



Séance du 29 Septembre 2018

T. Nussberger : Vous êtes nombreux et parmi vous il y a des professionnels qui ont une longue et riche expérience, qui ont des spécialités et il nous semble intéressant de pouvoir faire en sorte de favoriser les échanges.

L'idée est de constituer des groupes de travail à partir d'affinités de thèmes. L'idée est de mettre au travail en fonction des différents contextes que vous avez. Du fait même que vous avez une riche expérience, c'est de la faire partager.

Le savoir qui va émerger sera de nous tous. Nous n'avons pas une parole de maître et notre regard n'aura en aucun cas une valeur universelle.

On ne part pas avec l'idée d'un savoir déjà-là mais on considère que l'enseignement sera produit à partir d'un dialogue. Et j'ajouterai : en partant de la pratique clinique, c'est-à-dire pas d'un corpus théorique mais bien de la pratique. Qu'est qu'on constate, qu'est-ce qu'on observe, quels sont les effets, et remonter à partir de là à la théorie, aller l'interroger, la titiller.

L'enseignement sera comme un nœud de Moebius. Vous prenez une ceinture, vous la tournez légèrement, vous faites une boucle et on voit l'intérieur qui devient l'extérieur et inversement. Vous mettez une fourmi dessus et, à un moment donné, elle sera à l'intérieur puis à l'extérieur. C'est le principe de praxis versus theoria, c'est-à-dire qu'il n'y aura jamais une théorie qui sera définie comme définitive, parce que ce que montre la pratique quand nous sommes en entretien, c'est qu'il n'y a aucune théorie qui vaut. Parce que la rencontre avec un patient, c'est la rencontre avec quelqu'un que l'on ne connaît pas, qui va venir avec une souffrance, un symptôme, un mal-être, une question, qui parfois nous désarçonne, qui d'autres fois nous interroge, nous laisse perplexes, parce qu'au fond, de la question qui surgit, on ne sait pas quoi en faire. On est tous confrontés à ça, c'est-à-dire il y a la surprise de la rencontre avec la surprise à quoi une personne va être confronté dans sa vie. Que ce soit une souffrance, un symptôme, etc. Et on se rend compte que la pratique mène toujours à une certaine forme de perplexité : de ce que la personne vient dire, je n'en sais rien, je ne sais pas ce qui se passe pour elle. Alors, comment vais-je m'orienter, me récupérer ? En m'orientant sur ce que j'ai pu apprendre, telle théorie, tel enseignement ? Ce qui va m'enseigner, c'est au fond la personne elle-même. C'est la personne qui va venir et que l'on va inviter à parler, inviter à nous dire de ce qui se passe pour elle. Pouvez-vous m'en dire quelque chose de votre souffrance, de votre difficulté ? Comment vous articulez ça ? Et, petit à petit, on va aller chercher la personne, pas d'une manière intrusive, mais en lui demandant si elle accepte qu'on lui pose des questions, si elle veut bien nous répondre, nous dire des choses sur elle. Elle est venue pour ça, certes, mais cette invite à nous dire quelque chose, à venir énoncer quelque chose qu'au fond elle ne sait pas. A venir nous parler, à s'adresser à nous, elle va venir nous parler, produire un savoir dans le fait qu'elle-même elle va parler. Ce qui est étonnant, c'est que les gens, les personnes nous disent qu'ils se connaissent bien, ça fait dix ans qu'ils se sont analysés. Depuis des décennies, les gens s'analysent eux-mêmes, ils sont informés par les revues, les lectures et donc ils savent faire l'analyse de ce qui se passe pour eux. Ils font la réflexion, qu'au fond ils n'ont pas besoin d'un avis puisqu'ils ont déjà fait eux-mêmes leur analyse. Si vous ne voulez pas faire d'analyse, on n'en fait pas mais parlez-moi ... Quand les gens commencent à parler, ils disent autre chose que ce qu'ils pensaient dire. Que tout à coup, ils parlent d'autres choses, puis il y a un raté, il y a un trou dans leur parole et là il se passe autre chose, quelque chose apparaît, un savoir nouveau à partir de leur symptôme est en train d'émerger. Ils pensaient que ça se situait là et, en parlant à un autre, tout à coup, ça se situe ailleurs.



