective (la politique) devrait être compatible avec la phylogénie et l'ontogénie ? Ce pas là n'est pas franchi explicitement – bien qu'il s'agisse quand même de naturaliser les sentiments moraux – mais dans un monde hanté par l'eugénisme, où la biologie côtoie une sociobiologie pour qui « les gènes tiennent la culture en laisse », il ne me semble pas très "responsable" de laisser cette porte interprétative ouverte. Decety est une figure emblématique de la neuropsychologie et me sert ici d'illustration pour montrer qu'en universalisant la nature de l'empathie et en naturalisant la morale, il laisse la porte ouverte à ce genre de déductions.

En omettant l'existence de normes sociales, ou disons en les transformant en normes naturalisées, le risque est encore une fois d'enfermer les premières dans les secondes,

autrement dit de nous déresponsabiliser totalement de nos choix en évacuant les questions socio-politiques. Quand le chercheur en blouse blanche héritant de l'autorité conférée à l'épistémologie des sciences expérimentales se penche sur ce sujet et travaille à naturaliser une forme d'empathie et de morale, il la rend par la même occasion indiscutable (hors des règles d'une discussion technicienne). Et quand la morale devient indiscutable, j'ai tendance à penser comme ses détracteurs auxquels il fait allusion : naturaliser l'empathie, ou la rend trop humaine dans sa dimension animale d'*Homo sapiens*, déshumanise en quelque sorte le monde, les thérapeutes et leurs patients y compris. Dit autrement, une morale naturelle est une morale non existentielle, une sorte d'a-morale – qui s'exprime en surplomb des paradigmes – qui nous enlève notre capacité la plus fondamentale, qui est (selon mon propre paradigme existentialiste) d'être doués d'intentions moralement construites : en cela la vision naturaliste s'oppose par ses déterminismes et son caractère indiscutable à la vision existentialiste que je défends.

Une autre contrepartie qui me semble tout aussi problématique dans cette façon de concevoir les normes sociales, et que leur naturalisation revient à considérer tout comportement déviant par rapport auxdites normes comme « pathologique » puisqu'il serait le résultat d'un dysfonctionnement de ces « en-dehors », tendant à plus (neuro-)psychiatriser le social, et à discuter en termes de troubles psychiques des déviances et des désaccords qui concernent les sphères comportementales mais aussi morales, et nous reparlerons de cette tendance avec le DSM-5. Même si je peux comprendre l'intérêt de ce type de recherches pour favoriser l'accompagnement d'individus en difficultés le plus précocement possible, ou pour limiter les effets délétères (statistiquement reconnus) de l'évolution de ces troubles, j'y vois aussi le risque d'une naturalisation qui empêche de se poser certaines questions socio-politiques collectivement (c'est-à-dire par un collectif composé d'individus que je qualifie alors de *singuliers*). S'il s'agit de statuer sur la normalité d'un comportement – sexuel par exemple, pour faire écho à la controverse qui a eu lieu dans les années 80 et qui concernait la conservation ou non du statut de trouble psychique pour définir l'homosexualité – faire intervenir

l'argument d'une possible origine naturelle à ce comportement ne me paraît pas apporter de réponse intéressante sur le *pour-quoi* (les raisons) du choix de reconnaître ce trouble comme pathologique ou non. Faire parler les experts dans ce genre de débat qui à première vue serait spécifiquement psychiatrique (il s'agissait de faire appartenir l'homosexualité au DSM à l'époque) ne décrédibilise-t-il ainsi pas d'emblée l'intérêt de poser cette question (et de réfléchir à ses réponses) "en société" ? Et par extension je me pose la question connexe : est-il donc juste, raisonnable, concevable, que ce débat ne soit défendu que par des experts qui ôtent la possibilité de parole aux patients-citoyens ?

Jean Decety met à l'épreuve la pertinence des pourquoi des origines en prenant un exemple dans son article de 2010, celui de sujets qui décident librement de donner de l'argent à des fondations caritatives. Selon lui ces sujets activeraient les mêmes circuits neuronaux du renforcement du plaisir que des sujets obtenant des récompenses monétaires, et il rajoute que « les donations sont plus élevées lorsque les participants sont en présence d'autres personnes : l'activation du striatum ventral avant la prise de décision (donner ou non) est significativement modulée par la présence des autres. Ceci n'est guère surprenant car, pour l'animal social, être observé par les autres est une situation naturelle, et le traitement des récompenses sociales (effet appelé < prestige >) est un aspect critique de motivation des comportements prosociaux ». Peu « surprenant » en effet. Ce qui me paraît beaucoup plus curieux en revanche est cette capacité de l'auteur à ne pas prendre en compte l'idée que dans un monde néo-libéral, l'argent est un facteur de réussite sociale tout autant qu'il symbolise le pouvoir¹³⁷. Il y aurait beaucoup de raisons qui me viennent à l'esprit pour comprendre les comportements qu'il décrit, par exemple que dans notre monde nous *apprenons* que gagner et capitaliser de l'argent est excitant (surtout si on en gagne plus que les autres), tout autant que de le dépenser, et si cela peut en plus nous donner bonne conscience... De l'économie à

137 On peut considérer cependant qu'il la prend d'une certaine manière en compte puisqu'il en fait un élément de renforcement de l'acte de don. Mon problème réside dans sa conceptualisation : l'argent devient naturalisé au même titre que l'empathie et les rapports de pouvoir que l'auteur mobilise ne sont donc ainsi plus symboliques, mais rendus "naturels".

l'anthropologie en passant par la philosophie, j'ai de bonnes raisons de croire que si nous avions construit le monde autrement, il y aurait des réactions différentes. Mais la force des théories évolutives réside en sa puissance tautologique (tout du moins dans sa version adaptationniste telle que déconstruite par Stephen Jay Gould dans *La mal-mesure de l'homme* par exemple) : il y aura toujours une explication évolutive puisque par définition ce qui survit est adapté. Dit autrement, pour reprendre les termes de Decety, il n'y aura jamais rien de « surprenant » dans son monde. Que cette adaptation soit bonne ou morale n'a finalement que peu d'importance : quand ce constat adaptationniste qu'on pourrait résumer en "ce qui survient devait advenir" engage la science, il donne du crédit à tout un lot de préjugés (le racisme, le sexisme, la politique, etc.)

C'est d'autant moins surprenant que tout se situe simplement au niveau du cerveau. Prenons le cas des schizophrènes entendant des voix, cas qui est peu développé par l'auteur mais que je trouve particulièrement illustratif de mon problème. Jean Decety suppose dans l'article de 2002 que si des informations traitées par une personne sont perçues comme de source endogène par le cerveau, alors cela peut expliquer les hallucinations auditives ou le syndrome d'influence ou de passivité. Dans son article de 2010 il prend l'exemple d'enfants « agressifs et antisociaux » : « Les adolescents souffrant de désordres des conduites présentent une forte réponse dans l'amygdale et le striatum ventral, régions impliquées dans le plaisir et la récompense, dont l'activité, en outre, est positivement corrélée avec leurs scores de comportements sadiques. » Dans ces deux cas, les voix des schizophrènes et les enfants agressifs antisociaux, l'explication des causes de symptômes n'est pas tellement argumentée, car rien n'exclut par exemple que les symptômes positifs de la schizophrénie n'impliquent pas eux-mêmes des transformations des circuits neuronaux, et non l'inverse (des circuits qui induiraient les comportements). Ces déductions entre cas pathologiques, imagerie et fonctionnement normal me paraissent tout à fait problématiques, voire dangereux. Un autre exemple¹³⁸ qui me paraît tout autant illustratif ici, est l'usage du paracétamol pour ses effets

138 Le mien cette fois, et non celui de Jean Decety.

antalgiques en cas de céphalées. Peut-on (ou doit-on) conclure pour autant que le mal de tête est la manifestation d'un manque de paracétamol pour l'organisme ? Là où je veux en venir, c'est que l'idée même de pouvoir lire les pensées de quelqu'un en regardant "au microscope" son cerveau ne me semble pas spécialement surprenante, aberrante car finalement et au risque de vous surprendre : pourquoi pas. Cela me choque aussi peu que de pouvoir avoir la capacité de lire sur les lèvres de quelqu'un. Mais lire sur les lèvres de quelqu'un ne suppose pas que les idées exprimées par le sujet sont produites par les lèvres... Ainsi pourrait-on "lire" notre cerveau que cela n'impliquerait pas une origine des significations dans le cerveau. Dit autrement, si je m'entraînais à considérer que j'entends des voix, peut-être que je finirais par donner à voir un cerveau fonctionnant comme un schizophrène. Plus généralement, faire des tests sur des individus regardant des photos dans une IRM pour en produire des corrélations biologiques et affirmer que nos comportements ont un substrat naturel est un peu rapide. La vie ne se résume pas à des séries d'IRM successives, réalisées lorsqu'on est encaissé dans un cylindre, immobiles, et pour pousser la caricature jusqu'au bout, à regarder des photographies de joie ou de tristesse. Je comprends bien que la "méthodologie méthodiste" des sciences expérimentales nécessite de l'abstraction et une telle réduction, mais alors je pense que pour (pourquoi pas) sauter le pas du laboratoire à la vie sociale, ces résultats doivent être motivés politiquement à chaque étude et doivent être exprimés avec toute la précaution nécessaire du dispositif dans lequel se déroulent les expérimentations.

D'ailleurs Decety affirme bien que l'intentionnalité est propre à l'humain. Comme nous sommes des êtres d'intentions, comment légitimer le passage paradoxal à la naturalisation de l'empathie ? En quoi ce type d'explication ou de théorie sur l'origine de l'empathie est-elle d'une quelconque utilité pour le vivre ensemble, et encore plus dans la relation médecin-patient ? Admettons, admettons... qu'il y ait des instincts, des émotions primaires, etc. Et alors ? Notre culture fait que nous pouvons, presque par définition, penser autrement, penser de manière non-instinctive ; cette capacité, cette potentialité nie l'instinct. Cette vision existentialiste n'est finalement ni plus ni moins vraie ou objective qu'une pensée naturalisante,

mais par contre elle possède cette qualité qui me semble indispensable pour penser le soin sans oublier le vivre ensemble : elle (re-)politise la science et la médecine en société.

D. Vivre en société, en empathie naturelle.

Frans de Waal, primatologue néerlandais réputé dans les milieux académiques et auteur de vulgarisation à succès, a écrit son ouvrage *L'âge de l'empathie* en 2009. Ce livre veut fournir un autre regard sur la société, en mettant l'accent sur les ressources empathiques que la nature confère à l'espèce humaine et à d'autres mammifères. Comment De Waal conçoit-il l'humanité ? Il faut avoir en tête qu'à mon sens, il s'engage à relever un défi périlleux à travers ce livre : concevoir une nature très inspirante où l'empathie naturelle pourrait voire devrait favoriser les réflexions politiques humaines. Je pense qu'il adopte à cet endroit un regard essentialisant concernant la nature (une "naturalisation de la nature") tout en prétendant pourtant se garder d'essentialiser la société.

En effet il veut s'éloigner d'une certaine conception de l'humanité en critiquant une certaine biologisation de l'économie compétitive qui considère les êtres humains comme des individus de nature égoïste, dont le rôle est déterminé à consommer et produire économiquement pour biologiquement survivre et nous reproduire selon les lois d'une certaine évolution. Pour l'auteur, ce raisonnement est la plupart du temps erroné dans le sens où il se développerait à partir d'hypothèses fausses. De Waal s'attaque ainsi à une version particulière de biologisation par la biologie évolutive, celle qui atteint son paroxysme avec le darwinisme social (notamment celui d'Herbert Spencer). Plus généralement, il condamne ce qu'il nomme l'« *illusion naturaliste* »

(page 50), cette tendance à confondre explication de la nature et prescription, à savoir contraindre les lois sociales par les lois naturelles, de se dire que si la nature est bonne ou mauvaise, si la compétition ou l'altruisme existent naturellement, il faudrait s'y conformer. En d'autres termes, l'auteur semble refuser ce que je nomme avec d'autres dans ma thèse toute tentative de biologisation du social, dans la mesure où « la nature peut offrir une information et une source d'inspiration, en aucun cas une prescription ».

Malheureusement je pense, comme je vais essayer de l'argumenter, que l'auteur n'arrive pas à tenir ses engagements car bien qu'il condamne ceux qui refuseraient que la biologie s'intéresse aux sociétés humaines, il veut passer « au stade suivant et [...] voir si la biologie peut éclairer la société humaine » (p15). Il tombe ainsi – voire se précipite ! – au plus profond de cette « *illusion naturaliste* » :

« Si la biologie doit façonner le gouvernement et la société, nous devons au moins dresser un tableau complet, abandonner la version en carton-pâte proposée par le darwinisme social et regarder ce que l'évolution a réellement mis en place. Quel genre d'animaux sommes-nous ? La sélection naturelle a produit des traits riches et variés, incluant des propensions sociales infiniment plus porteuses d'optimisme qu'on ne veut bien le croire. Je tiens que la biologie représente notre plus grand espoir. L'idée que l'humanité de nos sociétés dépendrait des caprices de la politique, de la culture ou de la religion donne le frisson. Les idéologies surgissent et s'en vont, la nature humaine est là pour rester. »

Là où l'on pouvait s'attendre à une prise de distance par rapport à la sociobiologie – un écart par rapport à cette « *illusion naturaliste* » – j'y retrouve pourtant la même démarche, le même élan de définition d'une nature humaine, par la même aspiration biologisante mais actualisée au regard des "données" actuelles, de la complexité apparente de la biologie. Il y a donc finalement peu de différences d'intentions entre la naturalisation de l'empathie contemporaine de De Waal et la sociobiologie des années 70.

Cette naturalisation de nos comportements et de nos préférences semble être le choix prudent et pérenne face à d'autres idéologies : considérer l'humain comme responsable et libre au sens existentialiste du terme, pouvant dès lors se définir par lui-même, comporte cette responsabilité qui peut être perçue comme angoissante, de reconnaître le vide de sens en-dehors de celui que l'on choisit de donner à ses propres comportements et à sa vie. L'affirmation anti-constructiviste de l'auteur est bien entendu l'objet de nos désaccords : là où l'auteur met tous ses espoirs de progrès du côté de la nature, je n'y vois qu'un terreau stérile et conservateur tout à fait en adéquation avec l'air du temps.

Car d'autres passages de son livre me laissent à penser que Frans De Waal n'est absolument pas un révolutionnaire comme il l'affirme lui-même, et que l'engagement politique qu'il nous livre dans son ouvrage reste somme toute je pense, conservateur : il défend d'une part le système social public européen de répartition des richesses tout en étant en admiration pour le système méritocratique nord-américain qui récompense le travail et l'excellence, quand d'autre part il critique chez les premiers leur immobilisme par la défense-à-tout-prix des acquis sociaux et chez les seconds l'immoralité d'une idéologie du chacun pour soi qui peut conduire jusqu'à abandonner une masse de population pauvre – ce malheureux déficit d'empathie qui est l'objet de ce livre. Le combat politique paradoxal de l'auteur passe donc par une promotion de l'empathie dont le manque dans nos sociétés contemporaines occidentales lui est difficilement supportable.

Voilà donc la solution que De Waal trouve pour pallier tous ces problèmes de société : réhabiliter le pouvoir de l'empathie naturelle pour désarmer les discours qui promeuvent de laisser les pauvres dans leur désarroi (il prend l'exemple de discours néo-libéraux qui préconisaient que l'État ne vienne pas en aide aux populations pauvres de l'État de Nouvelle-Orléans, ravagé après le passage de l'ouragan Katrina en 2005). Même si je n'ai pas de solution toute faite pour répondre à ce problème de l'individualisme que je critique de pair avec l'auteur ici, je me garderai de faire appel à ce type de naturalisation pour en sortir. Si je comprends l'utilité rhétorique dans le discours de l'auteur de la naturalisation de l'empathie

pour lutter contre une autre naturalisation portée par de féroces néo-libéraux, je ne peux que retourner le problème, et le prendre à travers les miens, qui sont la déresponsabilisation de nos actes par les discours biologisants, psychologisants et psychiatrisants (nous le verrons), et donc bien naturalisants.

Pour justifier de son rejet d'un néo-libéralisme naturalisé, l'auteur critique avec véhémence une biologie qui ne se cantonnerait pas à expliquer la nature humaine et ses origines mais qui serait le fruit d'une « projection » des « préjugés » de ses défenseurs. Pour sortir de la tautologie qu'il dénonce, l'auteur fait appel à la biologie « au regard objectif » qui nous montrerait une nature tout à la fois « sociale et égoïste » : « nous sommes un groupe d'animaux infiniment coopérants, sensibles à l'injustice, parfois bellicistes, mais essentiellement pacifistes. Une société qui ne tient aucun compte de ces propensions ne peut être optimale non plus » (p16). Le ton est donné, et s'ensuit un livre de quatre cents pages de soi-disant "bonne biologisation"¹³⁹ argumentant en quoi les animaux notamment les singes, coopèrent et partagent plus qu'ils ne s'entre-tuent, condition *sine qua non* de leur survie. « Chaque individu est relié à quelque chose de plus grand que lui. Ceux qui se plaisent à voir dans ce lien une invention sans rapport avec la biologie humaine n'ont manifestement pas réactualisé leurs données comportementales et neurologiques. Ce lien est ressenti en profondeur et [...] aucune société ne peut s'en passer » (p323-324). S'il ne s'agit pas de transcendance spirituelle ou religieuse, j'y vois pourtant transcendance par cette essentialisation biologisante, où comme le dirait mieux que moi Jean-Paul Sartre (1996) : « ainsi, l'homme individuel réalise un certain concept qui est dans l'entendement divin. Au 18^e siècle, dans l'athéisme des philosophes, la notion de Dieu est supprimée, mais non pas pour autant l'idée que l'essence précède l'existence ». J'imagine donc que c'est en postulant une nature humaine que l'auteur pense ne pas être tautologique et sortir des « préjugés », puisque une science objective s'appuie sur un réel essentiel – en dehors de l'être humain – qui lui permet de ne pas projeter ses envies sur la nature. D'ailleurs, l'auteur affirme qu'avant la morale humaine il y a la chair et l'os et des

139 Selon mes termes.

« jugements » quasi immédiats partagés avec des animaux tels que les « instincts sociaux » qui nous invitent à nous intéresser à l'autre (p20-p22). Ces instincts sont premiers, originaires, et constituent ainsi le « socle », « fondement » d'une morale qui devient alors seconde.

Mais d'où provient cet attachement originel que nous retrouvons chez les mammifères que nous sommes ? L'empathie remonterait à l'apparition des soins parentaux (p105). Nous sommes dotés « d'une vocation maternelle obligatoire. L'attachement a pour nous une incroyable valeur de survie, le lien essentiel entre tous étant celui qui unit la mère et sa progéniture. Ce lien fournit le modèle évolutionniste de base à tous les autres attachements, parmi lesquels ceux entre adultes » (p25). Cette réflexion fait écho aux théories de l'attachement développées par John Bowlby¹⁴⁰, théories étayées par de nombreuses études éthologiques permettant de prédire des types d'attachement (une déclinaison de l'intersubjectivité donc) en fonction des qualités du lien mère-enfant développé durant l'enfance. Même si ces études ont l'avantage de vouloir dire quelque chose du contexte de développement dans lequel a grandi un enfant, il me semble un peu réducteur de ne l'étudier qu'à travers le prisme maternel. John Bowlby pour étayer son propos s'est largement intéressé aux travaux de Konrad Lorenz dont je parlais rapidement plus tôt, qui avait étudié le comportement des oies : celles-ci après leur naissance désignent comme figure de référence le premier être à s'occuper d'elles, et ce, par-delà toute considération d'espèces. Décalé aux humains, il en a conclu et s'est attaché (comme ces oies) à décrire une théorie uniquement centrée sur le lien mère-enfant – oubliant dans l'équation la place du père – et dont l'impact reste le même dans l'établissement de relations intersubjectives quel que soit l'âge de l'individu. Je n'ai pourtant pas de problème à concevoir qu'un individu représente aussi une *construction* façonnée par certains liens et certains événements de sa vie. Pour autant, il m'est difficile d'une part de réduire ce contexte de construction au seul rapport entre un enfant et sa mère et de penser les conséquences aussi simplement qu'en termes de causalité linéaire et

140 Telles qu'elles sont exposées dans l'ouvrage *Je m'attache, nous nous attachons* de Louise Noël (2004).

fataliste. La notion même de « vocation maternelle obligatoire » comme évidence et instinct animal me paraît tout autant décalée et réductrice surtout lorsque l'on travaille en psychiatrie périnatale avec toutes sortes de situations qui ne sont justement pas de l'ordre de l'évidence maternelle. Certains considéreront que mon propos est critiquable car il s'assoit sur une longue partie de l'histoire de l'humanité où le soin maternel a été primordial en termes de survie plus que tout autre soin. Pourtant, je crois que penser la vocation maternelle comme ancestrale et humaine est une chose, mais que c'en est une autre que de l'apparenter à un phénomène de l'ordre de l'instinct et du naturel. Quel est l'intérêt de considérer la parentalité comme un processus naturel, à quoi cela sert-il ? J'ai vu qu'au sein des structures de périnatalité que j'ai fréquentées durant mon internat le recours à des théories naturalisantes au sujet de la parentalité (ou surtout de la maternalité) garantissait au moins cet avantage : la frontière entre les catégories de *naturel* et de *non-naturel* étant facilement repérable, elle facilitait souvent la prise de décision. Mais concevoir les situations que nous avons à rencontrer uniquement en termes d'évidence naturelle versus de non-évidence, de non-naturel (ou plutôt souvent de "sous-naturel"¹⁴¹), me paraît réducteur car ce déterminisme sous-tendu par cette naturalisation implique aussi que l'on bascule trop hâtivement dans une prédiction de l'avenir...¹⁴² Outre figer le problème autour d'une question qui me semble peu intéressante pour accompagner les patient(e)s dans leur parentalité, et culpabiliser le parent (la mère), je ne vois pas bien l'intérêt à faire vivre une telle conception naturalisante. Ma réponse qui serait en cohérence avec mon postulat, est qu'une rencontre intersubjective prend du temps et se construit pas à pas, et qu'il n'est en aucun cas question de culpabiliser les parents (les mères) d'un manque d'amour pour leur enfant pour la seule raison qu'elles se situeraient hors de l'ordre naturel des choses. La psychiatrie est bien placée pour savoir que ces instincts ne sont pas si évidents et nous reviendrons sur ce sujet, sur la façon dont elle répond à ces

141 Je me permets de le dire ainsi car la "mauvaise" parentalité provoque souvent chez les professionnels et tous ceux qui y sont exposés des réactions particulièrement vives.

142 Je me permets cette longue parenthèse car ces réflexions m'ont souvent habitées durant mon internat (notamment parce que j'y ai passé un certain nombre de stages dans des structures de périnatalité) et que je les ai poursuivies dans mon travail de mémoire de DES.

non-évidences. Pourtant, c'est bien le fruit de « 200 millions » d'années de pressions de sélection (les femelles plus froides et plus distantes se reproduisaient moins et propageaient moins leurs gènes que les femelles plus empathiques page 105) que les éthologues observent dans leurs zoos-laboratoires et que De Waal nous rapporte dans son livre, sans que le saut de la cage à la société humaine ne l'effraie, le tout étant sous-tendu par un rapport genré, voire sexiste :

« Descendant d'une longue lignée de mères qui ont allaité, nourri, nettoyé, porté, consolé et défendu leurs petits, nous ne devrions pas nous étonner des différences liées au sexe en matière d'empathie humaine. Elles apparaissent bien avant la socialisation : le premier signe de contagion émotionnelle – un bébé pleure quand il entend un autre pleurer – est déjà plus souvent le fait des bébés filles que des bébés garçons. Ces différences se multiplient par la suite [...] À l'âge adulte, les femmes font état de réactions empathiques plus forte que les hommes, l'une des raisons pour lesquelles on leur a attribué un < instinct de maternage > (tending instinct). » (De Waal Frans, 2009 : 106)

Même si par la suite l'auteur peut nous expliquer que ces différences d'empathie ne diffèrent pas tant, pas tout le temps, que l'attribution sexuée est plus complexe... il revient à plusieurs reprises dans son ouvrage sur ce qui me paraît une sorte de naturalisation de clichés parfois sexistes, justifiée par une origine passée de nos comportements¹⁴³. Cette thèse aussi pertinente soit-elle au regard d'une biologie évolutive, n'a me semble-t-il plus aucune consistance à partir du moment où l'on considère que l'humain construit le monde qu'il

143 Ce qu'il explique plus loin ainsi : « Mêmes nos réactions à autrui les plus subtiles partagent les mécanismes essentiels des réactions des jeunes enfants, des autres primates, des éléphants, des chiens et des rongeurs. L'ancienneté de l'empathie dans l'évolution m'inspire un immense optimisme. Elle en fait un trait robuste qui se développera chez quasiment tous les êtres humains, sur lequel la société peut compter et qu'elle est en mesure d'encourager et de cultiver. C'est un universel humain. » (De Waal Frans, 2009 : 305)

souhaite – c'est le sens de le fameux postulat existentialiste de Jean-Paul Sartre « l'existence précède l'essence »¹⁴⁴.

Ce faisant il finit par tomber dans les travers qu'il décriait au départ et qu'il avait appelés l'"illusion naturaliste", jusqu'à se prendre au piège d'un réductionnisme génétique. En effet en prenant le cas d'une maladie génétique à expression comportementale affectant directement la capacité empathique (plus précisément la capacité à se méfier) – le syndrome de Williams – l'auteur conclut ceci : « le fait qu'un petit nombre de gènes puisse causer un pareil déficit nous révèle le caractère inné de la propension naturelle à la circonspection » (De Waal Frans, 2009 : 247). Procéder à l'identification de ce type de problème, c'est en l'occurrence reconnaître en quoi ce comportement est socialement problématique, soit pour l'individu porteur du syndrome de Williams soit pour la société qui l'accueille. En conclure sur le caractère inné de la circonspection m'apparaît justement de l'ordre de « *l'illusion naturaliste* » qui entretient bien une illusion, celle de pouvoir un jour découvrir le gène de la circonspection, là où il est déjà difficile pour les chercheurs en génétique d'identifier les gènes de rétention d'eau dans les betteraves. Ce sont ce genre de considérations sur la nature humaine qui devraient être le « point de départ à tout débat sur la société humaine, non les rêveries des siècles passés qui dépeignaient nos ancêtres comme aussi libres que l'air et dépourvus d'obligations sociales » (p39-40). Voilà un exemple de naturalisation de la politique, forçant les jugements à se baser sur une "réalité" biologique plus qu'une discussion sur le plus juste... ce qui amène l'auteur à sous-entendre que tout débat sur la société humaine devrait commencer par des questions de... sécurité et de survie. J'ai ainsi beaucoup de mal à comprendre en quoi l'auteur échappe au raisonnement circulaire qu'il dénonce car lui-même semble empêtré par des jugements qu'il projette, en tout premier lieu cette croyance en l'objectivité puis la naturalisation de ce qui me semble seulement être des normes tout à fait sociales.

144 Ce postulat n'est à mon sens pas plus légitime que l'inverse qui implique que l'essence précède l'existence : il s'agit d'un postulat qui se justifie par rapport à ce qu'il permet de transformer.

E. La psychiatisation du social

Ce que j'appelle la psychiatisation du social – une espèce parmi d'autres de médicalisation – est ce procédé d'extension qui consiste à considérer comme relevant d'une prise en charge psychiatrique tout comportement jugé déviant par rapport à certaines normes au sein de la société. Dès que l'on s'intéresse à l'histoire d'une pathologie, on se rend compte que la définition de la frontière entre le domaine psychiatrique et "le reste" est tout autant scientifique que politique. C'est lorsque l'on oublie l'historicisation des normes médicales et donc qu'il s'agit avant tout et toujours d'une histoire de normes, que l'on commence à pathologiser et traiter les comportements jugés anormaux relevant dès lors de la médecine. Dans ma pratique quotidienne je suis tous les jours confrontée à ce type de questions : est-ce que les problèmes que vit cet enfant ne devraient pas être pris en charge par ses parents ou par l'école ? Quel rôle ai-je à jouer ici ? Celui d'une béquille déresponsabilisante comme une manière pour la société de "se décharger" de son rôle social ? Le recours à la médecine et précisément à la psychiatrie pour les cas d'individus aux comportements problématiques n'est-il pas aussi un prétexte pour ne pas avoir à se poser la question de quelles transformations apporter à un système qui proscrie ce genre de comportements (à l'école ou au travail par exemple) ?

Le passage de la psychiatrie à la *psychiatisation* pose les mêmes problèmes, les mêmes questions vis-à-vis de la *biologie* par rapport à la *biologisation*, et le risque est de confondre les deux, de ne plus savoir si l'on critique l'un ou l'autre. En effet, la critique de ces processus qui font qu'une discipline déborde trop sur le social ne condamne pas pour autant les disciplines de départ (en l'occurrence la biologie, la psychologie et la psychiatrie) – même si je pense que l'épistémologie des sciences modernes facilite le passage de l'un (la discipline réductionniste) à l'autre (la réduction de l'ensemble du social à cette discipline). Il s'agit donc ici pour moi de

critiquer les excès d'une psychiatrie par sa psychiatrisation, pour éviter ces écueils dans ma pratique. Cependant, toute pratique psychiatrique ne mène pas à une psychiatrisation, et si les mécanismes de réduction du social sont les mêmes que ceux de la bio-psychologisation, ils sont relativement décorrélés. Par exemple, médicaliser tout échec scolaire – sans se poser la question des choix singuliers du patient ni questionner les normes éducatives qui conduisent à cet échec – peut relever d'une "simple psychiatrisation". À l'inverse, une bio-psychologisation (ou une neuronisation) des comportements peut prévenir ou contenir une psychiatrisation quand l'expertise de la situation permet d'évacuer un trouble du champ de la psychiatrie. En effet, ces procédés permettent d'aider à délimiter une frontière entre le normal et le pathologique, et donc aident à statuer en faveur ou non pour la médicalisation du supposé trouble. J'ai rencontré ce type de discours que j'ai étudiés dans mon mémoire de DES (2019), lorsqu'un médecin défendait ne pas souhaiter hospitaliser en unité mère-bébé une patiente avec son enfant, car pour favoriser le bon développement neurodéveloppemental de ce dernier, la solution résidait selon lui dans le placement de celui-ci et non dans l'hospitalisation de la dyade. Toutefois, une bio-psychologisation vient très souvent soutenir une psychiatrisation. Les sciences explicatives, en fournissant des justifications scientifiquement pertinentes pour expliquer une grande partie des comportements des individus, rendent d'autant plus "facile" la désignation de tout comportement qui s'écarterait de la norme comme étant "psychiatrique".

À ce stade, j'ai déjà esquissé une représentation plus précise de ce que j'entends par l'humanisation de la psychiatrie.

D'abord les procédés de bio-psychologisation et de neuronisation dressent le portrait d'un humain *Homo sapiens* tributaire d'un lourd capital comportemental ancestral, dont le caractère (largement) passé participe à sa légitimité scientifique et donne du poids à son actualisation dans le présent. Cette "puissance de la nature en nous" est bien trop forte, elle a traversé les

âges et les distances pour arriver jusqu'à nous, elle réside et constitue cet instinct primaire qu'on ne peut que tenter (en vain ?) d'apprivoiser.

Ensuite, les sciences explicatives à l'instar des neurosciences font du cerveau une entité quasi indépendante de "supervision" : le cerveau pense et agit pour et à travers les individus, il peut même les leurrer, il définit le rapport à l'autre, il définit leurs intentions. Le cerveau *est* l'individu plus que l'individu n'est lui-même. Autrement dit, l'individu est réduit à son cerveau.

Ainsi ce serait bien à tort de considérer que la psychiatrie manque d'humanité dans ce paradigme, car le portrait des *Homo sapiens* commandés par leurs cerveaux *est* une représentation des individus, qui leur donne une *forme* particulière, et par là, dit déjà quelque chose d'eux et de leurs fonctionnements, et ainsi d'une certaine *forme* de soins.

Mais qu'en est-il de la médecine ? Il nous faut donc regarder quelque peu comment le psychiatre-psychothérapeute allie l'humain qu'il côtoie en tant qu'objet de connaissances, avec l'humain qu'il côtoie en tant qu'objet-patient, puisque chemin faisant, mon problème d'instrumentalisation des patients n'est toujours pas résolu et je compte bien finir par y répondre.

Pour cela, il me faut étudier plus précisément l'épistémologie de la pratique contemporaine de la médecine et de la psychiatrie, pour mieux comprendre comment cet objet de connaissances devient objet-patient, tout en restant humain. Je tenterai de l'argumenter par le biais de deux sujets d'investigation, d'abord celui du paradigme contemporain de l'EBM (acronyme de *Evidence-Based Medicine*, que je traduirai plus tard) qui régit en quelque sorte le champ médical ; puis par celui du DSM (acronyme de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* traduit par *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), ouvrage de références diagnostiques bien connu des psychiatres.

1. Une médecine bien trop "évidente" ?

Même en connaissant la physiologie d'un organe et du corps (voire sa physiopathologie), le médecin dans sa pratique est confronté à une diversité de présentations de maladies (par le panel de symptômes par quoi se "révèlent" les maladies) conjuguées à une diversité de patients, l'obligeant ainsi à réfléchir par élimination et probabilité tant au moment du diagnostic qu'à celui du traitement.

L'EBM, technique structurante et structurée d'approche des techniques diagnostiques et thérapeutiques, est définie par le chercheur en sciences sociales et philosophie de la santé mentale Xavier Briffault (2013) comme l'« intégration des données issues de la recherche < scientifique > < systématique > et de l'expérience clinique du praticien, qui façonne les décisions et actions concrètes au sein d'une relation thérapeutique avec un patient singulier ». L'objectif de départ était surtout « pédagogique », dans un souci de potentialiser l'efficacité des professionnels de santé, répondant à la mise en place dès les années 80 en France de Recommandations pour la Pratique Clinique émises par les autorités en charge autant dans un souci de gain d'efficacité que d'économies budgétaires. L'EBM apparaît en médecine en 1992, présentée par son article fondateur publié dans le journal de l'Association américaine de médecine (le JAMA) intitulé « *A new approach to teaching the practice of medicine* », dont les principaux auteurs sont Gordon Guyatt et David Sackett, deux épidémiologistes canado-américains. Le titre qu'on peut traduire par « Une nouvelle approche d'enseignement de la pratique médicale » illustre bien cette volonté de transformer l'apprentissage de la médecine, afin de promouvoir l'idée que les savoirs étaient rapidement périssables au vu des avancées rapides de la science. Cette technique se veut à la croisée de plusieurs exigences que réclame la pratique médicale : un savoir scientifique actualisé, prenant également en compte la dimension relationnelle de la pratique, c'est-à-dire la rencontre d'un médecin et d'un certain patient, et par là la mise à l'épreuve de l'expertise du professionnel.

Les outils épidémiologiques, statistiques et les algorithmes servent à produire une connaissance scientifique de référence qui teste une question clinique précise, qui sera ensuite synthétisée et traduite en recommandations de pertinences hiérarchisées : les grades A et B fournissent des recommandations de niveau très élevé et intermédiaire respectivement. Quant au niveau C, il s'agit des situations où la quantité de données est insuffisante pour juger de la pertinence ou non d'une pratique.

Une des critiques classiques formulées à l'encontre de l'EBM est que son mode opératoire exclut d'office certaines questions qui sont dès lors classées en grade C, et on a tendance à confondre non recommandable avec insuffisamment étudié sur le plan expérimental. C'est ce qu'on appelle les "zones grises" où se retrouvent certaines psychothérapies par exemple, et bon nombre de pratiques en psychiatrie. Car effectivement, on peut imaginer que pour certaines pratiques, l'exercice de la mise en œuvre d'un protocole de test expérimental peut être ardu. En effet, comment évaluer l'efficacité d'un traitement en psychiatrie particulièrement ? La question de l'évaluation des médicaments pose certains problèmes éthiques. Pour ne prendre qu'un exemple, notre discipline rencontre souvent ce symptôme nommé "anosognosie" qui consiste en la non-reconnaissance par le patient lui-même de ses propres troubles (le délire, typiquement). Quand on met un traitement anti-productif, visant à atténuer ce délire dont le patient lui-même n'est pas "conscient", sur quoi affirmer son efficacité ? À qui revient le soin d'évaluer cette dite efficacité : le patient ou le médecin ? Car le traitement peut paraître efficace aux yeux du psychiatre, mais le patient anosognosique lui, n'en ressentira probablement que les effets secondaires.

La méthodologie de référence employée pour conduire les essais cliniques sont les Essais Randomisés Contrôlés (ECR). Ce *gold-standard* (appellation anglophone d'usage pour *test de référence*) de l'EBM n'est autre qu'une expérience comparant les réactions d'un groupe test (expérimentant un médicament, un type de prise en charge, l'exposition à un événement par exemple) par différentes mesures de l'effet, et qu'on compare à celles d'un groupe témoins (dont les individus ne sont pas exposés à ce médicament, à cette prise en charge, ou à cet

événement). Il ne s'agit donc pas d'une procédure prenant en compte des sujets à proprement parler, mais des chiffres représentatifs d'une population, dont la puissance statistique augmente avec le nombre d'individus, la taille et le nombre de groupes. L'individu ici est noyé dans les chiffres, dans la masse d'une population définie par certains caractères, des réactions jugées les plus prédominantes, et dont on arrive à dégager une statistique et son indice de confiance. Un individu se définit ici donc avant tout par rapport à une norme. Ce paradigme de test clinique appliqué à la médecine et à la psychiatrie est potentiellement tout aussi déshumanisant que les réductionnismes dont je parlais plus tôt, car il s'efforce non pas de penser une singularité dans un dispositif mais bien de modéliser un individu par rapport aux autres, les contextes étant réduits à des facteurs. À la manière dont certains font de la sociologie une physique sociale, la phase de test clinique de l'EBM crée en quelque sorte une physique médicale, où des individus sont des points plus ou moins rapprochés formant des groupes dans un espace en plusieurs plans dont les axes représentent des variables.

Cette dimension de l'EBM a donc vocation à mieux prévoir la survenue d'événements. Elle n'est pas sans rappeler la volonté du médecin physiologiste Claude Bernard (1951) considéré par certains comme l'un des pionniers de la médecine expérimentale, qui conclut dans son *Introduction à la médecine expérimentale* que :

« L'expérimentateur veut arriver au déterminisme, c'est-à-dire qu'il cherche à rattacher, à l'aide du raisonnement et de l'expérience les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, ou autrement dit, à leurs causes prochaines. Il arrive par ce moyen à la loi qui lui permet de se rendre maître du phénomène. Toute la philosophie naturelle se résume en cela : connaître la loi des phénomènes. Tout le problème expérimental se réduit à ceci : prévoir et diriger les phénomènes. » (Bernard Claude, 1951)

Ce déterminisme, ces lois qui sont si importantes aux yeux de Claude Bernard, exigent, pour être repérées, une certaine mise en scène des expérimentations. Observer et déduire ces lois implique une certaine exigence d'objectivité où l'expérimentateur disparaît purement et

simplement de la scène d'expérimentation. Les faits parlent d'eux-mêmes et les scientifiques ne deviennent alors tour à tour que de simples porte-paroles de la nature (comme nous l'avons vu à travers la bio-psychologisation et la neuronisation) et des individus naturalisés par les statistiques, ces données objectives.

Cette opération où l'expérimentateur se soustrait à sa mise en scène par son objectivité et sa neutralité peut pourtant bien s'accommoder de la subjectivité de ses expérimentés, mais en tentant de l'objectiver par sa mesure. Dans ce sens, Vinciane Despret (2009) distingue « réactions » émotionnelles et « réponses ». Son propos dans son ouvrage *Penser comme un rat* veut interroger précisément les pratiques des sciences lorsqu'elles expérimentent sur les animaux. En effet, l'auteure travaille à mettre en évidence la nuance fondamentale qu'implique "faire des expérimentations *sur* les animaux", et "faire des expérimentations *avec* eux", qui l'amène à aborder la question de la posture des scientifiques. Elle travaille ainsi à démontrer la non-prise en compte de cette dimension relationnelle qui se joue selon elle dans toute expérimentation, et elle en tire cette distinction que je mentionnais entre « réaction » et « réponse » :

« [...] Et si l'émotion pouvait entrer au laboratoire, elle n'autoriserait cependant pas la conversion automatique des recherches centrées sur la < réaction > en recherches privilégiant l'idée que l'animal < répondrait > à ce qu'on lui propose. Comme le remarque Dantzer, la notion de bien-être, et donc celle d'émotion positive, pour être objectivée, a d'abord demandé une retraduction ; ce fut particulièrement le concept d'adaptation qui fut privilégié, et en en restreignant considérablement la portée, notamment < en occultant la dimension quasi-esthétique d'harmonie avec l'environnement >. De toutes les théories des émotions disponibles, celle qui a donc longtemps prévalu dans ces recherches définit les émotions comme des processus adaptatifs. D'abord, dès lors que les émotions sont des processus qui permettent d'adapter l'organisme aux situations, elles autorisent *de facto* une étude objectivante et des comportements mesurables, comportements qui peuvent en outre se traduire dans

les termes de la < réaction émotionnelle >. En somme, si l'émotion est une adaptation, donc une réaction, elle peut être objectivée et mesurée. Ensuite, le fait que les émotions, dans la perspective darwinienne, représentent une valeur adaptative du point de vue de l'évolution, a rendu moins problématique l'attribution d'états < subjectifs > à l'animal – toujours à condition que ces émotions puissent constituer de bons objets scientifiques. » (Despret Vinciane, 2009)

La réaction émotionnelle comme processus mesurable et adapté sur le plan de l'évolution n'est pas sans rappeler mes questionnements à l'égard des processus de bio-psychologisation et de neuronisation, qui dans leurs perspectives évolutionnistes, tendent à légitimer certains comportements sans avoir besoin de les questionner (selon la définition du positivisme que nous avons déjà abordé). Si mon propos n'est pas de suivre l'auteur dans ses points de vue sur l'expérimentation animale, la logique qu'elle développe me paraît tout à fait intéressante afin de questionner l'humain tel que pensé par l'EBM. La question des réactions émotionnelles dans les expérimentations avec des humains est certes abordée d'une façon quelque peu différente dans les essais cliniques randomisés, notamment par le processus de mise en aveugle (*blinding* en anglais) qui permet une précaution supplémentaire – c'est-à-dire que potentiellement (ou pas, selon les objectifs de l'étude) ni l'expérimentateur et/ou ni l'expérimenté ne savent à quel groupe (test ou témoin) appartient l'expérimenté. De cette manière, pour éviter notamment une complaisance des individus testés, et ainsi garantir ce qu'on appelle la validité écologique de l'expérience¹⁴⁵, on joue au jeu du "comme si c'était la vie réelle" (permettant ensuite l'extrapolation des résultats à la population tout entière) où l'expérimentateur est prétendu neutre et invisible, et l'expérimenté manipulé. Ces précautions prises, ces « réactions » mesurées, on peut alors "penser à la place de", à l'insu de l'expérimenté.

La science est donc souvent plus occupée à expliquer le *pourquoi des causes et des origines*, omettant parfois à excès que même dans les laboratoires, les expérimentés sont dotés

145 Que j'ai définie au cours de la sous partie sur la bio-psychologisation du social.

d'intentions et que la "scène du laboratoire" constitue une scène particulière dans leur vie. Oublier que ces intentions ont une importance n'est pas anodin, qui plus est dans le champ de la psychiatrie où ce ne sont pas des objets, mais des sujets-mondes que nous rencontrons. Prouver au laboratoire (ou ailleurs dans n'importe quel dispositif d'expérimentation) l'efficacité de telle ou telle pratique, ou le bénéfice d'un médicament par rapport à un placebo impose donc une contrainte de taille, celle de faire "comme si" on était dans la "vraie" vie ; la scène du laboratoire doit disparaître pour rendre l'expérimentation généralisable et universalisable. Tout est pensé pour que le déroulé ait lieu de façon identique en présence ou en l'absence de l'observateur et du dispositif expérimental, afin que, en un mot, sa présence devienne transparente. Les chercheurs en psychologie se sont rapidement trouvés devant ce problème (et à mon sens, ce fantasme) : créer un dispositif qui ferait croire en l'absence de dispositif. Leur prétendue transparence, ce "comme si" ils n'étaient pas présents, leur confère une immunité qui leur permet à la fois de prétendre à la neutralité et à leur hors-paradigme ; ce que Donna Haraway dit avec ses mots : « les scientifiques sont ceux qui peuvent interroger mais pas être interrogés » (Despret Vinciane, 2009). Ce dispositif d'expérimentation considère ainsi le facteur relationnel au mieux comme un artefact à prendre en compte, au pire comme un biais à neutraliser : cette avidité de rationalité teinte d'une façon particulière ce colloque singulier que la relation thérapeutique crée. Ce qui mène la philosophe Isabelle Stengers (1999) à s'interroger sur les répercussions de ce type de raisonnement dans la pratique médicale :

« Mais je veux parler ici de la médecine en tant qu'< art de guérir >, et prendre au sérieux sa vocation à la rationalité. Ceci implique la mise en question de la situation qui prévaut aujourd'hui, où la rationalité est toute entière du côté de techniques et de médicaments issus d'épreuves toujours plus exigeantes et variées, que le médecin se borne à représenter, quitte à ce que ses qualités < humaines >, < psychologiques >, créent le < supplément d'âme >, incontrôlable et précieux, qui signe l'acte médical. Une telle situation reproduit purement et simplement la dissymétrie qui marque les

pouvoirs de l'expérimentation : toute la dynamique est du côté de l'accumulation de < moyens >, suscités par les réverbères du progrès en laboratoire, la relation entre médecin et malade restant dans l'ombre de bonnes volontés et d'expériences peu transmissibles.