C'est la rencontre avec le patient. Alors, après, c'est ce qu'on va faire de ce matériel que les personnes vont nous amener. Et c'est là qu'il y a, dans la rencontre, la façon dont chacun va s'orienter. On verra, en même temps, par rapport au symptôme, ce que l'on en fait. Par exemple, dans les TCC, c'est de répondre à une commande qui est : je souffre de ça, et là il a toute une méthode pour résoudre le problème. L'intérêt de l'entretien là, c'est de déterminer la problématique et puis d'aider la personne à franchir l'obstacle. Ou à apprivoiser la phobie, par exemple. Cet accompagnement qui se fait permet de franchir des difficultés et de parer une problématique. La reprise du travail, c'est important, ils ont besoin d'avoir une réponse rapide pour reprendre la voiture et quand ça marche, tant mieux car la personne peut reprendre la route.

On voit bien que selon les objectifs et les visées, les entretiens ne vont pas être menés de la même manière. Dans les TCC, ce sera la visée de rétablir un fonctionnement, de faire des connexions au niveau du cerveau, des réductions du symptôme. Et, dans la psychanalyse, ce sera de se dire ce qui est à l'origine de la phobie. A l'époque de Freud, ...

D. Sellem : Il s'agit d'abord de la question de la réponse, lorsque l'on affine avec la demande d'un souffrant. Il s'agit, lorsque l'on reçoit la personne, de repérer, au-delà de ce qu'elle dit qui la fait souffrir la réponse (les) qui peut y être apportée. Alors, effectivement, la réponse du côté du symptôme, les psychothérapies sont plutôt sous cet aspect-là. Que ce soient les TCC ou même les psychothérapies d'inspiration analytique : il y a aussi sous cet aspect-là de soulager, écouter d'abord et soulager le sujet, la personne qui vient parler de ce dont elle souffre. Et qui l'handicape, c'est ça que ça produit. Pour le sujet, ça réduit quelque chose dans son existence, dans sa vie : il s'agit de l'accompagner à réduire le symptôme. Alors, réduire le symptôme dans les psychothérapies, c'est ça. Alors, pour la psychanalyse, c'est un peu différent : peut-être qu'il s'agit aussi de retrouver et de permettre au sujet de repérer peut-être quelle fonction a pour lui, par exemple, sa phobie ou ses tocs. On est autour, je pense, de la question du sens. Est-ce qu'un symptôme a toujours un sens ? Ce n'est pas certain. Que s'agit-il de faire de ce sens, lorsqu'il y en a un ? Qu'est-ce que ça produit chez la personne, le sujet ? Alors, effectivement, c'est très différent en fonction des approches. Vous avez des pratiques les uns les autres très variées. Probablement que les entretiens que vous menez...

t. Nussberger : Il faut préciser qu'il n'y a pas qu'une psychanalyse (Lacan, Freudo-lacanian, kleinien, freudien, jungien, etc.). Les écoles ne s'entendent pas les unes avec les autres. Il y a des chapelles. On essaiera d'en faire une épistémologie. Quels sont les apports, les impasses de Jung, de Lacan ... Celles que l'on aura repérées.

Quand on commence à dire que telle ou telle thérapie ne vaut rien, c'est mettre à mal les gens qui les ont suivies. Parce que ceux à qui cela a apporté quelque chose, c'est important de le respecter. Chaque discipline a ses intérêts. On va essayer de voir lesquels mais aussi quelles impasses ces disciplines peuvent amener dans leur théorisation et dans leur pratique : où sont les points d'impasse et de butées ? Et on reviendra effectivement à notre enseignant, qui est le patient. Boucle de Moebius : le patient nous ramène toujours à ce qu'aucune théorie ne tient, puisqu'au fond, chaque patient est sa propre théorie. C'est important à souligner. La théorie va avoir un cap, une orientation. A partir de ce cap, on peut rencontrer des rochers, des tempêtes. Selon le cap défini, il y a des choses à régler dans le Réel. Disons que le rocher, c'est le Réel auquel on se cogne, auquel on est confronté et qui va mettre en question tout le montage symbolique qu'on aura essayé de mettre en place. Car c'est ça une théorie, c'est un montage symbolique, c'est un discours. Mais tout discours est, selon Lacan et Freud, toute théorie est un délire. Au fond, quand nous théorisons, nous délirons mais cette construction est importante parce qu'elle nous permet de nous orienter. C'est à dire que remettre la théorie en question ne veut pas dire qu'elle ne vaut rien. Toute théorie est importante et intéressante à partir du moment où vous les avez conçues comme un cap et une orientation et ensuite qu'elle nous permet,



par le Réel rencontré, de la remettre en question, de retrouver des pistes. Mais on voit bien comment s'articule la théorie : l'enseignement est important. Cela permet de voir comment les gens se sont mis au travail, ont théorisé, comment leur travail a évolué, comment ils l'ont remis en question. Ce travail d'étude est important. Et après, il y a la pratique qui va remettre en question tout cet apprentissage. Et ça va être la rencontre entre le genre d'étude qui nous oriente vers ceci et cela et le Réel nous fait rencontrer les roches et les rochers, les tempêtes, et là chacun a la limite, va peut-être reconstruire sa propre pratique à partir de chaque point sur lequel il s'est orienté, et aussi parce qu'il aura rencontré le patient qui, lui, l'aura enseigné. Parce que c'est le patient qui enseigne, c'est important de le rappeler.

B. Houbre : Je voudrais rebondir sur ce qui a été dit tout à l'heure sur le fait que les différentes orientations n'allaient pas toujours interroger l'origine de leurs constructions, de leur savoir, car cela vient interroger le statut de ce qui est considéré par certains comme la vérité sur l'être humain et sur la conception de l'homme et du coup, cela viendrait mettre à mal telle ou telle orientation. En prenant un peu de hauteur, sur le plan épistémologique, on voit bien quelles sont les idées qui ont pu inspirer tel ou tel courant, quelles conceptions elles ont de l'homme. Par exemple, dans les TCC, c'est d'abord avec le behaviorisme, ça a commencé par là, il y a une certaine naturalisation de l'être humain. Aujourd'hui, le naturalisme (poser l'être humain comme un animal) est la théorie dominante dans toutes les sciences. C'est la raison pour laquelle la psychanalyse est ... A partir de cette comparaison avec l'animal, on peut déduire, transposer à l'être humain. C'est la raison pour laquelle les neurosciences aujourd'hui ont le vent en poupe. L'être humain est rabattu du côté du corps, du cerveau, de la biologie. C'est ce que pose le naturalisme. Pour la psychanalyse, cette vision-là ne colle pas : ce n'est pas ce qu'elle présuppose pour l'être humain. Pour l'orientation analytique, l'être humain est foncièrement différent de l'animal et incomparable. La chose qui va les séparer, c'est qu'il y en a un qui parle et pas l'autre. Du coup, cela génère tout un tas de débat : qui a tort, qui a raison ? Ce sont deux visions de l'homme, distinctes, et le débat revient aujourd'hui beaucoup, vous en avez entendu parler, sous un autre biais, avec le spécisme/antispécisme, où cette question-là est posée. Pour les partisans du spécisme, il y a distinction entre l'être humain et l'animal. Pour les anti, il n'y a pas de distinction. Pour autant, à partir du moment où on parle de différence chez l'être humain, il y a forcément une hiérarchie qui apparaît quelque part. L'idée des anti, de dire qu'il n'y a pas de différence, cela vient interroger toutes les pratiques de la société actuelles qu'on a vis-à-vis des animaux, maltraitance, abattoirs, toutes ces choses-là. Après, après, est-ce qu'on ne peut pas penser la différence entre l'être humain et l'animal en étant quand même respectueux de l'animal.

T. Nussberger : En fait, les différentes orientations des psychothérapies sont tributaires de la façon dont on conçoit l'homme, c'est-à-dire que dans une rectification du comportement, on suppose que lorsqu'il y a tel symptôme, ce sont des infos au niveau du cerveau où il y a des connexions/reconnexions qui sont faites et il faut pouvoir rectifier ça. Ça, c'est une conception de l'homme, où l'homme est un corps et l'organe du cerveau, si cet organe-là peut avoir des défaillances, il va y avoir la problématique d'un handicap. C'est vrai, depuis une 30aine d'année, on a pu voir apparaître, car il y a l'épistémologie et le contexte historique, les mesures économiques ont fait changer les manières de ... les signifiants ont changé depuis pour des raisons économiques. Par exemple, quand l'hp s'occupait ... Depuis 30/40 ans, certains mots sont apparus et ont changé l'orientation. Par exemple, en psychiatrie, avant, quand il y avait des personnes psychotiques vieillissantes qui étaient accueillies en psychiatrie, elles y étaient accueillies parce que la psychose était considérée comme une maladie mentale et nécessitant des soins médicaux spécialisés, c'est-à-dire psychiatriques. Quand il était question de l'hôpital entreprise, dans les années 82, on a vu des pressions faites sur l'hôpital pour libérer des lits et certains psychiatres ont été invités à changer la terminologie, c'est-à-dire de faire passer les personnes psychotiques, donc de la psychiatrie, vers le handicap. Et c'est