Défi pratique ne signifie pas défi < seulement > pratique. [...] J'utilise le mot < pratique > au sens où toute théorie suppose une pratique, où cela même que nous disons exister ou ne pas exister suppose une pratique et renvoie à elle. La pratique est d'abord la manière de s'adresser à ce à quoi nous avons affaire, d'exiger de ce à quoi nous avons affaire qu'il satisfasse à certains critères et d'être obligé par la manière dont il répond à cette adresse. Pour être triviale, je rappellerai que ce que nous exigeons d'une table a peu à voir avec ce qu'un spécialiste de microscopie exige des fibres de bois, qui, elles-mêmes, < existent > très peu pour les techniques des atomes au sens chimique, qui... » (Stengers Isabelle, 1999 : 148-149)

Cette quête de rationalité en médecine finit par devenir prévalente sur la dimension relationnelle et excluante à l'égard d'autres pratiques par l'argument qu'elles sont « irrationnelles » (guérisseurs, sorciers, ou autres "rebouteux") – mais qui pourtant, et peut-être contre toute attente, guérissent, elles aussi. Ceci renseigne sur un type de pratique médicale avide d'objectivité, d'efficacité, et de rationalité. Elle renseigne aussi sur un rapport au monde, où en appliquant d'office l'exclusion de ce qui est de l'ordre de l'irrationnel, on ferme les yeux en laissant dans l'ombre des questions qui nous concernent pourtant tous : « nous sommes, médecins et citoyens, engagés dans une tradition qui a inventé la rationalité comme enjeu, comme référence discriminante quant aux avenir que nous construisons » (Stengers Isabelle, 1999 : 161).

Sans causes facilement identifiables à ses troubles, sans étiopathogénie ni psychopathologie claires et pertinentes scientifiquement, la psychiatrie court après cette "rationalité scientifique" qui lui manque pour se constituer sa légitimité (une des raisons qui la fait passer peut-être pour le fameux "parent pauvre" de la médecine). Elle se met à l'affût de signes, de marqueurs,

de causes et d'origines – sans les avoir pour l'instant assurément trouvées –, qui pourraient garantir une prédictibilité mais dont l'enjeu ferait qu'à terme, elle pourrait se dissoudre dans sa consœur la neurologie¹⁴⁶.

Je me suis concentrée jusque-là sur l'un des trois piliers de l'EBM, à savoir celui de la production de connaissances de références cliniques en vue de la production de recommandations de bonne pratique. Mais je n'oublie pas que le principe de l'EBM est bien que le médecin qui acquiert ou a acquis une expertise personnelle doit formuler un jugement personnalisé en prenant en compte les « préférences » du patient. On pourrait dire alors qu'à première vue les critiques que j'ai formulées dans ces dernières pages concernant la modélisation statistique du patient ne tiennent pas, que le médecin formule *in fine* un jugement, mais un jugement *éclairé* (et éclairant pour le patient).

Le premier problème est d'ordre définitionnel. On aurait trop facilement tendance à traduire l'*Evidence-Based Medicine* par « une médecine fondée sur les preuves ». Or nous retrouvons dans la littérature une variété de traductions alternatives : Médecine fondée sur des [niveaux] de [éléments/faits/données/preuves] [admis/probants/prouvés]. Ce débat terminologique n'est pas anodin, car les promoteurs du paradigme souhaitent un modèle de la décision où "l'expertise externe" (les tests cliniques) s'intrique à "l'expertise interne", celle du médecin qui rencontre un patient particulier. Cependant, si je me suis attardée sur la dimension "production de données cliniques" c'est que je pense que l'EBM a tendance à leur accorder plus d'importance, dans un monde où plus généralement le poids du chiffre, de la donnée, de la statistique, du rationnel, a plus de valeur.

Comme le rappelle le médecin et docteur en philosophie Philippe Bizouarn (2019), concernant la première version du programme de l'EBM :

146 Comme le craint Bruno Falissard dans son article « Neurologie et psychiatrie : *éloge d'une différence.* » (2018).

« l'expertise clinique n'est pas rejetée, mais reste au second plan de la procédure décisionnelle promue par les défenseurs de l'EBM. L'expertise clinique y est avant tout vue comme accumulation d'observations peu fiables car non testées et/ou testables. L'expertise clinique s'intègre à ce titre à l'intérieur de l'économie des preuves prônée par les promoteurs de l'EBM, l'essai clinique randomisé recevant le plus haut niveau de preuve (au moins dans le domaine thérapeutique). C'est sans doute dans ce sens que l'on doit comprendre le jugement clinique fondé sur les preuves comme application des résultats des meilleures études au patient singulier. Il s'agit en quelque sorte d'introduire la clinique au laboratoire, en supposant que toute question clinique bien posée pourrait trouver sa réponse dans ce dispositif expérimental. »

À la suite de bon nombre de critiques (que j'ai reprises à mon compte dans ces dernières pages), le modèle a évolué jusqu'à proposer un « rôle de l'expert [qui] sera alors de peser l'ensemble des faits, scientifiques ou non, afin de communiquer au mieux avec le patient, de l'informer de la meilleure option thérapeutique au vu de ce qu'il préfère et de ce qui est possible de faire compte tenu de son état de patient, de ses co-morbidités, de ses conditions de vie, etc. ». Je reviendrai bien plus longuement sur cette « communication [...] avec le patient » et ce que cela permet (ou pas) au début du chapitre 3, mais il n'en reste pas moins comme l'affirme cet auteur, qu'« il est clair que l'EBM s'inscrit dans une perspective de quantification/objectivisation des savoirs médicaux destinés à mettre en doute les généralisations formées par l' < ancienne > médecine ». Ce n'est pas l'idée de comparer des thérapies qui me pose problème mais bien l'épistémologie positiviste des connaissances ainsi que de la pratique médicale qui doit alléger à ses connaissances. D'ailleurs l'aspect quantitatif semble bien primordial pour l'EBM comme le montrent à leurs manières (expérimentalement, en testant les revues) en 2016 des éditorialistes de la revue *La Presse Médicale*¹⁴⁷ en pointant une « politique de rejet des études qualitatives » associée à une perception de faible légitimité de ces études par les médecins chercheurs. Si ce point paraît

147 Oude-Engberink et coll. (2016), dans leur article « La recherche qualitative : une opportunité de repenser l'EBM ».

important, c'en est un autre qui me paraît le plus pertinent : les éditorialistes réduisent bien ici l'EBM à la production de connaissances, et il n'est nullement fait mention de l'expertise particulière du médecin prenant en compte les préférences d'un patient singulier... sauf à l'objectiver (qualitativement ou quantitativement).

La décision médicale partagée en France n'est à priori pas à prendre à la légère, car depuis 2002 cette dimension de l'EBM est inscrite dans la Loi en ces termes : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »¹⁴⁸.

Sur le site de la HAS, un article de 2017 intitulé « Décision médicale partagée – De nombreux freins, quelques avancées » fait ce constat : « prendre en compte le point de vue du patient tout au long de sa prise en charge est indispensable. Pourtant, même s'il existe des avancées, la décision médicale partagée tarde à se faire une place dans le système de santé français ». Il ne fait aucun doute pour les rédacteurs de l'article que la participation du patient au processus du soin et de sa décision lui est favorable, en allégeant son anxiété et en diminuant le risque d'évènements indésirables en cas d'hospitalisation par exemple. L'article fait surtout référence à un colloque de la HAS (2016)¹⁴⁹ durant lequel les intervenants déplorent manifestement un manque de considération pour l'avis des patients, notamment à l'hôpital qui « vit encore sur des représentations qui datent de 50 ans. Il faut les bousculer ». Il n'y a d'ailleurs pas beaucoup de documents à ce sujet, les derniers produits par la HAS datant de 2013 et de 2018. Le dernier prend la forme d'une fiche méthodologique intitulée « Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé » (2018). On y retrouve en effet les fondements de l'EBM, ces trois dimensions qui conjuguent connaissances scientifiques, expertise du médecin et patient, car ces outils d'aide à la décision médicale partagée « ont pour objectif de faciliter un temps d'échange et de délibération où patient et

148 D'après Carole Bouleuc et Dominique Poisson en 2014, *La Décision Médicale Partagée*.

149 Intitulé *La dynamique patient, innover et mesurer*.

professionnels de santé discutent les différentes options disponibles ». Le concept développé dans une « synthèse d'état des lieux » émise en 2013 fait état d'une volonté de discussion préalable à toute décision prise de concert entre médecin et patient. Présenté comme un processus temporel, il consiste à discuter à partir d'un côté des « informations initiales et [de] l'expérience du patient », et de l'autre de « l'expérience du praticien et [des] données de la science » afin de mettre en œuvre l'option choisie à la suite d'une « décision acceptée mutuellement ». Ainsi formulé ce modèle semble bien loin d'une médecine déshumanisée, et je comprendrais presque pourquoi la HAS déplore qu'il ne soit pas plus pratiqué ainsi.

Cependant, je me questionne sur le statut à accorder aux éléments extérieurs à la décision, ceux-là mêmes qui décident de l'éclairage conféré à une « décision éclairée ». Quelle valeur accorder à une décision mutuelle dans le respect des préférences et valeurs du patient, si la médecine fait toujours exister des explications objectives au-delà des valeurs ? Plus haut, je pointais les enjeux définitionnels de l'EBM dont les promoteurs avancent la traduction "médecine basée sur les preuves". Pourtant, cette synthèse qui traite de cette dimension de l'EBM autour de « la décision », somme toute peu travaillée ailleurs, s'exprime en ces termes : « ces aides constituent un des moyens de développer les démarches centrées autour du patient et de mettre en pratique les principes de la médecine *fondée sur les preuves*¹⁵⁰. »¹⁵¹. L'ambiguïté est toujours présente : s'agit-il de discuter avec le patient du mieux pour lui et selon lui, ou d'appliquer la médecine basée sur les preuves ? Elle laisse ainsi planer le spectre d'une médecine paternaliste que l'EBM veut pourtant remplacer, notamment en défendant la dimension première d'une production de savoir objectif et d'un médecin qui s'en ferait le relais secondairement pour éclairer le patient durant une discussion.

150 C'est moi qui mets en italique.

151 Plus précisément : « Ces aides constituent également, au côté des recommandations destinées aux professionnels, un des moyens de mettre en pratique les principes de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*), puisqu'elles facilitent un temps d'échange et de délibération entre patient et professionnels de santé où sont prises en compte les données de la science concernant les différentes options disponibles, l'expérience du professionnel et les attentes et préférences du patient ».

J'aurais pu croire à une EBM si elle n'avait déjà pas ce nom, et si des éléments extérieurs n'étaient pas considérés comme "absolus". "Absolus" car épistémologiquement le monde véhiculé par le modèle de l'EBM est réduit à une unique réalité extérieure, sinon la médecine ne pourrait évaluer des niveaux gradués de preuves par rapport à ce réel (même s'il est appréhendé à travers des incertitudes quantifiées et par le prisme de l'efficace pragmatique).

Pour aller un peu plus loin, il est très perturbant qu'au chapitre des « thématiques pour lesquelles des aides à la décision n'ont pas lieu d'être développées » (HAS, 2013a), nous trouvions ce cas de figure : lorsqu'« une option thérapeutique apparaît clairement comme supérieure aux autres ». Dans la pratique médicale quotidienne, me semble-t-il (et d'ailleurs c'est bien normal), le médecin a bien sa petite idée sur l'option thérapeutique qui serait, à ses yeux, préférable. Ce n'est donc pas une petite incohérence ici, cette précision vient fragiliser tout ce qu'on pourrait entendre de "décision mutuelle".

Je n'oublie pas que cette synthèse implique un document plus long et je ne tarderai pas à y revenir, ainsi que sur ces « données » et « information à donner au patient » pour compléter mon propos, mais je souhaitais par ces lignes, donner avant tout à comprendre pour-quoi ma critique (et celles d'autres que j'ai fait miennes) s'est concentrée sur l'une des dimensions de l'EBM que je pense autoritaire.

Ce qui ressort de l'image de l'EBM que je construis ici, c'est une réduction particulière de l'individu. Il n'est certes pas forcément uniquement bio-psychologique (bien que cette vision me paraisse totalement dominante), car l'EBM a vocation à s'autoriser à passer outre l'aspect théorique des mécanismes biophysologiques qui seraient la clé d'une bonne médecine, pour se concentrer sur une optimisation pragmatique et efficace des soins : ce qui "marche" serait ainsi bénéfique tant pour le patient que pour l'économie médicale. D'ailleurs, je ne ferai encore que mentionner les conflits d'intérêt en jeu dans ce dispositif par l'importance prépondérante des financements privés que fournissent les laboratoires pharmaceutiques. Ou encore, que cette quête d'innovation scientifique contemporaine donne moins de légitimité aux études de

non-efficacité, souvent non publiées car jugées moins innovantes, malgré leur intérêt pratique indéniable. Cette instrumentalisation de la santé ne me semble guère répondre à notre problème d'une "déshumanisation des soins".

2. Une médecine trop statistique ?

Expliquer ou comprendre, la psychiatrie ne peut choisir, et l'histoire de sa nosographie en témoigne. Elle est en difficulté depuis sa naissance pour identifier l'objet qu'elle soigne. Tour à tour secourant les « déraisonnables »¹⁵², les héritiers d'une génétique en dégénérescence, les malades mentaux, les individus aux structures psychiques fragiles, et d'autres encore, elle s'est souvent retrouvée devant ce dilemme de devoir choisir entre une conception de l'homme tantôt corporel et cérébral, tantôt social et pensant. Le dilemme n'étant pas résolu, le choix oscille entre les deux pôles, selon les époques, les périodes, les praticiens.

Pour passer outre ces considérations épistémologiques – les différents cadres de lecture qui proposent des visions de l'individu foncièrement distinctes – et pouvoir quand même s'entendre sur ce dont on parle, les psychiatres utilisent le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), un ouvrage dont l'envergure internationale lui a conféré un pouvoir énorme, et dont les enjeux ont dépassé ceux de la simple discipline médicale.

Cette référence en matière de catégorisation est motivée par une volonté de classification descriptive des troubles rencontrés, plus que dans l'établissement d'une nosographie compatible avec une pathogénie, volontairement dans l'intention de se situer hors-paradigme. Cette volonté a-théorique a été défendue après que plusieurs versions du DSM se soient affirmées franchement dans un cadre théorique précis, en l'occurrence psychanalytique. La 5^e et dernière version en date est parue en 2013 aux États-Unis.

152 D'après Michel Foucault (2003) dans *Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*.

Ces changements témoignent de différents niveaux d'instabilité : à la fois une instabilité au sein même d'une théorie, où les diagnostics ne font pas qu'évoluer mais apparaissent et disparaissent aussi ; et une plus large instabilité, épistémologique celle-ci, où différents cadres paradigmatiques ont pu se succéder. Le choix d'un manuel à vocation uniquement descriptive paraissait donc la solution pour dépasser certaines querelles épistémologiques, et au moins s'entendre sur certains diagnostics reconnus par de nombreuses écoles (la dépression, la schizophrénie, etc.) ; et même concernant ces quasi-"invariants", leurs définitions et leurs appellations ont évolué.

Que nous disent ces transformations ? Que le savoir psychiatrique évolue, qu'il se fabrique au gré des sociétés qui l'emploient, et que la folie ne rime avec psychiatrie que depuis peu.

L'impact du contexte social dans la fabrication même de la connaissance psychiatrique fait encore écho au propos du livre de Stephen Jay Gould que j'ai plusieurs fois mobilisé dans ce chapitre, ou à d'autres ouvrages comme *La personnalité multiple* de Ian Hacking. La production scientifique n'est ni neutre ni hors-paradigme, elle est façonnée à l'image d'un paradigme. Elle fait directement écho au concept d'*épistémè* de Michel Foucault¹⁵³, qui défend que chaque culture construit ses propres représentations du concept de folie, et qu'elles sont donc non pas absolues, mais construites, et qu'il n'existe pas de nature transcendante ni trans-historique des concepts que l'on produit. Stephen Jay Gould semble en apparence en accord avec cela :

« Selon cette conception [erronée], toute science naît du néant de l'ignorance et se bâtit un chemin vers la vérité en amassant de plus en plus d'informations et en construisant des théories au fur et à mesure que les faits s'accumulent. Au sein de cet univers, le démolissage est une pratique essentiellement négative, car il ne consiste qu'à jeter quelques pommes, pourries certes, hors du tonneau où s'entassent les connaissances. Mais la barrique de la théorie est, elle, toujours remplie ; les sciences, dans le but d'expliquer les faits dès leur apparition, les incluent dans un contexte global. La biologie créationniste avait complètement tort sur l'origine des espèces, mais

153 Michel Foucault, *les Mots et les choses*, cité dans l'article de Jean-Louis Feys « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie » (2017).

le créationnisme spécifique de Cuvier n'en était pas pour cela une vision plus vide ou moins développée que celle de Darwin. La science progresse surtout par remplacement, non par adjonction. Car si le tonneau est toujours plein, il faut bien se débarrasser des pommes pourries pour faire de la place aux meilleures.

Les scientifiques ne démolissent pas seulement pour nettoyer et purger leur discipline. Ils réfutent les idées anciennes à la lumière d'une vision différente de la nature des choses. » (Gould Stephen Jay, 1983 : 407-408)

Cependant, même s'il peut relativiser certains points de vue et plaider pour une science non figée, qui se forge dans des contextes, il réaffirme sa volonté d'un réalisme objectivant et scientifique – et en cela je prends mes distances d'avec lui :

« Les faits ne sont pas des éléments d'information purs et sans tache ; la culture également influe sur ce que nous voyons et sur la manière dont nous voyons les choses. [...]. En m'en faisant le défenseur, cependant, je ne désire pas m'associer à cette extrapolation relativiste que l'on rencontre maintenant fréquemment dans certains cercles historiques, selon laquelle le changement scientifique ne traduit que la modification des contextes sociaux, que la vérité est une notion sans signification en-dehors des postulats de la culture où elle a été élaborée et que la science ne peut donc fournir aucune réponse définitive. En tant que chercheur en exercice, je partage le credo de mes collègues : je crois qu'une réalité des faits existe et que la science, bien que souvent de manière bornée ou capricieuse, peut accroître nos connaissances sur cette réalité. » (Gould Stephen Jay, 1983 : 15)

Cette conception donc, postulant une réalité indépendante de nous, fait du langage un média entre nos consciences et la (l'unique) réalité. Relégués au rang de spectateurs subjectifs d'une scène qui nous échappe, je ferais volontiers un pas de plus – qui ne serait cette fois pas un pas de trop – pour non pas neutraliser notre discours sur "la" réalité, mais plutôt neutraliser la réalité par nos discours, et permettre l'édification d'autant de réalités que de discours. Ce décalage que j'opère par mon constructivisme me permet d'entretenir une curiosité à l'égard

des mondes que j'ai à découvrir par les discours que je suis amenée à écouter, et à prendre le rôle d'acteur sur les scènes de nos réalités.

Ce petit détour historique de la fabrication du DSM me semble aussi constituer une illustration intéressante à cet égard. Pour alimenter mon propos, je me suis inspirée des reconstructions contextuelles de Jean-Louis Feys (2014), et de Steeve Demazeux (2011).

La première édition du DSM date de 1952 et constitue d'ailleurs déjà le remplacement d'une autre version : l'ouvrage préliminaire (issu de résultats statistiques fournis par les asiles américains, à vocation d'ailleurs principalement d'usage asilaire), appelé *Statistical Manual for the Use of Institutions of Insane* avait été publié avant la Première Guerre mondiale. Mais au sortir de la Seconde Guerre mondiale, il apparaît caduc aux nouveaux praticiens, car de nouveaux diagnostics manquent, ou plutôt ont été inventés entre temps (la névrose de guerre par exemple). Par ailleurs, c'est aussi l'occasion d'améliorer la qualité de la standardisation des diagnostics proposés et ainsi prétendre à ce que n'importe quel praticien pose, devant un même patient, le même diagnostic. En effet, une étude réalisée¹⁵⁴ pour évaluer ce qu'on nomme la fiabilité des diagnostics – qui représente le pourcentage de reproductibilité d'un diagnostic selon le praticien – démontre que lorsqu'un patient donne la même information à trois psychiatres, le diagnostic final n'était le même que dans 20 % des cas, représentant une faible fiabilité.

Pour toutes ces raisons, le DSM-I paraît en 1952 en remplacement de son prédécesseur et répondant à un usage à la fois institutionnel et libéral (les États-Unis étant pionniers à faire sortir « la psychiatrie hors de l'asile », leur politique de désinstitutionnalisation a commencé plus tôt qu'en France).

Sa deuxième version apparaît plus rapidement encore, en 1962, avec le DSM-II rédigé par Adolf Meyer, d'obédience nettement plus psychanalytique, faisant écho à une tendance générale des praticiens. Pour autant, cette version fait à son tour face à de nouvelles critiques.

154 Étude menée par le psychologue Philip Arsch en 1949, dans l'ouvrage de Jean-Louis Feys (2014).

D'abord, l'amélioration attendue de la fiabilité déjà pointée au moment du DSM-I n'est que peu satisfaisante¹⁵⁵. De plus, le cadre d'exercice de la psychiatrie est encore repensé : alors que le DSM-I répondait à l'extension de la pratique aux praticiens libéraux, cette version s'entend reprocher à l'inverse qu'elle n'est plus suffisamment utile pour les pratiques institutionnelles.

Demazeux, dans sa thèse intitulée *Le lit de procuste du DSM-III* (2011), nous dresse le portrait d'une psychiatrie américaine dans les années 70 en effervescence théorique, et en pleine ré-organisation structurale, poursuivant son mouvement de désinstitutionnalisation tout en étant chapeauté par une volonté de re-médicalisation de la discipline ; il faut soigner les « maladies mentales » :

« Le < monde > intellectuel et institutionnel de la psychiatrie américaine des années 1970 est en effet très différent de celui d'aujourd'hui. Celle-ci est alors en pleine mutation : les asiles se vident, tandis que la clinique privée se développe massivement ; dans les universités et les écoles de médecine, la psychanalyse perd progressivement de son influence, tandis que les neurosciences (et bientôt les sciences cognitives) sont de plus en plus présentes ; la psychopharmacologie, l'épidémiologie psychiatrique, les outils statistiques, les outils informatiques, la psychométrie, etc., font des progrès considérables. Le DSM-III est élaboré dans ce contexte très singulier. Ses concepteurs appartiennent à une jeune génération de psychiatres. Tandis que la plupart de leurs prédécesseurs avaient fait leurs classes pendant la guerre, ils ont tous été formés dans des centres universitaires ou dans des laboratoires de recherche. Leur manière d'aborder la clinique psychiatrique s'en ressent : ils sont rompus aux techniques statistiques, sont exigeants en matière d'objectivité scientifique et sont audacieux sur le plan méthodologique. Les années 80 sont marquées outre-Atlantique par des émergences idéologiques très diverses. » (Demazeux Steve, 2011 : 16)

Ainsi donc, s'affirme la volonté de créer un manuel statistique a-théorique.

155 Étude menée par Aaron T. Beck, sous la forme d'une méta-analyse de neuf études, démontrant un pourcentage de fiabilité oscillant entre 32 et 42%, mentionnée par Jean-Louis Feys (2014) .

« Car si c'est la psychanalyse qui domine le champ théorique, les clivages idéologiques sont de plus en plus profonds. Dans la psychiatrie (comme dans beaucoup de champs du reste), les années 1960 sont marquées par une grande explosion théorique, avec des auteurs rarement en manque d'audace. Il suffit de citer quelques noms – Roy Grinker, Heinz Kohut, Franz Alexander, Therese Benedek, Thomas Scheff, Ervin Goffman, Gregory Bateson, Eric Kandel, Solomon Snyder, Julius Axelrod, Burrhus Skinner, etc. – pour donner une idée de l'éclatement des savoirs et surtout des théories relatives aux maladies mentales. Psychanalyse, sociologie, anthropologie, neurosciences, psychologie behavioriste, toutes ces disciplines ont plus que jamais leur mot à dire sur un phénomène, la maladie mentale, qui est devenu un véritable problème de société. » (p48)

Demazeux parle d'une « révolution nosologique » sans précédent, et qui fait encore débat à l'heure actuelle – pour autant, au moment de son édition en 1980 l'ouvrage passe quasiment inaperçu. Pour éviter la question de la cause et de l'étiopathogénie, les auteurs du DSM-III (Spitzer) font le choix de la description factuelle des diagnostics rencontrés dans leur exercice : « l'approche choisie pour le DSM est a-théorique eu égard de l'étiologie ou de la physiopathologie, à l'exception des troubles pour lesquels celles-ci sont nettement établies ». Le choix est donc affirmé de scientifier la discipline par une certaine manière de classifier, en proposant une nomenclature standardisée permettant ainsi de s'entendre dans une période où l'effervescence théorique est forte et où le pragmatisme libéral prime sur le choix épistémologique.

Si la catégorisation est une pratique propre à la pensée (tout comme mes catégories d'*explicatif*, de *compréhensif*, de *biologisation*, *psychologisation* ou *neuronisation*), le problème qui nous concerne réside dans la naturalisation de ces catégories construites qui, en quelque sorte, oublie les traces de leur production, ou font comme si elles étaient en-dehors du jugement de ceux qui créent la catégorie. Cette mini-contextualisation de la production du DSM que j'écris dans ces lignes a pour seul objectif d'accentuer le fait que toute classification

est le produit d'une histoire faite de choix, et qu'en l'occurrence ces choix se sont portés sur la croyance en un paradigme plus objectif, plus pratique et plus vrai, qui à la manière des neurosciences dominantes se voudrait d'englober par explications les autres points de vue.

Le propre de ce que je nomme *psychiatisation* est de prendre une classification comme un à priori, de refuser en quelque sorte la péremption des connaissances toujours relatives, et de calquer ce découpage de la réalité non pas comme un outil opératoire, mais comme une manière d'étiqueter des objets/sujets de manière positiviste, à savoir sans possibilité pour ces objets/sujets de s'en défendre. Prendre le DSM à la lettre, c'est mettre le patient dans des cases qui se veulent en dehors des normes sociales. Je crois que cette volonté de standardisation par une catégorisation quasi naturelle est en pleine extension, dont on peine à limiter la propagation : de 60 diagnostics recensés dans le DSM-I, on en trouve 410 dans le DSM-IV. Et au vu des productions neuroscientifiques qui tendent à expliquer l'ensemble des comportements par différents types de biologisation, cette expansion ne semble pas prête de s'arrêter. Et ce d'autant plus que son caractère neuro-scientifique, prêchant le "vrai" et témoignant d'une réalité objective, invite encore moins à prendre de la distance avec l'historicisation des concepts mobilisés. S'il s'agissait en tout cas de délimiter l'activité psychiatrique à la maladie mentale, ses frontières en ont été sans cesse repoussées.

Steeve Demazeux nous invite très justement à mes yeux à une autre réflexion concernant l'abord statistique du DSM et s'appuie sur une citation d'introduction de l'APA (L'Association de Psychiatrie Américaine, qui est en charge de la publication des DSM) pour différencier la prise en compte des individus quand ils sont abordés d'un point de vue statistique et quand ils le sont pour établir une nomenclature médicale :

« La principale justification avancée repose sur l'idée que le DSM-I, tout en poursuivant l'effort des premières classifications statistiques américaines, est bien davantage qu'une simple classification statistique :

Le but d'une classification statistique est souvent confondu avec celui d'une nomenclature. En principe, une nomenclature médicale est une liste ou un catalogue

de termes approuvés pour décrire et enregistrer les observations cliniques et pathologiques. Pour remplir pleinement sa fonction, elle doit être exhaustive, en sorte que n'importe quelle condition pathologique puisse être adéquatement enregistrée. Au fur et mesure que les sciences médicales progressent, la nomenclature doit s'élargir en incluant les nouveaux termes nécessaires à l'enregistrement de nouveaux types d'observations.

Toute condition morbide qui peut être spécifiquement décrite exigera une désignation spécifique dans la nomenclature.

Cette [exigence de] spécificité complète de la nomenclature l'empêche d'être utilisée de manière satisfaisante comme une classification statistique. Quand on parle de statistiques, on sous-entend d'emblée que l'intérêt porte sur un ensemble de cas plutôt que sur des cas particuliers. Le but d'une compilation statistique de données pathologiques est d'abord de fournir des données quantitatives qui permettront de répondre à des questions concernant des ensembles de cas ».¹⁵⁶

Je m'accorde avec lui et avec les auteurs de cette introduction pour dire que réfléchir à gérer des problèmes rencontrés par des groupes plutôt que par des individus singuliers ne s'opère pas de la même manière et ne donne pas le même type de solutions. C'est ce que pointent les psychanalystes Joël Birman et Christian Hoffmann dans leur article « Le sujet en excès dans la biopolitique ». Pour eux, cette nouvelle forme nosographique en psychiatrie axée sur les troubles et notamment les syndromes définis statistiquement (qui est soutenue par les dernières versions du DSM), a participé au désintérêt pour le « sujet » en clinique, et s'est accompagnée parallèlement d'une politique au « discours préventif du risque », et par là à la destitution d'une certaine forme de responsabilité des patients :

« La question fondamentale posée par cette pratique médicale sans sujet, surtout, mais pas seulement dans le champ psychiatrique parce que sur un autre plan la même question se trouve aussi dans la médecine somatique, est d'ordre éthique. C'est-à-dire,

156 APA, DSM-I, Washington, APA, 1952, pV dans la thèse de Steve Demazeux (2011).

la question d'être malade n'implique pas l'individu dans une expérience vitale, où son être est mis en question. Au contraire, au fur et à mesure qu'il y a un impératif infini de normalisation axé sur les statistiques et les calculs des risques établis par le discours épidémiologique, l'individu doit répondre au chiffrage de la norme et il ne peut pas être interpellé en tant que sujet dans l'expérience de la maladie.

Cela veut donc dire que la question de la responsabilité subjective a été évacuée de la pratique médicale. Ce qui reste c'est une responsabilité d'ordre juridique, fondée par des normes établies par le discours médical et transformées dans un discours de risques, aux niveaux social et politique. Au registre du rapport entre le médecin et le patient, qui est-ce qu'on veut faire remarquer dans ce contexte, c'est le médecin en tant qu'agent normalisateur qui appelle les patients à la responsabilité. Néanmoins, cette responsabilité n'est pas aux niveaux subjectif et éthique, mais aux niveaux social et juridique, où la question de la norme est tout à fait cruciale.

Ce qui veut dire que le discours médical prend une direction tout à fait morale au détriment de l'éthique, parce que c'est la norme qui est toujours en question et pas le rapport singulier du sujet envers ce discours moral. En contre-partie, on peut bien remarquer que l'individu n'est plus un sujet dans ces conditions-là, il est plutôt assujéti. » (Birman Joël et Hoffmann Christian, 2013 : 102)

Pour eux cette modalité de catégorisation annihile l'éthique (subjective, dans leurs termes) au profit de la morale normalisante et transforme les responsabilités engagées par le psychiatre comme par le patient dans la consultation. Terrain fertile pour le développement d'un nouvel exercice du pouvoir qui porte sur les vies des individus, les auteurs s'appuient sur ce que Michel Foucault nomme de "biopolitique" :

« Si ce cadre est la référence de travail pour la constitution de la politique de santé pour la collectivité, entamée par l'état, on peut également remarquer que se déploie là-dessus un discours préventif du risque, où celui-ci s'inscrit dans l'horizon politique de la société contemporaine. On reprend ici le concept de < risque > dans un cadre

calculateur, politique et économique du contrôle du social. On sait bien que le concept et le mot < risque > est ambigu et polysémique, mais on peut bien remarquer qu'à travers la présumée santé des individus, ce qui est mis en scène, c'est un discours sur le risque social, économique et politique, avec tout le déploiement inattendu que ça représente pour le lien social.

On peut dire que l'enjeu majeur de tout ce processus est l'universalisation de la biopolitique, qui envahit tous les champs de l'espace social. C'est la médicalisation de l'espace social qui est le corrélatif de la biopolitique. » (Birman Joël et Hoffmann Christian, 2013 : 102)

Pour eux, c'est ce changement de paradigme qui a mené à la « déshumanisation » du lien soignant-soigné (p103), et je crois en effet avec les auteurs, qu'ajoutée à la biologisation du social sous toutes ses formes (dont celles que nous avons croisées), cette façon particulière de politiser la santé et la médecine participe à la non-considération des patients, sujet central de ma thèse. J'ai cependant vu par ces procédés des tentatives de naturalisation "humanisantes", ce qui m'a menée à prendre mes distances avec ce concept de déshumanisation mais aussi de réhumanisation. Je prends également mes distances avec ces auteurs quand ils préconisent de rapprocher la responsabilité de l'inconscient psychanalytique :

« La question du sujet a été conçue par Freud au niveau de l'inconscient, dans un rapport serré avec l'exigence de travail faite au psychisme par la force de la pulsion. C'est de cette façon que la question de la responsabilité se pose désormais au niveau de l'inconscient. Une nouvelle façon d'envisager la clinique s'esquisse à partir de ces présupposés-là, de telle façon que la question de l'éthique en conjonction avec les questions de la liberté et de la singularité dessinent un nouveau champ pour penser une clinique axée sur le sujet. » (Birman Joël et Hoffmann Christian, 2013 : 105)

À mon sens, même si la psychanalyse a cet avantage de considérer ses patients à travers leurs discours, elle devient déterministe et naturaliste dans sa théorie sur la machinerie pulsionnelle, et déresponsabilisante quand elle considère l'inconscient comme un en-dehors de soi.

Cependant, j'accepte volontiers cette critique à l'égard de mon travail qui fait l'impasse sur la majeure partie de la littérature psychanalytique. Ce n'est pas un oubli, mais un défaut d'intérêt à priori (pour cette raison que le travail autour de l'inconscient psychanalytique ne m'a pas personnellement intéressée de par sa naturalisation ou la déresponsabilisation qu'il engendre). Je suis bien consciente qu'il existe des psychanalystes à tendance constructiviste, qui ont d'ailleurs contribué à l'élaboration de l'anti-psychiatrie et qui m'inspirent, mais j'ai décidé de ne pas l'inclure dans cette thèse car n'ayant pas de désir encyclopédique, j'ai aussi choisi fonction de mes intérêts du moment, et de l'énergie que j'aurais dû investir dans un champ de connaissance que je ne maîtrise pas¹⁵⁷.

Néanmoins, je ne peux que me ranger du côté des auteurs dans les réticences qu'ils formulent à l'égard de ces nouveaux systèmes de classification dits a-théoriques, et je m'interroge avec Steeve Demazeux sur la transformation d'un « pouvoir psychiatrique » dont le champ d'application se restreignait initialement à l'institution psychiatrique comme l'a décrit Michel Foucault dans son ouvrage du même nom, pour s'étendre désormais hors des murs de l'asile :

« De la dénonciation de l'enfermement abusif favorisé par le système asilaire, les critiques se focalisent aujourd'hui plus volontiers sur une dénonciation de l'extension croissante des catégories diagnostiques du DSM qui tendraient à pathologiser toutes sortes de comportements indésirables aux yeux de la société. Les classifications standardisées, étant donné le rôle crucial qu'elles sont amenées à jouer à partir des années 1980, peuvent être considérées comme la forme privilégiée que revêtira désormais le pouvoir psychiatrique. » (Demazeux Steeve, 2011 : 52)

Cette standardisation s'est complexifiée avec les années avec d'autres enjeux pragmatiques où, à l'aube d'une pratique non plus institutionnelle mais aussi libérale, le remboursement et le coût des prises en charge devaient être établis et évaluables. Par ailleurs, autre enjeu de taille, le développement parallèle à partir de la seconde moitié du 20^e siècle des chimiothérapies

157 Et je défends que ces arguments sont pertinents.

médicamenteuses psychotropes, et leur production par les industries pharmaceutiques, en ont créé un enjeu financier important où les conflits d'intérêts et le lobbying sont très présents. Il y a lieu en effet de s'interroger sur le processus de fabrication des nouveaux troubles psychiatriques des DSM : sachant que les laboratoires pharmaceutiques participent à la rédaction de tels ouvrages, la question est de savoir si au lieu de vouloir soigner des troubles, on n'inventerait pas des troubles pour utiliser les nouvelles molécules mises au point par ces laboratoires (cette question s'est largement posée au moment de la création du diagnostic de TDAH, Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité, soigné par amphétamines thérapeutiques) – autrement dit, ne serait-ce pas le médicament qui crée la maladie ? Tout ceci ne serait pas dénué d'ironie pour une classification se donnant à voir comme objective.

Cette volonté pragmatique de décrire des entités cliniques à l'aide de statistiques sans prétendre à aucune nosologie proprement psychiatrique pose différents problèmes, comme celui de la standardisation, pâle reflet chiffré de réalités décontextualisées bien étrangères à celles que je vois dans ma pratique plus complexe.

Ce problème se prolonge avec celui de la frontière entre ce qui est jugé normal et pathologique. En confondant nomenclature et statistiques, on tend à confondre le normal d'avec le normé, ce qui revient à l'opération de psychiatrisation du social dont j'ai déjà parlé, c'est-à-dire la tendance à rendre psychiatrisable tout comportement social jugé hors-norme, ou anormal. Désormais, être trop timide devient être "phobique social", manger trop de petits pois peut devenir un « trouble de l'usage d'une substance » dans le mini DSM-5. Cette psychiatrisation de comportements sociaux conduit à l'établissement de diagnostics rendant l'individu "malade" ou "porteur d'un trouble" (et quand bien même ce comportement est problématique pour lui), et cette conception même d'un trouble du comportement n'est plus l'expression *singulière* d'un mal-être *singulier* mais comporte des explications rationnelles et scientifiques, telles que présentées dans l'introduction du chapitre sur les troubles addictifs du mini DSM-5 :

« Toutes les substances qui sont prises en excès ont en commun une activation directe du système cérébral de récompense, lequel est impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs. Ces substances produisent une activation si intense du système de récompense que les activités habituelles peuvent s'en trouver négligées. »(Crocq Marc-Antoine, Guelfi Julien-Daniel, 2016 : 184)

L'individu est ainsi réduit au fonctionnement de son cerveau et c'est celui-ci qui est responsable de cette activation excessive du « circuit de récompense ». Une fois encore, l'opération de réduction de l'individu à son cerveau et à son fonctionnement neuro-physiologique le réduit à un en-dehors de lui-même, entité soumise aux dysfonctionnements naturels entravant alors les "bons comportements". Par ce dispositif naturalisant, tout comportement, toute émotion débordante trouve son explication neuro-rationnelle et peut donc justifier de recourir à la psychiatrie.

On peut noter quelques changements apportés au DSM-5, qui prétend à plus de nuance dans l'établissement de la frontière entre normal et pathologique, précaution traduite par la notion de spectre, et par l'utilisation d'une approche dimensionnelle (à l'inverse d'une approche catégorielle). Ce changement à mon sens ne transforme pas tellement l'approche d'un trouble (qu'il soit autistique, bipolaire, schizophrénique) car la question reste au final, la même : est-il autiste, bipolaire, schizophrène ? La nouvelle approche permet "seulement" de pouvoir préciser un degré de sévérité du trouble. Mais finalement, ce floutage définitionnel ne conduit-il pas à diagnostiquer plus de cas, le recours à ce type de diagnostic se faisant plus facilement et moins précautionneusement ?

Par ailleurs des références directes aux conceptions neuroscientifiques et neurodéveloppementales (l'exemple des addictions est choisi parmi d'autres) des comportements présentes dans ce manuel explicitent le choix des auteurs de cette 5^e version d'une certaine étiopathogénie sous-tendue par une certaine vision de l'individu : celle que j'ai déjà étudiée à plusieurs reprises, qui, loin d'être un hors-paradigme scientifique comme elle

s'en défend sous couvert d'objectivité et de neutralité, est un choix épistémologique engagé en faveur d'un paradigme de l'individu cérébral que nous avons déjà croisé dans ce chapitre.

Mon propos, je le rappelle encore une fois, n'est pas de prétendre que toute biologie amène à la biologisation, ni que la psychiatrie est forcément synonyme de psychiatrisation. Mais cette démarche de naturalisation des objets qu'elle étudie engage la psychiatrie vers un nouvel horizon : après avoir soigné les fous et les déraisonnables, les nouveaux usagers de la psychiatrie prennent l'allure d'humains *Homo sapiens* dont il faut soigner les dysfonctionnements bio-génético-cérébraux qui expliquent certaines de leurs déviances comportementales et sociales.

F. Psychiatrie et paradigme intégratif

Le paradigme dit *intégratif*, paradigme relativement récent, se situe dans cette même volonté pragmatique de surmonter les tensions épistémologiques de la psychiatrie. En légitimant la co-existence de différents paradigmes, et même en y trouvant quelques cohérences, il est le nouvel eldorado des psychiatres. Ainsi, les défenseurs de théories neuroscientifiques peuvent se surprendre à faire des ponts avec des théories psycho-dynamiques, et inversement. L'intégration prend donc des visages multiples, en fonction des juxtapositions choisies par les psychiatres.

Historiquement, c'est en réponse aux tensions épistémologiques que la voie intégrative a été inventée, comme le précisent Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon (2012) :

« On a tenté de surmonter ces contradictions [entre trois modèles explicatifs historiques de la psychiatrie, à savoir : modèle psychanalytique, modèle neurochimique et biomédical et enfin modèle psychosociologique] en cherchant à utiliser un modèle explicatif plus global que l'on pourrait appeler < biopsychosocial >. Cette approche avait déjà été préconisée durant la première moitié de notre siècle par A. Meyer (1866-

1950), chef de la psychiatrie nord-américaine. En 1977, G. L. Engel s'en est inspiré en proposant un < triple paradigme >, biologique, psychologique (avec une approche à la fois psychodynamique et comportementaliste) et social. Ce modèle < biopsychosocial > a également influencé M. Reynaud qui en a fait un modèle < intégratif > [1989]. Cette intégration oblige à tenir compte de la très grande complexité de l'activité psychique de l'homme et à ne plus se contenter d'explications étiologiques de la maladie mentale reposant sur des causalités simplement linéaires. Dans un système particulièrement complexe d'interactions, la causalité est forcément multifactorielle, et toute tentative réductionniste visant à privilégier un seul déterminant ne peut conduire qu'à un échec. » (Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric, 2012 : 10)

Peut-être pas un échec seulement, mais plusieurs échecs.

Car ces associations de théories m'apparaissent plus comme des juxtapositions, une mise bout à bout d'idées parfois contradictoires dans le but de donner plus de sens, de mieux expliquer l'état des patients que les praticiens rencontrent. Quand l'homme cérébral déterminé par le bon fonctionnement de son cerveau et de ses gènes devient l'homme social et parlant, c'est tout simplement un bond paradigmatique qui fait fi des incohérences de représentations sous-tendues par les théories mises en commun.

Certains me reprocheront d'être réactionnaire, de continuer à faire vivre un débat que la psychiatrie subit depuis fort longtemps et que le paradigme dit intégratif a réussi à apaiser – comme ça a été le cas à ma soutenance de mémoire, où je faisais revivre un débat entre psychanalyse et théories neurodéveloppementales en proposant pourtant une autre voie. En interrogeant les pratiques que j'avais expérimentées durant mon internat dans un service de périnatalité, et en témoignant des différences de prises en charge sous-tendues par des conceptions différentes des objets de soin et des modalités de leur réalisation, l'enjeu était celui de discuter autour d'un questionnement sur la légitimité d'une hospitalisation en dyade mère-enfant, à travers les discours de deux praticiens aux obédiences différentes. Ce sujet me

paraît "fondamentalement pratique", car cette question de la justification ou non d'une hospitalisation se pose tous les jours dans les services, et peut-être tout autant chez les praticiens libéraux. J'ai pu y questionner également le concept du lien mère-enfant, dans une société en mutation où les cellules familiales se transforment, les rôles parentaux évoluent, les accès à la maternité changent. Pour moi, la psychiatrie n'est pas seulement une affaire d'experts de leur discipline, elle communique avec d'autres réalités, sociales et politiques au minimum. Mais, ce sont tous ces arguments que je me suis vue reprocher, faisant de mon mémoire un « hors-sujet » : le nouveau regard réflexif n'intéresse vraisemblablement pas la psychiatrie universitaire. On m'a donc prescrit d'être plus ouverte dans ma pratique, et de délaissier ces questions, au profit d'autres questionnements neuroscientifiques probablement plus intéressants, puisque l'enjeu de la cohérence des paradigmes est « dépassé », et qu'il faut faire place nette à l'efficacité...

Si mon objectif n'est pas de promouvoir une psychiatrie éclatée, en proie aux querelles intestines et incessantes, je pense néanmoins que le débat est toujours potentiellement heuristique. Pourtant, je ne peux me résoudre à clore cette discussion en optant pour un choix pragmatique qui garantirait un gain d'efficacité pour les psychiatres (en s'appuyant sur plusieurs paradigmes à la fois, ils accroissent le nombre de réponses qu'ils peuvent fournir à leurs patients) mais au prix, peut-être, d'une perte de cohérence.

En quoi la pratique devient-elle incohérente ? J'ai tenté de démontrer au cours de ce chapitre 2 que les sciences explicatives en trouvant des justifications naturelles aux comportements des individus les déresponsabilisent par la même occasion. En pratique, prendre en charge un patient dont le cerveau, les neurones, les gènes sont responsables de ses troubles n'implique pas les mêmes considérations à son égard. L'objet du soin n'est pas le patient comme individu *singulier*, mais son cerveau, sa maladie, ou l'expression de toute forme de nature qui agirait en deçà de lui. Il n'y a qu'à voir la différence de traitement qu'on réserve aux "malades schizophrènes" et aux patients toxicomanes dans la plupart des services. Pour les premiers, s'ils continuent à délirer alors qu'on a mis en place un traitement neuroleptique, on parlera

d'"échappement au traitement", d'une forme de "schizophrénie résistante". Il s'agira donc de trouver un autre traitement, celui-là efficace contre cette forme de maladie. En revanche, pour les patients toxicomanes, à qui ont fait passer un "contrat de soins" (oral ou écrit) à leur arrivée, la poursuite de consommation au sein du service sera non pas soignée, mais sanctionnée : le patient a rompu le contrat, il doit quitter le milieu hospitalier. On voit bien par ces deux cas de figure que les modes de prises en charge, les traitements, les postures que l'on prend vis-à-vis des patients sont directement liés à la conception de la maladie ou des troubles. Ici dans mon exemple, la schizophrénie est pensée comme une maladie où le patient est jugé irresponsable, alors que la toxicomanie est plutôt perçue comme un manque de motivation du patient pour se sevrer. Ce qui permet à Jean-Louis Feys (2014) de dire que « la question de la responsabilité du patient est inséparable de la question de l'étiologie du trouble et de la conception qu'on se fait de la pathologie, qui elle-même détermine la classification de ces pathologies. Épistémologie, classification, lien de causalité et responsabilité sont indissociables. De même, la responsabilité morale des psychiatres varie selon l'idée qu'ils se font sur le phénomène psychiatrique » (Feys Jean-Louis, 2014 : 19). En fonction des objets que l'on soigne, c'est donc bien l'éthique des soins qui est modifiée.