à partir de là qu'on a vu le mot handicap apparaître. Donc, maintenant, on voit l'usage pour beaucoup. Cela change le soin, l'abord. Quand les patients étaient accueillis en psychiatrie, il y avait de la relation, des entretiens, une attention particulière à la personne, alors qu'à partir du moment où ils ont basculé dans le champ du handicap, dans le secteur médico-social, ces personnes devenaient des handicapés mentaux, accueillies dans des centres médico-sociaux, avec la création des MAS par exemple, la formation des AMP, qui coûtait moins cher que les infirmières psychiatriques. Donc, on voit comment l'économie a influé sur la prise en charge et sur les signifiants. On ne parle plus de psychose, on ne parle plus d'une certaine clinique, on oriente vers une autre clinique beaucoup plus médicalisée, et où c'est effectivement un dysfonctionnement du cerveau, de l'organe, qui est pris en compte et le sujet y apparaît beaucoup moins, voire plus du tout. D'où l'intérêt d'une épistémologie des théories mais aussi de recontextualiser dans l'histoire, comment on passe d'un mode de prise en charge à un autre. Là, au niveau du comportementalisme, de la manière de considérer l'être humain, on voit que la manière de le considérer n'est pas venue de manière neutre : il y a eu tout un contexte historique et un contexte économique.

- *Moi, j'avais une remarque sur comment on peut percevoir des changements au niveau politique, là vous faites référence au passage du sanitaire au médico-social. Je me faisais cette réflexion qu'il y a beaucoup de centres médicaux-sociaux qui sont paradoxalement des lieux de vie, là peut-être la psychiatrie a cessé de l'être. Et ce sont des endroits où il se passe des choses qu'il ne se passait plus dans les hôpitaux psychiatriques. Du passage de la psychose au handicap psychique. Ce qu'on perçoit beaucoup aujourd'hui maintenant en terme de définition, c'est qu'on parle non plus de maladie mais de troubles. Le trouble on va vouloir le sédaté ou l'apaiser. A partir du moment où le trouble sera lissé, il n'y aura plus forcément l'accompagnement de la personne, qui reste toujours avec son handicap ou sa pathologie.*

T. Nussberger : Un point sur lequel je ne serai pas d'accord avec vous, c'est quand vous dites que la psychiatrie n'assurait plus sa mission. Elle n'assure plus, non pas qu'elle ne veuille plus assurer. Car quand on écoute les infirmiers psychiatriques, les professionnels qui travaillent, ils dépriment carrément car tout le sens de leur travail est perdu. Du fait même qu'ils ne peuvent plus assurer. Qu'au niveau politique, on empêche leur mission d'être un lieu de vie. Ils en souffrent. C'est la démission de l'Etat avant la démission de la psychiatrie, pour permettre une meilleure prise en charge. Alors les centres médicaux sociaux se sont retrouvés avec des personnes ayant des maladies, des troubles psychiatriques, mais étaient complètement démunis, sans formation préalable. On ne parlait plus que de handicap, donc il fallait réadapter les comportements, redonner aux personnes un cadre de vie sans saisir qu'à un moment donné, pourquoi une personne se mettait à faire une crise. Sans saisir ce qui permettait le travail, sans questionner.

D. Sellem : Ce n'est pas seulement réadapter les comportements. C'est faire en sorte que cette plainte-là, ce qui s'exprime par-là, la maladie mentale, le trouble, qu'elle aille se dire ailleurs. C'est pas forcément du côté de la réadaptation, mais du côté de, ce que ça produit, c'est de l'errance, dans quelque chose qui serait une non réponse du politique à ce qui serait la folie.