Alors, que disent les partisans du paradigme intégratif ? Nicolas Georgieff, pédo-psychiatre français intéressé de ces questions, analyse dans son article « Neurosciences et psychiatrie : intégration ou grand écart ? » le problème de « l'écart biologico/pratique » prégnant dans notre discipline de par sa diversité paradigmatique, et y voit l'expression du dilemme entre *explication* et *compréhension*, distinction que nous travaillons d'une certaine manière depuis l'introduction et qu'il emprunte à Dilthey puis Jaspers.

« Pour comprendre la nature de l'écart biologico-clinique, il est donc nécessaire de revenir à l'objet de la psychopathologie, conduite, action (ou « comportement » s'il est défini selon une perspective cognitive post-behavioriste qui lui restitue sa dimension mentale). C'est à cause de la nature de cet objet que [la] psychopathologie se trouve

depuis toujours confrontée à un choix difficile entre deux démarches : l'explication des mécanismes mis en jeu dans la production de la conduite, et la compréhension du sens de celle-ci. » (Georgieff Nicolas, 2009 : 432)

Selon lui, prendre parti pour l'une ou pour l'autre des postures revient à opérer des réductionnismes. Je m'entends avec lui concernant le réductionnisme biologisant des sciences explicatives – qu'il nomme celui de la « matérialité objective biologique », que j'ai présenté précédemment avec les "procédés" de bio-psychologisation et de neuronisation – ces « moyens utilisés en vue d'obtenir un résultat déterminé », en l'occurrence un humain *Homo Sapiens* neuronal.

Concernant la posture compréhensive, Nicolas Georgieff voit le risque de sombrer dans une forme de « religiosité », par « l'immatérialité psychique subjective, [...] l'esprit devenant âme » (p434). Positionnée en miroir de l'explication, la compréhension est reléguée à des considérations quasi irrationnelles, spiritualisantes, et en cela tout aussi inaccessibles que les en-dehors transcendants l'individu que j'ai évoqués au cours de ce chapitre.

Ainsi le choix entre explication ou compréhension revenant à opérer une réduction, l'auteur voit deux possibilités pour sortir de l'impasse des réductionnismes : choisir entre l'« intégration ou [le] grand écart » comme il l'annonce dans le titre de son écrit. Même s'il s'engage frileusement dans son article à fournir une réponse capable de sortir la psychiatrie de ce dilemme par l'incommensurabilité des objets qu'elle met en scène selon les paradigmes avec lesquelles elle travaille, sa volonté de réunir ces deux pôles ne cesse de s'affirmer tout au long du texte. Sa solution réside en un procédé intégratif, permettant à la psychiatrie de revendiquer sa complexité, sa « nécessaire pluridisciplinarité ».

Mais son opération d'intégration me semble avant tout être une subordination par une opération d'absorption de la compréhension dans l'explication :

« C'est pourtant bien la démarche compréhensive qu'il s'agit d'expliquer. Or nous vivons un moment critique où pour la première fois, les neurosciences cognitives sont

en mesure d'approcher, au plan de leurs mécanismes élémentaires, des fonctions relevant de niveaux de complexité pertinents pour la pratique : intentionnalité, conscience de soi, intersubjectivité, régulation émotionnelle, génétique des comportements, compréhension des liens entre environnement et génome, neurosciences de l'attachement et du lien, neurosciences du développement... »
(Georgieff Nicolas, 2009 : 437)

Le processus intégratif implique donc d'expliquer la compréhension, autrement dit de justifier en termes cognitivistes et neuroscientifiques les effets bénéfiques empiriques de la psychothérapie, car « c'est bien vers une compréhension rationnelle autant des faits pathologiques que des mécanismes de la pratique – notamment une compréhension des mécanismes neurobiologiques et cognitifs des psychothérapies – que la psychiatrie doit tendre » (Georgieff Nicolas, 2009 : 432).

Si Georgieff avait un doute sur l'incommensurabilité des objets étudiés en psychiatrie, je crois qu'il n'envisage cet écart biológico-clinique que comme un état de fait temporaire, en attente des progrès d'une neuroscience qui pourra, un jour, tout expliquer :

« De ce point de vue, l'écart < biológico-clinique > – entre logiques de la pratique psychiatrique et le niveau d'analyse des neurosciences – semble être conjoncturel et non structurel. C'est un écart entre des niveaux de description, des < plans d'observation > [...] distincts et encore trop éloignés pour qu'il soit possible d'en relier suffisamment les concepts et les observables. De la même manière que la psychologie cognitive est venue s'intercaler entre neurobiologie et clinique, pour dépasser les limites d'une psychiatrie biologique supposée, dans les années 1980, < expliquer > directement la pathologie par l'activité neuronale, d'autres maillons intermédiaires doivent encore être introduits entre la description du fonctionnement neuronal et celle du comportement, en particulier pour le plan des processus interpersonnels ou intersubjectifs perturbés par la pathologie et où se situe l'action clinique ordinaire. »

Un jour viendra donc où les neurosciences auront assemblé tous les maillons nécessaires pour *expliquer* tous les « plans d'observation » desquels on observe nos patients. Cette conception me pose problème à plusieurs niveaux – ceci seulement depuis mon « plan d'observation » singulier néanmoins – car elle repose sur l'idée d'un réel partagé et unique, et seulement différenciable en termes d'échelles, du micro au macroscopique. Je ne peux me résoudre à cette idée que nos regards sur "le monde" sont généralisables, car optimisables en objectivité. Nicolas Georgieff peut admettre une certaine relativité des points de vue, qui doivent pouvoir s'accorder, car même si les différences de langages peuvent justifier les différences de discours, ils s'accordent cependant tous à décrire un même réel. Cette considération justifie une quête toujours grandissante d'une meilleure objectivité scientifique, ce "regard neutre" sur "le" monde. Le regard, dans son étymologie fait référence à l'ouverture permettant soit l'écoulement – le regard prenant alors la fonction du tuyau – soit, en géologie, le passage dans une grotte de la lumière venant de la surface¹⁵⁸. Le regard dépend donc de la lumière et de la forme du tuyau, et comme se plaît à le rappeler la philosophe Isabelle Stengers, on cherche toujours plus volontiers là où c'est éclairé¹⁵⁹. Ainsi, le regard ne peut être ni neutre, ni objectif, il est toujours contraint par une forme particulière (le tuyau) et un éclairage dirigé, particulier¹⁶⁰. Ce ne sont donc pas seulement les discours qui "parlent" d'un même réel, mais aussi le(s) regard(s) qui construisent non pas un monde, mais des mondes, des réalités toutes différentes et *singulières*. Les objets ainsi décrits échappent à la nécessité de s'uni-formiser pour s'encaster dans des catégories préformées et scientifiquement explicables, mais ont la possibilité de se façonner en fonction du regard que l'on prend pour les voir. Cette image n'est pas sans rappeler l'illustration ludique que le philosophe des sciences Thomas Kuhn emploie pour représenter son concept de paradigme – cette manière de faire et de voir – en utilisant

158 Regard dans le *Dictionnaire historique*.

159 Inspiré de la conférence de Monique Sicard à Strasbourg en 2019.

160 Ce qui justifie l'emploi du "je" dans cette thèse, ainsi que ma reconstruction singulière et affirmée comme telle, des procédés décrits dans ce chapitre, et dans les autres. N'ayant aucune volonté d'exhaustivité ni d'objectivité, parlant depuis mon point de vue, c'est avant tout une opinion argumentée – une thèse – que je présente dans ces lignes.

l'image du canard-lapin¹⁶¹ (soit dit en passant empruntée à la théorie de la forme, précurseur de la Gestalt-thérapie qui nous intéressera particulièrement au chapitre 3). Ainsi, les images des individus-animaux issus de statistiques, des *Homo Sapiens* soumis à leur nature, et des individus dotés d'intentionnalité n'ont pas la même forme à mes yeux, et sous-tendent des conceptions difficilement conciliables. Mon constructivisme me permet par cette position relativiste, de prendre une distance avec les *données* scientifiques qui, en usant d'opérations de réduction pour mieux simplifier, et d'opérations d'extrapolation pour mieux généraliser, font toujours croire en l'idée d'une nature qui nous échappe. Situées en dehors de nous, elles déresponsabilisent l'individu prétendument doté d'intentionnalité, et c'est à cet endroit que se joue le paradoxe de vouloir faire coexister des paradigmes incommensurables.

Nicolas Georgieff a espoir en ceci :

« le développement de ces < neurosciences de la pratique clinique > (une < neuropsychologie de la psychothérapie >) permettra de comprendre comment agissent les pratiques jusqu'ici théorisées sur des bases empiriques. La psychiatrie théorise en effet des pratiques diagnostiques et thérapeutiques sans être encore en mesure de rendre compte des processus biologiques et cognitifs sur lesquels ces pratiques reposent et dont elles dépendent. Comme les états pathologiques, les pratiques thérapeutiques impliquent les mécanismes neurobiologiques et cognitifs, la structure et le fonctionnement du cerveau. » (Georgieff Nicolas, 2009)

Par le lien de dépendance qu'il établit entre les processus biologico-cognitifs sur lesquels reposerait la pratique psychiatrique empirique, il est une fois de plus en quête des causes, des origines évolutives et neuroscientifiques.

Ainsi, ce choix de la voie intégrative telle que présentée par Georgieff n'est à mes yeux qu'une forme d'absorption ou d'abstraction d'une marche naturelle qui présente encore certaines zones d'ombre mais qui finiront par éclater à la lumière de la vérité scientifique.

161 Canard ou lapin, selon le regard que l'on y porte.

Cependant, bien qu'il semble vouloir laisser une place à la question de l'intentionnalité des patients qu'il rencontre – il en parle à plusieurs reprises –, Georgieff se situe dans le même objectif que celui des neurosciences, celui de la quête des origines, des éclairages rationnellement scientifiques pour que la psychiatrie gagne en légitimité, et apaise ses conflits épistémologiques. Bien qu'il concède qu'il faille faire une place à une subjectivité du praticien, jugeant qu'« il est donc nécessaire pour la recherche en psychiatrie de dégager des méthodologies qui tiennent compte de cette participation subjective », c'est pour mieux l'expliquer et la rationaliser.

Je ne peux m'empêcher de mentionner à cet endroit l'ouvrage de Jacques Hochmann, *Une histoire de l'empathie*, où j'ai reconnu les mêmes intentions intégratives que celles de Georgieff :

« Un tel voyage historique au pays d'empathie réserve bien des surprises : la découverte de constructions qui se ressemblent étrangement, voire qui se reflètent, de points de vue qui se complètent ou se répondent. Il donne l'étrange impression que ce concept, pourtant voué à expliciter la communication entre semblables, n'a, au moins jusqu'à aujourd'hui, que rarement servi à des rapprochements. À quelques exceptions près, les différents auteurs qui ont fait référence à l'empathie se sont longtemps tourné le dos, sans même prendre la peine de se connaître ou de discuter, témoignant d'un mépris et d'un curieux manque d'empathie les uns vis-à-vis des autres, voire d'une complète ignorance mutuelle. Le temps est peut-être venu de dépasser ces incompréhensions et de tenter d'établir ou de rétablir des correspondances, de montrer ce qui rapproche plutôt que ce qui divise, sans pour autant gommer les différences et sans chercher une homogénéité artificielle. » (Hochmann Jacques, 2012 : 7)

Jacques Hochmann prend des précautions, il prend soigneusement le temps de raconter l'histoire chronologique (une, la sienne parmi d'autres) du concept de l'empathie, en passant par des références fournies en philosophie, psychanalyse, phénoménologie, sociologie,

psychologie sociale, et neurosciences. Même s'il dit avoir conscience des écarts qui peuvent exister entre ces disciplines, son propos n'est pas d'en faire une « une sorte d'équation universelle qui ramènerait toutes les approches à une perspective unique dans une sorte de compromis fade » (p7). Il n'en reste pas moins qu'il veut, tout comme Nicolas Georgieff, faire des ponts entre les différentes échelles de lecture :

« Objet d'étude à la fois des psychothérapeutes, des sociologues, des philosophes et des neuroscientifiques, l'empathie se révèle alors un < opérateur de liaison > et devient < plus que jamais l'occasion de rapprochements conceptuels et de programmes théoriques communs, qui articulent les processus émotionnels et cognitifs de manière inédite >. Cette passerelle utile aux études interdisciplinaires est une source de rencontre entre des chercheurs d'obédiences diverses qui jusqu'alors souvent s'ignoraient. Elle continue à alimenter des réflexions et des colloques et permet, par-delà les différences d'objet et de méthode, des rencontres qui invitent aux interrogations mutuelles. Elle a ainsi le mérite d'esquisser les lignes d'un contrat nécessaire entre des disciplines qui se sont trop longtemps méconnues ou qui continuent encore, çà et là, de s'affronter autour d'un certain nombre de < paradoxes théoriques > et de modèles, tels ceux de la simulation ou du changement de perspective, de la projection, du raisonnement analogique, de l'interprétation ou de l'immédiateté [...]. » (Hochmann Jacques, 2012 : 71)

Ce « contrat nécessaire » repose en fait sur la reconnaissance qu'avant d'être l'homme social et pensant, l'humain est avant tout *Homo sapiens*, fruit de l'évolution et de la biologie :

« Trois facteurs expliquent cette orientation nouvelle. D'une part, dans le cadre de l'évolution des espèces, [l'empathie] n'est plus considérée comme une qualité propre à l'être humain. On s'intéresse ainsi de plus en plus aux conduites empathiques des animaux. D'autre part, le développement récent d'une psychopathologie cognitive conduit à envisager certains troubles graves de la relation comme des modèles expérimentaux naturels qui pourraient permettre d'étudier objectivement chez

l'homme des degrés inférieurs voire des absences d'empathie. Enfin et surtout, les moyens modernes d'exploration cérébrale, en enregistrant le cerveau en action chez des sujets soumis à des tâches systématisées, permettent de visualiser les réseaux en cause dans les processus empathiques. » (Hochmann Jacques, 2012 : 60)

C'est donc, pour lui aussi, par l'objectivation scientifique, la recherche des origines que l'on expliquera mieux l'objet empathie, et que l'on pourra mieux expliquer (car c'est ainsi qu'il termine le livre) les manques d'empathie qui ont permis les « fabrications des bourreaux », tout comme l'extermination des juifs dont sa grand-mère a été une des victimes. L'auteur est d'ailleurs cohérent avec cette volonté explicative, en fournissant une œuvre aux allures encyclopédiques. Mais là où il fait mine de ne pas prendre parti pour un point de vue particulier (il ne critique que des points de raisonnements précis) au profit d'une vision globale complexe, j'ai tendance à penser qu'il unifie le savoir par l'explication – dont le style encyclopédique est un indice.

D'ailleurs, j'ai bien l'impression qu'en considérant "l'objet empathie" en-dehors de nous – comme c'est le propre de l'essentialisation – Jacques Hochmann n'a d'autre choix que celui de faire rapport des différents éclairages apportés par différents auteurs, et ne peut se cantonner qu'à en saisir une sorte d'image reconstruite, qui, par cette superposition de différents éclairages, risque d'être trop lumineuse, trop claire. Ainsi surexposée, elle y perd son intérêt, perd de sa forme, s'in-forme, comme le texte, qui se veut très in-formatif.

Ainsi, ne voulant pas prendre le risque du grand écart (à entendre comme l'action de rejeter de son jeu une ou plusieurs cartes¹⁶²) inconfortable proposé par Nicolas Georgieff, je préfère par mon *regard singulier* examiner la diversité du jeu de cartes que les paradigmes psychiatriques dessinent. Car opter pour cet examen visant à y discerner les hétérogénéités des individus qui y sont représentées plutôt que chercher à en trouver les points communs me

162 Écarter dans le *Dictionnaire historique*.

permet d'esquisser des portraits qui ne se ressemblent pas, en premier lieu par la responsabilité que ces paradigmes leur confèrent.

Choisir le grand écart, c'est aussi mettre certaines cartes de côté, en jugeant celles qui comportent trop de caricatures à mes yeux simplifiantes. Ces caricatures, issues de profils-types aux traits à la fois grossiers et bien trop précis (ces deux qualités étant conférées par la statistique), sont le résultat de pré-supposés déterministes et réductionnistes qui restreignent la possibilité de gommer, dessiner et re-dessiner le portrait d'un individu.

Partir du principe que nous sommes des individus dotés d'intentionnalité nous laisse la possibilité de dessiner et transformer nos propres portraits, et ceux des autres, de nos patients par exemple. Cette place dédiée à une créativité constructive ne se prétend pas hors-contrainte : la carte est délimitée, le crayon, même gommé, laisse parfois des traces sur le support. Le corps, la biologie même peut constituer l'une de ces contraintes, mais ils ne devraient pas être considérés comme premiers, objectifs ou extérieurs au patient au risque de l'instrumentaliser, de le "déshumaniser" en le rendant "trop humain". Il s'agit plutôt ici de montrer combien, en déléguant nos responsabilités et nos intentionnalités à la cause scientifique (au sens propre comme au figuré), on se restreint nous-mêmes ainsi que nos patients à rester de pâles reflets des caricatures des cartes.

G. Conclusion

Et si, l'espace d'un instant, nous considérons qu'en psychiatrie, nous n'avons à faire qu'à une pléiade de monstres du docteur Frankenstein ? Des monstres perdus, aux comportements étranges, insensés et dérangeants, déboussolés, déséquilibrés, résolument différents, réduits à être a-liénés, sans lien, seuls, dans la tempête. Malades d'inhumanité.

Qu'advierait-il de la rencontre entre le monstre et le Dr Frankenstein-psychiatre ?

Le Dr Frankenstein, selon sa manière de voir sa créature, aura à son égard une certaine manière de faire :

D'abord, si le Dr Frankenstein ne voit en ce monstre que laideur, vice, et anomalie, il ne pourra que ressentir de la répulsion pour lui. Le monstre, cette abomination extra-naturelle, sera condamné à être exclu. Par ce statut qu'on lui confère, statut statufié de réprouvé de l'humanité – ainsi laissé sans recours, ni lieu ni instant – sa parole revendiquant une once d'humanité ne sera jamais légitime. Le Dr Frankenstein ne pourra adopter une posture empathique à son égard car leurs différences trop importantes les tiendront trop éloignés, tenus à une distance qui fera qu'ils ne pourront jamais se comprendre. Son monstre restera un monstre, objet instrumentalisable à souhait par le Dr Frankenstein, friand d'expérimentations.

Si alors le Dr Frankenstein voyait derrière le monstre un possible humain, comment l'humaniserait-il ?

Dans ce chapitre, je me suis demandé quel portrait faisaient les sciences explicatives des individus humanisés.

D'abord, j'ai pu définir le cadre de ce portrait : les sciences explicatives reposent selon moi sur un système positiviste, et font exister un en-dehors de soi qui pré-existe à l'individu. Cet en-dehors de soi correspond ici à la Nature (on pourrait aussi considérer l'inconscient psychanalytique comme une autre forme d'en-dehors de soi, mais cela n'a pas fait l'objet d'une étude de ma part).

Pour humaniser son monstre, le Dr Frankenstein doit en faire un individu "naturel", en le reliant à un en-dehors naturel dont il connaît l'ordre.

Ces discours ont certes certains avantages : ils apportent des réponses voire des solutions, parfois même individualisées (le déterminisme biologique et culturel peut promouvoir une forme d'individualité... qui reste façonnée par ces déterminismes). Ils sont mesurables, quantifiables, garantissent un partage entre ce qui fonctionne et ne fonctionne pas (et ainsi

certifient une efficacité de gestion économique, comportementale, etc.), et permettent au patient de se libérer du poids de la culpabilité.

Mais ce, au lourd prix de la responsabilité de tout un chacun. Car naturaliser les comportements, l'empathie entre autres, ôte les singularités à la fois du patient et du soignant, souvent en objectivant la subjectivité. Du côté du soignant, cette essentialisation oriente vers une automatisation des soins, où le praticien devient l'exécutant de protocoles bien rodés car des programmes de soins sont définis en fonction des troubles présentés par le patient. Du côté du patient, celui-ci se retrouve piégé dans son diagnostic : il se sent malade, et tous ses comportements le renvoient systématiquement à sa maladie.

Le monstre devient dès lors humain, mais humain malade, et donc (presque heureusement) irresponsable de sa monstruosité. Tous ses comportements peuvent donc être dès lors expliqués par un dysfonctionnement de sa Nature.

Le portrait de l'individu humain, *Homo Sapiens*, est surtout tracé par les lignes directrices dictées par l'activité quasi autonome de son cerveau, de ses gènes, et de ses neurones. L'ébauche de son comportement est ainsi réduit au bon fonctionnement de ceux-ci (comme nous l'avons vu tout au long de ce chapitre). Les procédés de bio-psychologisation et de neuronisation que j'ai présentés s'appuient sur des opérations d'extrapolation et de généralisation de résultats d'expériences du laboratoire à la société. Exact reflet de réalité universellement partagée, le laboratoire peut alors se permettre de naturaliser tous les comportements humains, du sexisme à la morale, en passant par l'organisation politique. Une vision adaptationniste de ces comportements permet de les légitimer naturellement, sans devoir se justifier politiquement, autrement dit en focalisant le problème sur le *pourquoi des causes*, et en écartant la question du *pour-quoi des raisons et des intentions*.

Selon les sciences explicatives, il s'agirait d'abord, de trouver le pourquoi des causes et des origines de sa différence a-liénante : il faudrait étudier son cerveau, celui-là est morphologiquement et

fonctionnellement différent. Il faudrait regarder son activité neuronale, celle-là est anormale. Quant à son patrimoine génétique, celui-là est insolite.

Dès lors, malade d'humanité, par une addition d'inadéquations génético-neurono-cérébrales, voilà pour les causes et les origines. Déculpabilisé de sa différence par des causes naturelles, probablement soulagé de savoir, il reste cependant toujours malade, mais cette fois naturellement, et donc est mieux accepté comme tel.

Mais au fait, que lui a valu ce statut de monstre si longtemps ?

Le procédé de naturalisation s'est étendu jusqu'à l'empathie, et donc l'intersubjectivité, base de toute construction collective. Les comportements sociaux relus ainsi sont le fruit d'une évidence naturelle. Animal social, *Homo sapiens* n'a pas besoin d'avoir davantage de raisons pour justifier de son rapport à l'autre. Avec une telle conception naturalisante, tout comportement et toute modalité relationnelle considérés comme différents ou inadaptés, seront à interroger par la question du pourquoi des causes et des origines. Considérés comme troubles, ils relèveront d'une prise en charge médicale : et c'est l'écueil de la psychiatisation que nous avons explorée dans ce chapitre.

Le monstre du Dr Frankenstein présentant probablement un dysfonctionnement empathique puisque resté si longtemps à l'écart des autres et incompris, il s'agira d'en expliquer le pourquoi morphologique et fonctionnel.

*Le Dr Frankenstein a rendu son monstre humain certes, mais malade, en expliquant ses troubles d'un point de vue mécaniste. Son rôle est dès lors de traiter les dysfonctions qu'il a repérées dans le corps de son malade. Mais il l'a rendu plus humain seulement par sa chair : il devra traiter, même indirectement, le corps du monstre, son cerveau, ses gènes, ses neurones. Voilà le rôle du Dr Frankenstein psychiatre. Celui qui réhumanise l'*Homo sapiens* par les causes, les origines, et la chair. Le monstre du Dr Frankenstein n'est alors qu'un être malade, dont il faut soigner des entités en-dehors de lui, "lui" étant seulement la somme de ces vecteurs naturels. Il est certes humain *Homo**

Sapiens, mais considéré comme irresponsable de ses actes, et il n'est donc toujours pas le sujet à qui s'adresse le Dr Frankenstein.

On ne sait toujours pas pourquoi le monstre de Frankenstein est monstre, car on ne lui a toujours pas donné la parole.

Même si le procédé de naturalisation de l'humain est ancien (constitutif de la médecine depuis longtemps), le faire valoir à l'excès, notamment en psychiatrie, m'amène à me demander qui prévaut alors : notre Nature ou nos intentions ?

Mon paradigme se prétend quelque peu plus compréhensif à l'égard du monstre : il s'adresse à lui et le questionne sur le pour-quoi de ses raisons. M'attachant à considérer que l'existence du monstre de Frankenstein n'est pas nécessairement précédée d'une essence naturelle qu'il me faudrait expliquer au préalable – après tout, il n'est pas monstre "avant tout" –, mon attention se porte toute entière sur ses intentions. Mon empathie – cette capacité à comprendre les intentions de l'autre – sera d'autant moins évidente et naturelle. Il me faudra la forcer, pour mieux comprendre les motivations du monstre, ses intentions.

Et si le Dr Frankenstein voyait dans son monstre un être singulier, dotés de raisons et d'intentions, qu'il faudrait dès lors accompagner à une (re)mise en sens, en intégrant sa différence comme une curiosité à assouvir ? Il le ferait probablement avec considération. Humain ou inhumain, finalement, il resterait le sujet de la discussion.

Ce sera l'objet de notre chapitre 3.

Chapitre 3. De l'empathie à la singularité

A. Introduction

Nous croisons dans le chapitre 1 Barbara Kruger, qui affirmait que « l'empathie peut sauver le monde », et je m'interrogeais de savoir de quel monde elle se réclamait. Nous avons arpenté ce monde d'empathie largement plébiscité dans les médias et l'avions désigné comme neutre, impartial, subjectif et bienveillant.

Dans le chapitre 2, nous croisons la créature du Dr Frankenstein humanisée par les sciences explicatives, rendue alors monstre – *Homo sapiens*, malade d'humanité – à l'empathie défectueuse. Celui-là est soignable par et pour son corps (puisque toutes ses facultés psychiques seraient attribuables à un dysfonctionnement matérialisé, qu'il soit situé au niveau de neurones, de gènes ou de son cerveau).

N'est-ce pas ce même type de traitement que tenterait de réaliser ce chirurgien sur la toile de Jérôme Bosch, connue sous le titre de *L'excision de la pierre de folie* ? La folie y est cristallisée en substrat physique, faisant écho à cette quête promue par certains, voulant concrétiser et objectiver l'objet de la psychiatrie. Cette toile du peintre flamand, datant du 16^e siècle, est d'une actualité déroutante. Elle fait référence cependant à une ancienne pratique nommée lithotomie¹⁶³. Même si elle fait maintenant et avant tout référence à une pratique chirurgicale

163 L'histoire de cette pratique est inspirée de celle de l'encyclopédie collective en ligne *Wikipédia*.

de la vessie qui consiste en l'extraction de calculs, elle a été déclinée à l'époque par plusieurs peintres flamands dans sa signification symbolique – car issue du grec *lithos* la pierre, et du suffixe *-tomia* la coupe – pour désigner des trépanations qui consistaient à ôter des pierres situées dans le cerveau symbolisant la folie. Le rapprochement que se permet Bosch entre la pierre et la folie vient probablement du dicton flamand « avoir une pierre dans la tête » qui signifierait être fou. Le peintre met en scène un chirurgien en train de pratiquer la trépanation d'un individu attaché par un linge à une chaise. Pourtant doté de sa bourse qu'il garde près de lui, on imagine que le cobaye a ou va payer pour avoir ce "soin" qu'il réclame par le message inscrit en bas de la toile, et traduit du flamand par : « maître, enlève la pierre, mon nom est Lubbert Das ». « Lubbert » dans les textes néerlandais désignant les personnes très stupides, on comprend de cette toile que Jérôme Bosch voulait caricaturer les pratiques populaires pratiquées sur les foires – la scène n'a-t-elle pas lieu en plein air, enjolivée de petits détails presque bucoliques par-ci par-là ? – en la déclinant ici au corps médical qui pourrait guérir les pauvres gens de leur bêtise. On imagine bien que le Lubbert, en quête de solutions à son problème, a donné son *consentement* pour subir une telle barbarie. Mais que nous disent ses yeux perçants, qui nous regardent ? Qu'en pense-t-il, maintenant qu'il a consenti à en-pâtir ?

Jérôme Bosch a laissé un détail qui se veut au moins questionner le statut dudit médecin. L'affublant d'un entonnoir sur la tête, il pourrait bien vouloir interroger le spectateur à savoir lequel est le plus fou dans cette scène. L'entonnoir symbole de connaissance lorsqu'il est placé dans le bon sens, devient folie et déraison lorsqu'il est retourné. Le chirurgien est-il alors le médecin des fous, ou lui-même fou ? Accoutré de la sorte, il pourrait devenir lui aussi le charlatan, ce fou qui prétend guérir de la folie les patients en leur extrayant une prétendue pierre se trouvant dans leur crâne. Bosch semble s'être lui-même amusé de cette idée puisqu'au lieu de la pierre que l'on s'attendrait à voir ôtée du crâne du Lubbert, il y a placé une fleur : le bucolique de la scène n'en est que plus grinçant... Et Bosch a ajouté deux autres personnages pour compléter ce tableau, deux ecclésiastiques manifestement – et on connaît

le penchant anticlérical du peintre – : un moine en train de discourir, une cruche à la main, et une religieuse portant un livre en équilibre précaire sur la tête. Quels rôles ont-ils ? La cruche ayant souvent un sens négatif¹⁶⁴, elle fait douter de l'honnêteté des manières de l'ecclésiastique : peut-être prêche-t-il un discours fallacieux, peut-être enivre-t-il le Lubbert avec un breuvage douteux contenu dans sa cruche, pour mieux lui faire oublier son mal ? Quant à la religieuse, observant de façon nonchalante la scène, la présence d'un livre sur sa tête renvoie à l'usage bancal qui peut être fait de la connaissance médicale. Bosch introduit d'autres détails pour noter son regard averti ou suspicieux envers ce genre de pratiques, en glissant dans l'arrière-plan de sa toile des roues, des potences et des bûchers¹⁶⁵.

Quand la tête, le crâne, *cranium*, dérive et devient *calvaria*¹⁶⁶, le calvaire – défini comme épreuve longue et douloureuse¹⁶⁷, que faire ? Car si les tempêtes de nos patients ressemblent à ces épreuves longues et douloureuses, bien qu'elles puissent avoir des origines identifiées dans le crâne, elles ne peuvent pas crâner d'avoir pour autant obtenu leurs réponses au *pourquoi des raisons et des intentions*. *Cranium* ou *calvaria*, il faut choisir son bon mot, qui détermine ainsi une certaine manière de voir et de faire. Ainsi ce choix des mots, cette mise en discours, permet l'ébauche d'une mise en sens. Cette symbolisation transforme les maux en mots, et en constituent la construction pré-liminaire d'une scène d'une tempête.

Au psychiatre-psychothérapeute de choisir comment il veut y intervenir : nous l'avons vu endosser dans le chapitre 2 ce costume d'expert, et, fournir des explications sur le *pourquoi des causes et des origines* de cette tempête. Dans ce paradigme explicatif, le patient n'est relégué qu'au simple rôle de pantomime, celui qui n'a droit qu'aux gestes et aux mimes. S'il a le droit à l'usage des mots, c'est pour mieux éclairer l'enquête de l'expert, mais non pour raconter son histoire singulière. Le monstre du Dr Frankenstein, reconnu malade d'humanité dans son

164 « Par un développement métaphorique analogue à celui de pot, casserole, cruche s'applique comme nom (1633) et comme adjectif à une personne ignare et niaise », dans le *Dictionnaire historique*.

165 Pour cette interprétation de l'œuvre de Jérôme Bosch, je me suis inspirée des interprétations livrées par Walter Bosing (2012) dans son livre des éditions Taschen dédié au peintre et de l'encyclopédie collective en ligne Wikipédia sur le sujet.

166 Calvaire et crâne dans le *Dictionnaire historique*.

167 Autre définition de calvaire dans le *Dictionnaire historique*.

trouble empathique, n'a pas non plus encore pu raconter son *pour-quoi des raisons et des intentions* des actes qui l'ont rendu monstre aux yeux de tous.

L'expert-psychiatre a expliqué, mais je doute qu'il ait compris. Pour m'en assurer, je commencerai dans ce 3^e et dernier chapitre, par faire le point sur les questions soulevées ces dernières années sur l'information du patient, sur la communication médecin-patient et les techniques d'entretien en psychiatrie. Il s'agira donc de s'intéresser non plus aux maux mais aux mots des psychiatres et de leurs patients. Comme vous connaissez déjà la *chute* de ce travail et de cette histoire que je vous raconte, certains espoirs que j'avais nourris concernant l'empathie et l'humanisation des soins se sont bien écroulés¹⁶⁸, en se détachant de leurs supports naturels¹⁶⁹. Pour autant, toutes ces réflexions ont fini par constituer des chutes qui m'ont servi à re-former (avec d'autres) un nouvel assemblage, une nouvelle structure engageant à adopter une posture *singulière*, celle-là responsabilisante, pour le patient comme pour le médecin psychiatre – et en cela préservera de l'instauration d'une relation de soins instrumentalisante pour les patients.

B. La compréhension par la communication... ou une explication compréhensive ?

1. L'explication par la communication d'informations.

Au cours de mes diverses pérégrinations, j'ai de fil en aiguille écarté la posture explicative comme réponse à la déshumanisation instrumentalisante des soins, car elle semble très bien

168 Une définition de chute dans le *Dictionnaire historique*.

169 Une autre définition de chute dans le *Dictionnaire historique*.

s'approprier une humanisation naturalisante et par là déresponsabilisante. Ainsi, mon problème de départ persiste, à savoir de trouver comment répondre à l'instrumentalisation des patients.

Qu'en est-il de la compréhension ? Les débats de ces 25 dernières années autour du modèle de l'EBM, du consentement du patient, de l'information puis de la décision médicale partagée semblent faire la promotion d'une meilleure communication entre médecins et patients, permettant à ces derniers l'acquisition de droits et à plus d'autonomie dans leurs choix concernant leur santé. Le contexte et les conséquences liés à la ratification de la loi du 4 mars 2001 sur l'accès aux informations d'un patient sur sa santé sont illustratifs de la volonté significative de sortir du modèle paternaliste tel que brièvement présenté en fin de chapitre 1. Le souci des institutions ici, notamment de la HAS (à l'époque, Anaes), fit suite à une controverse socio-médicale autour d'une jurisprudence. Cette dernière fut établie en réponse à plusieurs situations mettant en jeu le potentiel défaut d'information médicale au patient qui, s'il avait été averti à priori des risques liés à un acte médical, ne l'aurait finalement peut-être pas accepté. Le problème du droit et de son interprétation se situait alors au niveau de l'imputation de la responsabilité, dont dépendait la potentielle demande de réparation. Il s'en était suivi un arrêt de la Cour de cassation en 1997 nommé arrêt Hédreul, sur lequel s'était aligné le Conseil d'État 3 ans plus tard. Celui-là prescrivait alors de renverser la charge de la preuve : alors qu'auparavant le patient devait prouver qu'un médecin ne l'avait pas informé, c'était désormais au médecin de prouver qu'il a bien informé son patient. Ce changement de perspective affirmait bien une volonté de transformer un mouvement qualifié d'unidirectionnel entre décision du médecin et patient, sous-tendu par une posture paternaliste encore trop prégnante¹⁷⁰, pour l'amener vers un système médical où la décision n'était plus seulement centrée sur le médecin mais se décalait vers le patient. La figure du patient devait se

170 Comme il est présenté dans le tableau récapitulatif produit par la HAS, s'en référer à l'illustration n°3 de la page 243.

rapprocher de celle du citoyen détenant des droits, en créant la notion de *démocratie sanitaire*¹⁷¹. Si je peux comprendre que certains médecins s'offusquent (encore) de cette loi parce qu'elle pourrait instaurer un climat procédurier, il est également logique de traduire en termes juridiques cette obligation d'informer. D'ailleurs en 2012, la HAS consciente de cet écueil, mettait en garde des dérives (mais aussi leurs corollaires) d'une médecine procédurière, où l'enjeu de l'information à délivrer serait de « parer à un éventuel procès »¹⁷² plus qu'à une prétention humaniste d'échanger et de discuter avec son patient du meilleur traitement pour lui. Si le recours à la justice en cas de litige est devenu de plus en plus habituel ces dernières années, et ce de façon peut-être tout à fait indépendante de l'exercice de la médecine, il n'en reste pas moins étonnant de remarquer que cette question de l'information du patient n'ait été soulevée qu'à cette occasion – et qu'elle nécessite la mise en place d'une loi, afin qu'elle ne soit plus seulement une préconisation, mais un devoir pour le médecin.

2. Avec le modèle de communication, une actualisation du paternalisme ?

Suite à la ratification de cette loi, la Commission Permanente de 2011-2012 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (que je désignerai dans la suite du texte par "Ordre") a émis un rapport intitulé *L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun* où huit médecins¹⁷³ prennent la parole pour émettre un avis sur cette loi. Contents de

171 Ce qu'ont décrit Alain Letourmy et Michel Naïditch dans leur article « L'émergence de la démocratie sanitaire en France » (2019).

172 « Le fait que l'obligation d'information du médecin ait été l'objet d'une discussion nouvelle dans le contexte d'affaires de responsabilité médicale n'a pas été sans conséquences. Cette circonstance a entraîné un mélange des genres qui n'a guère été heureux : alors que les renseignements à fournir au patient ont pour but de lui permettre de faire des choix en connaissance de cause, l'analyse tant de la littérature médicale que des fiches d'information rédigées par les sociétés savantes après l'arrêt Hédreul avait permis de mettre en évidence que la tentation serait pour les professionnels de santé de voir, dans la délivrance de l'information au patient, moins un moyen de lui permettre de prendre une décision, qu'un moyen de se constituer une preuve pour parer un éventuel procès. » (HAS, 2012 : 5)

173 À savoir Decanter Bernard, Cacaault Jean-Alain, Gautier Isabelle, Cressard Piernick, Leriche Bertrand, Mozar Alex, Rault Jean-François & Stefani François (2012).

prétendre à l'évolution du rapport paternaliste entre médecin et patient, je vais continuer d'argumenter en quoi il n'en reste pas moins quelques stigmates qui demeurent.

Ce rapport sera ainsi le fil conducteur, support de mes réflexions suivantes, et les raisons du choix de ce rapport tiennent au fait que l'Ordre est un organisme qui fait autorité en médecine, auquel la psychiatrie n'échappe donc pas, et qu'il donne la parole tour à tour à des individus différents qui expriment leurs propres représentations de cette information à délivrer. Que le document ne soit pas une synthèse voulue objective, issue d'une confrontation d'un panel d'experts, me paraît en constituer un intérêt d'autant plus particulier, pour illustrer et saisir ce que pensent les médecins (en tous cas ceux-là) du statut de cette information, et de son incidence sur le paradigme sous-jacent de la relation médecin-patient.

Dans l'introduction du rapport de l'Ordre, François Stefani rappelle qu'« historiquement la relation médecin-malade était basée sur un rapport d'autorité » (p3), revenant au serment d'Hippocrate qui établit dès l'Antiquité une dissymétrie entre d'une part le patient non-sachant dont le jugement est d'autant plus perturbé qu'il est malade, et d'autre part le médecin sachant détenteur de l'autorité scientifique. Cette posture de domination, d'ascendance, reste retranscrite littéralement avec autant de fervente suprématie dans le Code de Déontologie de 1947, qui dit ceci : « Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer sa décision [...] »¹⁷⁴. Ce n'est que progressivement que toujours selon l'auteur de l'introduction, les deux principes d'autonomie et de consentement du patient sont promues dans les conceptions du soin médical, par un arrêt de la Cour d'Appel de Paris en 1907 puis en 1932, et par l'insertion de la notion de consentement éclairé dans le Code de Déontologie de 1995 :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il

174 Dans l'article 30 du Code de Déontologie médicale de 1947, cité dans la contribution de François Stefani, dans le rapport de l'Ordre, de Decanter Bernard & Coll. (2012).

lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

C'est ainsi que le modèle de communication contemporain de la relation médecin-patient repose sur une activité où le médecin serait comparable à un enquêteur qui détient la lumière, muni d'une lampe torche (la méthode) qui va « éclairer » les zones d'ombre (les données), et ainsi sortir de l'obscurité le patient (par l'information sur ces données qu'il est le seul à être en mesure de collecter) afin que ce dernier puisse donner son « consentement » aux actes médicaux (qu'il s'agisse des investigations comme des traitements). Bien que le modèle tente d'instaurer une forme d'autonomie pour le patient concernant ses choix sur sa santé, on peut lire un peu plus loin que cette manière de voir irrite plus d'un médecin, par exemple Bézy, repris et défendu par Jean-Marie Gueullette dans son article « Le pouvoir de guérir. Une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? » (2011) :

« La loi ne semble pas tenir compte des effets psychiques de la confrontation à la maladie, se leurrant à envisager une relation médecin/malade symétrique, une information médicale objective, un patient pas concerné par ce qui lui arrive, raisonnable, transparent à lui-même et évoluant avec le médecin dans la même temporalité. Il y a confusion entre l'autonomie et l'autodétermination des préférences, indistinction entre les choix d'action (du ressort du médecin) et les choix d'existence (propres au patient). Le consentement, ce n'est pas le choix. La réalité de l'application de cet article L1111-4 pourrait susciter chez le patient un sentiment d'abandon et une dérive, une déviation de la relation médecin/malade vers le consumérisme médical et la judiciarisation. Il me semble dramatique que la loi puisse cantonner le médecin dans sa relation avec le malade à celui d'un informateur, d'un prestataire de service reléguant le soin à un bien de consommation. » (Gueullette Jean-Marie, 2011 : 82)

Nous reviendrons sur cette notion de consentement, mais pour ma part je prendrais avec plus de précaution ce qui m'apparaît comme un raccourci un peu trop rapide fait entre l'augmentation de l'autonomie du patient dans ses choix – qui me semble une très bonne

chose –, et le statut de prestataire de services dans lequel serait alors relégué le médecin. Mon problème pour le moment se situe dans la modélisation de l'information à fournir au patient qui lui prête une certaine autonomie en rendant nécessaire son consentement pour les soins, mais une autonomie qui me semble somme toute, rester bien relative. Car si je reformule ce modèle, on peut dire les choses ainsi : le médecin praticien mène une enquête qui s'apparente à une investigation menée selon des méthodes construites objectivement (dans le cadre de l'EBM couplé à un modèle bio-psycho-social). Le diagnostic étant à la fois le processus et le résultat de ce processus, le médecin rassemble ces *données* (symptômes) pour façonner et conclure à une ou plusieurs autres *données* (diagnostic). Les *données* étant « ce qui est connu et admis »¹⁷⁵, il se doit de les transmettre le plus fidèlement possible à son patient. Il doit délivrer au patient cette *information* de manière adaptée ; en effet si (et seulement si) ce dernier est considéré comme autonome, c'est à lui de juger des informations qu'il souhaite recevoir ou non. Considérations qui ne sont pas sans poser un certain nombre de difficultés : comment savoir si le patient est bien autonome (littéralement, régit par ses propres règles), capable de bien déchiffrer cette information avant de l'avoir peut-être comprise ? Quelles sont les limites du consentement éclairé ? De plus, l'idée même pour le médecin, de devoir délivrer une information au patient, que potentiellement ce dernier se refuse à connaître complexifie notablement sa tâche : dire assez pour que le patient puisse avoir le choix de ne pas savoir, mais pas trop pour ne pas dire (trop vite) ce que le patient ne veut pas savoir... Car cette information ne sera finalement que potentiellement critiquable seulement après avoir été délivrée. Le médecin enquêteur se doit donc de présenter les éléments de son enquête, mais en fournissant ces données il s'expose à la critique d'une més-information ; et en ne les fournissant pas, il s'expose à celle d'une dés-information. Seul détenteur du savoir, il aura donc toute la responsabilité de fournir les "bonnes" *données*.

175 Donnée dans le CNRTL.

Outre cette sommation qui est déjà d'une complexité indémêlable, on peut relever d'autres contradictions sur le sujet – résultant elles aussi de cette ambivalence quant à l'autonomie du patient – par exemple entre la loi et le Code Déontologique, dans l'argumentaire scientifique du guide de Recommandation de Bonne Pratique de la HAS de 2012 intitulé *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*. Pour n'en reprendre qu'une, il y a bien contradiction entre la loi de 2002 – qui donne le droit au patient d'être informé et ainsi oblige le médecin à délivrer l'information –, et le Code de Déontologie de 1995 ainsi que sa recodification de 2004 – qui limite ce droit d'informer, car le « [médecin] peut tenir le patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves ». Se rajoutent à ces prérogatives paradoxales (même si le Code de Déontologie est subordonné à la loi) d'autres contradictions du même ordre au sein même du Code de Déontologie qui témoignent de l'ambiguïté attenante à cette loi sur l'information (par exemple en donnant d'une part la possibilité au patient de connaître à posteriori « l'ensemble des informations concernant sa santé »¹⁷⁶ – sauf celles recueillies auprès d'un tiers – tout en donnant en même temps le pouvoir de réserve de l'information au médecin). La HAS semble consciente de ces problèmes, mais ne peut que s'interroger : « Mais, comment un tel droit, qui s'exerce une fois les soins accomplis, pourrait-il compenser l'absence d'information de la personne sur son état de santé préalablement à la mise en œuvre des soins, ce qui l'a privée de prendre une décision en connaissance de cause ? ».

Ces problèmes semblent logiques, cohérents, voire attendus car le modèle de l'information dont il s'agit ici sous-entend que le médecin détient des *données* – la HAS parle d'« information collectée » (HAS, 2012 : 14). Elles concernent directement le patient, mais celui-ci n'y a pas d'emblée accès car c'est au médecin de les déchiffrer : l'un sait, l'autre ignore. Nous y reviendrons, car il me semble que ces problèmes nécessitent un changement de paradigme épistémologique qui permettrait de surmonter, de dépasser, ou simplement contourner ces problèmes liés à la communication, et qui passerait par la *discussion*.