S. Muller : Moi, je suis assez d'accord sur ce qui a été dit, pour le vivre quotidiennement. Les espaces qui se sont ouverts, dans le médico-social ou le social, ça reste malgré tout des lieux de vie où il se passe des choses. Il se passe des choses, avec des professionnels –on est dans une période de transition, je ne sais pas combien de temps elle va durer, mais...- qui essaient de bricoler une pratique. Parce qu'on parlait tout à l'heure d'une confrontation au Réel – alors, c'est vrai que ça fait la part belle aux pratiques éducatives : médico-social, social, on est sur les pratiques éducatives. Au niveau des pratiques, tout ce qui vient outre-Atlantique, c'est parfait. Il y a une belle part des thérapies qui viennent de là qui ont été conçues par des travailleurs sociaux américains, alors ce n'est pas pour rien



que c'est un franc succès ici. Et pour autant, on se rend bien compte que dans ces lieux-là, ça ne suffit pas toujours. Que ça vient interroger différemment. Je crois même que ce qui est en train de se passer, et la façon dont ça peut venir interroger les pratiques d'aujourd'hui, enfin, ce n'est pas pour rien qu'est aussi nombreux aujourd'hui. C'est vrai qu'il y a des discours, des lieux qui sont différents – Les entretiens dans le secteur social ou dans le secteur médico-social, parfois, ont des contraintes que n'ont pas ou que n'avaient pas ceux menés en psychiatrie. Evidemment que ces contraintes viennent mettre un poids : il y a ainsi parfois une logique de résultats dans ces espaces-là. Et l'idée, c'est vraiment de pouvoir bricoler une pratique aussi dans ces espaces-là, malgré tout qui restent des espaces de vie. Alors, tu parlais d'errance, c'est vrai. C'est vrai, mais heureusement qu'il existe aussi des espaces où ça bricole.

P. Moulin : Moi, mon expérience de terrain, c'est plutôt l'hôpital. Et ce que vous décrivez, c'est très général à l'hôpital, et pas du tout uniquement à la psychiatrie. On voit bien des points de tension entre, d'une part, cette tendance très très lourde, qui pèse significativement sur les pratiques et les mentalités soignantes, c'est-à-dire effectivement d'une logique financière, qui va avoir des effets dévastateurs au niveau de l'hôpital : dévastateurs, véritablement, dans les prises en charge, dans l'insatisfaction grandissante des médecins, des soignants, des psychologues, etc. et, ça c'est vraiment une lame de fond contre laquelle il me semble extrêmement difficile de lutter. Une lame de fond qui s'accompagne, y compris en psychologie, d'une technologisation des pratiques soignantes, médicales mais aussi d'accompagnement. On est vraiment dans des logiques, des raisonnements où on mise sur des quantifications, etc. Ce qui me semble intéressant à analyser, c'est : la subjectivité, qu'est-ce qu'on en fait dans tout ça ? La subjectivité, il y a toujours cette tentation de la voir disparaître, ou l'intersubjectivité, aussi. Pour moi, c'est vraiment un nœud central : comment on analyse ça, qu'est-ce qu'on en fait, comment on l'écoute ? etc. Pas seulement du patient, mais aussi des familles, des équipes, etc. Cette espèce d'intersubjectivité-là, comment on la travaille ? Cette difficulté-là, l'évacuation de la subjectivité, c'est gênant, ça apporte du désordre, qui vient perturber les routines médicales et soignantes, etc. Cette question de la subjectivité : qu'est-ce qu'on en fait, en tant que psychologue, en tant que médecin, en tant qu'infirmier, etc. Avec toujours cette mise en perspective d'une contextualisation, ça c'est extrêmement important. Moi, en tant que psychologue social, c'est un reproche que je fais aux cliniciens, c'est à dire d'être noyé dans l'intersubjectivité ou la singularité singulières du sujet singulier mais c'est à dire qu'autour de là, il n'y a rien. On a l'impression qu'il n'y a pas de contexte social, qu'il n'y a pas de politique, qu'il n'y a pas d'histoire, qu'il n'y a pas de culture. Mais d'autres qui ont aussi tendance effectivement à complètement évacuer. Et là on peut pas penser l'entretien, on ne peut pas penser le soin, y compris psychique, en dehors d'un contexte. Et là, je le vois très très bien au niveau palliatif où là, c'est quelque chose d'extrêmement difficile à vivre pour eux, parce que justement où, dès le départ, dans les années 80, on avait l'accent sur l'accompagnement, on repense la subjectivité du praticien, l'intersubjectivité dans la relation et c'est quelque chose qui est porté très haut et très fort. Sauf que là trente ans après, là ils sont vraiment marginaux avec un segment très contestataire de la biomédecine dans cette série d'instrumentalisation très technicienne et c'est ce qu'on a vu partout. Alors, là, en psychiatrie, partout ! Et là, trente ans après, qu'est ce qui se passe : c'est un mouvement qui est reconnu maintenant mais ils ont payé ça au prix d'une hyper technicisation ; maintenant ils sont en plein là-dedans. Et ça, c'est intéressant parce que la critique des soins palliatifs vient soit des sociologues, soit des psychanalystes, en disant : « *maintenant ça veut dire qu'on a renié nos idéaux de départ* ». Certainement, on n'est pas d'accord là-dessus mais là je vous la fais vite et courte. Et ce que je vois là dans ce segment médical, je le vois aussi à l'hôpital parce que je me balade pas mal aussi à l'hôpital, c'est exactement cette même perte de sens et cette souffrance, ces mêmes impératifs de durée moyenne des séjours où on renvoie les gens chez eux on n'a pas le temps de les accompagner, etc.