176 Son dossier médical ou toutes autres informations le concernant.

Concernant le cas de la psychiatrie, il ne semble pas exister de statut juridique particulier concernant l'information à délivrer au patient, ni de loi particulière, sauf concernant les mesures de placement (qui changent le rapport à l'autonomie et au consentement). La jurisprudence quant à elle prend en compte les spécificités de la discipline comme le soulignent Alexandra Olivero et Jérôme Palazzolo dans leur article « Informer le patient en psychiatrie : entre pratique clinique et réflexion anthropologique » (2008) :

« Le cas d'un patient atteint de trouble bipolaire est évoqué : ce dernier avait attaqué son médecin car celui-ci ne l'avait pas informé du diagnostic ; sa requête fut rejetée par la Cour de cassation le 23 mai 2000, celle-ci invoquant l'autorisation du médecin à limiter l'information du patient portant sur un diagnostic ou sur un pronostic négatif. Ce cas a fait jurisprudence, reconnaissant d'un point de vue légal les possibilités de limiter l'information du patient psychiatrique au vu du risque inhérent à la communication de certaines données. »

Ce qui nous intéresse ici, c'est que le modèle décrit par le rapport de l'Ordre m'apparaît être une actualisation contemporaine du paternalisme, même si les prétentions des contributions au rapport semblent contester cet avis. En effet, tous les contributeurs défendent un modèle qui y échapperait, à l'instar de Bernard Decanter pour qui « [l]a relation paternaliste condescendante n'est plus audible à ce jour, même s'il est probable que la dissymétrie constitutive de la relation médecin-malade ne doive pas être effacée pour autant. Le modèle autonomiste à l'anglo-saxonne a détrôné, du moins dans les textes, le paternalisme médical » (p6). Mais l'autonomie de patient telle qu'elle est conçue ici, malgré toutes les volontés manifestement bienveillantes des rédacteurs du rapport, porte en elle une très forte dissymétrie. Par dissymétrie j'entends ce que le psychologue Paul Watzlawick¹⁷⁷ nomme et critique comme relation inégalitaire et « complémentaire » comme peuvent l'être celles entre un parent et un enfant, un professeur et un étudiant, et donc un médecin et un patient ; les

177 Dont font mention Alexandra Olivero et Jérôme Palazzolo dans leur article.

premiers détiennent un *pouvoir sur* les seconds, conférés par leur savoir. Elle pré-détermine et fige les postures à adopter : le médecin doit rester celui qui sait, face au patient qui lui ignore. Favoriser l'autonomie de l'un se jouera au détriment de l'autre, et sans remise en question de ces postures, continuera à générer ces problèmes et paradoxes que j'ai énoncés jusqu'ici : le patient procédurier qui réclame plus de droits et d'autonomie, et le médecin qui, craignant une perte de légitimité (devenir simple prestataire de services) est frileux à responsabiliser les patients qu'il reçoit. Cette transformation ne peut se faire sans repenser les postures jusque-là empruntées, c'est-à-dire par un changement de paradigme. Car cette dissymétrie reste ici condescendante au moins à l'endroit où le droit de ne pas savoir ressemble à ce que je pourrais formuler comme le "droit à l'ignorance d'une vérité objective". Celui qui se refuse de "savoir", ou "d'être conscient de ce qui est bien pour lui", reste "protégé" dans ses illusions et dans son monde édulcoré, et laissé dans "son" monde du fait de sa vulnérabilité qui ne peut le confronter à la "vraie" réalité. En ce sens, il m'est difficile de ne pas y voir une connotation négative, ou tout du moins une hiérarchie entre *connaissances* objectives et *croyances* subjectives.

Il n'y a dans ce modèle que peu de volonté de compréhension du monde de l'autre, compréhension à entendre comme le fait que le monde de l'autre ne serait ni plus ni moins vrai que régi par d'autres normes que le mien, ou encore que la réalité commune ne peut se créer que pendant la rencontre de deux individus (en l'occurrence ici un médecin et un patient), où finalement ils seraient tous deux porteurs de savoirs potentiellement *légitimes*. Nous sommes tellement éloignés de cette manière de penser, que ce qui paraît choquant aux yeux de certains est qu'« à l'extrême, le soigné sait où est son bien, et n'a que faire de l'opinion du soignant !... », réflexion que Bernard Decanter à la page 6 prend soin d'accentuer par un point d'exclamation précédant des points de suspension. Il m'est difficile de ne pas interpréter cette frilosité à considérer la réalité du patient tout autant légitime que celle du médecin malgré leurs différences, autrement dit cette peur du relativisme épistémologique comme une forme de paternalisme (autre que celui que Bernard Decanter pointe et critique à Chapitre 3. De l'empathie à la singularité – La compréhension par la communication... ou une explication compréhensive ?

un autre endroit). Le *relativisme épistémologique* peut être entendu d'au moins trois manières. La première est qu'une connaissance est toujours relative à un contexte donné. La seconde, qui nous vient du philosophe et historien des sciences certainement le plus lu au monde, Thomas Kuhn, qui en introduisant la notion de *paradigme* amène l'idée que nous pouvons vivre dans des mondes différents plus ou moins incommensurables. La troisième est une lecture nihiliste du second : comme nous vivons dans des mondes séparés et qu'il n'existe aucun point de vue en dehors de ces paradigmes (comme l'absence d'une sorte de supra-paradigme, comme le paradigme objectiviste par exemple), il n'y a alors aucune possibilité de jugement de ces paradigmes, et donc tout se vaut. De mon point de vue, un minimum de relativisme est requis pour considérer le patient comme autonome, responsable, et légitime quant à ses choix de ce qui est bien pour lui. Refuser ce relativisme, n'est-ce pas penser le savoir objectif comme hors-contexte, comme absolu, où le médecin "sait" quelles que soient les volontés du patient ? En fait, cette modélisation de la communication entre médecin et patient nous amène bien loin du modèle prescrit par l'EBM qui se voulait réduire l'autoritarisme paternaliste d'une décision partagée, à la rencontre de l'expertise propre au médecin, des apports de la littérature et de son évaluation, mais aussi des préférences du patients. De plus, là où l'information se cantonnait jusque-là à des *données* concernant le patient, le rapport d'autorité est ici chez Bernard Decanter sous-entendu par l'utilisation du terme très ambigu de « bien », qui fait que le médecin n'est plus non seulement le seul détenteur du savoir objectif (le bon savoir), savoir ce qui est malade ou non, mais également de ce qui est bien donc moralement juste pour le patient. Finalement, on n'est pas très loin de "l'autonomie du patient c'est bien, mais pas trop". Cette rhétorique me semble tout à fait autoritaire dans la mesure où toute remise en question (épistémologique) de l'accès au savoir objectif détenu par les seuls experts que sont les médecins est discréditée à priori. « La relation médecin-malade est la rencontre d'une confiance et d'une conscience », cette phrase (de Louis Portes en 1950) citée à plusieurs reprises dans le rapport et articulée dans ce modèle du médecin informateur, s'entend alors de façon non réciproque, comme une confiance à donner par le patient au médecin dans sa

Chapitre 3. De l'empathie à la singularité – La compréhension par la communication... ou une explication compréhensive ?

capacité à détenir un savoir éclairant. Le patient a le droit de dire "je ne veux pas savoir", mais certainement pas de remettre en cause la certitude de l'objectivité ou de la dissymétrie patient-médecin. C'est ce que j'ai qualifié au chapitre 2 de *positivisme*.

Quel genre de relation cela engendre-t-il ? Au chapitre 3/1 du document de l'Ordre, Alex Mozar utilise le mot séduisant de co-construction, plus précisément de « relation complexe, désormais co-construite < soignant-soigné > [...]. La relation est cogérée par des échanges dynamiques et congruents jusqu'à en faire un moment d'écoute, de dialogue, une relation d'ouverture, de confiance réciproque, un compagnonnage, pour une authentique alliance thérapeutique » (p9) – ce qui est rappelé tout au long du rapport par les contributeurs. Il semble souhaiter amener à engager avec son patient une communication moins directive, puisqu'il s'agit alors de « négociation [permanente] » entre deux consciences, d'un « partenariat, bâti sur un < contrat de soins > » (p10). Sans que je m'accorde avec ce modèle non plus, il semblerait qu'ici s'opère un décalage intéressant :

« En pratique, à l'opposé d'un modèle consensuel, le monde du médecin et celui du patient < négocient > en permanence, avec chacun son point de vue et ses ressources propres. Il faut de fait, [un] changement de paradigme, concilier au mieux, l'autorité que confère le statut de médecin et les droits des patients, approfondir, partager une navigation, subtile et vérifiée, entre éthique de l'autonomie, éthique de la vulnérabilité, principe de bienveillance contemporaine et bien entendu le principe inaliénable du respect de la personne humaine. » (p10)

Cette conception paraît bien originale et inassimilable au reste du rapport, et d'autant plus que « pour qu'il y ait véritable consentement, il faut qu'existe une compréhension parfaite de ce à quoi l'on consent ». À première lecture l'auteur de ces lignes conçoit une dissymétrie patient-médecin sans autoritarisme, renvoyant plutôt à l'image d'un conseiller face à un demandeur d'aide. Mais, c'était sans compter sur la suite, où il justifie d'une confiance nécessaire « pour construire une relation thérapeutique compliant ». S'il s'agissait d'être tout à fait

Chapitre 3. De l'empathie à la singularité – La compréhension par la communication... ou une explication compréhensive ?

compréhensive, je pourrais penser que le terme « compliant » est entendu ici dans l'idée de conformité avec une décision commune, pourtant son étymologie issue de la physique renvoie à la souplesse d'un métal et m'évoque une forme de "docilité" voire d'"obéissance" du patient à l'égard du médecin. Il me fallait attendre la suite pour confirmer mes soupçons : « cette confiance est un mélange de rationalité et de sentiment, qui implique en même temps, une évaluation de la situation et un acte de foi ». Mon espoir de trouver ici les bases d'une co-construction sans autorité s'est ainsi évanoui au fur et à mesure de ma lecture, car ici le médecin et le patient construisent une relation dans laquelle il s'agit de déléguer les choix du patient au médecin dans un « acte de foi » (j'imagine par le "consentement"). Quoi de plus autoritaire mais aussi de moins scientifique qu'un acte de foi ? Il me semble donc bien que tant que la relation médecin-patient est pensée en termes de consentement et de compliance, où le contrat est une négociation dans laquelle le patient consent plus à déléguer sa responsabilité qu'à se prononcer sur ses choix et ses intentions – car son avis n'est pas suffisamment légitime pour être reconnu, entendu, mais surtout *discuté* – les problèmes liés à ce que j'ai nommé més-information ou dés-information ne pourront être dépassés, et le rapport médecin-patient restera paternaliste.

Mais venons-en "au fait", car dans les pages qui suivent, le modèle de communication est explicite. Le médecin possède une « donnée » véritable, une in-formation, à savoir un « message »¹⁷⁸ sans forme, brut. « Informer » le patient, c'est se faire messenger, « émetteur » de ce message sans avoir à le « trahir », sans le dénaturer, en œuvrant soigneusement à ne pas le dé-former en s'abstenant de le penser formé, en en préservant une « authenticité » qui laisserait entendre que la forme serait transparente, sans risque de détériorer le message que le « récepteur » devrait pouvoir alors décoder sans peine. Tout se fait donc sous couvert (ou plutôt sous l'éclairage) de l'objectivité et sans le biais de l'interprétation¹⁷⁹. Je rejoins les propos

178 Ainsi nommé dans le document de l'Ordre.

179 Au meilleur des cas l'un des auteurs peut affirmer cependant de manière contradictoire d'avec ce que j'en retiens ici que « l'information n'est pas inerte : elle forme et transforme : celui qui la donne, celui qui

d'Alexandra Olivero et Jérôme Palazzolo (2008) dans leur article « Informer le patient en psychiatrie : entre pratique clinique et réflexion anthropologique » qui voient dans ces injonctions à l'information du patient autant un potentiel de changement de la relation médecin-malade, qu'un possible obstacle à la compréhension :

« La tentation peut alors être grande d'asséner au patient des données brutes concernant sa maladie, information alors hermétique pour celui-ci, vécue comme un verdict dénué de toute explication et donc barrant la route à toute compréhension. Certains patients disent en effet avoir vécu le diagnostic de leur maladie comme une étiquette qui leur a été collée, mais sur laquelle ils sont incapables de mettre un sens. Ce type d'interaction en vient finalement à assurer au soignant une position de maîtrise face à un patient certes informé de sa situation, mais ne pouvant y trouver un sens propre ».

Ils pointent également la crainte de rendre les décisions médicales arbitraires puisque l'information serait délivrée sans être explicitée, au titre que la maladie du patient l'empêcherait de comprendre, ou même simplement par une « énonciation de règles imposées telles quelles au patient, comme un ordre absolu ». Pour les auteurs, ces deux écueils ont en commun l'effacement des subjectivités, notamment celle du médecin qui jouerait plus le rôle d'une fonction que d'un sujet, « celle d'applicateur de ces règles. Cette attitude empêche alors le patient, placé au rang d'< objet > (objet des soins, objet-récepteur d'informations), de s'approprier subjectivement ces informations d'ordre réglementaire ». Cet argument que je fais mien est une critique classique du pouvoir conféré au discours objectif, comme Michel Foucault a pu l'argumenter dans le champ de la psychiatrie¹⁸⁰. Plus généralement, un médecin s'exprimant devant un confrère va avoir tendance à "s'effacer" derrière le protocole (l'emploi de

la reçoit et modifie de facto les hommes et leur relation »(p31). Pourtant aucune conséquence n'est tirée de cette interprétation, tout est fait comme si il n'y avait que des « messages inertes ».

180 C'est ainsi qu'il construit dans son ouvrage célèbre *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France, 1973-1974*, le personnage d'un psychiatre détenteur d'un savoir qui lui confère un pouvoir quasi monarchique au sein de l'asile mais qui agit également en-dehors de celui-ci par le poids et le rapport médicalisé à la normativité que la psychiatrie a créée au cours de son histoire.

s'effacer, dans son sens de "laisser à quelqu'un la première place" est ici fort bien approprié, le médecin-sujet s'effaçant derrière le médecin-fonction), comme le rappelle Jean-Marie Gueullette :

« Celui qui présente un cas [à ses confrères] ne dit pas : < j'ai prescrit tel produit >, mais : < le patient a été mis sous tel produit > ; il ne dit pas : < j'ai entendu tel signe à l'auscultation >, mais < l'auscultation révélait la présence de tel signe >. Ceci permet de prendre conscience que ce n'est pas seulement le malade qui s'efface derrière la maladie, comme on le dit souvent, mais que le médecin, lui aussi, s'efface derrière les signes qu'il constate parce qu'il les pense en référence au fait qu'un autre peut les constater de la même façon. De même, la singularité de la décision thérapeutique s'efface derrière la constitution par tirage au sort des cohortes de la recherche. Ce n'est plus le médecin, tel médecin, qui guérit, mais le protocole qui s'avère efficace. La relation médecin/malade apparaît comme bien secondaire dans une telle conception de la médecine. » (Gueullette Jean-Marie, 2011)

Cette rhétorique a été mis en évidence de manière plus générale par Isabelle Stengers dans son livre *Sciences et pouvoirs, la démocratie face à la technoscience*, mais également par le philosophe des sciences Bruno Latour quand les objets se font eux-mêmes porte-paroles du scientifique ; ce n'est plus le scientifique qui parle mais la nature qui parle d'elle-même, ce qui pose le problème de la déresponsabilisation des scientifiques qui ont tendance à oublier qu'ils sont avant tout des auteurs (au sens d'instigateurs et d'écrivains), tel que j'ai essayé de l'argumenter par l'*explication* au chapitre précédent.

Cantonner la *discussion* – autour d'un problème, d'un symptôme, d'un diagnostic, concernant le choix de la réalisation d'examens complémentaires, ou encore d'un traitement, d'un soin – à un problème de *communication d'in-formations* la réduit à des défauts de transmission. Il s'agit donc de trouver les clefs de la "bonne" communication, et Alex Mozar s'interroge sur la formation des jeunes médecins dans ce domaine :

« un enseignement de la communication pourrait aider à trouver les mots justes. Aider à faire que le message émis, corresponde bien à la pensée et que le message reçu soit bien perçu et compris. Car une bonne communication favorise à terme un meilleur ajustement psychologique face à la maladie. »

Ce modèle de communication fait à mon sens écho à ce dont j'ai parlé en fin du chapitre 1, car l'usage des QCM ou du PMZ que tout étudiant subit durant ses années de formation semble être la mise en pratique d'une pédagogie comportementaliste – que je nommais « d'instruction » – se basant elle-même sur une épistémologie très objectiviste. Si je partage la volonté de l'auteur de transformer l'éducation comme je l'ai déjà évoqué à propos de l'empathie, je vois pourtant un point commun entre ce type de modèle de communication où l'interprétation serait volontairement absente car source de biais et la légitimité du paternalisme (le sachant *explique* à l'ignorant). Les auteurs des QCM sont les seuls juges de ce qu'est le savoir Vrai, et comme il n'y a pas d'interprétation à formuler, l'information n'est limitée qu'à une unique forme possible, un-forme, ce qui revient à dire qu'elle est *in-forme*. Le savoir est totalement désincarné car le médecin qui rédige les QCM ne se fait que le porte-parole sans interprétation du savoir universitaire qui a été établi de manière objective, qui correspond à des entités réelles et extérieures. Je ne mets pas en cause la nécessité pour le médecin d'être efficace et rapide, d'acquiescer des automatismes qu'il devra mettre en acte lors de sa pratique. Je n'oublie pas ici l'expression que chaque étudiant a entendue, à savoir que l'exercice de la médecine se situe entre art et science, donnant une dimension particulière au statut du médecin praticien. Je ne confonds pas ici ce que distingue Marie-Christine Hardy-Baylé dans le chapitre « Modèles théoriques en psychiatrie – Epistémologie »¹⁸¹, à savoir une épistémologie clinique de la théorie de l'homme malade, et une épistémologie thérapeutique, la théorie des pratiques. En ce sens, je pourrais dire que la recherche en médecine ne poursuit pas les mêmes objectifs que la pratique de la médecine, la première cherche et cherche encore (re-cherche) à répondre à des questions, alors que la seconde s'appuie en partie sur ces

181 Chapitre appartenant au le *Manuel de Psychiatrie* de Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon (2012).

fragments de réponse afin non plus de chercher mais de trouver des solutions pratiques. Quoi qu'il en soit je comprends très bien qu'une partie de l'enseignement concerne l'acquisition de bonnes habitudes pour par exemple agir dans l'urgence. Mais les QCM dont il est question ici ne sont pas de cet ordre, dans la mesure où il est question d'acquérir une connaissance qui n'est pas nécessairement vouée à l'urgence thérapeutique. En tous cas, cette même épistémologie à propos de la communication semble partagée avec la pédagogie de l'instruction mise en œuvre, elle-même rationalisée à des fins de compétitivité, d'excellence, d'élitisme, et d'efficacité. Il m'est très difficile de ne pas voir ici à l'œuvre un comportementalisme usant d'un système de récompenses, du bonus-malus (par le classement au concours et par les "bonnes" notes, en un mot par l'évaluation des connaissances) où l'on s'inquiète plus de l'efficacité à mobiliser des connaissances plutôt qu'à s'assurer de leur bonne compréhension. Pourtant, *discuter* les connaissances serait d'autant plus important que le modèle EBM met en avant cette forme de relativité des savoirs¹⁸², évoluant de concert avec la société et les résultats des recherches. Je m'étonne donc peu qu'Alex Mozar souhaite enseigner davantage la "communication", mais j'imagine que dans un tel paradigme il s'agirait encore d'user du même modèle rationaliste et comportementaliste, et cette communication pourrait bien ressembler à cette réponse bien connue et à mobiliser systématiquement dans les dossiers de préparation aux Épreuves Classantes Nationales (que j'ai connus en tous cas) qui prescrivait : "information du patient + claire + loyale + appropriée".

Cette conception de la communication dans un système asymétrique et hiérarchique reste donc peu révolutionnaire, sauf à considérer que cette révolution est destinée à cette fin (funeste ?) du tour accompli pour ne pas dire qu'elle est circulaire, en n'ouvrant aucune possibilité à penser autrement, ou, dans mes mots à *discuter*. Il est bien sûr admis que tout système est circulaire dans une certaine mesure (c'est le principe du paradigme en quelque sorte), mais mon problème se situe en la dénégation des médecins à en reconnaître l'existence. Ce qui nous ramène encore une fois au positivisme. J'ai donc des difficultés à penser que cette

182 Ne serait-ce que par la prescription pour le médecin d'actualiser son savoir, ce dernier étant périssable.

forme de communication puisse amener à une co-construction entre le médecin et le patient, ce dernier restant le non-sachant dont la parole est disqualifiée à priori.

Dans ce cadre, quel sens donner aux idées de dialogue, d'autonomie du patient, de co-construction d'une relation ? À lire le contributeur suivant, Isabelle Gautier, le médecin doit rester maître de lui-même... d'ailleurs il me semble qu'il doive plus rester "maître" que "de lui-même" :

« Dans nombre de situations affligeantes, l'émotionnel se greffe sur le cognitif. Ces émotions dont personne ne parle, affectent aussi le médecin qui doit contrôler sa compassion et son identification spontanée. [...] Ces affects peuvent compromettre le recul nécessaire pour donner l'information la plus objective possible et la mieux < entendable >. »

Encore une fois c'est le modèle émetteur-récepteur qui est mobilisé, cette fois dans une version plus radicale où le message est non seulement une donnée objective qui sera polluée par les émotions ressenties par le médecin, et qui doit aussi être transmis de manière efficace pour que le récepteur digère le produit : « Comment savoir si ces informations ont été intellectuellement psychologiquement intégrées, émotionnellement et moralement assimilées ? ». Du côté du patient l'auteur mentionne des réactions de « défense », de « défiance », de « résistances à l'information comme aux soins », de « déni », autres manières de polluer l'objectivité, qui « figent et délitent les processus cognitifs ». Il faut entendre ici par « processus cognitif » les bons choix éclairés par une information objective délivrée par le médecin, le reste étant relégué à l'*émotionnalité*, à l'idéologique, à la croyance quand le patient « se crée sa vérité, tolérable, décalée, oublieuse des réalités médicales et de nos informations... ».

Ma surprise s'agrandit au fur et à mesure de la lecture de ce rapport. Selon Jean-Alain Cacault l'un des problèmes du consentement éclairé réside dans la compréhension du patient « indépendamment de son quotient intellectuel ». L'auteur de ces lignes a beau s'insurger

quelques paragraphes plus loin des quantifications des relations humaines, le QI reste manifestement à ses yeux un indicateur suffisamment pertinent pour qu'il en fasse mention¹⁸³ : « Quels que soient la patience et les efforts pédagogiques du praticien, celui-ci n'aura jamais la certitude que l'information qu'il aura délivrée soit comprise », car son niveau de connaissances biomédicales est moindre, et « parce que l'interlocuteur du médecin n'entend que ce qu'il a envie d'entendre ». Encore une fois, ici il ne s'agit jamais de co-construction d'une représentation commune (ce que j'aurais pu nommer de compréhension) mais bien d'un maître détenteur d'un message qu'il s'agit de transmettre.

Mais quel est donc ce modèle émetteur-récepteur de communication ? Pour aller plus loin, tout en faisant un détour, je me suis penchée sur l'ouvrage de Constantino Landolo intitulé *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication* » (2001). Dès son introduction, l'auteur vise une « communication efficace » importante dans la relation malade-patient, et dont il déplore le manque d'enseignement à l'université – réflexion qui poursuit celle de Mozart(t) en accordant leurs violons. Il précise d'ailleurs dans cette introduction qu'il est finalement plus facile de contrôler un diabète que de créer une relation avec le patient, ce qui pourtant fait le lot du travail quotidien du médecin.

Cette communication est une technique à « la base », « *l'unique moyen*¹⁸⁴, de parvenir à une fin qui est la relation » (pX). Premier fait intéressant que je relève, c'est que l'auteur sépare la communication de la relation. Pourquoi pas distinguer les deux, mais aussi pour-quoi les distinguer ? Car dans le cas de la consultation, qu'est-ce qui ne serait pas de l'ordre de la communication et qui entrerait quand même dans la relation ? Peut-on "partager" en dehors d'une mise en commun ? Il me semble qu'il existe une différence notable entre affirmer que la

183 J'entends par là que si le QI n'est pas un indicateur pertinent à mobiliser dans le contexte, mieux vaut ne pas en parler, car en exprimant ainsi certes une décorrélation entre le QI et la compréhension du patient, il fait néanmoins vivre deux entités réelles à ses yeux : une intelligence mesurable, et la compréhension. Cela revient un peu au débat sur l'inscription ou non du mot "race" dans la Constitution (supprimée depuis 2018) : écrire « sans distinction de race » sous-entend qu'il existe des races.

184 En italique dans le texte.

communication est à la base d'une relation et que la communication est un moyen pour arriver à une fin relationnelle, une sorte d'optimisation de la relation. C'est à partir de la page 8 que nous en apprenons plus sur la construction du modèle de communication mobilisé par l'auteur, qu'il compare à la construction d'un modèle médical :

« Si un médecin veut comprendre la ou les causes d'une respiration difficile, il doit avant tout connaître l'anatomie et la physiologie des appareils circulatoire et respiratoire. De la même façon, si l'on veut comprendre les difficultés et les échecs du processus de la communication, il faut en connaître l'< anatomie > et la < physiologie >. »

Une métaphore sert à faciliter le propos¹⁸⁵ en faisant intervenir une entité mieux connue et analogue d'une certaine manière. S'adressant avant tout à un public de médecins, l'auteur utilise la métaphore la plus simple et la plus efficace dans sa communication aux lecteurs que nous sommes : une médecine qui se base sur une conception mécaniste du monde (ou plus généralement qui serait *explicative*). Sa métaphore est certainement appropriée dans ce qu'il veut en dire mais elle dénote d'une idéologie que je ne partage pas. Mon premier problème réside dans l'idée de toujours véhiculer cette image d'une médecine explicative, plus longuement discutée au chapitre précédent. Mon second concerne la représentation de la communication comme mécaniste. Avec modestie, il pointe les erreurs souvent commises par les médecins et l'ensemble du corps médical : manque de temps, manque d'explications, jargon, attitude condescendante, etc. dont les conséquences se ressentent dans l'inobservance des traitements, et plus globalement la prise en compte trop superficielle par les patients des recommandations émises par les médecins. Tout ceci n'est ici rattaché qu'à un seul problème : les médecins ont commis « des erreurs de communication ». L'auteur s'affaire ainsi à tenter de donner des pistes d'amélioration : langage corporel, attitude, gestuelle, intonation, prise en

185 C'est l'un des usages possibles de la métaphore, il y en a d'autres qui restent de l'ordre de la compréhension singulière sans toujours simplifier le propos, mais ça n'est pas la question ici.

compte du milieu social du patient etc. pour que cette communication soit potentialisée et ainsi rendue plus efficace.

Pourtant dans la rencontre d'un médecin et d'un patient, rien ne nous dit qu'il "faut" être le plus "simplement efficace". Ou plutôt, tout nous dit qu'il faut l'être, c'est même la raison du succès de l'EBM, adopté tant pour son éthique que son intérêt de gestion en économie de la santé. Par contre, comme le montre le film *Un monde sans fous*¹⁸⁶, l'efficacité simpliste ne semble pas appropriées aux longues thérapies psychiatriques qui prennent du temps, totalement incompatibles avec l'idéologie néolibérale et psychiatrisante de l'association FondaMental. Parfois soigner, et en deçà de cette prétention même "simplement" comprendre – tout en considérant que ça ne va pas de soi – nécessite du temps, des détours, des retours... en somme (bien que cela n'ait justement rien de mathématique), de l'inefficacité. Le modèle émetteur-récepteur mobilisé par ces médecins est celui qui s'inspire de modèles mathématiques, physiciens, qui émergent dans la première moitié du 20^e s. pour tenter d'expliquer, par exemple avec Shannon, la transmission télégraphique¹⁸⁷. L'auteur part d'un modèle simpliste entre une source et une cible :

[Émetteur → canal (message/flux de signe) → Récepteur → rétroaction]

Ce schéma de base, aux fondements historiques des Sciences de l'Information et de la Communication a fondé son succès surtout sur l'approche behavioriste des médias, de la publicité et du marketing qui s'en sont emparés par la suite. Et comme l'appuie et le critique Daniel Bounoux, ici, il n'est pas question de *sens* :

« Il convient donc de souligner une fois pour toutes combien cette théorie d'ingénieurs mathématiciens est à la fois générale, et restreinte à la seule mesure : le schéma de Shannon ne peut concerner qu'assez partiellement les modèles de la communication psycho-sociologique ou par exemple la pragmatique de la parole. Et nous avons vu [...] les objections que s'attirent les linguistes qui, comme Jakobson, pourraient en faire une utilisation un peu trop... schématique. » (Bounoux Daniel, 1993 : 408)

¹⁸⁶ Réalisé par Philippe Borrel.

¹⁸⁷ Ainsi présenté dans l'ouvrage de Daniel Bounoux, *Sciences de l'Information et de la Communication*.

Pour intégrer cet élément Constantino Landolo va donc tenter de "complexifier" ce modèle initial pour parler de « signification », cumulant la perception, la motivation, le choix du code, la vérification du message, etc. qui sont autant « d'opérations mentales » qui s'effectuent dans ce que l'auteur nomme de « sphère centrale » (ou « interne ») à la fois des émetteurs et des récepteurs. Donc, une fois le message élaboré et codé dans la sphère centrale, il est émis en signes par la sphère périphérique (la parole, l'écriture, les gestes, etc.), reçu par la sphère périphérique du récepteur, puis transféré à la sphère centrale où il sera traduit et interprété etc. Mais tout cela reste à mes yeux une schématisation simplifiante et réductrice de ce qui se passe lors d'une interaction, dont les boucles de rétroaction ajoutées donnent seulement une illusion de complexité – il ne s'agit que trop peu de compréhension. Car l'enjeu pour l'auteur est bien d'optimiser la transmission du message pour en identifier les « erreurs », les « obstacles », le « bruit », toutes les entraves à cette communication garantissant une certaine efficacité de soins. Penser la communication comme un transfert entre émetteur-récepteur, autrement dit de manière cognitiviste, comme une communication entre deux processeurs aussi puissants soient-ils, s'accorde à merveille avec un modèle asymétrique paternaliste où le médecin-expert sait et communique son savoir au patient-profane.

D'ailleurs, pour rajouter une remarque à ce sujet, il me semble que le choix du terme « avec » dans le titre de l'ouvrage *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication*, et non « entre médecin et patient » conforte cette idée que l'émetteur reste le médecin et le patient le récepteur, qu'il faut "instruire".

3. Du consentement à l'espoir d'une décision médicale partagée

Cette représentation de la communication émetteur-récepteur entre sachant et non-sachant n'a dès lors d'autres possibilités que de se réaliser selon une séquence particulière dans la consultation. Isabelle Gautier dans le document de l'Ordre la définit ainsi : « La consultation a,

en général, une temporalité quasi immuable : prévention/information ou diagnostic/pronostic/information » (p27). Ce découpage nous confronte de nouveau à ce problème que j'évoquais plus haut, celui de délivrer une information pour laisser libre choix au patient mais tout de même articuler la consultation de manière à obtenir un *consentement*. Les rédacteurs de l'argumentaire des Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS (2012) semblent critiquer ce modèle et en proposent un qui paraît vouloir inclure le moment du recueil du consentement du patient : diagnostic → thérapeutique envisagée → aucun doute de l'acte/intervention → émission des informations « dans l'objectif d'obtenir son consentement à sa réalisation »¹⁸⁸.

Mon problème réside toujours à cet endroit de « l'obtention de son consentement ». Le médecin doit convaincre parce qu'il sait ce qui est bien, et c'est donc un échec quand il n'arrive pas à ses fins (comme le pointe Constantino Landolo dans son livre) car le corollaire de ce modèle est que le médecin est plus *responsable* du consentement de son patient que le patient lui-même. Fonction des objectifs du médecin, le risque est bien la volonté de contrôle des désirs du patient à savoir ce que j'ai déjà repéré comme instrumentalisation des patients. J'ai bien en tête que nos missions médicales comportent des enjeux de santé publique, et que face à certains comportements, un médecin puisse vouloir convaincre, insister, pour faire entendre son point de vue. Mais responsabiliser les patients, en relativisant nos points de vue ne revient ni à négliger le patient, ni à accepter de façon indifférente ses choix. Selon moi, responsabiliser les patients en leur laissant leur autonomie et en s'intéressant aux pour-quoi de leurs choix et de leurs intentions par la *discussion* me paraît bien plus intéressant pour les concerner à ce qui nous paraît important en s'engageant dans la confrontation de nos points de vue quand c'est jugé utile.

188 La HAS pointe une confusion page 15 entre l'information délivrée au patient pour qu'il prenne une décision éclairée, et l'expression de la volonté du patient une fois éclairé. Le problème des rédacteurs se situe entre l'articulation de l'information à priori (nécessaire au libre choix) et l'exigence d'un consentement à posteriori de l'information pour entreprendre un acte de soins (qui peut se traduire par la signature d'un formulaire de consentement éclairé qui constituerait une preuve à ressortir lors de potentiels aléas juridiques...).

Ma critique, vous l'aurez compris, ne se situe pas tant dans ce qui est du communicable, ce qui doit être énoncé ou partagé, mais surtout dans le modèle, dans l'épistémologie sous-jacente, cette façon d'appréhender la science et le modèle de communication par transfert d'informations qui en découle et que je viens de présenter. Ce qui n'est pas sans m'évoquer la notion de *deficit-model*, un concept issu de la sociologie des sciences en société, qui a vocation à l'étude du régime techno-scientifique contemporain. Le sociologue Michel Callon (1998) présente les « différentes formes de démocratie technique » (comme l'indique le titre de son article), et met en évidence une tendance à penser les citoyens comme des profanes à instruire, qui, par leurs déficits de connaissances, ne seraient pas en mesure de comprendre les enjeux *rationnels* des projets technoscientifiques que les politiques voudraient voir mettre en œuvre – comme les Organismes Génétiquement Modifiés, l'exploitation du gaz de schiste, etc. Finalement, il me semble qu'il s'agit du même partage entre sachant et profane qui se joue dans d'autres sphères que celle qui nous concerne ici (celle de la « démocratie sanitaire »), mais il me paraît pertinent d'y faire allusion pour montrer que cette instrumentalisation que je déplore en médecine est à l'œuvre ailleurs. L'irrationalité des profanes justifie leur instruction : comment faire comprendre aux citoyens l'intérêt de santé publique d'une tenue stricte du calendrier vaccinal ? Comment s'assurer de la bonne prise régulière d'un médicament par un patient ? Cette dernière question est souvent soulevée en pratique psychiatrique où les patients, surtout pour ceux atteints de schizophrénie et dont l'ordonnance est couramment longue et lourde, ne comprennent pas pourquoi ils prennent autant de médicaments. Il faut donc les convaincre, leur expliquer en mots accessibles de quoi il s'agit, et c'est justement le but des programmes de "psycho-éducation", instructions réalisées en groupes le plus souvent auxquels les services ont de plus en plus recours, suite à des Recommandations de Bonne Pratique émises par la HAS en 2007¹⁸⁹.

189 Il est en effet question de « mesures psycho-éducatives » visant à la « transmission de connaissances » passant par la délivrance de différentes informations et nécessitant « l'évalu[ation] [de] l'assimilation de ces connaissances » (HAS, 2007, Schizophrénies. Guide – Affection longue durée).

Ainsi, il me semble que le parallèle entre ce type de raisonnement général concernant les sciences, basé sur un modèle de déficit de connaissances dans un système démocratique et l'exercice de la médecine et de la psychiatrie est pertinent dans la mesure où le médecin est lui aussi pris dans ses considérations technoscientifiques car il n'y échappe tout simplement pas. Ce qui n'est pas sans rappeler Isabelle Stengers que je citais au chapitre 2 qui avance qu'opter pour cette façon de faire dans notre discipline médicale, c'est aussi la légitimer à d'autres endroits :

« Nous sommes, médecins et citoyens, engagés dans une tradition qui a inventé la rationalité comme enjeu, comme référence discriminante, quant aux avenir que nous construisons. Elle est pour nous vectrice d'obligations et d'exigences qui, pour le meilleur et pour le pire, nous fabriquent et nous forcent à penser. Ce faisant, nous sommes inscrits dans une tradition redoutable. Là où les masques neutres de l'objectivité, des bonnes intentions, et du sérieux professionnel justifient un arrêt de la pensée, là où la lumière de nos réverbères maintient activement dans l'ombre ce qui nous fait obstacle, cette tradition voue ceux qui se réfèrent à elle et s'en autorisent à devenir complices d'une histoire aveugle, c'est-à-dire criminelle. C'est pourquoi le < défi pratique > d'une médecine capable de devenir digne de ce à quoi elle a affaire n'est pas, et ne peut être compris comme, un simple enjeu local, tenant à la définition que se donnerait, selon les aléas de l'histoire, chaque pratique qui se voudrait < moderne >. Devenir capable d'entendre ce défi c'est aussi devenir capable de reconnaître en quoi il constitue, qu'il soit ignoré ou accepté, un ingrédient crucial de notre avenir. »(Stengers Isabelle, 1999 : 161)

Malgré les réserves que j'ai émises sur la notion de consentement éclairé, sur l'information au patient depuis la loi de 2002 et le maintien d'une posture paternaliste peu assumée, il faut reconnaître que le moment de la prise de décision entre médecin et patient a suscité des réflexions. La Décision Médicale Partagée (DMP) semble aller dans une juste direction, celui d'une autonomisation du patient dans le processus décisionnel concernant sa santé. Cette

DMP est l'une des illustrations de l'institutionnalisation de l'EBM qui fait de l'étape de décision à prendre entre médecin et patient l'intersection de ses trois piliers. Cette réflexion fait donc suite à celles entamées dans le chapitre 2, sur la production de connaissances et le paradigme EBM, et où j'émettais des réserves quant à leurs articulations effectives. Je me base désormais sur le document de 2013b de la HAS en version longue, *Patient et professionnels de santé : Décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »*. *États des lieux*. Nous ne revenons pas sur la définition générale que j'ai déjà exprimée, mais voyons sa conceptualisation :

« [...] Ce concept décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée. » (p 8)

L'intérêt du modèle de la DMP – qui est une démarche centrée sur le patient – est de faire intervenir trois acteurs : le médecin, le patient, et la société (par les recommandations), et dont la devise pour le médecin serait « Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire avec leur accord » (p12).

En ce sens¹⁹⁰, ce n'est ni un modèle « collectiviste » centré sur une justice dictée par la société, ni un modèle « paternaliste » où le médecin décide ce qui lui semble le plus juste, ni un modèle d'autonomie où le patient décide seul. Ainsi j'ai beaucoup de sympathie pour ce modèle par rapport à tous ceux que j'ai croisés jusqu'ici, car « l'enjeu principal de la décision médicale partagée, fondée sur le principe du respect de la personne, est l'amélioration de la participation du patient qui le souhaite aux décisions qui concernent sa santé individuelle ». Il s'agit donc non pas de forcer l'autonomie du patient, mais de lui proposer de s'impliquer dans

190 Différents modèles de la relation médecin patient sont présentés par le tableau de l'illustration III repris du document de la HAS.

la décision s'il le souhaite : c'est donc avant tout la préférence du patient que le médecin devrait prendre en compte.

Tableau 1. Différents modèles de décision médicale, d'après Jaulin 2004, Emanuel 1992, Charles 1999, Llorca 2003 et Pirollet 2004 (13,27,29-31)

Type de modèle	Collectiviste	Paternaliste	Partagée	D'agence	Informée
		± consentement éclairé			
Principes	Justice Solidarité	Bienfaisance Altruisme	Respect de la personne et solidarité	Autonomie Rationalité	Autonomie Autodétermination
Référence dominante	Utilité	Savoir	Consensus	Préférence	
Échange et contenu de l'information	Unidirectionnel		Bidirectionnel	Unidirectionnel	
	De la société vers le médecin et le patient ; minimum requis par la loi	Du médecin vers le patient ; minimum requis par la loi	Connaissances et préférences du médecin, du patient et de la société	Du patient vers le médecin ; préférences du patient	Du médecin vers le patient ; transfert de connaissances
Décision	Société	Médecin seul ou avec d'autres médecins	Médecin et patient	Médecin	Patient (± autres acteurs)
Décision centrée sur	Société	Médecin	Réalités des acteurs concernés	Patient	Patient
Devise médicale	Ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous	Ne fais aux autres que ce que tu souhaiterais qu'ils te fassent	Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire avec leur accord	Ne fais aux autres que ce qu'ils t'ont demandé de faire	

Illustration 3 : Tableau conceptualisant différents modèles de relation médecin-patient.

Malgré les réserves que j'ai pu émettre dans le chapitre 2 sur la moindre importance fournie à ce pilier de l'EBM par rapport à celui de la production de connaissances, il n'en reste pas moins que ce modèle décisionnel est intéressant, car il opère un dé-calage. En effet, si dans mes rencontres et dans les discours que je croise souvent (et que j'ai pu mobilisés jusque là dans cette thèse) je vois à l'œuvre encore beaucoup de paternalisme, je ne rejette pas pour autant la DMP. Je pointe un problème précis, le moment de la communication de l'information au patient, et vous connaissez désormais mon propos à ce sujet, à savoir que penser l'existence de *données* objectives médicales qui vont être transformées en *données* communicables confère nécessairement le pouvoir à celui qui les détient. Mon problème réside au moment de la « décision éclairée ».

Je ne souhaite pas pour autant, pour m'affranchir de ces *données*, tout "miser" sur la seule toute puissance de l'expérience du médecin, contre quoi s'est construite très justement l'EBM en proposant un modèle moins paternaliste, afin de ne plus donner les pleins pouvoirs à un médecin qui pouvait exercer sans cadre de référence. Par contre, je souhaite qu'il amène dans la *discussion* un savoir qu'il interprète, et surtout qu'il présente en tant que tel : une *interprétation* et non une *donnée* (avec tout ce que cela engendre en termes d'épistémologie explicative et ses problèmes que j'ai examinés au chapitre 2). Cela peut paraître "anecdotique", "superficiel", "rien". Mais cela change, à mes yeux, tout. Ceci structurera beaucoup de la suite de mon propos, puisque je m'attellerai à continuer de défendre l'idée qu'il faut toujours, au contraire d'une expression bien connue, "prendre des lanternes pour des vessies". Que les vessies soient prises plus au sérieux par leur aspect concret, et par leur étanchéité notable, elles n'en sont pas moins aussi creuses et vides comme les lanternes qui sont d'office discréditées par leurs connotation péjorative de croyances ou de balivernes, voilà ce qu'en dit l'une des histoires de cette expression¹⁹¹. Mon paradigme me dit que vessies ou lanternes elles sont toutes à prendre en considération *à priori*, mais avec réserve. Ainsi, j'ai plutôt tendance à penser qu'il faille prendre les lanternes, ces dispositifs "éclairants" avec autant de précautions que les vessies, creuses et vides... Je pense en effet que les *données* sont toujours des histoires auxquelles on peut croire ou non (ce qui est une version constructiviste de mon épistémologie), et qu'il est important pour éviter d'instrumentaliser son interlocuteur de ne pas imposer son interprétation, mais de la *proposer*. J'en déduis deux choses importantes pour la pratique de la psychiatrie : nous pouvons faire appel aux *données* de l'EBM en les interprétant comme des histoires¹⁹² – ce qui n'enlève rien de leur utilité, mais les transforme –, et prendre le soin en consultation que ces histoires soient comprises comme telles – il ne sert pas à grand-chose de penser la construction du monde si on ne la partage pas au patient, qui lui est

191 Prendre des vessies pour des lanternes, dans le Wiktionnaire.

192 Notamment avec la sociologie dramaturgique de la thèse de Robin Birgé (2018).

alors invité à raconter sa propre histoire. C'est dans cette configuration qu'une discussion avec un patient peut amener peut-être à quelque chose de l'ordre de la co-construction d'une délibération où deux singularités se rencontrent.

C. Consulter un psychiatre

Nous l'avons vu précédemment, l'information du patient est conceptualisée par certains seulement comme un moment de la relation médecin-patient, un moment d'une séquence. Pourtant il m'est difficile de concevoir et réduire cette dite consultation – notamment la consultation psychiatrique – comme une suite logique d'évènements bien ordonnés, mais plutôt comme une *discussion*, dont le tout n'est pas égal à la somme des parties, qui plus est ne sont pas aussi linéaires que certains voudraient bien le penser. C'est peut-être en travaillant sous cet angle que nous arriverons à sortir du problème de l'émetteur-récepteur.

Dans un classique utilisé chez les psychiatres, le *Manuel de psychiatrie*¹⁹³ (souvent surnommé "le Guelfi"), un chapitre est consacré à l'entretien, intitulé « L'examen clinique »¹⁹⁴ constitué de six pages de grandes généralités. Six pages sur 850 cela semble peu au regard de la pratique d'un psychiatre dont l'une des particularités réside dans l'importance de la communication – par son statut de psychothérapeute d'autant plus – ce qui est d'ailleurs souligné par les auteurs : « Comme en médecine physique, l'examen d'un patient en psychiatrie vise à recueillir des signes cliniques dans le but d'établir un diagnostic, d'évaluer le pronostic et d'orienter une thérapeutique. Mais ici, la sémiologie est largement dominée par le < matériel > verbal [...]. » (p125).

Ce qui est intéressant à noter est que les auteurs considèrent l'examen comme :

193 *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition, de Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon (2012).

194 Écrit par Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon eux-mêmes.

« un acte thérapeutique, dans la mesure où il s'inscrit dans une relation interpersonnelle dont les modalités engagent largement la suite des soins, voire l'avenir des relations du sujet à l'ensemble du système de soins psychiatriques. Le premier examen doit tenir compte de cette perspective, qui rendrait fréquemment néfaste une attitude d'observation purement scientifique, neutre et strictement objectivante, si tant est qu'une telle attitude soit imaginable compte tenu de la subjectivité inhérente à toute investigation clinique en psychiatrie » (p125).

Mon problème se situe au niveau de l'opposition subjectif/objectif à laquelle je n'adhère pas ; quand bien même, je trouve la formulation curieuse « la subjectivité inhérente à toute investigation clinique en psychiatrie ». Je la trouve surprenante car elle pourrait sous-entendre qu'un entretien non psychiatrique (ou autre chose) n'a pas nécessairement de subjectivité inhérente. Les auteurs semblent opposer cette subjectivité à l'attitude neutre et objectivante du scientifique. Cette opposition ne me paraît pas pertinente, car nous avons déjà vu au chapitre 2 combien la recherche scientifique objectivante s'accommodait facilement des subjectivités, je dirais même que c'en est l'objet d'investigation par le moyen notamment de la statistique qui fait émerger des généralités, des tendances, des facteurs qui peuvent s'exprimer métaphoriquement par des cartes (des graphiques) sur lesquelles les individualités singulières se placeraient. En pratique, l'exercice consistant à "s'accommoder de la subjectivité" est quelque peu différent, car le médecin neutre et objectif doit travailler dans sa consultation avec un registre émotionnel, autrement dit il se doit d'objectiver au mieux la subjectivité de la rencontre : sa posture subjective est donc contrôlée, maîtrisée, de manière à la rendre objectivable pour favoriser la mise en place d'une alliance thérapeutique, afin de ne pas être contre-productif en adoptant une « attitude d'observation purement scientifique ». La subjectivité ne constitue donc ni une entrave au travail objectivant ni une opposition : elle y participe pleinement. Ainsi, je peux déjà dire, avant d'y revenir plus tard que la défense de la subjectivité n'est pas une critique de l'objectivité, au contraire, ce sont deux pôles du même

paradigme, l'un n'allant pas sans l'autre : l'objectivité ne peut exister que s'il existe des subjectivités.

Cela est d'autant plus important à souligner qu'en psychiatrie plus qu'ailleurs (ou tout du moins de manière plus "évidente") les rapports à la communication, au langage, aux signes, à la représentation, à « l'interprétation » (Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric, 2012) sont premiers, car on pourrait dire qu'ils *sont* les outils de travail du psychiatre. Si bien qu'en recherche en psychologie et en psychiatrie, comme le souligne le psychiatre Bruno Falissard¹⁹⁵, on se questionne sur ce que la *mesure* représente par rapport à ce qui est mesuré, à travers la question de l'évaluation de la subjectivité, que l'auteur estime prépondérante dans ce type de recherches. Il s'attache donc d'abord à tenter de définir ce qu'est une *mesure*, et la conceptualise de trois manières différentes selon leurs utilités : produire des lois prédictives ; construire des outils ; ou encore représenter une réalité. La mesure ne correspondrait-elle qu'à des nombres manipulables permettant de produire des explications et des prédictions de phénomènes, des théories et des lois ? Ou alors elle ne serait qu'une production de nombres dont l'usage serait uniquement opérationnel – comme par exemple pour nous permettre d'aller sur la Lune – mais sans que ces nombres ne nous disent quoi que ce soit de l'objet mesuré. L'auteur semble s'entendre avec la 3^e définition de la mesure, celle qui implique qu'elle soit une « représentation numérique de faits empiriques » (p137), lui permettant d'intégrer l'élément "représentation " entre la mesure (le nombre) et l'objet mesuré (le fait empirique). Son intérêt pour la représentation n'est pas dénué de sens, car « elle a le grand mérite de nous rappeler qu'une mesure n'est pas une fin en soi, qu'elle a pour simple but de faciliter la compréhension de phénomènes trop complexes pour être appréhendés directement. Dans le domaine des mesures subjectives en particulier, la mesure a ainsi pour ultime ambition de s'effacer afin de permettre la révélation du concept qu'elle représente » (p138). Précautionneux, l'auteur est très conscient de toutes les limites méthodologiques que cela pose, mais j'en comprends en

195 Voir le chapitre « La mesure de la subjectivité » de Bruno Falissard dans le *Manuel de psychiatrie*, de Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric (2012).

tout cas que l'un de ses buts est d'assimiler la mesure à une référence extérieure, et ce, qu'elle porte aussi bien sur des *objets* que sur des *sujets*. Mais comment fait-il alors la distinction entre *objet* et *sujet* ? Il les distingue de manière assez évidente : d'un côté l'objet qui est en-dehors du sujet (par exemple dans le cas de la somnolence, « la rapidité d'endormissement »), et de l'autre le sujet producteur de représentations (« le niveau de somnolence ressenti par le patient »). C'est ainsi qu'à partir de deux entités définies, deux types de connaissances peuvent être produites : la mesure objective concernant les objets (pour le même exemple, « la latence d'endormissement »), et la mesure subjective qui mesure une subjectivité (« le questionnaire »). Je ne dis pas qu'il est inutile de différencier différents types d'évaluations entre ce que l'on mesure comme manifestation physique et la mesure de représentations du patient (ces deux mesures "disent" deux choses différentes), mais je ne pense pas qu'il y ait une différence de *nature* entre les deux – contrairement à ce que nous laisse croire Bruno Falissard. La question qu'il va travailler est donc : une mesure subjective peut-elle être légitimement considérée comme « scientifique » ? Il le défend en tentant de démontrer par différents arguments que l'accès "objectif" à une représentation subjective d'un individu est possible, en instaurant par exemple une relation de confiance suffisamment forte pour se fier aux propos des expérimentés sur leurs ressentis, ou par l'usage de l'empathie par un tiers pour témoigner de l'état d'un sujet, qui serait retransmis fidèlement grâce à cette capacité¹⁹⁶. Finalement, j'ai l'impression que le problème semble être le même avec des mesures dites objectives sur des objets : les choix "arbitraires" pour déterminer ce qu'est un endormissement rapide en termes de durée, de façons de le mesurer, ainsi que les paramétrages des appareils qui s'en chargent, sont autant de choix qui conditionnent les représentations que l'on se forge du sommeil. Alors comment argumenter que ce que nous mesurons, objet ou sujet, reflète des *natures* différentes ? Ces questions métaphysiques ne me semblent pas pertinentes, car je rejoins Paul

196 Il fait cette mention pour la recherche en psychiatrie particulièrement qui nécessite le recours à un tiers, où « c'est souvent une évidence (un patient mélancolique et délirant aura bien du mal à se représenter et à rapporter avec justesse la qualité de ses émotions) ; plus généralement, le fait d'être malade est susceptible de biaiser l'appréciation que le sujet porte sur certains de ses états propres subjectifs. » (p139)

Watzlawick et coll. dans la *Logique de la communication* (2014) qui se débarrassent d'hypothèses réalistes qui ne peuvent être que des spéculations sur un inaccessible. Bruno Falissard semble attaché à vouloir démontrer le contraire et prend la peine d'expliquer comment la notion d'étalonnage sert aussi bien aux recherches concernant les objets qu'elle est utile à celles qui concernent les sujets. En critiquant l'approche pragmatique (la mesure qui nous permet "seulement" d'avoir une action sur le monde), il déplore d'une certaine façon l'abandon d'une théorie réaliste (où la mesure participerait à décrire le monde tel qu'il est), car elle nous enlèverait un potentiel de compréhension. Je pense au contraire que les mesures dont il est question, qu'elles soient qualifiées de subjectives ou d'objectives, sont en fait toutes les deux *objectives* par la standardisations des explications fournies, écartant toute possibilité de dégager une singularité, même dans des études "subjectives". Mon épistémologie suggère que la mesure, le nombre, peuvent s'avérer utiles (mesurer la douleur, la tristesse, la dépression, etc.) par leur capacité à produire des repères, et pourquoi pas en vue de tester ou proposer des thérapies ou des traitements. Contrairement à l'auteur, je ne crois pas que la définition pragmatique de la mesure n'ait pour seule et unique fin qu'elle-même, puisque sa vocation est bien d'être un outil au service d'un autre objectif, en participant d'une certaine manière à améliorer les soins, à l'abstraction, etc. J'estime que le sens ne se trouve pas dans les nombres, et que ce n'est certainement pas là qu'il faille le chercher. Je le considère à chercher (ou plutôt à construire ! Mais nous y reviendrons bien assez vite) avec le patient, dans une *discussion compréhensive*. Finalement ce que j'en retire pour ce chapitre, c'est que les notions de subjectivité et d'objectivité relèvent des mêmes problèmes épistémologiques que ceux travaillés au chapitre 2 concernant l'explication. La compréhension de la subjectivité par la mesure de cet en-dedans, voilà ce que je nomme de *compréhension explicative*.

En continuant d'opposer objectivité et subjectivité dans l'entretien psychiatrique, Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon expliquent que l'objectivité se situe alors plutôt du côté de la médecine somatique, et la compréhension subjective du côté de l'intuition : « On conçoit donc

que l'examen psychiatrique doive se situer sur deux plans à la fois : celui d'une compréhension intuitive de l'expérience vitale du sujet telle qu'il l'exprime spontanément, et celui de la recherche d'éléments plus objectifs qu'il faut savoir solliciter en fonction des hypothèses que fait naître le discours spontané ». Associer l'intuition à la compréhension de l'expérience individuelle du sujet me paraît curieux, m'incitant à poursuivre mes réflexions sur la distinction entre objectivité et subjectivité. En effet, selon le dictionnaire CNRTL, l'intuition est de l'ordre de l'évidence : soit la révélation divine, soit une « connaissance immédiate d'une réalité présente actuellement à l'esprit », ou encore l'action « de deviner, pressentir, sentir, comprendre, connaître quelqu'un ou quelque chose d'emblée, sans parcourir les étapes de l'analyse, du raisonnement ou de la réflexion ». Ainsi nous aurions d'un côté, la raison associée à l'objectivité et à l'étude des objets et, de l'autre « l'expérience vitale » du sujet reléguée à une compréhension irrationnelle, intuitive. Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon semblent même associer interprétation et compréhension à l'intuition et à l'évidence qui toutes deux ne seraient pas de l'ordre du raisonnement. J'imagine par spéculation, enfin je l'espère, que les auteurs si je les interrogeais ne défendraient pas de la sorte l'interprétation que je fais de leur propos, car comment être soi-même psychiatre, écrire un manuel de psychiatrie, et concevoir la majeure partie de son activité comme irrationnelle ? Mais alors s'ils ne défendent pas l'irrationalité, je ne comprends pas le sens de leurs lignes. Je conçois que le travail interprétatif des signes pour comprendre les représentations des patients soit un travail de spéculation, d'interprétation, car par définition nous ne sommes pas dans la tête de l'autre, mais ce travail de spéculation ne me semble pas moins raisonnable ou plus intuitif qu'une autre démarche, car elle peut tout autant être motivée et argumentée, et donc par là, *discutable*. Ces réflexions font écho à ce que j'ai trouvé dans mon exploration de la notion d'empathie : une capacité principalement subjective et émotionnelle (celle du chapitre 1), basée sur un naturel instinctif et animal qui nous échappe (celui du chapitre 2) au plus profond de nous-même.

Ainsi pour ces auteurs, il convient pour les psychiatres de jouer le bon équilibre entre objectivité et subjectivité, rationnel et émotionnalité : il faudrait donc éviter de jouer le rôle du

médecin trop froid (« froideur et mutisme »), ou à l'inverse se laisser aller à une « identification hâtive au patient ». Ils préconisent deux temps – ré-appropriables selon la singularité du psychiatre – que sont la libre parole du patient, et un temps d'investigation plus actif avec des questions qui peuvent être plus directives afin de préciser les hypothèses. Ce qui est important est de trouver la bonne distance avec le patient, ce qui n'est pas sans rappeler les propos de Constantino Landolo qui, p84-85, traite de la dimension affective du médecin lors de l'entretien. Pour cet auteur, l'usage de la sympathie à savoir pour lui une inclinaison favorable pour le patient, ou celle de l'empathie qu'il définit comme la capacité à reproduire les sentiments du malade, sont appréciables dans la limite, dans la mesure où ils ne doivent pas perturber le jugement clinique du médecin. Il me semble que cette logique du "un peu, mais pas trop" a l'avantage pour l'auteur de froisser le moins de lecteurs possible, mais elle me semble très difficilement opératoire, car quand le jugement du médecin est-il affecté ou non ? Ici, et c'est une question que j'ai déjà abordée plus tôt, se (re)joue l'opposition entre émotions et raisonnement et sur laquelle les médecins semblent buter. « Trouver la bonne distance » reste somme toute une entreprise ardue, car impliquerait de devoir choisir entre réfléchir et ressentir. Et c'est bien cette difficulté qui est mise en mots de façon assez ambiguë dans les lignes qui suivent et qui préconisent d'adopter une posture de « < neutralité affective > qui ne signifie pas détachement, désengagement, désintérêt, mais au contraire la compréhension des besoins du malade et le désir de les satisfaire avec compétence, sans toutefois se laisser entraîner dans un pathos qui se situe bien au-delà de la chaleur humaine » (Landolo Constantino, 2001 : 85). L'auteur opère ici une distinction entre ressentir (ce *pathos* excessif qu'il faut donc remplacer par une « neutralité affective ») et comprendre, ou en tout cas leur articulation ne me semble pas assez explicite pour que je puisse le comprendre.

Les propos du "Guelfi" auxquels je viens de faire longuement référence font dans une certaine mesure écho à ceux de Shawn Christopher Shea dans un ouvrage intitulé *La conduite de l'entretien psychiatrique, L'art de la compréhension*, pour qui, la priorité notamment au moment

du premier entretien est de créer une base de données valide et de favoriser l'engagement du patient afin de créer une alliance (pXV). Dans la préface du livre et dans le 1^{er} chapitre, c'est donc surtout l'objectif du recueil qui prévaut, dont le niveau d'efficacité et de validité des données dépend du niveau d'alliance thérapeutique. Selon lui, l'efficacité du médecin dans cette étape du recueil de données peut être entravée par l'engagement du patient : « En définitive, un diagnostic fiable, un plan de traitement efficace, l'observance thérapeutique et l'adhésion de la famille au traitement sont tous limités par un facteur commun : la capacité du thérapeute à obtenir l'engagement du patient ».

L'enjeu de cette fiabilité et de cette efficacité dans le recueil est d'autant plus important que selon lui, la psychiatrie a gagné ces dernières années en techniques thérapeutiques et ressources médicamenteuses (bien que cela soit discutable par ailleurs). Ainsi, penser l'engagement du patient comme un facteur limitant est une façon curieuse d'entrevoir cette prétendue autonomie qu'il faudrait lui conférer quand même – car si tout semble reposer sur l'engagement du patient, c'est finalement bien au psychiatre à qui revient la mission de tout mettre en œuvre pour le favoriser. Shea me paraît avoir une vision plus globale et subtile que Guelfi en ce qui concerne le rapport au patient : « dans les faits, les processus d'engagement, de recueil de données, de compréhension et d'évaluation se déroulent en parallèle » et cet entretien permet « une meilleure connaissance du patient dans son unicité. Cette compréhension repose sur la capacité du clinicien à percevoir la vision du monde, les peurs, les souffrances et les espoirs du patient » (p8). Il s'attache à préciser que les principes de « réussite » d'un premier entretien (car il pense manifestement en termes de réussite ou d'échec) ne doivent pas devenir des « règles rigides, ces principes doivent, au contraire, être considérés comme des recommandations souples, aptes à donner une forme à ce qui semble initialement sans structure » (p4). Pour l'auteur, les objectifs d'une situation de soins selon sont les suivants :

- « 1. établir un profond engagement du patient dans une alliance thérapeutique ;
2. réunir une base de données valides ;

3. développer une compréhension évolutive du patient fondée sur l'empathie ;
4. effectuer une évaluation d'où découle une hypothèse diagnostique ;
5. développer un plan de traitement approprié ;
6. réduire en partie l'anxiété du patient ;
7. lui donner espoir et s'assurer qu'il viendra au rendez-vous suivant. » (p7)

Shea distingue l'*engagement* et l'*alliance*, le premier « fait référence au développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect, grâce auquel les patients se sentent de plus en plus libres de confier leurs problèmes au clinicien, en même temps qu'ils prennent confiance dans son aptitude à les comprendre ». Le second, l'*alliance*, est une méthode qui concerne les « indices comportementaux et émotionnels qui suggèrent, au cours de l'entretien, la réussite de ce processus d'engagement » (p10) : l'*alliance* est donc une méthode « d'auto-surveillance active » permettant de s'assurer de l'efficacité des techniques d'engagement. L'efficacité de l'entretien selon lui peut s'évaluer de manières complémentaires : de façon « subjective » (ce qu'en pense le praticien), mais aussi à l'aide de méthodologies « objectives » par des indices temporels (la durée de l'énoncé, le temps de latence de la réponse, et le pourcentage d'interruptions) et enfin par le jugement personnel du patient. Les deux premières méthodes devant être confrontées pour discuter de l'efficacité, il est surprenant que la troisième – à propos jugement du patient – soit traitée quelque peu à part. Ceci tient probablement au fait que le patient peut être fourbe, et qu'il faille en déjouer les tentatives manipulatoires : ainsi le psychiatre, pour éviter les erreurs diagnostiques, doit ne pas se « laiss[er] prendre au discours de leurs patients », ne pas être « égaré par le style plaisant et la comédie subtile du patient » (p11), situations que l'auteur rapproche rapidement de certains diagnostics, alors qu'il semblait initialement attentif à ne pas tomber dans la généralisation. Donc c'est bien l'efficacité qui est primordiale pour Shea plus que la relation ou la co-construction, avec des patients potentiellement manipulateurs. Cette efficacité est mise en péril quand l'engagement est faible, et devient potentiellement source de deux problèmes : celui de l'erreur diagnostique d'abord, et ensuite celui du risque que le patient ne revienne pas

en consultation – mais non pas dans son intérêt, mais plutôt que ceci « rendr[ait] inutile le travail effectué au premier entretien » (p12). Pour garantir l'engagement du patient, Shea propose donc cinq astuces aux psychiatres : évaluer régulièrement l'alliance thérapeutique, transmettre de façon efficace un sentiment d'empathie, développer un climat de sécurité pour favoriser la confiance, paraître authentique et naturel, et enfin afficher une compétence rassurante. Les préconisations de l'auteur, son style opérant tourné vers la performance pour « réussir » son premier entretien me laisse entrevoir le spectre du paternalisme roder, et me font douter de sa volonté à co-construire une relation thérapeutique qui tolérerait les détours et les retours, le temps, et l'inefficacité, mais qui permettrait au patient de développer sa singularité, sans à priori déterminants et limitants pour lui.

Je voudrais m'attarder justement sur un point, cette « transmission efficace d'un sentiment d'empathie » (p14-26) que Shea présente comme un des principes de l'engagement et m'invite à un détour. En reprenant les termes de Carl Rogers, l'auteur prend soin de différencier l'*empathie* qui est définie ici comme la capacité de « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'[il] était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce *comme si* », et l'*identification* qui consiste à franchir l'étape de distanciation du jeu, du *comme si*, pour ressentir *comme* le patient. Cette identification est peu intéressante pour lui, car « la plupart des patients ne recherchent pas quelqu'un qui ressente les mêmes choses qu'eux, mais qui tente de comprendre ce qu'ils ressentent ». Le propos est donc bien différent de ce que nous avons analysé plus tôt concernant une "compréhension intuitive", car cette fois il s'agit bien de saisir les raisons de l'autre. Ce que défend Shea en se réappropriant Godfrey T. Barrett-Lennard, c'est une efficacité de l'empathie qui nécessite une action commune, un « cycle d'empathie » où la reconnaissance du sentiment du patient par le médecin est en retour reconnu par le patient qui manifeste à son tour cette compréhension ; cycle que je retrouve chez plusieurs auteurs, par exemple dans une variante proposée par le psychiatre Marco Vanotti (2002) dans son article « L'empathie dans la relation médecin – patient ». Mon

problème réside dans la formulation des perturbations du cycle empathique par Shawn Christopher Shea, c'est-à-dire en termes de « distorsions », de « biais » qui vont invalider le recueil de données. Ce qui lui fait préciser ceci :

« L'aptitude à écouter en suspendant toute analyse et la capacité à se projeter avec sensibilité dans l'expérience d'autrui peuvent être considérées comme deux qualités mères de l'intuition. Essentielles à une pratique clinique efficace, elles jouent la plupart du temps un rôle considérable lorsque l'alliance est optimale. Nous voici confrontés à un paradoxe fascinant : le talent d'un clinicien se caractérise en partie par sa capacité à discerner quand utiliser son intuition, mais aussi quand y renoncer. En des termes légèrement différents, l'habileté d'un clinicien provient de ses facultés tant intuitives qu'analytiques »

Pour Shawn Christopher Shea il y a des moments d'écoute où le praticien suspend son jugement et des moments plus analytiques. Qu'il existe des états psychiques qui influencent le "cycle empathique", je n'en doute pas, mais ils existent toujours dans la mesure où justement il n'existe pas de posture idéale, unique, voire neutre et objective. Autrement dit, à mon sens, la suspension du jugement n'est pas une interruption du jugement au sens strict comme paraît le défendre l'auteur, il me semble qu'elle tient plus à un choix du praticien à formuler un jugement à son patient ou de poursuivre son écoute. Dans la mesure où il n'existe pas de monde sans "facteurs" ni "biais" – car à mon sens il y en a toujours et je pourrais ajouter que le biais est un point de vue qui permet le jugement – toute l'intelligence de l'entretien consiste alors à jouer de ces facteurs non pas pour les neutraliser, mais pour les diriger vers un objectif intéressant.

Ainsi, en partant de l'in-formation du patient conçue comme une communication entre deux super-ordinateurs, au modèle du déficit de connaissances, ces remarques sur la conduite de l'entretien en psychiatrie ne m'ont jusque-là pas tellement permis de sortir du problème de la relation paternaliste et donc autoritaire, de l'instrumentalisation des patients ou de la

construction d'une relation plus équitable. Heureusement, la littérature alternative ne manque pas.

Pour Alexandra Olivero et Jérôme Palazzolo, la particularité des patients en hôpital psychiatrique s'établit d'une part au moment de leur entrée dans la maladie mentale (qui se caractérise par une crise d'identité), et d'autre part au moment de la rencontre avec l'environnement psychiatrique (qui implique la perte de ses repères familiaux) :

« C'est donc une valeur profondément traumatique que revêt la confrontation du sujet avec la maladie et l'hospitalisation, car ces événements impliquent la plongée du sujet dans un monde qui ne s'avère pas d'emblée intégrable à une réalité psychique préexistante, et échappent dès lors à toute mise-en-représentation. Ces événements, exclus du champ de la signification, du champ du symbolique, s'avèrent source de sidération. Le patient, dans un profond état de détresse, de < désaide > (Hilflosigkeit), se retrouve alors spectateur – passif – de sa maladie, de son hospitalisation, sans pouvoir intégrer ces événements de vie dans une mise-en-mots, une mise-en-représentation et, par conséquent, une mise-en-sens. » (Olivero Alexandra & Palazzolo Jérôme, 2008)

Ce passage sur l'arrivée en milieu hospitalier est ambigu, mais j'aimerais le comprendre non pas comme le fait que le patient soit hors du champ de la *représentation* (ce qui nous ôterait toute possibilité de co-construction) mais bien qu'il doive faire face à un problème de *représentations* qui se confrontent, et que ce moment d'actualisation des représentations puisse engendrer une forme de sidération transitoire. Pour les auteurs, mettre en mots en donnant du sens (à l'hospitalisation, à la maladie, etc.) permet alors de construire des repères qui jusque là manquaient, et en proposant une telle perspective, le problème du droit et du devoir d'informer devient une technique thérapeutique, un matériel pour la thérapie. C'est ainsi qu'à leurs manières et indirectement, ils semblent remettre en cause l'autonomisation d'un moment d'une séquence d'interactions nommée « information du patient » - ce qui, vous l'aurez compris, n'est pas sans rejoindre mon propos à ce sujet. Selon eux et mobilisant les écrits de

Paul Watzlawick (2014)¹⁹⁷, une information est un *contenu* qui est toujours mis en forme et qui implique ainsi un comportement pris dans une *relation* entre deux sujets, et ces deux niveaux, « l'information » et la « méta-information » étant en constante interaction. Ce qui permet aux auteurs de penser l'information non pas comme une donnée objective¹⁹⁸, mais comme une rencontre entre deux subjectivités qui implique une réciprocité :

« Lorsque nous nous préoccupons de la question de l'information livrée au patient, de la façon dont ce dernier va l'intégrer, il paraît par conséquent indispensable de nous préoccuper du positionnement subjectif adopté par l'informateur, de par l'impact que cela aura sur la façon dont le patient va entendre cette information. Il s'agit alors de penser l'information du patient comme s'inscrivant au sein d'une intersubjectivité, donc comme étroitement liée au contexte relationnel qui s'instaure entre soignant et soigné : en d'autres termes, il y a du transfert. » (Olivero Alexandra et Palazzolo Jérôme, 2008)

Cette manière interactive de penser plus généralement la relation médecin-patient, permet selon les auteurs de voir les comportements du patient comme le « fruit de l'interaction que nous avons établie, et donc en tant que révélateur du comportement que nous adoptons dans notre démarche informative. [...] Permettre au patient d'avoir accès à des moyens de comprendre la situation ainsi qu'au droit de participer aux décisions qui le concernent peut engendrer un remaniement des statuts et des positions de chacun : cela implique pour le soignant de céder une part de son savoir, voire de faire le deuil d'un tout-pouvoir et tout-savoir sur le patient ». Le savoir ainsi partagé et les postures repensées, voilà une possible issue du paternalisme, permettant ainsi d'établir une relation de co-construction entre psychiatre et patient.

197 Notamment le célèbre ouvrage paru en 1967 intitulé *Une logique de la communication*.

198 « donnée objective » sont mes propres mots ici.

D. Carl Rogers, la compréhension empathique, ou la neutralité inconditionnelle.

La compréhension empathique comme nous avons été amenés à la croiser à plusieurs reprises ici, mise sur la prise en compte du cadre de référence interne de l'autre, d'un « faire comme si » tout en restant soucieux de ne pas faire « comme ». Cette posture qui a été développée par le célèbre psychologue Carl Rogers, m'a donc invitée à (encore) un détour. Scientifique et humaniste célèbre, il a reçu en 1956 la plus haute distinction de l'*American Psychiatric Association* (celle-là même qui publie les DSM) pour ses contributions. Connu pour sa nouvelle technique psychothérapique, j'ai eu espoir de trouver en lui un allié dans ma défense de la compréhension co-constructive et non explicative.

Initialement très préoccupé à s'immerger dans sa pratique, c'est à partir de 1947 qu'il a commencé à ébaucher sa théorie et à publier des articles, et s'est fait rapidement remarquer (et apprécier) pour l'aspect novateur de ses propositions et conceptions. Il n'a cessé ensuite de poursuivre l'élaboration d'une théorie, qui s'est donc vue transformée au fur et à mesure du temps et de ses expériences. Il développe dans son livre *Psychothérapie et relations humaines*, paru en 1971 (mais rédigé en 1962) sa conception originale de la psychothérapie, et défend une posture non-autoritaire et engagée, point d'autant plus notable qu'elle s'est développée au sein d'une psychiatrie américaine qui, à cette époque, malgré un ancrage psychanalytique fort, commençait à bouillonner sur le plan théorique, comme je l'avais abordé à propos du contexte de création du DSM. Au fur et à mesure, son « approche non directive » initiale s'est ainsi transformée en « approche centrée sur le client » puis définitivement en « approche centrée sur la personne ».

Sa qualification de « non directive » soulignait son intention de laisser les personnes qu'il recevait en consultation prendre les décisions qui leur paraissaient les plus pertinentes, non pas celles qu'il *aurait fallu* prendre, ni celles que *lui* aurait prises, mais les leurs propres. Il

travaillait à les aider à exprimer leur « < véritable moi > » (p39). Pourtant il abandonne cette appellation de « non directive » après quelques années afin d'éviter plusieurs amalgames, avec une possible forme de « manipulation, propre à la science, face à l'objet qu'elle examine » et avec une conception potentiellement laxiste, un « laisser faire ».

Cette compréhension empathique, ou globalement cette attitude qu'il préconise pour le thérapeute pourrait bien être compréhensive, car s'affranchit de certains déterminismes. En effet, pour Rogers, l'individu est en transformation perpétuelle, ayant à sa disposition toutes les ressources requises pour transformer ce qu'il est, par sa « tendance actualisante » qui est cette « tendance inhérente à développer toutes les potentialités » (p33). Ce qui implique d'aborder l'individu dans sa globalité : « il importe de noter que *la notion de tendance actualisante est le postulat fondamental de notre théorie* et que cette tendance se manifeste par l'organisme dans sa totalité et uniquement dans sa totalité. Cette théorie ne comporte donc pas d'« homunculi » ou autres sources spécifiques d'énergie ou d'action »¹⁹⁹ (p34). Il prend donc ses distances par rapport à des théories faisant vivre des en-dehors inaccessibles, et semble s'engager vers ce qui, selon moi permet une responsabilisation du patient et de l'individu en général.

Son abord phénoménologique est relativement séduisant, et rend compte dans sa théorie de l'existence d'une tension particulière entre une « image du moi » et un « moi idéal », générant ce qu'il nomme de « désaccord interne », et de fait, c'est bien les vécus et expériences de ses patients dans la tempête qui l'intéressent de façon privilégiée. Il a une lecture unitaire des émotions et des cognitions, dépassant le clivage que j'ai souligné et déploré à plusieurs endroits dans ce travail : « *la notion de sentiment englobe donc à la fois l'expérience affective et la signification cognitive de cette expérience telle qu'elle est éprouvée dans son contexte vécu, immédiat* » (p36). Enfin, l'expérience qu'il offre à ses patients se veut universalisable, à proposer à tous sans distinction, ce que j'entends comme une façon de ne pas catégoriser ses patients sous prétexte d'un certain diagnostic pressenti dès les premiers entretiens :

199 En italique dans le texte, ce que je respecterai tout le long de cette partie.

« C'est là quelque chose qui ne manquera sans doute pas d'étonner le thérapeute d'orientation traditionnelle. Voici nos raisons. Notre expérience nous a enseigné que chaque client fait un usage différent, personnel de la relation qui lui est offerte. En outre, il ressort de nos observations qu'il n'est ni utile ni nécessaire de manipuler la relation en vue de l'adapter aux divers sujets. Bien au contraire, il semble qu'une telle manipulation nuise précisément au caractère le plus important et le plus précieux de la relation, à savoir qu'elle représente une relation authentique entre deux personnes dont chacune s'efforce de son mieux d'être < elle-même > dans son interaction avec l'autre » (37).

Il semble tout aussi précautionneux avec les en-dehors inaccessibles qu'avec une notion d'inconscient, il veut orienter sa pratique dans une démarche opérationnelle et pragmatique :

« Eu égard au fait que toute notion théorique représente une abstraction plus ou moins arbitraire de la réalité, il y a diverses manières de définir le moi. Par exemple, d'après Hilgard, la définition du moi inclut des données tant conscientes qu'inconscientes. C'est là, sans doute, une manière légitime d'abstraire à partir des phénomènes. Toutefois, ce n'est pas, d'après nous, une manière scientifiquement très utile. En effet, parce qu'elle fait intervenir des données inconscientes, une telle définition ne se prête pas, à l'heure actuelle, à des définitions opérationnelles. C'est pourquoi il nous semble plus utile de concevoir le moi comme une structure d'expériences disponibles à la conscience. » (p41)

Son intérêt pour l'empirisme et l'expérience vécue fait qu'il ne souhaite pas concevoir la science comme une somme d'abstractions, il veut faire sortir la science des laboratoires, semble engagé « contre l'attitude trop répandue parmi les psychologues américains, selon laquelle la science commence au laboratoire ou avec la machine à calculer » (p25). Il fait la promotion de l'existence de la subjectivité au sein même de l'objectivité : « l'homme vit essentiellement dans un monde subjectif et personnel. Ses activités, même les plus objectives – ses efforts scientifiques, quantitatifs, mathématiques etc. – représentent l'expression de buts

subjectifs et de choix subjectifs » (p27). Il travaille donc comme psychothérapeute à faire que la « personne fonctionne pleinement » (p141), c'est-à-dire une personne qui s'autorise à ressentir et accepter ses expériences laissant ainsi toute la place à la subjectivité, une personne qui ainsi « serait son propre juge [...]. Elle serait totalement engagée dans le processus par lequel elle est et devient, de plus en plus, elle-même » (p141). Travailler en psychothérapie à rendre son patient autonome et responsable, engagé dans ce qu'il est et ce vers quoi il devient, me paraît être une perspective tout à fait enthousiasmante, qui m'évoque la mise en sens que nous venons de croiser avec Alexandra Olivero et Jérôme Palazzolo. Elle s'éloigne autant des conceptions nosographiques classiques²⁰⁰ de la psychiatrie que des postulats psychanalytiques, et donne largement la parole au patient, et en cela, semble ne pas être source d'instrumentalisation. Ainsi, ma curiosité est à son comble pour savoir dans quelle posture se place le thérapeute afin de parvenir à cet objectif. Pour ce faire, celui-ci doit suivre les « conditions du processus thérapeutique », qu'il énonce comme telles :

« Il faut que :

1. deux personnes soient en contact ;
2. la première personne, que nous appellerons le client, se trouve dans un état de désaccord interne, de vulnérabilité ou d'angoisse ;
3. la seconde personne, que nous appellerons le thérapeute, se trouve dans un état d'accord interne – au moins pendant la durée de l'interview et par rapport à l'objet de sa relation avec le client ;
4. le thérapeute éprouve des sentiments de considération positive inconditionnelle à l'égard du sujet ;
5. le thérapeute éprouve une compréhension empathique du cadre de référence interne du client ;
6. le client perçoive – ne fût-ce que dans une mesure minimale – la présence de 4 et de

200 Carl Rogers développe plutôt dans ce livre ce qu'on pourrait appeler une nosographie dans le paradigme du « Moi », où le décalage entre l'expérience du Moi que je nommerais de phénoménologique et l'« image du moi » crée un état de « désaccord interne » que la psychothérapie à vocation à réduire.

5, c'est-à-dire de la considération positive inconditionnelle et de la compréhension empathique que le thérapeute lui témoigne. » (p56)

C'est la « considération positive inconditionnelle » du thérapeute qui est au centre de son propos, une « notion-clé » (p48) de son système : la considération positive « englobe généralement les sentiments et les attitudes de chaleur, d'accueil, de sympathie, de respect, d'acceptation » (p48). Pour préciser la notion d'« inconditionnel » de la considération positive, il prend l'exemple du sentiment qu'éprouve un père pour son enfant, même si le premier n'apprécie pas tous les faits et gestes de ce dernier²⁰¹. Cette posture positive inconditionnelle implique que le thérapeute fasse l'effort²⁰² de rester coûte que coûte dans l'acceptation (même si Rogers souhaite utiliser ce mot avec précaution pour éviter tout malentendu, c'est pourtant bien ce que cette posture m'évoque). Selon lui, cette posture est un puissant levier thérapeutique, car en la convoquant dans la thérapie, elle contribue au changement d'attitude du « client », qui participe à réduire puis faire disparaître son état de désaccord interne, et il pourra dès lors déployer à d'autres endroits, envers lui-même et envers les autres. En fait, le « client » a en lui la potentialité du changement, et c'est au thérapeute de créer les conditions pour que celui-ci advienne.

L'empathie (ou la compréhension empathique) est aussi un outil participant au succès thérapeutique. Il la définit ainsi :

« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y attachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui < comme si > on était cette personne – sans toutefois jamais

201 On peut spéculer que cet exemple fasse directement référence à la posture paternaliste, celle qui sous couvert de bienveillance permet d'asseoir une certaine autorité. Si Rogers situe la posture de ce père dans la considération positive inconditionnelle (et pas seulement dans la précision du terme d'« inconditionnel » c'est en cela que son propos paraît ambigu) il prend alors le contre-pied des postures paternalistes.

202 Il m'est difficile de savoir si selon Rogers, cette posture de considération positive inconditionnelle requiert un effort ou non, je prends le parti d'écrire que selon moi, elle requiert l'effort de taire ses jugements et ses impressions, pour toujours se situer dans l'accueil, et l'acceptation.

perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, < comme si >. La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui *comme* il l'éprouve, et qu'on en perçoit la cause *comme* il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente [ou cesse de jouer], il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. » (p52)

L'empathie est donc la base de la compréhension de l'autre et constitue même la condition pour ne pas rendre l'autre "objet" : faire exister l'autre, c'est le considérer *avec* son cadre de référence interne. Carl Rogers promeut ainsi une forme de responsabilisation, il veut conforter ses « clients » dans leurs propres expériences, dans leurs propres ressentis, en jouant en tant que thérapeute le jeu du « comme si ». D'ailleurs, cette « authenticité des attitudes du thérapeute » (p 57) est primordiale pour que la relation soit thérapeutique. Il s'interroge : que faire quand le thérapeute n'arrive pas à se situer dans cette posture vis-à-vis de son patient ? Lui dire ? Se taire ? Il ne peut répondre à cette question, ce qui l'amène à questionner même l'objet de l'efficacité de la thérapie : « est-ce l'accord interne – ou d'intégration – du thérapeute qui est facteur thérapeutique essentiel, ou sont-ce les attitudes de considération positive inconditionnelle et de compréhension empathique ? » (p58). Je pourrais reformuler sa question sur l'efficacité ainsi : est-ce la neutralité dont j'use dans ma pratique ou ma subjectivité claustrée dans sa « considération inconditionnelle positive » ? De la subjectivité donc ? Oui, mais finalement et surtout : dans une certaine mesure. Car il défend aussi dans un autre de ses ouvrages le recours, ou plutôt le non-recours au jugement : « Quand, à l'égard de son client, le thérapeute est authentiquement positif, qu'il ne juge pas mais qu'il accepte, alors la probabilité s'accroît d'un progrès thérapeutique. [...] Quand le thérapeute valorise son client, totalement, inconditionnellement, alors on peut conjecturer quelque progrès »²⁰³. Car pour lui,

203 Carl Rogers cité dans l'article de Xavier Haudiquet « Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir ? » (2013).

le jugement qu'il soit positif ou négatif, affecte le processus thérapeutique, ouvre la possibilité à un jugement de valeurs et donc court-circuiterait le client dans le développement de son propre cadre de référence et l'empêcherait de pouvoir adopter une considération positive inconditionnelle à son propre égard. Cette posture me paraît intéressante dans une certaine mesure²⁰⁴ mais ne me semble pas « authentique » comme le réclame Carl Rogers, si tant est que je souhaiterais qu'elle le soit. Car elle me rappelle fort ce que je disais au cours du chapitre 1, sur cette attitude neutre souvent relayée au sujet de l'empathie, et qui sous-entend qu'il ne faille jamais se positionner. Ces considérations me paraissent dangereuses pour les thérapeutes et pour les patients qui suivent ces thérapies dans le fait qu'elles tolèrent tous discours, et donc qu'en est-il de l'immoral et du non-tolérable aux yeux du médecin ou du thérapeute ? Il ne s'agit donc ni d'une rencontre de deux singularités, ni de co-construction d'une relation thérapeutique. J'ai souvent vu associé à Rogers cette notion de "reflet" ou de "miroir", qui efface le psychothérapeute en présence. Laisser croire en l'absence de jugement, alors que nous passons notre temps à avoir des avis singuliers, qui se traduisent dans les pensées et dans les ressentis me paraît bien loin de l'authenticité que Rogers réclame. Même si dans ma pratique, j'ai plutôt envie de valoriser des événements, des changements pour mes patients qui dans mon cadre de référence pourraient paraître faciles, aisés, je peux justement interpréter, juger, et spéculer, en tentant de me référer à leurs cadres internes, combien ils leur ont demandé de travail. Mais m'abstenir de juger – et donc de penser ! – et ne jouer qu'au miroir ne me paraît pas constituer un travail de co-construction en termes de singularité. S'il s'agissait ici de convoquer la créature du Dr Frankenstein, elle aura certes tout le loisir d'exprimer le pour-quoi de ses raisons et de ses intentions, mais sans jamais pouvoir faire l'expérience de sa propre singularité, expérience qui ne peut avoir lieu qu'au contact d'une autre singularité qui *s'affirme* en tant que tel. Au mieux, peut-être se comprendrait-elle davantage elle-même, par le reflet du miroir que lui offrirait le thérapeute rogérien.

204 Finalement, le seul intérêt que je retiens de la posture de considération positive inconditionnelle est la considération du patient, qui dans le paradigme rogérien, a la parole.

Voilà donc que mon enthousiasme devient désenchantement. La posture psychothérapique de Rogers m'apparaissait intéressante dans le rapport de non-autorité et dans la place conférée à la discussion, mais j'ai finalement compris au fil de ma lecture où il exprime son paradigme et sa conception de l'individu, ou plutôt de l'« organisme », qu'il ne s'agissait ni de compréhension, ni de discussion comme je les entends. Car Rogers n'est pas tant (ou il l'est tellement, je ne sais pas bien) dans l'expérience avec son « client » qu'il semble tenter d'en discerner une certaine prédictibilité de leurs comportements : « les réactions de la personne mal adaptée sont souvent prévisibles précisément parce qu'elles sont déterminées par une structure (interne, de personnalité) rigide » (p147). Mais il nuance ce propos un peu plus loin, dans le cadre de l'individu au fonctionnement « optimal » permis par la thérapie :

« Ce qui précède n'est pas sans rapport avec la thèse communément admise selon laquelle le but ultime de la psychologie en tant que science est de prédire et de contrôler le comportement humain. Cette thèse me semble comporter des implications philosophiques troublantes. Personnellement, je suis d'avis qu'à mesure que l'individu se rapproche du fonctionnement optimal, son comportement devient de moins en moins prévisible – encore qu'il soit toujours déterminé et ordonné. De même, il devient de plus en plus difficile de le contrôler (extérieurement) – encore qu'il soit toujours rationnel et adéquat. Il suit de ces vues que *la science psychologique, à son niveau le plus élevé, serait une affaire de compréhension, non une affaire de prédiction.* »
(p147)

Voilà donc ce qu'il défend : une science compréhensive et rationnelle, incluant une forme de subjectivité à vocation neutralisante – au moins pour le psychothérapeute, mais pas seulement. Car il pense sa thérapie comme outil relationnel en milieu éducatif, familial voire professionnel. Et par ce qui me semble être un pas de trop, il tombe ainsi dans les mêmes écueils que j'ai relevés au chapitre 1 concernant l'empathie, la tolérance envers et contre tout.

De plus, ses prises de positions ne me semblent pas sans contradictions : si la science ne peut être prédictive c'est qu'elle n'est pas dotée d'instruments suffisamment puissants pour pouvoir même prédire le comportement de ces individus optimisés :

« si le comportement de notre sujet hypothétique est déterminé par une perception exacte de toutes les données opératives à un moment précis – et uniquement par ces données – alors les éléments nécessaires à la prédiction sont présents. Il suffirait alors de disposer des instruments nécessaires à la mensuration de tous les excitants en cause et d'un vaste ordinateur électronique pour calculer le vecteur de comportement le plus économique dans la situation donnée. Toutefois, avant que ce calcul n'ait eu l'occasion de s'achever, notre sujet aurait déjà effectué cette opération complexe au sein même de son organisme – autrement dit, il aurait déjà réagi. La science, à supposer qu'elle puisse un jour effectivement recueillir toutes les données en cause avec l'exactitude requise, serait donc, théoriquement, capable de les analyser et d'aboutir aux mêmes conclusions que l'organisme, donc de déterminer, a posteriori, la marche et la direction du comportement. » (p146)

Si Carl Rogers semble prendre de la distance avec une possible prédictibilité des comportements, j'y vois un paradoxe. Le suivi d'une psychothérapie fait selon lui croître la rationalité de son « client », et je m'entends avec lui pour dire qu'à travailler les intentions des individus en consultation, ceux-ci gagnent alors en logique ou cohérence interne. En cela, on pourrait plus aisément anticiper leurs réactions à certaines situations (par habitude), sans pour autant les prédire au sens déterministe du terme (en tout cas, c'est comme ça que je souhaite l'entendre). Il se dit même troublé de considérer que le but de la psychologie puisse se situer dans la prédictibilité des comportements, mais sa description d'une réalité univoque dans laquelle il est possible d'acquiescer « une perception exacte de toutes les données opératives » et où le comportement d'un individu cohérent pourrait être déduit par l'ordinateur me laisse pour le moins septique.

Rogers défend par ailleurs une relativité des points de vue, se positionne dans une posture bienveillante, tolérante mais pourtant sa quête d'objectivité est prégnante dans ce livre²⁰⁵, de par notamment son style et le choix de ses métaphores. A lire les déterminants mathématiques de sa thérapie qui permettent d'en dégager des formules qui garantissent l'efficacité, et les conditions qui déterminent qu'un processus se produira dans certaines situations et uniquement dans ces situations, qu'il compare à des expériences de physique appliquée, comme le comportement d'un aimant et l'orientation au Nord, j'ai de plus en plus de doutes à croire en son relativisme non objectiviste. Sa théorie n'est pas tant relativiste qu'elle est subordonnée à des conditions, des lois, des déterminants qui façonnent les « organismes » que nous sommes, mais dont la pluralité et la diversité permettent qu'on ne puisse pas si facilement prédire ni anticiper, ni comprendre d'emblée : « tout organisme est animé d'une tendance inhérente à développer toutes ses potentialités et à les développer de manière à favoriser sa conservation et son enrichissement » (p33), et que pour y répondre il use de sa tendance actualisante, qu'il rapproche de la définition de la vie selon Angyal comme « < la vie est un processus autonome qui se joue entre l'organisme et le milieu. Ce processus ne vise pas simplement à préserver la vie. Il tend sans cesse à dépasser le statu quo de l'organisme.[...]. > » (p34). L'individu est donc pensé avant tout comme un organisme biologique qui s'adapte à ses besoins et à son environnement, ce qui n'est pas sans rappeler les définitions de l'*Homo sapiens* que nous avons étudiées au chapitre 2. Si sa pratique est très relativiste et consiste à comprendre et à valoriser les cadres de référence interne propres à chaque individu, Rogers veut en dégager des lois et des ordres de ce fonctionnement dans sa théorie : « le thérapeute, épris de son travail, ne peut se défendre de la conviction que les événements qui se déroulent sous ses yeux obéissent à quelque ordre caché mais décelable. En fait, il est obsédé par la question : < quelle est la nature de cet ordre? > » (p24). Et c'est bien vers une science plus exacte qu'il veut œuvrer : « c'est l'orientation de la recherche. Si la recherche s'oriente vers

205 Bien qu'à cette question de la « réalité véritable », il dit ne pas souhaiter se positionner car là n'est pas sa question.

l'établissement de critères plus exacts, d'hypothèses plus spécifiques, d'énonciations théoriques mieux fondées, de définitions plus valables – nous avons affaire à une branche scientifique saine et vigoureuse » (p25). Car la science, selon lui, évolue graduellement, et la psychologie n'en est encore qu'à un stade balbutiant. Son rapport pragmatique à l'individu, sa posture inconditionnellement accueillante, lui fait également choisir la voie de l'efficacité (il insiste longuement sur l'efficacité reconnue scientifiquement de la communication des thérapeutes mise en évidence par les études réalisées à l'époque), et de toujours préciser son propos et ses hypothèses en termes de « preuves » scientifiques²⁰⁶. Au final, il souhaite surtout l'intégration :

« La signification principale de la recherche réside dans son potentiel d'unification du champ de la psychothérapie. Lorsque nous serons en possession d'un ensemble suffisant de connaissances objectivement vérifiées relatives à la psychothérapie, il s'ensuivra que les < écoles > de thérapie tendront à disparaître – y compris celle que nous représentons. Au fur et à mesure que s'accumulera la connaissance scientifiquement fondée concernant les conditions qui facilitent la réorganisation psychique, concernant le processus thérapeutique et les conditions qui entravent ou arrêtent la thérapie, l'accent sera mis de moins en moins sur les affirmations dogmatiques et purement spéculatives. Les différentes opinions, les diverses techniques, les différents jugements de valeur concernant les résultats de la thérapie seront soumis à une vérification empirique et cesseront d'être matière à débat ou cause de conflit » (p126).

Jacques Hochmann, séduit par son propos, y voit une avancée épistémologique importante, car(l) Rogers, « au nom d'une empathie généralisée, [a] plaidé pour une épistémologie qui dépasse le clivage entre sciences de la nature et sciences de l'homme. Selon lui, toute démarche scientifique a des bases subjectives et ne peut être communiquée que sur un mode

206 Tous les paragraphes de son chapitre 3 sur la *Théorie concise de la thérapie* et jalonné de sections « éléments de preuve » dans lesquels Rogers s'évertue à faire le lien entre sa théorie et certains résultats d'expérimentations scientifiques déjà publiés.

intersubjectif » (Hochmann Jacques, 2012 : 48). Pour ma part, je ne trouve cela ni novateur, ni épistémologiquement stimulant : si Rogers plaide pour une réhabilitation rationnelle de la subjectivité, c'est encore une fois pour mieux l'expliquer, et ceci me mène à le placer du côté de ceux qui défendent une compréhension explicative. Il ne s'agit donc pas de dépasser le clivage entre sciences de la nature et sciences de l'homme, il s'agit d'*intégrer* les sciences de l'homme à celles de la nature (c'en est ma conclusion, puisque sa théorie de l'individu et de son fonctionnement est régi avant tout par ce type de lois naturelles et pour les conserver). De plus, pour reprendre l'idée de Carl Rogers que toute discussion serait vaine une fois qu'une certaine efficacité empirique serait démontrée scientifiquement me fait plutôt craindre le retour d'une autre forme de dogmatisme, celui là scientifique et positiviste, qui fige par des lois et ne permet plus aucun questionnement.

Que Rogers soit à certains endroits relativiste et à d'autres objectiviste me questionne d'autant plus quant à sa considération inconditionnellement positive. Sa tolérance à taire certains éléments de ses ressentis²⁰⁷, à ne pas juger, à toujours garder une attitude bienveillante quels que soient les propos tenus par ses « clients » me laisse à penser que son pragmatisme en quête d'efficacité n'est effectif qu'en sacrifiant engagement et éthique dans ses soins. Je pourrais presque dire que d'une certaine manière il est tellement relativiste et tolérant par rapport au monde de ses « clients » qu'il en perd de son engagement par la suspension du jugement qu'il souhaite opérer.

Ainsi donc, Rogers ne m'a pas permis de trouver dans sa compréhension empathique une théorie qui parle de *compréhension* telle que je l'entends. La compréhension toujours en tension avec l'explication, s'en retrouve explicitée soit en totale opposition avec elle – reléguant la compréhension à un phénomène subjectif, intuitif et donc impénétrable – soit en accord avec elle, mais au prix de son assimilation à une théorie explicative plus globale.

207 « La théorie ne stipule pas que le thérapeute informe le client de façon explicite, verbale, de sa compréhension empathique » (p56).

E. En découdre avec l'em-pat(h)i(r)e, l'humanité et la compréhension...

Après avoir écarté l'empathie, l'humanité, l'explication et la compréhension explicative comme éléments de construction de soins psychiatriques non-instrumentalisants, il s'agira maintenant de discuter de matériaux et de leurs transformations, permettant un changement de paradigme singulier et partageable (et critiquable, d'où sa prétention de scientificité). Cette transformation implique une nouvelle posture, qui, en s'affranchissant de l'empathie, permet de ne plus avoir à en-pât(h)ir avec et pour les patients, attitude qui selon moi participe à leur instrumentalisation. Pâtir, tiré du latin *pati*, désigne l'action de supporter, d'endurer, de subir et de souffrir, d'être patient, et passif²⁰⁸ – où le fait de subir renvoie à « être l'objet sur lequel s'exercent une force ou un pouvoir non voulus, l'action de personnes ou d'événements inévitables ou pénibles »²⁰⁹ – conceptions qui font toutes écho à une irresponsabilité victimisante. Autrement dit, n'en revient-on pas toujours à ce problème, celui d'être instrumentalisé ? Car en-pât(h)ir se situe à ce titre au niveau de l'action de ne pas agir selon ses propres aspirations, raisons et intentions, et ne laisse tributaire que d'une possibilité : consentir – céder sous l'effort – dans une acceptation em-pathique et résignée. En choisissant d'abandonner d'en-pât(h)ir avec mes patients, j'ai fait le choix de m'affranchir d'une certaine fatalité et d'une fatalité certaine à leurs égards. Abandonner, dans son étymologie latine *a ban donner*, fait référence à cet acte de liberté retrouvée²¹⁰. Se libérer de l'a-prise – qu'elle soit entendue comme l'absence de prise, ou de ce que l'on a appris – sans tomber dans l'em-prise (celle qui fait référence à l'avalissement féodal) n'a pas été un triste renoncement, car é-prise d'une nouvelle forme, celle de la prise, j'ai pu construire un paradigme sur lequel m'appuyer. Ainsi, *a ban donner*, n'est pas faire fi de toutes les connaissances, de tous les discours, mais de

208 Pâtir dans le *Dictionnaire historique*.

209 Subir dans le *CNRTL*.

210 Abandonner dans le *Dictionnaire historique*.

les considérer comme toujours discutables afin de continuer à questionner certaines évidences, comme la conception de nos soins et de nos postures.

Fait notable mais pas si curieux, le *patient* est celui qui étymologiquement pâtit²¹¹. De quoi pâtit-il ? De sa maladie ? De son trouble ? À moins qu'il ne s'agisse de l'autoritarisme médical, d'un paternalisme pas si destitué ? Ou encore de l'explication qui le transcende par des en-dedans inaccessibles ? Il est patient, mais pour attendre quoi ? Une réaction, une réponse ? Probablement une explication qui justifierait qu'il en-pâtisse autant. Le voilà redevenu instrumentalisé, con-damné par lui-même et par celui qui le considère comme patient-victime (de concert ils damnent ensemble le patient à la fatalité d'une maladie-châtiment), à en-pâtir, et à attendre. Attendre l'in-formation, la traduction d'un jargon médical qui lui est incompréhensible. Attendre un diagnostic, une reconnaissance. Attendre une solution extérieure pour parer à ses tempêtes.

Ma posture constructiviste me permet de porter un regard différent sur les rencontres et les relations que nous établissons dans nos soins en psychiatrie. En restant vigilante et attentive à l'enjeu de la responsabilisation, j'ai choisi de *transformer* les patients victimes en singularités responsables. Il ne s'agit pas de penser la singularité dans les psychothérapies, ni même dans les pratiques psychiatriques, mais dans une consultation de psychiatrie où le médecin endosse le rôle de psychiatre-psychothérapeute. C'est cette double casquette qui m'intéresse depuis l'introduction de cette thèse, et c'est bien la légitimité de cette dichotomie qui me pose question car j'aimerais penser les deux indissociablement. Ceci étant dit, je parlerai désormais de *psychiatre* pour désigner ce que j'entends par *psychiatre-psychothérapeute*, et de *singularités* pour parler des personnes responsables et dotées d'intentions.

Il me faudra donc travailler à la structure, désignant la construction dans son étymologie latine²¹², à partir des seuls matériaux que nous avons dans notre lieu de rencontre, dans notre atelier de construction, à savoir les mots, le discours, le comportement, une manière d'être au

211 Patient dans le *Dictionnaire historique*.

212 Structure dans le *Dictionnaire historique*.

monde qui prend une forme particulière dans la consultation médicale – dit autrement, une *singularité*. Car quand bien même nous aurions à faire réaliser des bilans complémentaires, ils seraient eux aussi à mettre en mots pour le patient, qu'ils aient été notifiés par oral ou par écrit. Structurer mon propos fera donc office de charpente en vue de travailler, de construire avec les patients, des postures *singulières*. Façonner le sens avec son patient, c'est re-façonner les formes plus ou moins définies de la tempête, des non-sens, des paradoxes, des pièges redondants. Jouer sur cette malléabilité, en redonnant de la flexibilité à la forme, permet de former l'*in-forme* mais aussi le *déformer*, le *reformer*, le *performer*, le *transformer*. L'atelier de construction est donc bien autre chose qu'un lieu intimiste où on pourrait se divertir avec un proche, il n'est pas non plus un simple lieu de *coaching*, où l'on reçoit la prescription de comment bien faire, ou de quelle pilule prendre pour oublier ses maux, un simple lieu où on vide son sac de tracas, bref, ça n'est pas un lieu d'échanges, mais bien un lieu de scènes, où l'on travaille à la *transformation*.

L'architecture de cette structure singulière ne s'est cependant pas construite sans l'impulsion de différentes inspirations. En premier lieu celle de la Gestalt-thérapie. J'ai rencontré ce courant psychothérapeutique au cours de mon internat mais en me prêtant au jeu non pas de la consultée, mais celui de la consultante. La posture dans laquelle se positionnait la thérapeute m'est apparue comme tout à fait inhabituelle, informelle et dé-calée²¹³ par rapport à celles que j'avais vues prises par les soignants jusque là. Cette posture a ceci de différent qu'elle défend *l'engagement* dans la relation de la part des deux personnes en présence, en ce sens qu'elle souhaite travailler à affermir et affirmer la singularité²¹⁴ de chacun au travers de la relation thérapeutique, et par un travail tourné sur la relation. La Gestalt-thérapie est définie comme une thérapie du contact, elle se concentre (en se centrant à deux, car le thérapeute invite son patient à en faire de même) donc toujours à discuter de la relation telle qu'elle se

213 La force de l'habitude est qu'elle rend ancrée une pratique qui est répétée. Dé-caler, c'est à la fois déplacer, tout en enlevant les cales de l'habitude qui agissent comme repères, mais figent aussi nos façons de faire. Le tiret veut ici insister sur la mise en mouvement, amorce de la transformation.

214 Singularité est ici mon propre mot.

forme et se transforme. Le nom allemand *Gestalt* signifiant la forme, cette thérapie a ceci de progressiste par rapport aux autres courants que j'avais rencontrés jusqu'alors qu'elle part du principe même de la transformation perpétuelle de l'individu, le tenant ainsi à l'abri de tous déterminismes. Elle se situe ainsi dans un paradigme différent de celui de l'expertise et de l'objectivité plus classiques auxquels j'ai eu à faire en psychiatrie. Cette mise en forme m'est d'autant plus séduisante qu'elle offre à la fois à toute personne de prendre sa forme singulière en se responsabilisant, et à la fois par le mouvement induit, que cette singularité ainsi formée puisse se déformer, se transformer autant que jugé utile (et ainsi apprendre à se mettre en représentation). De mes pérégrinations et mes vicissitudes cependant, j'ai posé (aussi) un regard nouveau sur cette discipline et en m'intéressant à ses théories, et m'en suis éloignée, pour emprunter mon chemin de traverse *singulier*. Pour autant, mon choix de conserver la Gestalt-thérapie comme trame d'inspiration pour cette (re)présentation qui fait suite tient à deux raisons. D'une part je me la suis peu à peu réappropriée dans ma pratique psychiatrique et l'ai à ce compte déjà transformée de manière à la reconstruire de manière singulière et responsabilisante pour les singularités dans la tempête que je reçois. D'autre part, elle défend un paradigme qui se rapproche le plus du mien en apparence, générateur d'un constructivisme constructif pour la psychiatrie. J'ai travaillé à la posture constructiviste et ses apports fructueux en psychothérapie et ailleurs par deux autres biais également : par celui du psychologue interactionniste Paul Watzlawick, un des membres fondateurs de l'école de Palo Alto, qui a largement contribué à l'élaboration de stratégies des thérapies brèves qui ont donné naissance au courant interactionniste et systémique des psychothérapies, et un constructivisme plus radical de la sociologie dramaturgique de Robin Birgé²¹⁵. Ce sont ces apports constructivistes par leur relativisme constructif qui m'ont amenée à défendre un travail

215 Robin Birgé (2018), *La tragédie de l'expert, ou langage en science-friction*, thèse d'épistémologie politique dans laquelle l'auteur critique le rapport d'autorité conféré à l'expertise par un discours se référant à un réel extérieur (le « réalisme » en est ainsi ce réel inaccessible et en-dehors du sujet qui lui, exprime des « réalités » construites. L'une de ces réalités peut être le « réalisme » qui fait donc exister ce réel, alors que que le constructivisme s'en abstient), afin de proposer sa propre vision constructive d'une éthique de la discussion scientifique en démocratie.

de responsabilisation vis-à-vis des patients, en passant par la prise en considération des réalités que chacun se construit, créant parfois des malfaçons douloureuses et tempétueuses pour les individus, qu'il convient – en psychiatrie peut-être plus qu'ailleurs encore – de relativiser pour les rendre *discutables* afin de mieux les *transformer*. Ce que je nomme de relativisme constructif est une relativité qui se défend du nihilisme, qui serait la porte ouverte aux dérives totalitaires, en niant toutes les valeurs empêchant de distinguer le bien du mal. Ma posture, et en cela elle rejoint celle de Robin Birgé, plaide pour un constructivisme constructif, qui se permet de juger, de classer, de hiérarchiser, selon une certaine éthique, une certaine morale qui sera singulièrement choisie et possiblement remaniée :

« Pour éviter les arguments d'autorité, il faut s'entendre ensemble sur ce qu'est un argument d'autorité, et juger négativement les paradigmes autoritaires, ne pas les tolérer. C'est pour cette raison que le relativisme, pour ne pas sombrer dans l'impossibilité du jugement de valeurs, le *nihilisme*, doit certes assumer la construction de "connaissances situées" [...], et en même temps affirmer un engagement, à savoir que son point de vue est provisoirement absolu, meilleur que les autres, jusqu'à son altération par d'autres points de vue. » (Birgé Robin, 2018 : 213)

Bien sûr, j'aurais pu emprunter d'autres pistes, les sentiers de la thérapie existentielle de Karl Jaspers, ceux de la Daseinsanalyse de Ludwig Binswanger et Medard Boss, ceux d'une psychanalyse moins dogmatique (qui peut avoir ceci d'avantageux qu'elle porte un intérêt particulier à la mise en discours), mais mon chemin pour le moment, ne m'a pas menée jusque-là.

F. ... et monter de nouvelles mailles.

La maille étant « chacune des boucles d'un fil textile, qui s'entrelacent pour former un tissu souple voire lâche »²¹⁶, c'est par la *co-construction* avec les patients que je travaille à assouplir la forme des singularités, à la fois pour qu'elles s'affirment dans leurs formes singulières, mais aussi mieux se *transformer* quand et tant que c'est judicieux.

Tous les titres qui vont suivre sont des extraits de propos que j'ai entendus dans ma pratique qui me semblent constituer un riche matériel pour entamer des *discussions*, autant au moment où ils ont été énoncés qu'ici. Ils m'ont effectivement paru intéressants à retranscrire, car ils disent tous quelque chose de ce que je défends ou plutôt de ce que je ne défends pas dans ma posture *singulière*.

1. « Il n'y a que vous, docteur, qui me compreniez »

Dans son atelier, le psychiatre ne travaille pas seul, il ne travaille pas non plus *pour* l'autre. Il travaille d'abord *avec et en présence* de l'autre, qu'il accueille comme être *singulier*. Il travaille à *transformer* la ren-contre en *relation*, pour ainsi la différencier d'un "rendre contre" sans considération, ou d'un "rendre compte" qui confondrait la discussion avec une obligation de redevance. Ainsi la mise en présence ne serait pas simplement de l'ordre de la figuration, mais bien d'un choix de configurations de *rôles*.

Son travail à façonner le sens ne sera pas un travail en bonne et due forme, en cela fidèle à un modèle de techniques d'entretien séquencé linéairement ; il devra faire usage de créativité pour mieux amorcer les transformations constructives et responsabilisantes des singularités qui le sollicitent.

216 Maille dans le *CNRTL*.

Étranges singularités qui toquent à sa porte, celles-là en quête de sens. L'individu singulier tel que je le conçois, doté d'intentions, construit sa réalité par les expériences qu'il est amené à vivre. À titre d'exemple, la figure du Joker, au centre d'un des derniers films à succès de la saga Batman sorti en 2019, met en exergue à mon sens les conséquences fâcheuses du déni de singularité qui, dans le film, poussent un Arthur banal à devenir ce Joker cruel et aigri, avide de considération pour moins souffrir de son vide de sens. Arthur inquiète par sa différence qui tient les autres à grande distance. Et ce d'autant plus qu'il présente un trouble psychiatrique, un rire compulsif qui survient soit quand il se sent injustement traité ou offensé, soit quand par empathie il voit une autre personne dans cette même situation d'injure. Ce qui n'est pas sans créer quelques désagréments dans sa vie sociale : il répond compulsivement à l'insulte par ce rire quasi machiavélique, ce qui a pour effet malencontreux d'amplifier d'autant plus la colère de celui qui l'offense. Cette réponse corporelle et spontanée à l'injustice l'a souvent discrédité et dévalorisé à ses propres yeux, et semble ainsi avoir participé à ce qu'il conserve quelques traits puériles : cette naïveté juvénile lui fait cultiver encore ses rêves d'enfant, quand seul, devant sa glace, il se met en scène. Prenant tour à tour les rôles qu'il n'arrive pas à prendre dans sa vie d'adulte – celui de l'humoriste célèbre, celui de l'amant, celui du fils reconnu – il fantasme sa vie plus qu'il ne la vit. Mais cette naïveté le met aussi en difficultés quand il cède sa confiance trop facilement. Le film a ceci d'intéressant que cette apparente légèreté relève d'un travail intelligent : travestir sa compulsion en une construction utile, transformer son anormale bizarrerie en une force, donner du sens à l'absurde : faire rire. Mais personne ne l'écoute, personne ne le croit, ni sa mère ni l'humoriste qu'il admire tant, ni sa psychiatre, car tous le ramènent sans cesse à sa condition de dérangé, de malade mental. Il a beau se présenter toutes les semaines à son rendez-vous psychiatrique, il y énonce toujours la même chose. En somme, pour être accepté, il est con-damné²¹⁷ à être soit le clown divertissant à haute rentabilité en rires – ce dans quoi il échoue –, soit malade psychiatrique porteur d'une

217 Le tirt ici insiste sur le fait qu'il soit condamné par tous, damné de tous au châtement d'endosser un ou des rôles qu'il ne veut s'approprier.

carte de justification de ses troubles – ce qui le laisse seul se faire déborder par l'absurde et toujours (monstrueusement) différent. S'il s'épanche parfois chez sa psychiatre, elle lui posera en retour toujours la même question « avez-vous des idées noires ? » dont il se lasse, et s'il s'épanche ailleurs, on s'empressera de l'inviter à consulter des spécialistes pour ne pas à avoir à écouter son mal-être. Il n'est pas tant privé d'écoute, qu'il est surtout privé de compréhension constructive de sens, qui ne peut se jouer qu'à plusieurs, et lui permettrait de questionner ses intentions, de les préciser, de les transformer. Enfermé dans sa solitude – comme une singularité qui ne peut jamais se confronter au pluriel sans en faire l'expérience de rejet –, il est con-damné à ne prendre des rôles (celui du clown ou celui du malade) qui ne parlent pas de lui. Sa révolte tient à ceci, à être reconnu, considéré comme singularité, et à se rebeller contre ce rejet qu'il estime injuste. Car c'est dans ces seuls actes barbares de clown assassin qu'il se sent légitime et écouté – le poussant ainsi à devenir ce Joker faisant régner la terreur à Gotham City.

La singularité que je défends est donc cet être intentionnel, qui a ses pour-quoi singuliers de ses raisons et de ses intentions. En cela il est l'être au sens existentialiste, dont aucune essence ne précède l'existence. Ce n'est pas "juste" une expression sartrienne que j'applique aux paroles de mes patients. Pris au pied de la lettre, cela est très puissant en signifiant qu'une psychiatrie existentialiste constructiviste ne conçoit aucun fatalisme. S'il existe des déterminismes, ils ne pré-existent pas aux singularités : les constantes construites par la statistique et qui permettent par exemple l'usage de psychotropes, ou des modèles bio-psychologiques qui permettent la médecine somatique ou la neurologie, ou encore les effets de "prédispositions génétiques" peuvent être utiles à mobiliser en consultation (sinon je ne prétendrais pas à faire de la psychiatrie), mais jamais à être imposés au patient (ou au praticien d'ailleurs). "Construire des déterministes relatifs" n'est alors oxymorique qu'en apparence. Affranchi de tout fatalisme, la personne singulière a le choix. Le choix de faire, de ne pas faire, et de faire d'une certaine manière plutôt qu'une autre. Cette philosophie de l'action dote les individus d'un *pouvoir de*, qui est au centre de toute structure singulière. Le psychiatre étant

lui-même singulier, il se comporte en tant que personne lui-même responsable et proposera ainsi à son interlocuteur d'endosser à son tour cette posture, l'invitant donc à questionner ses choix, ses actes, ses ressentis et leurs cohérences. Ces choix sont *moraux*, dans le sens qu'ils *engagent* l'humanité entière (selon la formule existentialiste) par leurs actions hétérogènes : une pensée, nos rôles, nos paroles, nos écrits, nos discours, notre manière d'être, notre rapport au monde par le corps, etc. C'est aussi par une conviction existentialiste que la Gestalt-thérapie invite le psychothérapeute à accueillir la personne singulière pour un travail de co-construction de mise en sens.

L'autre signification à donner à cet individu singulier, celle-là plus phénoménologique²¹⁸, vient dire que ce qui constitue la réalité est "seulement" l'expérience qu'il a de cette réalité : l'acte d'être au monde construit la réalité d'un individu qui est sans cesse renouvelée. Et cette expérience est globale : elle lie les sentiments, les pensées, les jugements, les raisons, les intentions. La Gestalt-thérapie fortement appuyée sur ce postulat phénoménologique, a souhaité décaler la perspective de l'individu atomisé, qui sous-entend une frontière entre ce qui se passe à l'intérieur de lui (son mental et son corps) et à l'extérieur. Elle postule pour une « indissociabilité entre organisme et environnement » dont la métaphore biologisante, fortement influencée par la cybernétique et la théorie des systèmes²¹⁹ très novateurs dans les années 70, m'est encore trop naturalisante. Son intérêt pour cette frontière désormais établie entre le moi et le non moi, la rend attentive à l'individu dans sa totalité et sa façon de prendre contact au monde. C'est une déclinaison du principe phénoménologique d'une perception holistique où l'expérience existentielle ne peut être réduite à la somme de ses parties. Ainsi, elle ne théorise pas sur une machinerie intra-psychique qui définirait la façon de penser, qui serait à décortiquer ou à soigner, elle notifie seulement l'existence d'un « self », entité garantissant le contact avec le monde (avec laquelle le gestalt-thérapeute travaille), et en son

218 L'existentialisme étant une phénoménologie.

219 Théories issues de travaux informatiques et physiques, qui postulent une inter-connectivité des systèmes, traduite ici pour l'individu et son environnement.

sein, une fonction « personnalité » qui est la résultante des expériences vécues. Si je semble m'accorder avec ces principes, dans mes mots, ils deviennent que la singularité ne peut être ni réduite ni fragmentée, et mon intérêt réside alors dans la configuration du ou des rôles que la singularité est amenée à prendre dans sa réalité.

Le postulat phénoménologique permet aussi de définir que conscience et réalité étant confondues, elles représentent la même chose. Autrement dit, que la construction de ma réalité se joue dans l'expérience que j'ai de ma réalité. Le thérapeute gestaltiste lui, parle en termes de *champ*²²⁰, et en dégage cinq principes avec lesquels je m'accorde : celui de l'*organisation* – qui signifie qu'un comportement ne peut prendre son sens que dans son contexte ; celui de la *co-temporaneité* – qui signifie que le comportement est le condensé actualisé de toutes les expériences (le passé souvenu comme le futur anticipé²²¹), et que ces perspectives peuvent changer ; celui de *singularité* – ici à entendre comme l'impossibilité d'une généralisation, qu'elle soit à l'échelle d'autres individus, ou d'un seul et même individu ; ensuite de *processus changeant* – signifiant que l'expérience est toujours provisoire ; et enfin, celui de *rapport pertinent* – c'est-à-dire que tous les éléments d'une scène sont potentiellement à prendre en compte, y compris donc la présence du thérapeute lors d'une psychothérapie (et par extension selon moi, à la psychiatrie).

Dans mon paradigme, le psychiatre ne reçoit donc ni un individu patient qui en-pât(h)it, ni un malade présentant un problème de mécanique cérébrale, pour toutes les raisons que j'ai déjà énoncées dans le chapitre 2. Il ne reçoit pas un agent, celui-là mû par d'autres volontés que la sienne, et qui assure une fonction d'exécution de tâches, le laissant ainsi dépourvu de ses choix. Il ne reçoit pas non plus une identité, qui ne serait que l'ensemble de ses traits ou caractéristiques qui pour l'état civil, permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi, ou qui serait à entendre comme la conscience d'une

220 Inspiré de l'ouvrage *La Gestalt-thérapie*, de Chantal Masquelier-Savatier (2015).

221 Souvenu et anticipé permettant ainsi à ces expériences d'un autre temps de les réactualiser dans l'ici et maintenant de la consultation.

persistance d'un moi (dans son usage psychologique)²²². Ces pré-définis, ce nom, ce prénom, cette persistance du "moi" stables ont en effet le large inconvénient de déterminer ce que l'on *doit* être. Le psychiatre tente d'user d'un langage qui nomme, mais qui ne condamne pas en figeant (en essentialisant par exemple) : il prend certes le parti de définir ses mots, mais pour en préciser les frontières qui peuvent être amenées à se déformer. S'il s'intéresse à ces "attributs" identitaires, c'est pour mieux les concevoir avec distance afin de mieux les transformer.

Ainsi, concevoir la singularité comme un être doté d'intentions et de raisons transforme sa conception, son rôle. Car même si la créature du Dr Frankenstein a beau être un monstre, il n'en reste pas moins que le psychiatre devra *discuter* avec lui de ses intentions, au moins tenter de le comprendre, gardant à distance cette monstruosité évidente et préalable, avant de savoir comment lui répondre. Mais là où il y a maladie, identité, agentivité, il y a traitements et solutions à dispenser et à prescrire. Le psychiatre que je défends interroge, questionne, cible les cales immobilisantes, afin de proposer un dé-calage des *croyances* parfois trop solidement ancrées. D'ailleurs, je rejoins Chantal Masquelier-Savatier, gestalt-thérapeute française connue pour avoir été directrice de la revue spécialisée *Gestalt*, et pour ses ouvrages, dont *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie* (2015b) lorsqu'elle insiste sur le fait qu'il est dangereux de concevoir ses croyances comme des vérités absolues.

Il lui faudra travailler à mettre en relief l'aliénation de cet autre pour valoriser son caractère curieux et étranger²²³, qui supposera une certaine *distance*²²⁴, mais qui n'aura pas vocation à entretenir une forme de peur et de méfiance. Il s'agira par ce procédé d'affermir les singularités propres à chacun, et ainsi ne pas les confondre. Distancé (mais non objectif), le regard peut

222 Selon certaines définitions de l'identité dans le *CNRTL*.

223 Aliéner dans le *CNRTL* renvoie à l'idée de rendre étranger.

224 Étranger dans le *Dictionnaire historique* évoque étymologiquement l'idée de l'écart, de la prise de distance.

ainsi mieux percevoir les contours et les formes de celui qui se présente à moi, à en (re)connaître une singulière altérité et une altérité singulière. Cet espace entre deux singularités a deux avantages. Il permet d'abord de prévenir et de garantir de l'identification fusionnelle, sorte d'obscur fusion quasi mystique où la singularité se fond dans le pluriel et y perd son point de vue singulier et situé. Ensuite, la distance entre deux singularités est tel un espace mouvant, dont les rapprochements et les éloignements ne sont pas figés, qui évoluent au fur et à mesure des rencontres. Cet effet de mise à distance et de maintien à distance que j'appelle *distanciation*, en l'empruntant au dramaturge Bertolt Brecht, désigne une posture qui permet une déconstruction de ce qui paraît naturel ou habituel, et qui consiste à situer un objet, un sujet ou une situation, pour y donner un sens (ce qui finalement se rapproche du principe d'organisation de la Gestalt-thérapie). L'usage des traits d'union qui peut peut-être sembler intempestif au lecteur que vous êtes, est à mes yeux une manière de distancier mon propos en rompant avec l'habitude ; ce qui est une manière de me réapproprier l'une des définitions d'intempestif, « Qui se produit à contretemps, tombe mal à propos et peut déranger par son caractère inconvenant ». ²²⁵ Ce sens ni objectivé ni subjectivé étant un point de vue, il est dès lors qualifié de *politique* (Brecht selon ses termes politise les habitudes par sa distanciation). Cette *distanciation* permet ainsi au psychiatre de rester alerte et curieux à cette perpétuelle transformation, pour ne pas tomber dans des pratiques de formes-alitées, qui fixeraient l'autre dans une singularité figée et ennuyeuse – qui ne serait plus source d'intérêt. Cet espace n'est pas vide, puisqu'il est le lieu privilégié de la mise en sens, et de la mise en scène d'objets ou de sujets : c'est l'espace de *discussion*.

Comprendre l'autre n'est donc dans mon paradigme pas un préalable mais une finalité, tout à la fois éphémère et perpétuellement répétée, car se rejoue à chaque instant : elle n'est donc pour cela ni évidente, ni intuitive, ni permanente. L'expérience de compréhension est sans

225 Intempestif dans le CNRTL.

cesse en construction, interrogeant les pour-quoi des raisons et intentions, et en cela toujours singulière : elle parle de moi autant qu'elle parle de l'autre, sans forcément parler de "nous".

Cette compréhension ne parle finalement pas d'empathie, cette faculté de se mettre à la place de l'autre, car l'enjeu me semble situé ailleurs. C'est ce qu'illustre très bien à mon sens le fait de se glisser *Dans la peau de John Malkovich*, ainsi présentée dans ce célèbre film de Spike Jones en 1999. Si le fait de se retrouver au demi-étage d'un immense building puis suivre un long tunnel sombre digne de celui d'Alice au pays des merveilles est quelque peu incongru, ça n'est pas tant ce procédé permettant de "se mettre à la place de" que les expériences qu'en vivent chacun des candidats qui s'y présentent qui sont intéressantes. Car chacun y trouve sa propre motivation, son propre intérêt, son propre avantage. Se glisser dans la peau de John Malkovich, célèbre et riche acteur, c'est vivre à travers ses yeux, sentir ses sensations, l'entendre parler, vivre une de ses représentations théâtrales, c'est vibrer dans son intimité, habiter sa luxueuse maison, mais faire tout ceci en tant qu'un autre tout en restant soi-même. Et tous ces candidats avaient de "bonnes" raisons d'aller tenter cette expérience, et ce sont bien de ces intentions dont parle le film, et qui en font l'intérêt. Il en est de même avec l'empathie : il ne suffit pas de convoquer la faculté de se mettre à la place de pour changer le monde comme le disait Barbara Kruger, car à mon sens, ce sont bien les intentions et les raisons dont chacun est animé en s'essayant à l'empathie ou à cette forme de compréhension qui transforment le monde. D'ailleurs, certains personnages empathiques se glissant dans la peau de John peuvent être tout à fait malveillants... C'est pour cette raison qu'il me semble difficile et dangereux de ne jamais situer son point de vue (quand les faits parlent d'eux-mêmes ou quand on parle au *on* indéterminé) : d'une part, ce procédé laisse à penser qu'on énumère des vérités généralisables – là où dans mon monde il n'y a que des croyances ou des histoires – et d'autre part, il fait croire en une réalité unique que tout un chacun vivrait et partagerait et qui fait dire au constructiviste Paul Watzlawick : « [...] notre idée quotidienne, conventionnelle, de la réalité est une illusion que nous passons une partie substantielle de notre vie à étayer, fût-ce au risque considérable de plier les faits à notre propre définition du réel, au lieu

d'adopter la démarche inverse. De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité » (Watzlawick Paul, 1978 : 7).

Ainsi, s'il reste une chose en laquelle le psychiatre peut croire en rencontrant une singularité, c'est bien qu'elle ne se comprend pas d'emblée, qu'il n'y a rien d'évident ni de pré-établi, il y a seulement un *malentendu fondamental*²²⁶. Le malentendu, cette divergence d'appréciation²²⁷, est le point de départ de toute rencontre, qui permettra de construire la compréhension au fur et à mesure et de questionner les évidences : le langage sert avant tout à former une pensée avant d'être outil de communication. M'étant écartée de la notion d'in-formation, il en découle que le langage, s'il parvient à traduire ma pensée, ne me donne aucune garantie sur la compréhension de celle-ci par celui à qui je m'adresse. Partir du postulat d'une divergence première d'appréciation – ce qui est cohérent avec le sens que je donne aux singularités – m'invite à toujours préciser ou demander précision sur telle ou telle définition d'un mot, ou de sa cohérence dans le monde de l'autre traduit dans le mien.

Le psychiatre ne se positionne donc pas dans une posture d'expert et ne se prétend pas en être un. Ce qui participera non pas à rendre la relation symétrique – car à mon sens elle ne l'est jamais, et dans le cas de la consultation psychiatrique, elle n'est pas vouée à le devenir du fait que les attentes émanant des deux protagonistes sur scène ne sont pas les mêmes – mais à la préserver de l'autoritarisme induit par la posture de celui qui conseille l'ignorant. Travailler à "travailler la *distanciation*" à l'atelier entretient la curiosité, et prévient de la posture autoritaire. Elle permet de laisser émerger la posture singulière du psychiatre par sa façon de reformuler, par les images qu'il emploie pour s'assurer de la compréhension qu'il a de l'autre, par les questions qu'il pose. Le psychiatre, en se construisant une représentation de la réalité de l'autre, permet à l'autre de se reconstruire une nouvelle représentation de sa réalité : en la

226 Jacques Lacan a lui aussi parlé de « malentendu fondamental ». J'ai fait le choix de ne pas explorer la définition qu'il en donne pour la seule raison que sa psychanalyse part à la découverte de l'inconscient, un autre type d'en-dehors que je ne peux à priori me réapproprier.

227 Malentendu dans le *CNRTL*.

redéfinissant avec les biais du psychiatre, il l'a ainsi dé-formée et re-formée. Les réalités sont plus ou moins partagées quand elles ont une compréhension plus ou moins réciproque (toujours spéculative) des différences (accords et désaccords) de chacune. Il ne s'agit donc pas d'un échange d'in-formations, d'une communication entre l'émetteur et le récepteur²²⁸, mais plutôt d'un agencement discuté et rediscuté pour construire un espace de compréhension. En cela, il engage le psychiatre à parler de lui, sans devoir forcément évoquer des détails concernant "sa vie personnelle", car je pense que la façon dont il a d'aborder l'autre parle déjà de lui personnellement et de ses expériences.

Cette posture non autoritaire, engagée, curieuse, dont la finalité est d'être compréhensive est à mon sens non pas une démonstration – comme l'action de montrer, d'expliquer quelque chose à quelqu'un – mais une dé-monstration des créatures du Dr Frankenstein, une tentative de compréhension qui ôterait de prime abord le statut de monstre à ces créatures pour mieux engager la discussion.

2. « Mon cerveau a un problème ».

On aurait pu s'attendre de ma part qu'arrivée à ce troisième chapitre, et après m'être attelée longuement à la déconstruction de l'explication, je me focalise sur la singularité. Mais ceci passe d'abord par la discussion voire de la dissipation de certains malentendus. Ainsi l'étrange singularité arrive bien souvent avec une croyance sur son mal, une origine, une cause. D'autant plus quand celle-ci est fabriquée ou solidifiée à partir de discours scientifiques, ces croyances sont difficiles à dé-caler. Le chapitre 2 m'a permis de tenter de démontrer en quoi

228 Pour éviter tout malentendu concernant l'interprétation de mon propos concernant la "communication de l'information", je ne défends pas du tout l'opposé, qui serait "la non-communication d'information médicale concernant le patient", ou "ne pas communiquer l'état des connaissances médicales et de leurs incertitudes". Je défends l'idée que le médecin ne doit pas rester maître d'un savoir expert. Prenant mes distances avec le modèle sous-jacent de communication, je pense en effet que l'un de ses rôles est de participer aux débats scientifiques d'actualité concernant sa pratique, et en ce sens les *discuter* avec le patient.

ce type de croyance en une cause extérieure rendait irresponsable, et victime de quelque chose ou de quelqu'un. Et c'est bien à cet endroit que le patient en-pâtit.

Dans cette con-figuration (la création d'une figure à deux), le psychiatre, non pas neutre dans sa posture, opte pour le choix d'un travail pas à pas. Le travail avec une singularité qui subit l'action de forces extérieures consiste d'abord à "accueillir" (ou entendre) les effets produits. Pour introduire la question du corps non pas dans une posture explicative, il questionne sur *comment* est vécue l'expérience, d'un abord phénoménologique et gestaltiste. L'autre, qui parlait d'abord d'un problème extérieur, est alors invité à parler en son nom, de lui, de son ressenti, du *pour-quoi des raisons* de ces ressentis. La Gestalt-thérapie fait une large place à ce qui est nommé de « corporalité », sous-tendue par une vision d'unité psycho-corporelle de l'individu – ce qui est une caractéristique de ce que je nomme dans mon langage *singularité*. Chantal Masquelier-Savatier dit dans son livre *La Gestalt-thérapie* (2015a) ceci : « le corps sous-tend la présence au monde, il est manière d'être au monde comme l'affirme la référence à la phénoménologie » (p92). En effet, le courant gestaltiste porte un intérêt fondamental au phénomène du contact, qui en constitue un changement de paradigme pour une discipline de psychologie : « cette perspective unitaire pose que l'existence humaine est d'abord physique, faite de chair et d'os. Ainsi, nous récusons le dualisme classique qui sépare le corps et l'esprit, le sujet de l'objet, l'intérieur de l'extérieur, la personne de l'environnement, le biologique du culturel » (Masquelier-Savatier Chantal, 2015b : 215). La Gestalt-thérapie repose sur l'idée de l'indissociabilité de l'individu de son environnement, et pense donc cette unité en terme de *contact*. C'est donc à la « frontière contact » que ses psychothérapeutes s'intéressent et ne voient l'émergence de ce qu'on pourrait désigner comme un "moi" uniquement dans cette expérience, qui n'est ainsi pas ce "moi identitaire" qui fige, ni une entité propre, mais qui se révèle à chaque instant dans cette prise de contact avec le monde, et ainsi prend différentes formes : « le thérapeute s'intéresse à la Gestalt, à la forme, à la manière d'être au monde. Il se centre sur le processus plus que sur le contenu. Son attention porte sur < comment > plus que sur le pourquoi, sur le < maintenant > plus que sur l'autrefois, sur < l'ici > plutôt que sur

l'ailleurs. Ce positionnement engage le thérapeute, qui n'est pas un simple observateur, mais participe à l'actualité de la situation » (Masquelier-Savatier Chantal, 2015a : 94). Ainsi « le Gestalt-thérapeute est attentif aux manifestations sensorielles et corporelles. Sa visée est de permettre au patient d'habiter sa propre chair, non pas comme un corps-objet à posséder, mais comme un corps-sujet qui prend forme dans un mouvement continu » (Masquelier-Savatier Chantal 2015a : 93). Je ne m'entends pas avec l'idée que l'être singulier est avant tout un corps incarné, et que « l'existence humaine est d'abord physique », car j'ai des doutes quant à penser qu'on ne se limite qu'à vivre "physiquement", et notre façon de manipuler nos souvenirs en est d'ailleurs tout à fait illustratif : ce qui nous est marquant l'est avant tout pour les effets qu'ils génèrent sur nous, c'est-à-dire le sens qu'on leur prête – et ce, indépendamment que l'expérience soit physique ou non. Ceci étant dit, je retiens cependant trois avantages à ce dépassement de la dualité entre corps et esprit : d'abord, celui d'inviter la singularité à sentir et ressentir, ce qui me semble indissociable des actes de donner du sens ou d'en redonner. Cette invitation à détourner son regard de l'objet victimisant qui l'occupe, et à ramener son attention sur son expérience singulière dans "l'ici et maintenant" de la consultation lui ouvre à la fois la possibilité de prendre conscience de comment cette expérience agit et l'agite, pour mieux mettre des mots dessus. C'est donc son deuxième avantage : le travail de mise en mots des maux dans le cadre suffisamment sécurisant de la consultation permet une amorce d'une nouvelle mise en forme et d'une nouvelle mise en sens des expériences vécues. Elle permet d'entamer le passage du texte au con-texte, c'est-à-dire le travail de la mise en forme d'un discours avec ses circonstances, contexte dérivant du latin *cum-* (avec) *texere* (tisser). C'est ainsi le début d'une possible responsabilisation, par une façon de se réapproprier du "je" par le jeu des sens.

Cette perspective a l'avantage de détourner des torts impartis aux sciences explicatives, de ne pas souder le symptôme à la personne, et de créer à partir des symptômes communs et informes des histoires singulières. Elle ouvre en effet sur la possibilité d'une *discussion* : en s'engageant dans la relation, le psychiatre exprime les effets singuliers ainsi produits sur lui.

Parfois, il se fera écho amplificateur de ce qu'il a perçu du propos et de l'attitude de l'autre, et d'autres fois il s'affirmera dans une différence constructive, c'est-à-dire soucieuse qu'elle soit l'affirmation possible d'un regard singulier et différent porté sur la singularité qu'il reçoit.

3. « Si mon père est bipolaire, alors je suis destinée à être bipolaire »

En travaillant conjointement avec l'étrange singularité à co-construire des intrigues, le psychiatre s'attache à proposer un point de vue situé, en vue d'inviter l'autre à s'engager et ainsi le responsabiliser. Mais comment procède-t-il plus précisément ?

a. *Dé-finir la manipulation : mettre sciemment des formes.*

Manipuler fait explicitement référence dans son étymologie à la main, *manus* en latin²²⁹, qui symbolise l'organe fonctionnel par excellence, et qui peut agir avec dextérité. Elle m'évoque donc la notion d'action, et mon paradigme défend l'action du psychiatre, à commencer par sa présence dans l'atelier qui agit sur l'autre, en en transformant la réalité. Son action n'est pas insensée, elle est dirigée, et vise la responsabilisation de la singularité qui se présente à lui. Loin de l'idée d'avoir la main sur elle, ni de lui forcer la main, l'emploi du mot *manipulation* fait référence à un procédé scientifique²³⁰, qualification que je souhaite défendre pour cette posture, en la soumettant à la discussion et à la critique. Si elle cherche à créer une influence sur l'étrange singularité, celle-ci n'est pas tant à son insu²³¹ (ce qui semble pourtant être un critère de scientificité pour les expérimentations de psychologie sociale, comme je l'ai abordé lors du chapitre 2) qu'elle se veut répondre à la demande d'aide formulée par celui qui passe la porte de l'atelier. Enfin, la manipulation peut aussi définir une manœuvre occulte ou suspecte visant à fausser la réalité. La *manipulation* du psychiatre revendique cette visée de biaiser,

229 Manipuler, dans le *Dictionnaire historique*.

230 Manipulation dans le *CNRTL*.

231 Une autre définition de manipulation dans le *CNRTL*.

transformer la réalité, mais le procédé n'en sera pas pour autant occulte puisqu'il sera discuté avec le patient ; et pour ce qui est du caractère suspect – dont les qualités sont « douteuses »²³², celui-ci est ici l'objet d'un grand intérêt, car ce paradigme a effectivement vocation à mettre toutes croyances en doute, pour mieux les conforter, ou alors les transformer.

b. *S'engager dans et pour un monde d'inventeurs.*

Car j'aime à penser qu'en instillant du doute, et optant pour un choix, celui de me rallier (ou non) à une croyance, je *participe* à édifier ma réalité. La réflexion de Heinz von Foerster, un des contributeurs à l'ouvrage *Stratégie de la thérapie brève*, de Paul Watzlawick et Giorgio Nardone (2015), complète mon propos :

« < Suis-je distinct de l'univers ? Si oui, alors quand j'observe, j'observe comme à travers le trou d'une serrure l'univers en évolution. >

< Fais-je partie de l'univers ? Alors, à chacun de mes actes, je change à la fois moi-même, et l'univers. >

Chaque fois que je réfléchis à cette alternative, je suis toujours aussi surpris par la profondeur de l'abîme qui sépare les deux mondes fondamentalement différents que peut engendrer un tel choix : soit me voir comme citoyen d'un univers indépendant de moi, dont je peux éventuellement découvrir les normes, les règles et les coutumes ; soit me voir comme participant à une entreprise dont nous inventons chaque jour les coutumes, les règles et les normes.

Que je parle avec les gens qui ont soit décidé d'être des découvreurs, soit décidé d'être des inventeurs, je suis toujours frappé par le fait qu'aucun d'eux n'a conscience d'avoir pris un jour cette décision. De plus, mis au défi de pouvoir justifier leur position, ils construisent un cadre conceptuel qui, en fin de compte, est lui-même le résultat d'un

232 Définition de suspect dans le CNRTL.

choix fait sur une question par essence indécidable. » (Heinz Von Foerster dans Watzlawick Paul et Nardone Giorgio, 2015 : 81)

Répondre à des questions que l'auteur qualifie ici d' « indécidables » – une quantité importante de questions finalement, de "qu'est-ce qui est réel ?", à "quelle est l'origine de l'univers ?" en passant par "est-il fou ?" –, c'est s'engager et prendre la responsabilité d'en dire quelque chose. Il faut entendre par là qu'il n'y a pas de point de vue extérieur transcendant la discussion. Sans bonne ou mauvaise réponse émise d'un en-dehors inaccessible, sans réponse d'ordre absolu, il ne nous reste que la liberté de choisir notre réponse, et en cela, être responsables de ce choix. Ainsi, je pense le travail du psychiatre comme un travail d'inventeur et non de découvreur en ce sens qu'en provoquant des discussions avec les étranges singularités, et en co-construisant des histoires, il ne saura jamais comment "c'était vraiment", et finalement, cela l'intéresse peu. Ce qui l'intéresse, c'est la forme du discours, c'est la version qui est présentée dans l'ici et maintenant de la consultation : ce n'est finalement pas la fonction descriptive du discours qui fait son intérêt, mais bien sa fonction constructive. Construire une histoire, c'est à la fois se la rappeler à soi, avec son propre langage, mais c'est aussi inviter quelqu'un à y prendre part à travers la discussion, et c'est cela que je nomme de co-construction de sens.

Ainsi revendiquée du côté des inventeurs, je n'ai pas de mal à user de manipulation, celle-là qui permet d'inventer de nouvelles réalités moins douloureuses pour ceux qui viennent consulter. Giorgio Nardone, dans son chapitre « Le langage qui guérit : la communication comme véhicule de changement thérapeutique » (Watzlawick Paul et Nardone Giorgio, 2015 : 107) rappelle combien l'idée de la manipulation, qu'il appelle aussi la « suggestion », a été notamment en psychothérapie, longtemps critiquée et mise de côté au profit de techniques basées sur « des postulats de < vérité, sincérité, loyauté, honnêteté et compassion émotionnelle > ». C'est grâce selon l'auteur, aux recherches sur l'efficacité des psychothérapies que cette importance de la persuasion a pu être rediscutée sans qu'elle ne soit considérée comme un piège, une malveillance, une méthode immorale. Il distingue cependant deux façons de procéder à cette

manipulation, qui n'est pas sans lien avec ce que je viens de distinguer entre monde des découvreurs et mondes des inventeurs : la rhétorique rationaliste et essentialiste invitera (ou plutôt commandera) le "patient" à se transformer sous des formes prescriptives et injonctives. L'objectivisme, en s'appuyant sur une réalité extérieure, permettra dès lors juger de ce qui est bien ou mal, et le psychiatre pourra accumuler des connaissances afin de mieux transformer son patient et en corriger ses raisonnements faux, pour les rendre vrais, ou bons. La rhétorique suggestive, elle, est plus compatible avec le monde des inventeurs, et procédera par suggestion : elle s'attardera à essayer de comprendre quel chemin emprunte l'autre pour arriver à une certaine conclusion, pour ainsi mieux choisir où questionner voire dé-caler certaines croyances afin de l'amener à voir les choses autrement. La question n'est pas celle du vrai ou du faux en soi, elle s'en tient (et c'est beaucoup) à discuter le *contexte* dans lequel une forme émerge, un certain sens peut être prêté à une certaine histoire, et s'il y a un juste et un faux, ils sont toujours contextuels et relatifs à l'histoire qui est racontée – ce qui, loin de les décrédibiliser, leur confère toute leur force existentielle et thérapeutique. Le monde des inventeurs entend que la vérité d'une singularité est vraie selon un certain point de vue, mais que ce point de vue peut être dé-calé pour donner à voir une autre forme de vérité : elle permet, en transformant les croyances de transformer les représentations et donc les comportements des singularités. Ainsi, si je ne peux me réapproprier le terme d'"injonction" qu'utilise l'auteur pour parler d'outils de persuasion, et qui est par définition un ordre indiscutable, le psychiatre se doit de formuler des avis scientifiques construits, de "véritables vérités situées", qui peuvent prendre la forme de prescriptions (de médicaments, d'exams complémentaires, ou de toutes autres formes), ce que je nommais plus tôt de *repères singuliers*.

c. *Passer du texte au con-texte : préciser la forme.*

Ainsi dans mon paradigme, la mise en sens d'une histoire rapportée par un "patient" réclame la *distanciation* dont je parlais plus tôt, afin de la contextualiser, et ainsi de la rendre singulière.

Cette distanciation, appelée *organisation* par la Gestalt-thérapie, ou *contraintes* dans le langage des interactionnistes, consiste à opérer une lecture distanciée d'objets ou de sujets qui nous paraissent toujours trop familiers, et permettent ainsi de questionner leurs effets produits sur la singularité. Cette distanciation permet aussi de ne discréditer à priori aucun élément amené dans la discussion afin de le travailler avec le patient (ce qui devient en quelque sorte l'objet de la thérapie) pour les hiérarchiser, en qualifier certains de pertinents, en disqualifier d'autres, en tous les cas pour les transformer – il s'agit d'un autre concept de la Gestalt-thérapie (la *pertinence*) qui lui permet par exemple de considérer la présence du psychothérapeute dans l'atelier comme pertinente et ainsi le rendre acteur de la situation.

La pragmatique de la communication des constructivistes interactionnistes est poussée au point qu'ils n'ont finalement que peu d'intérêt à faire préciser les problèmes de leurs patients, car pour eux la solution se trouve dans le discours et dans la communication. Ils se concentrent principalement à définir les "contraintes" d'une situation qui vont engendrer un certain résultat, et donc une certaine réalité. Selon eux, préciser les contraintes d'une situation est suffisant pour comprendre les solutions dysfonctionnelles que tentent de mettre en place les personnes, afin de mieux décaler leurs tentatives vers des solutions fonctionnelles. Mon paradigme s'inspire du leur car avec eux, je rejoins l'idée que le discours est action, et qu'il construit nos réalités. La discussion par proposition de points de vue permet en cela de co-construire des réalités, et dans le cas de la psychiatrie, d'accompagner les singularités dans cette mise en action qui leur donner le *pouvoir de construire* leurs propres réalités. Par contre, je prends mes distances avec une posture que je trouve trop explicative, en affirmant une volonté peut-être trop pragmatique (efficace) de décrire les contraintes sans s'intéresser au problème et à son sens, qui, à mes yeux, est pourtant primordial dans la co-construction du sens. Ils ont peut-être trop le goût du *contexte*, quitte à délaisser le *texte*...

La manipulation de nos réalités se pétrit dans le langage. Le concept de *co-temporanéité* de la Gestalt-thérapie me permet ainsi de concevoir que l'on peut faire intervenir le passé et le futur, mais que leur convocation dans l'ici et maintenant de l'atelier signifie qu'il s'agit toujours

d'une réactualisation à un instant précis d'un passé souvenu tout comme d'un futur anticipé. Il s'agit toujours d'une version réactualisée à cette occasion et seulement à cette occasion, il ne s'agit en cela jamais d'un déterminisme fataliste qui fige la mise en forme. Il est possible de créer une autre histoire à une personne dont le père est bipolaire que celle d'une fatale répétition. J'ai plutôt tendance à penser qu'avant de n'être qu'un "bipolaire", ce père a une histoire à raconter, une histoire qui pourrait évoquer certaines difficultés qui l'ont enfermé dans une réalité mortifère. Peut-être avait-il ses raisons de souffrir et n'a-t-il pas trouvé (ni même cherché) les transformations adéquates de sa réalité ? Redessiner le contexte, permet ainsi de désamorcer des prétendues vérités qui œuvreraient dans le sens d'une fatalité et donc d'une déresponsabilisation. C'est le principe d'*organisation* de la Gestalt-thérapie dont je parlais plus tôt que j'ai repris à mon compte comme *distanciation*.

d. Les prédictions autoréalisantes : se méfier des formes-alitées.

Les pragmatistes s'appuient sur un concept qui me paraît fort intéressant concernant les croyances : celui que Paul Watzlawick précisément nomme de « prédictions autoréalisantes ». Il les définit comme : « une hypothèse ou une prédiction, qui, précisément parce qu'elle a été faite, cause la réalisation de l'événement attendu ou prédit, et, donc, récursivement, confirme sa propre < justesse > »²³³. Opérer un dé-calage de ces croyances, notamment lorsqu'elles sont délétères est donc à mon sens une priorité des prises en charge psychiatriques, pour co-construire une nouvelle réalité avec l'étrange singularité dans le temps de la consultation. Le psychiatre a bien conscience que l'histoire qu'il manipule avec l'autre a pris une forme singulière au moment de la consultation : elle n'aurait pas été racontée de la même manière à un autre moment, à un autre endroit et à une autre singularité. Mais ceci a peu d'importance puisqu'il ne cherche pas à avoir la vérité véritable, car ça n'est, à mon sens, ni son intérêt, ni son rôle. Martin Wainstein, autre contributeur à l'ouvrage de Watzlawick et Nardone, le

233 Dans son chapitre « La construction des < réalités > cliniques » (Watzlawick Paul et Nardone Giorgio, 2012 : 21-38)

présente encore autrement : « contrairement à la perspective traditionnelle, l'approche interactionnelle abandonne le point de vue causal linéaire et ignore la question de la < vérité >. Au lieu de cela, elle met l'accent sur la signification qu'attribuent nos clients à une personne, une situation ou un objet, considérée comme une construction strictement corrélée à une façon particulière d'utiliser le langage < ici et maintenant >. La signification des mots a beaucoup à voir avec la façon dont les locuteurs les utilisent dans un certain contexte spécifique. »²³⁴. Ainsi, se dégager d'une quête d'une authenticité, d'une véracité des versions des histoires qu'on rapporte, permet deux avantages : ne pas considérer l'autre comme un manipulateur malveillant, ou faisant preuve de *résistance*. La plupart des personnes que je rencontre dans ma consultation souhaitent changer, mais souvent n'ont pas la solution adéquate au changement qu'elles souhaitent voir opérer – sinon elles ne consulteraient pas. Il convient de les accompagner dans leurs tentatives de changement, aventure dans laquelle ils sont parfois frileux à s'essayer, dans la mesure où ils ont peut-être eux-mêmes déjà tenté et n'ont obtenu le résultat escompté, se sentant possiblement à nouveau remis en position d'échec.

Non sans lien avec les prédictions autoréalisantes, le concept gestaltiste de *singularité*, différent de la mienne, défend qu'aucun comportement n'est généralisable. Cette perspective permet de rappeler que toute expérience est singulière, et que si comparaison il y a, elle demande toujours quelques nuances. Ce concept permet ainsi ne pas perdre de vue l'objectif de responsabilisation d'une singularité singulière qui œuvre à ce titre à ne pas dissoudre l'autre dans le grand bain de "tous les autres", ni, quand il s'agit d'une généralisation à l'échelle personnelle, d'enfermer une singularité dans un fonctionnement répétitif.

234 Voir le chapitre de Martin Wainstein « L'influence du constructivisme sur la thérapie brève interactionnelle » (Watzlawick Paul et Nardone Giorgio, 2012 : 56-67).

e. *Responsabiliser n'est pas culpabiliser : se défaire du cruciforme.*

On associe souvent trop rapidement responsabilité et culpabilité, peut-être en écho à une société où ce que l'on nomme de responsabilité ne s'entend que dans sa définition juridique civile ou pénale, et donc fait implicitement référence à la faute, au dommage. Dans mon paradigme, cette responsabilité prend une forme beaucoup plus large, et se joue en cela dans chaque action et décision qu'une singularité prend pour appartenir ainsi au monde des inventeurs – c'est en cela que je qualifie encore une fois le travail de psychiatre de *politique*.

La culpabilité, que nous avons croisée à plusieurs reprises dans ce travail, fait référence à la notion biblique du péché, et ce pourquoi je la qualifie de cruciforme, en référence à la forme de croix chrétienne. Ma distinction entre culpabilité et responsabilité tient à la différence que je forme entre respectivement *sévérité* et *exigence*. La première, en ne tolérant ni l'erreur ni la faute, rend prompt à punir ou à blâmer, et à mon sens, ne permet jamais à ce compte là de rendre l'expérience constructive (elle serait toujours destructive), et par là impose de mener ce défi vain d'une vie faite uniquement de succès. Mon parti pris défend que toute expérience est intéressante (ou tout du moins qu'on peut en *dire* quelque chose d'intéressant) et enrichissante, ce qui permet de mieux construire une singularité. On peut dès lors considérer certaines expériences à posteriori comme de mauvais choix, et ainsi ne pas vouloir les réitérer, ou vouloir s'en excuser s'ils ont été blessants à d'autres égards et d'une quelconque manière. Ma déculpabilisation n'est pas ici synonyme d'un laisser-faire, d'une tolérance à outrance, car je défends en revanche qu'une singularité est (ou devrait être) *exigeante* envers elle-même, c'est-à-dire qu'en se constituant une morale, elle tente par là d'agir dans sa réalité avec cohérence. Elle travaille dès lors à apprendre de ses mauvais choix, et tente par la mise en contexte de l'histoire en rapport, d'affiner la compréhension de ses "faux" pas.

Ainsi, le psychiatre, lui aussi positionné dans une posture d'*exigence* mais non de *sévérité* vis-à-vis des singularités qui viennent lui parler de leurs "fautes", ne prendra pas la posture

autoritaire du culpabilisateur qui blâme, de celui qui sait comment faire. S'il émet des jugements (et il n'a de cesse d'en émettre), elles prennent la forme de *repères singuliers*.

f. Surprendre, par le vice de forme.

Avec l'étrange singularité, le psychiatre travaille à construire des histoires en précisant leur contexte. Mais par sa singularité qui lui est propre, il peut être amené à en proposer une forme surprenante. C'est ce que nomme Paul Watzlawick de *recadrage*, qui « [...] signifie modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien ou même mieux aux "faits" de cette situation concrète, dont le sens par conséquent change complètement »²³⁵. D'abord, son choix du terme recadrage me paraît discutable car me semble témoigner d'une posture qui "sait remettre dans le bon cadre", et en cela presque autoritaire. Je préférerais donc l'usage du *vice de forme*, celui qui biaise pour transformer, et apporter une nouvelle forme, celle-là souvent surprenante et troublante pour les autres, en tout cas c'en est mon expérience. Ainsi, pour expliciter mon propos, voici un exemple tiré d'une histoire de consultation. Je m'entretenais avec une singularité de son ambivalence d'un de ses comportements habituels qu'elle juge inopportun, et nous définissions alors métaphoriquement qu'elle prenait tour à tour deux rôles différents dans sa réalité : un de ces rôles la rend ardemment désirante de se voir réaliser ce comportement, pour assouvir un besoin créatif fort, presque de l'ordre de la désinhibition, alors qu'à l'inverse, l'autre rôle qu'elle endosse est celui d'un personnage plus contrôlé, plus rigide, mais également plus morne. À ce point de notre discussion, elle me témoignait sa tristesse à ne pas savoir comment gérer ces deux rôles qui s'affrontaient sans cesse et regrettait de se comporter de la sorte. Dans ma posture singulière, j'ai donc proposé très enthousiasmée, une forme viciée à cette histoire : je me réjouissais en effet de voir à l'œuvre une singularité aux rôles différents et mieux définis, et l'invitais alors à ne plus les voir

235 Voir le chapitre de Paul Watzlawick « La technique psychothérapeutique du < recadrage > » (Watzlawick Paul et Nardone Giorgio, 2012 : 166).

s'affronter, mais les laisser enfin discuter. L'étrange singularité, surprise mais enthousiasmée de se voir travailler une nouvelle façon de voir, pouvait enfin s'apaiser de ne plus avoir à entretenir l'affront de ses rôles, par la mise en discussion de ceux-ci. En cela, je m'entends avec Paul Watzlawick pour dire qu'il ne s'agit pas de résolution en bonne et due forme d'un problème, il s'agit plutôt d'opérer un dé-calage, d'ouvrir la pensée à une autre réalité, celle là moins douloureuse, et porteuse de possibles autres transformations. Par cette nouvelle forme que je présente à cet autre, il s'agit d'une proposition d'un *repère singulier* pour qu'il ne voit plus dans sa réalité ambivalente un problème insoluble, mais une source de discussions et l'opportunité de se réapproprier un choix : celui de choisir quel rôle il veut prendre au moment où il le choisit.

Par ailleurs, cette nouvelle forme n'est pas un accroissement d'une connaissance de l'étrange singularité sur elle-même (comme le dit Paul Watzlawick, ça n'est pas travailler à favoriser un meilleur « *insight* »), ce paradigme ne croit pas en l'extension d'une connaissance, il croit en la transformation la plus judicieuse de ce qui nous apparaît dans l'expérience de nos réalités.

g. Travailler à rendre con-forme.

Travailler à donner forme, peut passer par des vices de forme, mais passe aussi par la mise en forme commune entre psychiatre et étrange singularité, par l'acte de con-former. Non point dans l'idée d'un conformisme désingularisant, ni d'un modèle qui figerait, l'idée de mettre en forme en s'adaptant évoque pour moi la co-construction : mettre en forme ensemble. Cette notion est chère à la Gestalt-thérapie, qui, par sa perspective de champ, ne pense pas les personnes comme des individualités. Outre la construction d'une *relation* qui fait dire à Chantal Masquelier-Savatier que « les aléas du lien thérapeutique sont de même nature que ceux de toute histoire d'amour. Le patient s'attache à son thérapeute et se trouve soumis aux affres de toute relation affective, ballotté entre des sentiments excessifs. [...] De son côté, le thérapeute aurait tendance à attendre une approbation de sa compétence et une confirmation de sa

capacité d'être un < bon parent > » (Masquelier-Savatier Chantal, 2015b : 247). Bien que je m'entende avec elle sur le fait que l'on travaille en consultation à construire une *relation*, il faudrait cependant largement nuancer la notion d'amour pour pouvoir qualifier ainsi la relation thérapeutique. Rentrer dans les considérations de mes ressentis pour ceux que je rencontre à l'atelier ne me paraît pas intéressant, car ne me semble pas différent de toute relation de travail et d'engagement, qui se construit dans un atelier ou ailleurs : je ne peux m'en tenir qu'à qualifier la relation de *singulière*. L'auteure semble vouloir dire qu'à partir d'un certain degré de relation, grâce à une forme de maturation de la relation, des sentiments d'amour et de haine vont rendre l'étrange singularité ambivalente vis-à-vis de son thérapeute. Je crois en la transformation des relations, et que par là ce qu'elles donnent à voir au début et par la suite n'aient pas la même forme. Cependant, je me garde de prétendre que ces considérations seraient absentes au début pour "apparaître" ensuite. Le travail de co-construction et de responsabilisation fournira un effet, et la confrontation entre psychiatre et l'étrange singularité sera certes peut-être plus explicite au bout d'un certain temps. Cependant, ces sentiments que nous avons à l'égard de ceux qui viennent nous consulter existent à tous les moments de la relation thérapeutique, du côté du soignant comme du soigné : au psychiatre de savoir les mettre en forme, et de jouer de ses rôles pour en créer quelque chose de potentiellement constructif pour l'autre. Ainsi, parler de *dévoilement* du thérapeute ((Masquelier-Savatier Chantal, 2015a&b) ne me paraît pas pertinent, car sous-entend l'effet d'un voile que l'on ôterait pour mettre à nu ce qui était jusque là caché²³⁶. S'il est question de dévoilement, d'abord il faudrait considérer qu'il se jouerait des deux côtés, et ensuite, il impliquerait que la forme dévoilée resterait la même, or, et en cela cette notion gestaltiste me paraît presque paradoxale avec la théorie phénoménologique et constructiviste, car cette forme se déforme et se transforme²³⁷. Ainsi, dans mon paradigme le thérapeute *choisit* ce qu'il donne à voir.

236 Dévoilement dans le CNRTL.

237 Mais je peux aussi comprendre leur insistance quant à cette notion par le fait qu'elle se démarque largement de postures objectivistes souvent réclamées en psychothérapies, et qu'en cela il leur était important de la préciser.

La co-construction gestaltiste qui suscite le plus mon intérêt se situe plutôt dans la construction du sens : la Gestalt-thérapie s'appuie ainsi sur les paradigmes constructivistes et herméneutiques, pour construire ensemble du sens, qui ne pré-existe pas, qui est toujours à construire, à déconstruire et à reconstruire. Chantal Masquelier-Savatier précise ceci : « cette démarche constructiviste serait une étape complémentaire à l'ouverture phénoménologique, en ajoutant une dimension inventive, < car rien ne va de soi, rien n'est donné, tout est construit. Cela exige une nouvelle épistémologie, dont la phénoménologie ne serait que le premier temps, celui de la reconnaissance de ce qui se révèle de soi-même. La seconde étape serait celle de la véritable construction d'une signification nouvelle, à la fois contenue et cachée dans ce qui était là > » (Masquelier-Savatier Chantal 2015b : 255-256). La dissociation faite entre le temps phénoménologique et constructiviste me paraît artificielle car les deux me semblent immanents à toute situation. Cependant je m'accorde avec elle et les gestaltistes pour dire que le danger à laisser une étrange singularité dans la croyance qu'il existe un sens caché à ce qui lui arrive et qu'elle ne peut que le découvrir qu'avec le thérapeute, mystifie à la fois le thérapeute et la relation thérapeutique. En ce sens et de façon plus générale, nous façonnons autant nos réalités qu'elles nous façonnent en retour, et en cela, oser toujours questionner et critiquer nos évidences devient certes subversif, mais surtout, se veut constructif. C'est en cela que je peux me réapproprier singulièrement la *manipulation* définie comme l'usage d'un procédé suspect en ceci qu'il met en doute. Dans l'atelier, cette mise en sens, par la co-construction d'une histoire, passe souvent par l'usage de la métaphore. Cette technique a l'avantage de susciter de la distanciation notamment pour celui qui l'utilise pour se raconter, et donc, le dé-calage que peut provoquer la métaphore permet encore une fois d'ouvrir le texte et de préciser le contexte. La métaphore permet aussi au psychiatre de s'immiscer dans la scène de l'histoire, alors que, dans une simple narration, il est parfois en position de spectateur. Cette mise en forme par la métaphore, que psychiatre et étrange singularité se réapproprient et transforment tour à tour, c'est cela que j'appelle rendre conforme.

h. La bonne forme, apologie de la performance ?

Il est vrai que la pragmatique constructiviste de la communication telle qu'énoncée par Paul Watzlawick et ses contributeurs exprime souvent la volonté de rendre l'action psychothérapique rapide et efficace. Je me suis offusquée au début de ce chapitre des volontés performatives de Shawn Christopher Shea et de Carl Rogers notamment, mais ceci aussi en raison des paradigmes dans lesquels ils se situaient. Mon paradigme singulier et ma volonté à responsabiliser ces singularités que je rencontre, quand elle s'est avérée performante auprès de certains, m'a réjouie et m'a confortée dans ma posture. Cette performance, somme toute bien relative pour la jeune praticienne que je suis, ne m'emmène pas à l'indolence, ni à l'arrogance, je la souhaite toujours déformante et en cela passionnante. Mon efficacité ne prend donc pas tout à fait la même forme que celles que j'ai croisées jusqu'ici, même si je m'accorde bien entendu avec mes confrères pour dire que je souhaite voir mes étranges singularités "aller mieux", seule prescription de ma pratique que je souhaite voir comme prédiction autoréalisante.

G. Conclusion : transformer la pierre de folie.

Nous croisons au début de ce chapitre dans la mise en scène de Jérôme Bosch ce « Lubbert » qui, soucieux de son état, demandait à un médecin, lors d'une consultation quelque peu insolite, de lui ôter ses soucis – sa folie, sa bêtise –, quitte à en-pâtir. De quoi est donc faite cette pierre si solide, qui renfermerait la folie de ce Lubbert ? Manifestement, seul le médecin le sait.

Pourtant, par les biais gestaltistes et constructivistes, j'ai vu au cours de ce chapitre d'autres possibles se former. Ce dé-calage s'est voulu (au moins, ou au mieux, c'est selon) questionner le sens à donner à la psychiatrie. Nous avons vu, notamment au cours du chapitre 2, que

lorsqu'elle se pense *connaissance* de la pensée et des comportements, elle détient le *formidable* savoir, qui quand il est transmis du psychiatre au patient, prend par la même occasion la forme d'un pouvoir de celui qui sait sur celui qui ignore. Car *formidable* possède bien deux significations : l'usage de la première est vieilli, issu de son étymologie le rapprochant de l'épouvantail, et désigne ainsi ce qui est à craindre, terrible et effroyable²³⁸. Pour autant, il serait à priori curieux de considérer le savoir du psychiatre générateur d'une telle frayeur. Sauf peut-être à considérer que le psychiatre, comme une représentation populaire que l'on entend souvent, serait celui qui sait mieux que quiconque le sens "caché" d'une phrase que l'on prononce ou d'un acte que l'on commet, celui qui sait lire dans les pensées, celui qui révèle l'inconscient, celui qui prédit les comportements, celui qui connaît mieux ses patients qu'eux-mêmes ne se connaissent. Le deuxième sens de *formidable*, plus usuel, fait référence à « l'extraordinaire, qui impressionne par sa force, sa puissance, sa masse ou sa taille »²³⁹ : le savoir du psychiatre ainsi caractérisé n'est plus source de peur, mais d'admiration. Ainsi et quel que soit le sens donné au *formidable* savoir du psychiatre, il pourrait générer un effet asservissant sur l'autre, celui qui ignore : son patient. On peut se demander en lisant ces lignes si je ne défendrais pas une forme d'ignorance des psychiatres pour garantir une symétrie dans leurs relations avec leurs patients, pour en annuler cet effet asservissant. Il n'en est point : déjà car je ne vise pas la "symétrie relationnelle" dans la consultation²⁴⁰. Mon propos est de rendre questionnable afin de questionner l'effet produit par la rencontre aussi bien sur le psychiatre que sur le patient, à travers notamment la façon dont le premier se saisit ou se dé-saisit de cette posture de sachant conférée par son statut. L'idée n'est donc pas celle de plaider pour un psychiatre qui ne sait pas, mais celle de construire une discussion où le savoir du psychiatre serait à confronter au savoir à priori tout aussi légitime du patient.

238 Selon le *Dictionnaire historique*.

239 Selon le CNRTL.

240 Ni ailleurs d'ailleurs.

1. La psychiatrie à l'âge de pierre.

Se dé-caler d'une connaissance objective, c'est prétendre à questionner l'existence même d'une pierre, qu'elle soit de folie, ou pas. Pourtant peut-on trouver quelque élément plus solide, réel et "vrai" qu'une pierre ? L'appellation de sciences dures pour parler des sciences de la nature est illustrative de cette volonté d'évaporer tout doute, ce qui les rend ainsi *formidables*, fortes d'être tout autant admirables qu'effroyablement re-doutables, hors de toute mise en doute.

Mais la folie et son corollaire la psychiatrie doivent-elles être pensées comme des pierres ? Solides, dures, immobiles, naturelles, quasi intemporelles ?

Si la pierre de touche est ce qui sert à faire connaître la qualité ou la valeur de quelque chose²⁴¹, les pérégrinations et les vicissitudes dans lesquelles m'ont entraînée cette thèse m'ont amenée à penser que la psychiatrie est une discipline privilégiée pour questionner la qualité de "pierre philosophale" de la science : celle qui a le pouvoir de transformer les métaux vils (nos croyances) en or (les vérités objectives). En effet, en s'occupant des mal-être des individus, la psychiatrie questionne par la même occasion l'être et le bien-être ; elle catégorise et définit ces mal-être, et a le choix ainsi d'en faire des roches plus ou moins métamorphiques, étymologiquement propres au changement de forme²⁴².

Telle la pierre qui roule et qui n'amasse pas mousse, je voudrais voir en la pierre de folie une pierre qui ne pense pas accumuler les savoirs tels des mousses qui deviennent trop souvent envahissantes et sclérosantes, je voudrais voir une pierre déformable et mouvante : en cela, comme le dit l'expression, cette pierre ne permettrait pas l'accumulation d'une certaine fortune (les connaissances), mais bien la transformation – en roulant – de celles-ci en fonction du contexte et ajustées aux besoins. Le ren-fort des postures constructivistes et gestaltistes m'ont permis ainsi d'engager une discussion autour de la posture du psychiatre et d'en

241 Selon le CNRTL.

242 Par analogie avec les roches métamorphiques dont la caractéristique notable est leurs possibles transformations selon différents paramètres.

proposer une autre forme, qui par ricochet a métamorphosé la consultation et la relation psychiatre-patient.

J'ai voulu m'écarter de la posture d'un sachant-tout-puissant, colportée par la modélisation de la communication en médecine par le transfert d'in-formations : faisant écho aux tentatives explicatives que j'ai déjà longuement étudiées au chapitre 2, c'est bien le portrait d'un psychiatre-expert autoritaire qui se dessinait dans ce modèle. Même si on pourrait se féliciter de l'usage du paradigme EBM en médecine qui permettrait de s'extraire d'un paternalisme ancien et impérieux, les stigmates demeurent. Ils demeurent par l'idée même de l'existence de ces pierres, ces *données* scientifiques émises par des experts – qui restent toujours plus valables que les préférences des patients ; par l'opposition entre l'objectivité des premiers et la subjectivité moins pertinente des seconds. Ainsi, pour ne pas être cet expert scientifique automate, cœur de pierre qui reste de marbre, certains misent sur une étroite articulation savamment dosée entre objectivité et subjectivité, quand d'autres²⁴³ optent pour une posture toute bienveillante, axée sur la subjectivité. Ces postures continuent de me poser problème en ceci que les premiers usent de la subjectivité pour obtenir une meilleure objectivité dans l'élaboration des diagnostics et pour garantir une meilleure adhésion aux soins : en un mot, ils visent avant tout le gain d'efficacité dans les soins des patients. Quant aux seconds, leur usage de la subjectivité constituant le cœur de leur approche justifie qu'ils se réclament d'une posture "compréhensive". Pour autant, cette attitude me pose deux problèmes. D'abord celui de l'inconditionnelle bienveillance que l'abord subjectif justifierait : il faudrait prendre les choses à cœur (par leur émotionnalité) tout en concevant que ce cœur a ses raisons que la raison ignore, comme dit l'adage. Chez eux comme chez les premiers d'ailleurs, la distinction entre raison et émotion est prégnante, et légitime ici que l'on tolère tout jusqu'à l'intolérable (dans les limites juridiques), pourvu que ça soit exprimé avec émotions. Ensuite, la subjectivité

243 Ces « certains » et ces « autres » sont ceux que j'ai rencontrés et dont j'ai parlé dans ce travail. Même si je peux constater des similitudes de discours chez d'autres auteurs se réclamant des mêmes partis pris, mon propos n'est pas pour autant généralisable "à l'emporte-pièce" : il est aussi singulier que les discours que je rencontre.

qu'ils réclament, pour la rendre scientifiquement acceptable, doit devenir aussi objectivable que n'importe quel autre objet. Que je m'entende avec le fait que la subjectivité n'est pas cet en-dedans inaccessible, cette nature profonde et instinctuelle qui réside au plus profond de moi et qu'elle est appréhendable comme d'autres sujets est une chose. Qu'elle soit rendue objectivable pour gagner en pertinence scientifique en est une autre. Finalement, faire valoir une dualité entre objectivité et subjectivité me paraît superflu et me laisse comme pierre : car selon moi, elles parlent de la même chose, sont les faces d'une même pièce, s'accommodent bien l'une de l'autre puisque l'une fait exister l'autre. Mon paradigme constructiviste m'invite à dépasser cette apparente opposition pour parler de *singularité*.

Ainsi, après avoir jeté la pierre à la posture autoritaire du psychiatre dans ses soins – sous-entendue expertale et décisionnaire – il me fallait bien, pierre à pierre, reconstruire un nouveau paradigme, qui me permettait d'abandonner la posture autoritaire et les conceptions essentialisantes et naturalisantes des individus dont use trop à mon goût la psychiatrie d'aujourd'hui. Car la pierre n'est pas nécessairement ce roc, cette roche, ce solide, ce dur, cet immuable, mais peut être celle dont l'étymologie grecque renverrait à l'action de « regarder, examiner »²⁴⁴. Faisant ainsi référence au regard, je l'ai traduit dans mes mots en celui de *singularité*.

Penser la pierre de folie comme un regard singulier donne ainsi une nouvelle forme à la pierre mais aussi, je le disais plus tôt, à la *consultation*. Celle-ci n'est plus le moment d'une expertise mais celui de la formulation d'un avis, d'une délibération à plusieurs²⁴⁵ comme nous le souffle son étymologie. Elle n'impose ni n'ordonne, elle se veut ouverte à la *discussion*. Elle réclame donc de ne pas rester muet comme une pierre, elle travaille à la mise en mots de ce qui paraît pour certains de l'ordre de l'indicible. Mon paradigme existentialiste qui considère que tout discours est déjà une action sur le monde ne donne que peu de crédit à cette considération :

244 Pierre, dans le *Dictionnaire historique*, qui a donné le suffixe -scope et les dérivés de la notion de guet en passant par l'idée du promontoire rocheux duquel on pouvait mieux observer l'environnement.

245 Consultation dans le *Dictionnaire historique*.

essayer de dire quelque chose de l'ordre de l'indicible est déjà le nommer et ainsi donne peu de sens à l'idée de l'irreprésentable.

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la mise en forme des discours, mais aussi leur déformation, leur dé-calage, l'usage des vices de forme, l'application à les rendre con-formes œuvrent tous dans le sens d'une construction d'une compréhension entre psychiatre et patient-singulier qui n'est pas ici le préalable mais la finalité. Cette compréhension se veut *constructive* par l'usage de la manipulation qui dans mon paradigme permet au psychiatre de travailler avec ses patients à construire une réalité moins douloureuse.

2. Pétrifications diagnostiques.

La science des roches associe deux aspects complémentaires : celui de la description macro et microscopique qui donne lieu aux classifications, celle-là appelée la pétrographie et celui de l'explication qui consiste en la recherche de lois et règles de développement, appelée la pétrologie. La psychiatrie semble vouloir adopter les mêmes logiques d'approche en tentant d'établir des théories étiopathogéniques (une forme médicale de recherche de règles et de lois de développement de pathologies) menant à la conception de systèmes de classification. Mais elle se retrouve "affaiblie" par de nombreux courants théoriques, illustrant les limites à pouvoir choisir un modèle "évident" qui permettrait à la fois de décrire et d'expliquer les souffrances psychiques des individus. Les rédacteurs du DSM ont d'ailleurs fait le choix d'établir une classification diagnostique se prétendant neutre à vocation uniquement descriptive depuis sa 3^e version en 1981, afin de faire cesser ces querelles intestines qui martèlent la psychiatrie depuis de nombreuses années quant à la reconnaissance d'une théorie qui prédominerait plutôt qu'une autre. Mais, peut-on proposer une classification "neutre" ? L'action de ranger, ordonner, distribuer méthodiquement selon un certain ordre²⁴⁶ n'implique-t-elle pas déjà un choix préalable de signes, de symboles, d'éléments considérés comme discriminants ? À mon

246 Classer dans le CNRTL.

sens, la classification implique déjà une certaine interprétation, et cette interprétation impliquera elle aussi une certaine forme de classification : si on peut distinguer artificiellement pétrographie et pétrologie, il me semble important de ne pas oublier que s'intéresser seulement à la classification n'enlève rien au fait qu'elle soit établie depuis un point de vue situé, observée non pas objectivement, mais selon un certain regard, depuis un promontoire rocheux *singulier*. Il me semble ainsi curieux de prétendre que la classification des troubles mentaux proposée par le DSM est scientifique et donc neutre et objective. Cependant, la dernière version de cet ouvrage, le DSM-5 dont j'ai parlé au chapitre 2, renoue de façon plus manifeste avec cette volonté d'associer description et interprétation par le prisme neuroscientifique. Je n'ai pas de problème à vouloir travailler à la catégorisation (via l'utilisation d'un diagnostic par exemple) : en psychiatrie comme ailleurs, quand elle permet de produire un *repère* situé pour patient et psychiatre. Elle peut même être le début d'un travail de singularisation si elle permet de déboucher sur une discussion ayant vocation à préciser la singularité des problèmes qui peuvent paraître normaux voire banals (par le travail du passage du texte au con-texte). D'un diagnostic statistiquement reconnu, la discussion le transforme ainsi en un ou plusieurs problèmes singuliers. Pourtant, vouloir établir une corrélation étroite entre un diagnostic (une pierre de folie) et une étiopathogénie (le développement de cette pierre de folie) ne comporte-t-il pas le risque de pétrifier certaines histoires *singulières* ? C'est en tout cas le problème que je rencontre avec les diagnostics proposés par le DSM-5 qui en a fait des problèmes naturalisés : l'histoire individuelle n'est qu'une histoire bio-psychologique, qui en cela, n'a plus besoin d'être racontée pour être transformée. S'il s'agit d'émettre des corrélations entre un passé souvenu et l'expression actualisée d'un certain état, elles ne pourront se faire à mon sens sans les rendre singulières : j'ai ainsi choisi de transformer l'étiopathogénie dans ce chapitre en la mise en forme par le passage du texte au con-texte.

Ensuite, l'autre problème que je rencontre avec l'établissement des diagnostics tels que pensés par le DSM mais plus généralement par la plupart des praticiens (en tout cas tels que je les ai croisés dans la littérature mobilisée dans cette thèse) est qu'ils nécessitent le recours à une

posture objectivante. Elle m'est dérangeante car elle sous-entend le constat d'un réel incontestable, et en cela indiscutable (et donc autoritaire), alors que mon paradigme travaille à tout rendre discutabile, en permettant des réalités différentes pour chacun. Le *diagnostic* étant étymologiquement la faculté à savoir discerner²⁴⁷, elle ne présume en rien (et à mon sens ne doit pas le faire) d'une valeur ni essentialisée ni naturalisée des mots qui sont alors employés. Mon paradigme constructiviste réclame en effet de reconnaître cette catégorisation comme construite et non comme pré-existante, et que son usage puisse être utile au patient-singulier, c'est alors au psychiatre qu'incombe la responsabilité de justifier l'emploi de ces diagnostics dans une perspective constructiv(ist)e. La définition même du mot *diagnostic* d'ailleurs met en valeur deux significations : celle du moment de réflexion où l'on recueille les éléments diagnostiques, et celle de l'aboutissement de cette réflexion où l'on formule un diagnostic. Le diagnostic étant donc à la fois l'enquête et la délibération de cette enquête me paraît important à souligner. J'ai en effet croisé plusieurs auteurs dont les objectifs de la consultation (notamment au moment du premier entretien) étaient bien d'émettre un diagnostic le plus fiable possible. Comme je l'ai déjà exprimé, je n'ai rien contre l'efficacité quand elle en représente pas le seul enjeu objectiviste d'une rencontre avec un patient : si je défends une efficacité, il s'agit de celle qui construit des réalités responsabilisantes et en cela moins douloureuses pour les patients. Le diagnostic est-il d'ailleurs le seul objectif d'une consultation psychiatrique ? C'est ce que laissent entendre ces auteurs, quitte à en oublier les patients qu'ils reçoivent. Délibérer, qui consiste à « examiner, peser tous les éléments d'une question avec d'autres personnes, ou éventuellement soi-même, avant de prendre une décision, pour arriver à une conclusion »²⁴⁸ me paraît représenter une démarche plus intéressante pour le psychiatre et pour son patient singulier, car peut être entendu comme un travail à singulariser les signes diagnostiques, dont la conclusion serait finalement tout aussi intéressante que le chemin réflexif qui y a mené. Mais peut-on décemment penser une psychiatrie qui se

247 Diagnostic dans le *Dictionnaire historique*.

248 Délibérer dans le *CNRTL*.

distancierait de ses diagnostics, et par là même de la démarche médicale protocolaire ? Dit autrement, le travail du psychiatre se résume-t-il à celui d'émettre des expertises sur la normalité ou l'anormalité des patients qu'il est amené à rencontrer ?

Repenser ces classifications diagnostiques et l'usage que nous en faisons, les discuter, est déjà le début d'une reconstruction d'une nouvelle classification, mais il s'agit là d'un autre travail que celui qui m'anime ici, et que j'aimerais voir se poursuivre dans le futur. En tous les cas, il s'agit bien ici de défendre qu'un diagnostic n'est pas gravé dans la pierre, car si cette notion de roche s'emploie « [...] au figuré [pour parler] d'une chose ferme, inébranlable moralement »²⁴⁹, elle a tout intérêt à être discutée afin de ne plus laisser à penser que la pierre de folie est une notion aussi claire que de l'eau de roche.

3. Polissage thérapeutique.

La nouvelle politique de santé publique en matière de psychiatrie semble plaider pour l'existence de pierres de folie aux formes neurobiologiques. La formation de ces roches étant surtout appréhendée d'un point de vue corporel, physique et endogène²⁵⁰, la nouvelle santé mentale distingue deux niveaux d'intervention : les pierres de folie d'un côté, en participant à l'accroissement des connaissances neuroscientifiques afin de mieux les expliquer, et les porteurs de ces pierres de l'autre, en développant une politique axée sur la destigmatisation et sur la prévention. Les prises en charge pour les patients associent donc des traitements médicamenteux visant à rétablir les désordres neurobiologiques endogènes et des programmes de psychoéducation séquencés autour de compétences à améliorer et à rentabiliser pour favoriser l'insertion des patients dans la société et dans le monde du travail. Si polir signifie « rendre plus délicat, plus raffiné, plus civilisé » ou encore « donner de bonnes manières à

249 Roche, dans le *Dictionnaire historique*.

250 En référence aux roches *endogènes*, qui sont d'origine magmatique ou métamorphique.

quelqu'un, initier aux usages du monde »²⁵¹, il s'agit alors bien d'un travail de polissage des pierres de folie que défend cette nouvelle politique de santé mentale.

Mais une fois polie, que devient la pierre de folie ?

Elle peut devenir galet, suffisamment lissée pour qu'on ne puisse plus en distinguer aucune aspérité. Suffisamment uni-formisé, dé-singularisé par la même occasion il devient le galet de soutien, maillon-guide de la chenille des chars de guerre²⁵², agent d'entretien et de soutien du néo-libéralisme, là où j'aimerais y voir un être doté de raisons et d'intentions.

Mon paradigme qui travaille au façonnage de singularités responsabilisées, opte ainsi pour une autre voie que celle du polissage uniformisant, et choisit de raviver les couleurs vives et singulières des pierres. Même à partir de prétendues pierres de folie, le travail du psychiatre et du patient sera dès lors d'en sculpter des pierres précieuses singulières. Le psychiatre ne sera donc pas expert, comme « orfèvre en la matière »²⁵³, mais il co-construira avec son patient de manière orfèvrée, avec art et minutie, et ils travailleront ensemble à singulariser et à se responsabiliser dans leurs discours et dans leurs réalités. Psychiatre et patient deviendront tous deux lapidaires, ceux dont le métier est de tailler et sculpter les pierres précieuses, mais aussi ceux reconnus comme « artiste[s] ciseur[s] du mot, du fond et de la forme d'une œuvre littéraire »²⁵⁴, en co-construisant une discussion agencée par de singulières histoires, en cela potentiellement dé-formables, re-formables et transformables. Voilà selon moi une façon constructive et intéressante de considérer le traitement du patient. Et si par moments ces discussions constructives tendaient à devenir lapidaires au sens qu'elles pourraient « [...] frappe[r] d'une manière percutante, comme un jet de pierre »²⁵⁵, ce serait toujours dans une perspective constructive, comme l'usage des vices de forme dont je parlais durant ce chapitre.

251 Polir dans le *CNRTL*.

252 Une définition de galet dans le *CNRTL*.

253 Orfèvre dans le *CNRTL*.

254 Différentes définitions de lapidaire dans le *CNRTL*.

255 Une autre définition de lapidaire dans le *CNRTL*.

Ainsi, la définition du traitement de la pierre de folie dans mon paradigme se rapprochera d'un usage ancien qui l'associait à la notion de « délibération »²⁵⁶. Non pas de l'ordre de la négociation qui impliquerait qu'il faille sortir d'accord d'un désaccord, la délibération comme je le disais plus tôt mettra l'accent sur la singularisation des récits et des histoires, et en déformant, en re-formant et en transformant les réalités de chacun des lapidaires en présence, sera de l'ordre du traitement qui soigne, car permettra de participer à la construction de réalités moins douloureuses pour les patients.

Dans ce paradigme, l'usage du médicament pourrait bien être requise, mais il ne sera pas considéré comme adjuvant externe, ni comme en-dehors déresponsabilisant mais bien comme élément singulier enchevêtré à la réalité du patient, participant à sa responsabilisation, en facilitant sa transformation, en contribuant à lui donner à voir et à vivre d'autres possibles singuliers. Son recours est tout autant anecdotique que toutes les autres histoires que l'on peut singulariser dans la consultation : mon propos ne s'entend donc pas comme étant de l'ordre de l'intégratif (qui poserait le problème de la coexistence d'un paradigme constructiviste avec un paradigme explicatif, celui-là même qui permet de légitimer la production des médicaments) car il souhaite transformer la place du traitement médicamenteux par une autre forme constructiv(ist)e de traitement, mais ceci est probablement l'histoire d'un autre travail que j'aimerais poursuivre après cette thèse.

4. Une transformation pleine de sel.

Si la pierre de folie n'est plus qu'une pierre à sculpter, si la psychiatrie n'est plus une pratique élaborée à partir d'un savoir indiscutable mais une construction en perpétuelle transformation, elle doit alors s'ouvrir au jeu de la critique, de la sculpture, et peut ainsi devenir œuvre collective en engageant autant le médecin que le patient singulier. Elle réclame d'être discutée, au même titre que tout ce qui pourrait paraître à première vue banal, habituel et évident : les

256 Traitement dans le *Dictionnaire historique*.

problèmes pris dans les histoires racontées par les patients-singuliers qu'elle est amenée à prendre en charge n'ont de cesse de rappeler que certaines prétendues évidences (des comportements, des pensées, des relations) n'en sont pas si on travaille à les rendre singuliers. C'est pourquoi j'ai choisi de ne pas trop m'exposer aux éclats des pierres de folie constitués de vérités éclatantes, et plutôt de faire voler en éclat des prétendues évidences et ainsi prendre le *malentendu* comme point de départ à toute discussion.

Ainsi, la pierre de folie est pré-texte à engager une discussion singularisante entre psychiatre et patient et invite à requestionner le pour-quoi des raisons et des intentions, pour ne pas trop rapidement se rendre à l'évidence, interroger et préciser les réalités de chacun, les mondes dans lesquels ils vivent. Elle prendra la forme de pierre à faux, celle qui permet d'affûter la singularité des patients singuliers, et ainsi travailler à leur responsabilisation. Elle peut, au jeu de la transformation et au gré des aléas financiers d'une politique de santé publique convoitée par des intervenants du secteur privé, prendre insidieusement la forme d'une pierre nummulaire, qui évoque la pièce de monnaie. Il me semble alors important de toujours discuter de l'éthique des soins, de leurs raisons et de leurs intentions, afin d'éviter l'écueil d'une rentabilisation ou d'une optimisation désingularisante de la psychiatrie.

De fil en aiguille dans cette thèse, j'ai donc travaillé à déconstruire suffisamment ma pierre d'achoppement, celle qui constituait l'obstacle de taille qu'est l'instrumentalisation des patients, à la rendre « sel de pierre », manipulation qui m'a donnée un nouvel élan, en écho au mot *salpêtre* « personne pleine de vivacité, de fougue » (du latin *salpetrae*, sel de pierre)²⁵⁷. Car de cette pierre déconstruite j'en ai fait avec d'autres la base d'un constructivisme transformant pour rendre la psychiatrie responsabilisante à l'égard de ses patients singuliers.

Mais avant de finir ce chapitre, et de conclure cette thèse, peut-être avons-nous encore le temps pour une histoire pleine de sel au sujet du célèbre hôpital de la Salpêtrière²⁵⁸. Construit

257 Salpêtre dans le *CNRTL*.

258 Pour la raconter je me suis inspirée de deux articles « Prostitution à l'époque moderne (15^e-18^e siècles) » d'Amélie Maugert et « Regards croisés sur les sexualités vénales de Julie Castro » (2011).

à partir d'un lieu de fabrication de poudre à canon qui lui a valu son nom²⁵⁹, il est devenu à la fin du 17^e siècle lieu de rapprochement géographique mais surtout symbolique d'interventions policières et de traitements médicaux et psychiatriques destinés spécifiquement aux femmes aux comportements jugés hors normes (il s'agissait surtout de prostitution). La mobilisation des discours médicaux et psychiatriques ont permis à l'époque de situer la prostitution et plus généralement la "débauche" du côté de l'anormalité et ont légitimé certains "traitements", qui n'ont emprunté à ce mot que sa section « traite- » tant ils semblent éloignés de la notion de soin. Les volontés classificatoires novatrices à l'époque, aussi bien en médecine qu'en termes de classes sociales ont même participé à développer des recherches en vue de prouver l'hérédité de ces comportements jugés déviants.

Ainsi, l'enfermement – qu'il soit effectif dans un lieu, mais aussi symbolique dans un diagnostic, dans une pierre, ou dans n'importe quelle catégorie – devient dangereux dès lors qu'il est rendu légitime (par la science, par la morale) sans qu'il ne soit plus accessible à la discussion. Et c'est bien en cela que l'éthique de la psychiatrie devrait à mon sens travailler à toujours mettre son grain de sel en engageant des discussions afin de ne pas se pétrifier dans des évidences figées.

Enfin, s'il faut conserver symboliquement une zone pétreuse – du latin « pierreux, rocheux » – aux individus singuliers, c'est peut-être seulement celle qui se trouve au niveau du rocher, cette partie de l'os pariétal qui accueille les organes vestibulo-cochléaires. La cochlée permet de percevoir les sons et les discours : elle sert à entendre les *histoires* et donc par là participe à entrer en discussion. Le vestibule quant à lui permet de trouver l'équilibre : il travaille sans relâche à la mise en balance (*-libra*) par le jugement des raisons et des intentions, afin de trouver « le juste rapport [...] des parties d'un ensemble »²⁶⁰, dans un monde sans cesse à construire et à reconstruire.

259 La salpêtre désigne des cristaux utilisés comme oxydants notamment dans les explosifs, elle est devenue par métonymie le nom donné à la poudre de chasse et de guerre (dans le CNRTL).

260 Équilibre dans le CNRTL.

Conclusion

Si conclure est étymologiquement issu du latin *concludere* qui signifie initialement « fermer, enfermer », il s'agira bien ici de trouver les mots de la fin pour ce travail, mais certainement pas d'y clore la discussion qui, elle, je l'espère ainsi en tout cas, pourra se poursuivre.

L'empathie, connue comme la capacité de se mettre à la place de, est souvent pensée comme une qualité relationnelle, une faculté importante pour permettre la compréhension, et garante d'une vie collective apaisée. Elle est de plus en plus réclamée en psychiatrie, notamment dans cette période tourmentée où ses contestataires pointent une "déshumanisation des soins" alarmante. On entend par déshumanisation une tendance à la standardisation des soins, à une instrumentalisation de la personne, à une considération du patient secondaire à son diagnostic et à son protocole de soins, comme un désintérêt des professionnels à l'égard des relations qu'ils établissent avec leurs patients.

L'empathie, cette modalité de relation à l'autre, cette façon de comprendre l'autre intuitivement, comme je vous l'ai montré au fil du chapitre 1, évoque les idées de bienveillance, de neutralité, d'écoute, d'altruisme et de ce que j'ai qualifié d'émotionnalité, et elle paraît toute désignée pour répondre au problème de l'instrumentalisation déshumanisante du patient.

Quand un patient traverse la tempête, il va volontiers se tourner vers un professionnel pour que ce dernier lui apporte des explications rassurantes sur ce qu'il vit. Et il est d'autant plus facile pour le psychiatre d'y trouver des explications communes. Que ce soit par les

neurosciences qui apportent actuellement quantité de réponses au sujet du comportement des individus, ou par l'usage du paradigme dit intégratif, qui mélange et croise différentes théories de différents champs et fournit ainsi une offre pragmatique de solutions, le psychiatre peut prétendre éclairer les ténébreuses confusions des patients.

Par ailleurs, le psychiatre étant un médecin se devant d'in-former son patient, de pratiquer des examens objectifs et de rester neutre, je me suis attardée dans mon étude à préciser sa position, son rôle, tels que décrits dans certains discours sur la relation médecin-patient. C'est pour toutes ces raisons que dans cette scène thérapeutique, j'ai mis en scène tout au long de ce travail deux acteurs, l'expert-psychiatre en blouse blanche (statut qu'il tire de son expérience médicale et de sa capacité d'interprétation de connaissances scientifiques) – celui qui éclaire de son savoir par l'explication de manière neutre et objective – face à un patient-profane – dans l'obscurité de son ignorance.

Comment intervient l'empathie dans ce cadre ? Comme un adjuvant (naturel) à manipuler avec des gants, car elle soulève plusieurs problèmes : d'abord, en désignant une participation émotionnelle voire une identification, elle réclame au psychiatre-expert de ne pas laisser émerger sa subjectivité, attitude qui paraît contraire à sa posture objective. Ainsi donc, elle implique une conduite contrôlée nécessitant un savant dosage entre subjectivité et objectivité – va-et-vient perçus comme inconfortables par les professionnels qui en parlent. Ensuite, par sa synonymie avec l'impartialité, l'empathie ouvre la possibilité d'acceptation et de tolérance même à l'égard de discours autoritaires que je désignais comme déshumanisants.

Pour toutes ces raisons, l'empathie ne répond pas à mon problème de départ, car elle ne permet quand même pas de surmonter le problème de l'instrumentalisation déshumanisante du patient. Il m'a fallu dès lors m'intéresser à la notion de posture, ce rôle que l'on endosse, cet engagement que l'on prend en tant que psychiatre-psychothérapeute dans la relation avec le patient.

La posture de cet expert-psychiatre m'a fait écho à une réflexion de Donna Haraway, philosophe et biologiste américaine, qui déplore que « les scientifiques sont ceux qui peuvent interroger mais ne pas être interrogés »²⁶¹. L'expert-psychiatre examine, étudie, diagnostique, explique et in-forme mais sa quête d'objectivité le tient éloigné de son patient. Il use d'empathie pour créer de l'alliance thérapeutique, afin de mieux obtenir son consentement aux soins.

Pour aller plus loin et mieux comprendre cette posture et ses implications, j'ai ainsi été amenée à me pencher sur cette manière de faire, façonnée par une certaine manière de voir. Étudier quelques principes à l'œuvre dans la recherche scientifique et ses tentatives explicatives m'a permis de dégager les raisons qui contribuaient selon moi à cette instrumentalisation. En m'intéressant entre autres exemples à l'objet empathie dans ce paradigme, j'ai croisé quelques personnages qui considéraient l'humanité comme naturellement bonne, naturellement empathique "de fait" et qui ont cherché à prouver l'existence d'une empathie innée, pré-existante aux individus car déjà dans leur nature, c'est-à-dire pré-déterminée par un bon fonctionnement de leurs gènes, de leur cerveau, de leurs neurones.

S'intéresser aux causes ou aux origines de cette aptitude la réduit au bon fonctionnement de fragments plus petits de l'individu, situés au niveau d'un cerveau, de neurones, de gènes – ce que je nomme des "en-dedans". Mais ils deviennent des "en-dehors" de l'individu humain qui le transcendent par leur éloignement de nos réalités dans les relations thérapeutiques que l'on construit (et ailleurs), et surtout dans les responsabilités alors mises en cause. Ces "en-dedans" devenant "en-dehors", deviennent alors inaccessibles à la discussion, et au patient-profane lui-même incapable de se les approprier. Moins discutables aussi, car s'intéresser au pourquoi (les causes, les origines) n'est pas s'intéresser au pour-quoi (les raisons et les intentions) et au comment l'individu est au contact du monde.

Cette forme d'humanisation par empathie ne concerne pas un humain dans le sens existentialiste de l'être humain, mais un humain dans le sens de l'espèce humaine (Homo

261 Donna Haraway citée dans *Penser comme un rat*, de Vinciane Despret.

sapiens). En naturalisant l'empathie, et en l'humanisant dans un certain sens, les sciences dites naturelles et par extension la médecine tentent surtout de l'expliquer.

Alors, la façon de considérer un patient (et plus largement un individu), n'est ni une question d'empathie, ni une question d'humanisation, car les deux s'accommodent très bien d'une science qui sait pour ses patients en leur ôtant la parole. Tout comme le scientifique, l'expert-psychiatre s'intéresse lui aussi au pourquoi des causes et des origines en les mobilisant jusqu'en consultation, en délaissant ce pour-quoi singulier au patient.

Revenons un instant auprès de nos voyageurs de La Nef des fous, que nous avons croisés en introduction : faisant appel au psychiatre dans la tempête, qu'advierait-il ? L'expert-psychiatre, en quête de causes et d'origines, étudierait les indices météorologiques et d'autres indicateurs de la toile, s'intéresserait surtout à la tempête, mais moins aux voyageurs qui la traversent – il soigne la maladie sans prendre soin du patient. L'autre écueil de cette démarche explicative est qu'en se focalisant sur la tempête, il pourrait prévoir des tempêtes dans les ciels sereins des voyageurs.

Si la médecine somatique a pour vocation d'expliquer une physiologie des organes, la psychiatrie doit-elle, elle aussi, en tant que spécialité médicale, trouver une physiologie à la pensée, ou d'autres considérations prescriptives naturalisantes (doit-elle expliquer plutôt que comprendre) pour mieux considérer ses patients ? L'empathie transformant les soins en humanisant l'individu Homo sapiens m'a conduit à me distancier du concept même d'humain, et dès lors à transformer mon problème tel que je le posais initialement, en dé-naturant le concept d'individu pour travailler à celui de singularité.

On pourrait me reprocher d'entretenir un vieux débat à l'œuvre depuis bien longtemps maintenant, celui d'expliquer ou de comprendre, celui qui questionne l'appartenance de la psychiatrie tantôt aux sciences humaines ou tantôt aux sciences naturelles. Ni l'une ni l'autre de ces catégories ne m'a paru intéressante ici dans la mesure où faire exister l'une fait exister l'autre.

Se distancer de ce cloisonnement pour notre discipline permet selon moi de ré-interpréter ce que la science explicative qualifie de données. L'interprétation non-naturalisante desdites données permet un pas de côté (une "nouvelle donne") par rapport aux paradigmes explicatifs. Réinterpréter des données dans un autre paradigme, celui-là constructiviste (celui qui s'intéresse moins à l'essence qu'à l'être), c'est les transformer et, dans ce sens, abandonner l'idée même d'une possible objectivation et d'une production de données.

Abandonner, étymologiquement *a ban donner*, qui signifie « donner à ban », autrement dit laisser en liberté, n'a donc pas été tant d'en faire un deuil douloureux qu'en éprouver une libération réjouissante.

Mettre l'accent sur cette priorité psychothérapique et relationnelle (tout en restant psychiatrique) nous rend acteurs de la relation thérapeutique, réclamant ainsi au psychiatre d'abandonner son costume d'expert mais aussi au patient de désapprendre son rôle de pantomime-profane pour acquérir sa responsabilité dans la construction de sa réalité. Voilà ce que j'entends par singularité. Amener les patients pris dans leurs tempêtes dans un "ici et maintenant" tout aussi singulier de la consultation, dans la co-construction d'une relation étayante mais non de dépendance, me paraît constituer un socle fondamental pour le psychiatre-psychothérapeute, qui n'a alors plus besoin de convoquer des causes extérieures (bien qu'il puisse faire exister des objets distanciés, mais qui n'existent qu'avec et qu'en présence du sujet – par exemple, un médicament, une phobie, une maladie, une émotion, une raison), mais bien de s'engager, prendre part à la relation, construire et déconstruire les réalités, à l'aide de son principal matériel, la discussion.

Réfléchir étant étymologiquement retourner, j'ai retourné l'empathie dans tous "mes" sens pour m'apercevoir que je voulais parler non pas d'outils de communication mais bien de relation.

En réfléchissant, étymologiquement en courbant le regard – mais sans pour autant le fléchir –, j'ai croisé et me suis confrontée à la Gestalt-thérapie, au courant humaniste, à la phénoménologie et au constructivisme, et s'est alors dessiné pour moi un nouveau paradigme

(un paradigme singulier, et non la juxtaposition de ceux-ci dans une intégration). Partir du principe que « l'individu n'existe pas en tant que tel, [qu']il n'existe que dans sa relation à l'environnement et à l'altérité » (Masquelier-Savatier 2015b : 291) comme le propose la Gestalt-thérapie, est l'amorce d'un autre paradigme, celui-là constructiviste, où l'on pense l'individu au singulier dans sa réalité (s'il est pluriel ce n'est que dans ses rôles), pris dans un monde constitué aussi d'autres réalités.

Amorcer (au sens de commencer le comble) des constructions de réalités, en déconstruire les pans fragilisés, en consolider certains autres, voilà une expérience captivante sans qu'elle condamne à vivre dans la captivité d'un quelconque déterminisme. Dès lors, en guise de préliminaire, étymologiquement sur le seuil de notre construction de la relation, il faut bien s'entendre collectivement sur une chose : qu'il n'y pas d'évidences et que rien ne va de soi. Ainsi, construire une relation de soins entre psychiatre-psychothérapeute et patient devient alors la construction d'une compréhension commune, en partant d'un principe : le malentendu fondamental.

Il ne s'agit plus de se mettre à la place de – comme on le ferait intuitivement par empathie. Réfléchir à l'empathie a donc aussi consisté à tourner mon regard dans une direction différente, non pas par un retour en arrière comme le suggère le préfixe re-, mais bien dans une autre voie, celle de la construction et de la considération des voix en présence. Ainsi, vous l'aurez compris, ce chemin ne passe non pas par l'explication ni même la compréhension des individus, mais par la construction thérapeutique dans la discussion par l'engagement de nos singularités.

VU et approuvé
Strasbourg le 1^{er} avril 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



VU
Strasbourg le 02/03/2020
Le Président du Jury de Thèse


Professeur Gilles BERTSCHY

Bibliographie

Abi-Rached Joëlle M. et Rose Nikolas (2014) : « Historiquer les neurosciences », dans Chamak Brigitte et Moutaud Baptiste, *Neurosciences et Société : Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Malakoff : Éditions Armand Colin, pp. 51-77.

Aboucaya Ève (2018) : « L'empathie, la clé pour une relation parents-enfants apaisée », *Parole de mamans*, 01/03, en ligne, URL : <https://paroledemamans.com/enfant-3-6-ans/education1/l-empathie-la-cle-pour-une-relation-parents-enfants-apaisee>, consulté le 12 juin 2019.

AFP (2018) : « À l'hôpital psychiatrique Pinel, la crainte de la "déshumanisation" des soins. », *Le Point*, 25/08, en ligne, URL : https://www.lepoint.fr/economie/a-l-hopital-psychiatrique-pinel-la-crainte-de-la-deshumanisation-des-soins-25-08-2018-2245704_28.php, consulté le 08 février 2019.

AFP (2019) : « Les automobilistes italiens devront désormais équiper leur véhicule d'un dispositif anti-oubli de bébé », *Le Monde*, 7/11, en ligne, URL : https://www.lemonde.fr/international/article/2019/11/07/les-automobilistes-italiens-devront-desormais-equiper-leur-vehicule-d-un-dispositif-anti-oubli-de-bebe_6018355_3210.html, consulté le 9 novembre 2019.

Association Médicale Mondiale (2017) : *Déclaration de Genève, le serment du médecin*. URL : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>, consulté le 14 octobre 2018.

- Bernard Claude (1951) : *Introduction à la médecine expérimentale. Première partie*. Paris : Édition Larousse.
- Birgé Robin (2018) : *La tragédie de l'expert ou "Langagement en science-friction" comme réponse à la déconstruction de l'autoritarisme et du relativisme de l'expertise scientifique par la sociologie dramaturgique*. Thèse de doctorat en épistémologie politique, Université de Montpellier.
- Birman Joël et Hoffmann Christian (2013) : « Le sujet en excès dans la biopolitique », *Topique*, n°123, pp. 101-108.
- Bizouarn Philippe (2019) : « Evidence-based Medicine et expertise clinique », *Multitudes*, n°75, pp. 103-113.
- Bogaert Éric (2019) : « Quel est l'objet de la psychiatrie ? », *Pratiques*, n°84, pp. 12-15.
- Bosing Walter (2012) : *Tout l'œuvre peint de Bosch*. Köln : Édition Taschen.
- Bougnoux Daniel (1993) : *Sciences de l'information et de la communication*. Paris : Édition Larousse, p. 239.
- Bouleuc Carole et Poisson Dominique (2014) : « La Décision Médicale Partagée », *Laennec*, tome 62, pp. 4-7.
- Bour Hélène (2019) : « L'empathie serait souvent évitée à cause de l'effort mental. » *Santé magazine*, 24/04, en ligne, URL : <https://www.santemagazine.fr/actualites/actualites-psycho-sexo/lempathie-serait-souvent-evitee-a-cause-de-leffort-mental-361904>, consulté le 15 mai 2019.
- Borrel Philippe (2009) : *Un monde sans fous ?* Long métrage.
- Briffault Xavier (2013) : « Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'Evidence-Based Mental Medicine. » *Topique*, n°123, pp. 23-40.
- Bruneel Roland (2019) : « Procès Van Eyken : peu d'empathie des prévenus à l'égard de la victime. » *RTBF*, 07/06, en ligne, URL :

https://www.rtf.be/info/regions/bruxelles/detail_proces-van-eyken-peu-d-empathie-des-prevenus-a-l-egard-de-la-victime?id=10241138, consulté le 18 juillet 2019.

C-marketing (2019) : « L'empathie, clé d'un marketing plus humain » 27/01, en ligne, URL : https://c-marketing.eu/lempathie-cle-dun-marketing-plus-humain/#Empathie_et_market, consulté le 3 juillet 2019.

Callon Michel (1998) : « Des différentes formes de démocratie technique », *Annales des mines*, n° 9, pp. 63-73.

Castro Julie (2011) : « Regards croisés sur les sexualités vénales », *Revue française de science politique*. Presses de Sciences Po, vol 61, n°5, pp. 968-972.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2017) : en ligne, URL : <http://www.cnrtl.fr/>.

Chamak Brigitte et Moutaud Baptiste (2014) : « La vie sociale des neurosciences » dans *Neurosciences et Société : Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Malakoff : Éditions Armand Colin, pp. 9-19.

Ciccotti Serge (2007) : *150 petites expériences de psychologie pour mieux comprendre nos semblables*. 2^e édition. Paris : Édition Dunod.

Crocq Marc-Antoine et Guelfi Julien-Daniel (2016) : *Mini DSM-5*. Issy-les-Moulineaux : Édition Elsevier Masson.

Decanter Bernard, Cacault Jean-Alain, Gautier Isabelle, Cressard Piernick, Leriche Bertrand, Mozar Alex, Rault Jean-François & Stefani François (2012) : *L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun*, Commission Nationale Permanente de l'Ordre National des Médecins.

Decety Jean (2002) : « Naturaliser l'empathie. » *L'Encéphale*, vol. 28, n°1, pp. 9-20.

Decety Jean (2010a) : « Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. » *Revue de neuropsychologie*, vol. 2, pp. 133-144.

- Decety Jean (2010b) : « La force de l'empathie », *Cerveau & Psycho*, n°38, pp. 43–49.
- Demazeux Steeve (2011) : *Le lit de Procuste du DSM–III. Classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale*. Thèse de philosophie, Paris 1.
- Despret Viviane (2009) : *Penser comme un rat*. Versailles : Éditions Quae.
- De Junco Yves (1964) : « Hippocrate », *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, n°2, pp. 188–196.
- De Waal Frans (2009) : *L'âge de l'empathie. Leçons de la nature pour une société solidaire*. Arles : Édition Actes Sud.
- Dirickx Aurélie (2016) : « Carl Cederström, André Spicer, Le syndrome du bien-être. » *Lectures, liens socio*, en ligne, URL : <http://journals.openedition.org/lectures/21007>.
- Dunod (2019) : *L'empathie pour manager demain. Du Management au Leadership*.
Présentation par l'éditeur du livre de Vandebussche–Masclat Isabelle, en ligne, URL : <https://www.dunod.com/entreprise-economie/empathie-pour-manager-demain-du-management-au-leadership>, consulté le 2 juillet 2019.
- Durie Amandine, Liszka Teresa, Marsault Benoît & Meyer Christel (2019) : « Le temps à l'hôpital psychiatrique », *Pratiques*, n°84, pp. 16–19.
- Erhenberg Alain (2004) : « Le sujet cérébral ». *Esprit*, vol. 309, n°11, pp. 130–55.
- Eurométropole de Strasbourg : « Barbara Kruger, sans titre » *Site de la ville de l'eurométropole de Strasbourg*, en ligne, URL : <https://www.strasbourg.eu/lieu/-/entity/id/686080>, consulté le 5 mai 2019.
- Falissard Bruno (2012) : « La mesure de la subjectivité » dans Guelfi Julien–Daniel et Rouillon Frédéric, *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition. Édition Paris : Elsevier–Masson, pp. 136–142.
- Falissard Bruno (2018) : « Neurologie et psychiatrie : éloge d'une différence. » *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 7, pp. 181–186.

- Favereau Éric (2019) : « Psychiatrie, un système sous contention. » *Libération*, 08/01, en ligne, URL : https://www.liberation.fr/france/2019/01/08/psychiatrie-un-systeme-sous-contention_1701720, consulté le 5 juin 2019.
- Fichte Johann Gottlieb (2015) : « L'appel réciproque à la liberté », dans Szymkowiak Mildred, *Autrui*. Paris : Édition Flammarion, pp. 103–108.
- Feys Jean-Louis (2014) : *Quel système pour quelle psychiatrie ?*, Paris : Édition Presses Universitaires de France.
- Feys Jean-Louis (2017) : « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie. » *L'information psychiatrique*, vol. 93, pp. 457–463.
- FondaMental, Site internet de *La Fondation FondaMental*, en ligne, URL : <https://www.fondation-fondamental.org>, consulté le 14 octobre 2019, <https://www.fondation-fondamental.org/nous-connaitre/nos-partenaires> consulté le 8 août 2019, <https://www.fondation-fondamental.org/nous-connaitre/nos-missions/recherche>, consulté le 8 août 2019.
- FondaMental (2019a) *25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence*. Contribution au grand débat national, en ligne, URL : https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/propositions_psychiatrie_sortir_de_l_etat_d_urgence.pdf, consulté le 22 juin 2019.
- FondaMental (2019b) *Le petit passage à vide*. Courte vidéo pour la campagne sur la dépression, sur la page Youtube de la Fondation, 8/10, en ligne, URL : <https://www.youtube.com/watch?v=DngbvFntZdg&t=6s>, consulté le 12 novembre 2019.
- Foucault Michel (2003) : *Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973–1974*. Paris : Seuil/Gallimard.
- France Info (2017) : « Éducation, l'exemple d'une école bienveillante à Trappes », *France TV Info*, 16/05, en ligne, URL : https://www.francetvinfo.fr/societe/trappes/education-l-exemple-d-une-ecole-bienveillante-a-trappes_2194127.html, consulté le 12 juin 2019.

Garré Coline (2016) : « Quatre millions pour mieux comprendre la physiopathologie », *Le quotidien du médecin*, 04/04, en ligne, URL :

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/recherche-science/quatre-millions-pour-mieux-comprendre-la-physiopathologie>, consulté le 12 août 2018.

Georgieff Nicolas (2009) : « Neurosciences et psychiatrie : intégration ou grand écart ? », *L'Information psychiatrique*, vol. 85, pp. 429-438.

Gould Stephen Jay (1983) : *La mal-mesure de l'homme*. Paris : Édition Ramsay.

Grenouilloux Armelle (2019) : « La neuronisation de la psychiatrie. Éternel retour du mythe ? », *Multitudes*, n°75, pp. 91-101.

Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric (2012) : *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition. Paris : Édition Elsevier-Masson.

Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric (2012) : « L'examen clinique » dans Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric, *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition. Paris : Édition Elsevier-Masson, pp. 125-131.

Gueullette Jean-Marie (2011) : « Le pouvoir de guérir. Une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? », *Les cahiers philosophiques*, n°125, pp. 80-88.

Hacking Ian (1998) : *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Paris : Le Seuil.

Hardy-Baylé Marie-Christine (2012) : « Modèles théoriques en psychiatrie – Épistémologie » dans Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric, *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition. Paris : Édition Elsevier-Masson, pp. 13-25.

Haudiquet Xavier (2013) : « Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir ? », *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*. N°17, pp. 65-78.

Haute Autorité de Santé (2007) : *Schizophrénies*. Guide Affection Longue Durée, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf.

Haute Autorité de Santé (2012) : *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux*. Argumentaire scientifique. Recommandation de bonne pratique, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/argumentaire_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf.

Haute Autorité de Santé (2013a) : *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée»*. Synthèse de l'état des lieux, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf.

Haute Autorité de Santé (2013b) : *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée»*. États des lieux, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf.

Haute Autorité de Santé (2016) : *Colloque HAS, la dynamique patient : innover et mesurer*. Paris le 16/11, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2672110/fr/colloque-has-la-dynamique-patient-innover-et-mesurer-paris-16-novembre-2016.

Haute Autorité de Santé (2017) : *Décision médicale partagée – De nombreux freins, quelques avancées*, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974293/en/decision-medicales-partagee-de-nombreux-freins-quelques-avancees.

Haute Autorité de Santé (2018) : *Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé*. Fiche méthodologique, en ligne, URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf.

Hazan Adeline et Deloche Sandrine (2019) : Entretien, « Je rêve d'une société qui enferme moins. » *Pratiques*, n°84, pp. 6-10.

Hochmann Jacques (2012) : *Une histoire de l'empathie*. Paris : Édition Odile Jacob.

HumaPsy (2019), « 9ème Semaines De La Folie Ordinaire (SDLFO)... », 04/01, en ligne, URL : <https://humapsy.wordpress.com/2019/01/04/en-2019/>, consulté le 15 février 2019.

Iandolo Constantino (2001) : *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication*. Paris : Édition MMI.

INVS : « Contexte et enjeux de la surveillance. » *Agence nationale de santé publique*, en ligne, URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Contexte-et-enjeux-de-la-surveillance-le-role-de-Sante-publique-France>, consulté le 23 mai 2019.

Joignot Frédéric (2011) : « Jérémy Rifkin, une empathie nouvelle gagne l'humanité. » Interview. *Le Monde*, 16/04, en ligne, URL : https://www.lemonde.fr/week-end/article/2011/04/15/jeremy-rifkin-une-empathie-nouvelle-gagne-l-humanite_1507194_1477893.html, consulté le 8 juin 2019.

Jonze Spike (1999) : *Dans la peau de John Malkovich*. Long-métrage.

Knaebel Rachel (2018) : « < FondaMental >, la fondation qui veut sauver la psychiatrie en partenariat avec les labos », *Bastamag*, 15/10, en ligne, URL : <https://www.bastamag.net/Fondamental-la-fondation-qui-veut-sauver-la-psychiatrie-en-partenariat-avec-les-labos>, consulté le 12 septembre 2019.

Laboratoire Hyperthèses. Site internet, URL : <https://hypertheses.org>.

Larousse : Dictionnaire en ligne, URL : <https://www.larousse.fr/>.

Latour Bruno (1983) : « Comment redistribuer le Grand Partage ? », *Revue de Synthèse*, n°110 pp. 203–236, réédité par *La Revue du Mauss* (1988) n°1, pp. 27–65, en ligne, URL : <http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/15-GRAND-PARTAGEpdf.pdf>.

Laval Catherine (2019) : « La pédopsychiatrie low-cost », *Pratiques*, n°84, pp. 32–34.

Legifrance (2016) : « Décret n° 2016–1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation ». 27/11, en ligne, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>, consulté le 4 avril 2020.

Lemerle Sébastien (2016) : « Trois formes contemporaines de biologisation du social », *Socio*, vol. 6, en ligne, URL : <https://journals.openedition.org/socio/2329>.

Lemerle Sébastien (2017) : *La biologisation du social. Discours et pratiques*. Paris : Presses Universitaires de Paris Nanterre.

Lemerle Sébastien (2018) : « Neurobiologisation du social et socialisation des savoirs neurobiologiques : le cas du cerveau reptilien », Colloque *Biologiser les faits sociaux. La "biologie" comme justification des discours et des pratiques*, 22–23/11, ENS de Lyon.

Letourmy Alain et Naïditch Michel (2019) : « L'émergence de la démocratie sanitaire en France », *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 15–22.

Le Dévédec Nicolas (2014) : « Mathieu Bellahsen, < La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle > » *Lectures*, en ligne, URL : <http://journals.openedition.org/lectures/15258>, consulté le 21 octobre 2019.

Le Goff Rémi (2019) : « La misère de la psychiatrie : histoire de trente-cinq années de réformes. » *Le vent se lève*, 01/06, en ligne, URL : <https://lvsl.fr/la-misere-de-la-psychiatrie-histoire-de-trente-cinq-annees-de-reformes/>, consulté le 5 juin 2019.

Le Men Claire (2019) : *Le syndrome de l'imposteur*. Bande dessinée. Paris : La Découverte.

Le Monde (2018) : « La psychiatrie, un secteur en état d'urgence ». Éditorial. *Le Monde*, 18/08, en ligne, URL : https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/08/18/la-psychiatrie-un-secteur-en-etat-durgence_5343765_3232.html, consulté le 5 juin 2019.

Le Progrès (2019) : « La psychiatrie réclame des moyens pour "des soins plus humains". », *Le progrès*, 23/01, en ligne, URL : <https://www.leprogres.fr/france-monde/2019/01/23/la-psychiatrie-reclame-des-moyen-pour-des-soins-plus-humains>, consulté le 5 juin 2019.

Le quotidien du médecin (2019) : « La psychiatrie publique se mobilise, en quête d'un nouveau souffle », 21/01, en ligne, URL : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/la-psychiatrie-publique-se-mobilise-en-quete-dun-nouveau-souffle>, consulté le 22 juin 2019.

Les apprentis parents (2019) : « 4 astuces pour développer l'empathie chez son enfant », 09/04, en ligne, URL : <https://lesapprentisparents.fr/2019/04/09/4-astuces-pour-developper-lempathie-chez-lenfant/>, consulté le 12 juin 2019.

Libération (2019) : « L'association américaine GLAAD a salué des travaux confirmant qu'< être gay ou lesbienne est une partie naturelle de la vie humaine > », *Libération avec AFP*, 29/08, en ligne, URL : https://www.liberation.fr/sciences/2019/08/29/le-gene-gay-n-existe-pas-mais-l-orientation-sexuelle-a-une-composante-genetique_1748188, consulté le 25 septembre 2019.

L'Obs (2019) : « < Ce qui est en crise, c'est notre hospitalité > : la psychiatrie craque », 24/01, en ligne, URL : <https://www.nouvelobs.com/sante/20190124.OBS10443/ce-qui-est-en-crise-c-est-notre-hospitalite-la-psychiatrie-craque.html>, consulté le 14 mai 2019.

Masquelier-Savatier Chantal (2015a) : *La Gestalt-thérapie*. Paris : Édition Que Sais-je ?

Masquelier-Savatier Chantal (2015b) : *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie*. Paris : InterEditions.

Maugert Amélie : « Prostitution à l'époque moderne (15^e-18^e siècles) » *Encyclopædia*

Universalis, en ligne, URL :

<http://www.universalis-edu.com/acces-distant.bnu.fr/encyclopedie/prostitution-a-l-epoque-moderne-xve-xviii-siecles/>, consulté le 20 février 2020.

Mirandel Bastien (2019) : « Dans les écoles belges et danoises, on apprend l'empathie en

cours », *Néon*, 18/02, en ligne, URL : [https://www.neonmag.fr/dans-les-ecoles-belges-et-danoises-on-apprend-lempathie-en-cours-523695.html?](https://www.neonmag.fr/dans-les-ecoles-belges-et-danoises-on-apprend-lempathie-en-cours-523695.html?fbclid=IwAR01LK3QhTK8Y1UFJclP3FYfEUeanYYeoHJKXMiLBz3yI8jRzFycJ2D7_D4)

[fbclid=IwAR01LK3QhTK8Y1UFJclP3FYfEUeanYYeoHJKXMiLBz3yI8jRzFycJ2D7_D4](https://www.neonmag.fr/dans-les-ecoles-belges-et-danoises-on-apprend-lempathie-en-cours-523695.html?fbclid=IwAR01LK3QhTK8Y1UFJclP3FYfEUeanYYeoHJKXMiLBz3yI8jRzFycJ2D7_D4),

consulté le 13 juin 2019.

Mouillot Pauline (2019) : « La carte mondiale des QI, relayée par des comptes d'extrême

droite, a-t-elle une valeur scientifique ? », *Libération*, 14/11, en ligne, URL :

https://www.liberation.fr/checknews/2019/11/14/la-carte-mondiale-des-qi-relayee-par-des-comptes-d-extreme-droite-a-t-elle-une-valeur-scientifique_1754773,

consulté le 16 novembre 2019.

Nathan Tobie (1999) : « Manifeste pour une psychopathologie scientifique » dans Nathan

Tobie et Stengers Isabelle (1999) *Médecins et sorciers ?* Paris : Institut d'édition Sanofi-synthélabo, pp. 9-40.

Nathan Tobie et Stengers Isabelle (1999) : *Médecins et sorciers ?* Paris : Institut d'édition

Sanofi-synthélabo.

Noël Louise (2004) : *Je m'attache, nous nous attachons*. Montréal : Beliveau Éditeur.

Normandin François (2017) : « Empathie : trop, c'est comme pas assez... », *Gestion HEC*

Montréal, 15/01, en ligne, URL : <https://www.revuegestion.ca/empathie-trop-c-est-comme-pas-assez>, consulté le 3 juillet 2019.

Olivero Alexandra et Palazzolo Jérôme (2008) : « Informer le patient en psychiatrie : entre

pratique clinique et réflexion anthropologique », *Annales médico-psychologiques*, vol.

166, pp. 163-171.

Organisation Mondiale de la Santé : *Santé mentale*. En ligne, URL :

https://www.who.int/topics/mental_health/fr/, consulté le 4 juillet 2019.

Organisation Mondiale de la Santé : *Constitution*. URL : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>, consulté le 4 juillet 2019.

Oude-Engberink Agnès, Badin Mélanie, Carbonnel François, Clary Bernard, Serayet Philippe, Pavageau Sylvain & Bourrel Gérard (2016) : « La recherche qualitative : une opportunité de repenser l'EBM », *Presse Med*, n°45, pp. 387-389.

Pardonnet Florie (2019) : *Comment apprendre l'alliance thérapeutique en psychothérapie ? Réflexions et outils à partir des thérapies brèves*. Thèse de psychiatrie, Université de Strasbourg.

Phillips Todd (2019) : *Joker*. Long métrage.

Postel Jacques (2011) : *Dictionnaire de la psychiatrie*. Paris : Larousse.

Postel Jacques (2012) : « Introduction à l'histoire de la psychiatrie » dans Guelfi Julien-Daniel et Rouillon Frédéric, *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition. Paris : Édition Elsevier-Masson, pp. 3-13.

Pouget-Abadie Jean-François (2011) : « Serment d'Hippocrate », *Espace de réflexion Éthique Poitou-Charentes*, en ligne, URL : https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_152933-serment-d-hippocrate.pdf, consulté le 14 septembre 2019.

Pratiques : Le site de *Pratiques, Cahiers de la médecine utopique*, <https://pratiques.fr/-Qui-sommes-nous>, consulté le 15 mai 2019.

Pratiques magazine (2019) : « Où va la psychiatrie ? » *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, n°84, janvier.

- Printemps de la psychiatrie (2019) : Manifeste, « Pour un renouveau des soins psychiques », 30/01, en ligne, URL : <https://printempsdelapsychiatrie.org/2019/01/30/premier-article-de-blog/>, consulté le 7 mai 2019.
- Psychologies (2019) : « Méditer pour développer sa capacité empathique », 6/03, en ligne, URL : <https://www.psychologies.com/Culture/Spiritualites/Meditation/Articles-et-Dossiers/Mediter-pour-developper-sa-capacite-d-empathie/7>, consulté le 4 mai 2019.
- Queruel Nathalie (2013) : « Empathie : pour motiver, sachez fendre l'armure ! », *Capital avec Management*, 14/01, en ligne, URL : <https://www.capital.fr/votre-carriere/l-empathie-pour-motiver-sachez-fendre-l-armure-803001>, consulté le 1^{er} juillet 2019.
- Reboulleau Laetitia : « Comment travailler son empathie ? », *Marie-Claire*, en ligne, URL : <https://www.marieclaire.fr/,empathie-conseils-developpement,827765.asp>, consulté le 13 mai 2019.
- Rey Alain, Catach Laurent, Moreux Jean-Philippe & Pettoello Sébastien (2011) : *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Les dictionnaires Le Robert, epub.
- Robiliard Denys (2013) : *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information du 18/12 de l'Assemblée Nationale, en ligne, URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>, consulté le 5 juin 2019.
- Rogers Carl (2016) *Psychothérapie et relations humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Paris: ESF éditeur.
- Santé Publique France : « Le programme de santé mentale », Site de l'Agence nationale de santé publique, en ligne, URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Determinants-de-sante/Le-programme-sante-mentale>, consulté le 22 mai 2019.
- Sarkozy Nicolas (2008) : *Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008*. En ligne, URL :

<https://www.vie-publique.fr/discours/173244-declaration-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-sur-la-re>, consulté le 28 juillet 2019.

Sartre Jean-Paul (1996) : *L'existentialisme est un humanisme*. Paris : Éditions Gallimard.

Schneider Yves (2011) : *Sébastien Brant, Das Narrenschiff*. CNDP-CRDP, Académie de Strasbourg.

Shea Shawn Christopher, Terra Jean-Louis, Seguin Monique (2005) : *La conduite de l'entretien psychiatrique, L'art de la compréhension*. Paris : Édition Elsevier-Masson.

Sicard Monique (2019) : « Quel(s) regard(s) ? », conférence du 5/03 dans le cadre du séminaire *Architecture des images* de la Faculté des Arts, Université de Strasbourg.

Stengers Isabelle (1995) : *L'invention des sciences modernes*. Paris : Édition Flammarion.

Stengers Isabelle (1999) : « Le médecin et le charlatan », dans Nathan Tobie et Stengers Isabelle (1999). *Médecins et sorciers ?* Paris : Institut d'édition Sanofi-synthélabo, pp. 41-161.

Stengers Isabelle (2002) : *Sciences et pouvoirs. La démocratie face à la technoscience*. Paris : Édition La découverte.

Tisseron Serge (2010) : *L'empathie au cœur du jeu social*. Paris : Albin Michel.

Tisseron Serge : « Empathie : le danger des mystifications », *Le Cube*, en ligne, URL : <http://lecube.com/revue/empathie/empathie-le-danger-des-mystifications>, consulté le 21 juillet 2019.

Trémine Thierry (2017) : « Fureurs antiques, terreurs modernes. » *L'information psychiatrique*, 93(10), pp. 817-823.

Tribolet Serge et Shahidi Mazda (2013) : *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris : Éditions Heures de France, p. 182.

TVA Nouvelles (2019) : « < Manque d'empathie > : Legault s'excuse aux travailleurs de Velan », 06/06, en ligne, URL : <https://www.tvanouvelles.ca/2019/06/06/manque-dempathie-legault-sexcuse-aux-travailleurs-de-velan>, consulté le 15 juillet 2019.

Vannotti Marco (2002) : « L'empathie dans la relation médecin-patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°29, pp 213-237.

Watt Smith Tiffany (2019) : *Le Dictionnaire des émotions. Ou comment cultiver son intelligence émotionnelle*. Veules-Les-Roses : Éditions Zulma.

Watzlawick Paul (1978) : *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*. Paris : Édition du Seuil.

Watzlawick Paul, Helmick Beavin Janet & Jackson Don D. (2014) : *Une logique de la communication*. Paris : Édition Points.

Watzlawick Paul et Nardone Giorgio (2015) : *Stratégie de la thérapie brève*. Paris : Édition Points.

Wiktionnaire. Site internet du dictionnaire libre et gratuit, URL : <https://fr.wiktionary.org>.

Wilson Edward O. (1987) : *La sociobiologie*. Monaco : Le rocher, L'esprit de la matière.

Ziletti Lucile (2019) : *Réflexions autour des missions d'évaluation des capacités parentales en psychiatrie périnatale*. Mémoire de DES de psychiatrie, Université de Strasbourg.

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ZILETTI Prénom : Lucile

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG, le 9 Mars 2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé

Est-ce que la psychiatrie rime avec empathie ?

C'est ce à quoi je vous invite à *réfléchir* tout au long de ce travail pour nous questionner en tant que psychiatres sur la dimension relationnelle de nos soins. Car la psychiatrie rime aussi, on ne le sait que trop bien, avec folie mais aussi théories. Loin de n'être qu'une nuance anecdotique, en choisissant que la psychiatrie rime avec telle ou telle épistémologie, le patient peut être réduit au rôle d'un simple pantomime, et c'est bien là que la relation thérapeutique s'abîme. Peut-être trouverez-vous ces rimes redondantes voire évidentes, cette tentative d'articulation du propos d'une thèse maladroitement bégayante, et que ça ne rime "vraiment" à rien. Pourtant, faire rimer manières de voir et manières de faire en s'interrogeant sur cette notion de paradigmes, nous invite à un enthousiasmant relativisme ouvrant des perspectives pour des relations constructiv(ist)es.

Réfléchir sur le concept d'*empathie* implique étymologiquement de le « retourner ». Je l'ai donc examiné sous non pas toutes ses coutures mais seulement certaines, car loin de prétendre à un reflet fidèle et objectif d'une réalité, j'ai travaillé à en faire une reconstruction singulière (la mienne). Le Chapitre 1 de ce travail me sert ainsi à dégager les enjeux et attentes formulés à son égard, où l'empathie pourrait prétendre "sauver" la psychiatrie de la crise de déshumanisation des soins qu'elle traverse, et ce, en partant de la construction d'une image qui me paraît dominante tant chez les psychiatres que plus généralement dans la société. Alors ingrédient par excellence d'une possible humanisation des soins, l'empathie n'en reste pas moins un outil au service de la mise en place d'une alliance thérapeutique prise dans une relation psychiatre-patient qui me semble rester paternaliste, portée principalement sur l'explication causaliste des troubles que je situe justement au cœur de cette tendance "déshumanisante".

Réfléchir comme aussi « reporter sa pensée sur l'objet » *empathie* m'a amenée à en analyser les tentatives d'explication fournies par certaines études bio-psycho-neuroscientifiques. Le Chapitre 2 s'efforce donc de montrer que ce paradigme implique une fatale nécessité de lois naturelles et déterministes auxquelles est soumis l'*individu humain* et qui suscite certains problèmes pour nos pratiques, notamment concernant les responsabilités engagées par les psychiatres et par leurs patients, et le risque de psychiatrisation du social qu'il génère. C'est ainsi que pour répondre à la déshumanisation des soins, je propose non pas davantage d'humanisation empathique mais de transformer la notion d'*individu* naturellement explicable en celle de *singularité* porteuse de raisons.

Enfin, *réfléchir* sur le concept d'*empathie* ne se fera pas au prix d'un retour en arrière comme le préfixe *re-* pourrait le suggérer ni d'un fléchissement dans mes (nos) pratiques et valeurs. Il s'agira de travailler à *réfléchir* dans son sens de tourner dans une direction différente, d'infléchir en dirigeant l'œil et la pensée dans une autre voie que celle de l'explication ou même de la compréhension, l'une faisant exister l'autre. Ce renoncement à l'empathie développé dans le Chapitre 3 permet à mon sens de s'alléger des poids de l'autoritarisme, de la neutralité et du déterminisme que je lui associe. Ceci afin de *se con-centrer sur* (s'ajuster sur et avec) nos patients – et non sur leurs troubles – et de mieux les accompagner dans une démarche de responsabilisation vis-à-vis de leurs problèmes, en co-construisant avec eux d'autres possibles.

Rubrique de classement : psychiatrie

Mots-clefs : déshumanisation des soins, constructivisme, responsabilisation, paternalisme, explication des individus, compréhension des singularités, biologisation du social, discussion.

Président : Pr Gilles Bertschy

Assesseurs : Dr Jean-Georges Rohmer, Pr Carmen Schröder, Pr Pierre Vidailhet

Adresse de l'auteur : Lucile Ziletti, 29 rue Geiler, 67 000 Strasbourg