Donc la question : comment se positionne en tant que psychologue, médecin, comment se positionne en tant que soignant face cette déferlante, il me semble extrêmement difficile de résister à ça. Je soumetts ça à votre sagacité.

T. Nussberger : Alors là, nous n'aurons évidemment pas de réponse mais en tout cas ce qui est intéressant c'est effectivement de la poser comme question et d'avoir vraiment l'esprit que ça puisse être de quelque chose que qu'on puisse mettre tous ensemble au travail. J'étais aussi sensible à ce que vous disiez sur la contextualisation, parce qu'effectivement, c'est ce qu'on reproche d'ailleurs à la démarche analytique : on dit mais l'analyste il est hors social, quand il reçoit dans le cabinet il déconnecte la personne du social et vient faire entendre et proposer un dispositif qui a fait régresser pour ne travailler que sur la manière dont elle s'est structurée. Globalement c'est un peu ça la vision de certains psychanalystes, et tout en mettant de côté effectivement tout l'aspect social. C'est effectivement le contexte est important parce que le réel justement même si on dit le contexte, on peut parler aussi parler du réel, c'est ce réel qui vient frapper de plein fouet la personne. C'est bien du fait qu'elle est dans un contexte particulier, bien sûr avec sa propre structure, avec la manière dont elle s'est construite, mais aussi le réel peut venir mettre à mal toute la manière dont elle sera représentée dans le monde, dont elle a été construite. Et placer dans certains contextes, et bien on s'aperçoit que certaines personnes peuvent perdre leur identité, peuvent complètement ne plus savoir qui elles sont et ça nous fait effectivement pas nier la question de la contextualisation. Donc, c'est important ce que vous soulignez ça parce que c'est ce qu'on me dit aussi parfois.

Quand vous parlez de contextualisation, moi je pense aux gens qui ont emporté la psychiatrie de secteur en France, la psychiatrie institutionnelle, c'était les gens qui avaient une pensée politique. Il y avait une vision politique de la psychiatrie et de la médecine en général. Et, à vouloir éliminer l'aspect politique de la santé, c'est sûr qu'on perd le sens.

Ça rejoint ce que Jacques Lacan disait sur l'inconscient et la politique. C'est une formule parfois énigmatique. A vous entendre, on ne peut pas s'empêcher de penser à ce que Lacan avait souligné, de ne pas négliger en tous cas justement le politique parce que il y a de l'inconscient. Ça s'articule avec ça mais c'est important de souligner effectivement le contexte politique est tout à fait important c'est aussi l'actualité.

- Je voulais revenir un petit peu sur ce que vous avez dit tout à l'heure : je trouve pas jusqu'à maintenant vous dressez un tableau assez noir du contexte, on va dire de la dimension santé publique, c'est peut-être naïf de ma part de penser ça mais j'avais l'impression de définir en fait les troubles dans leur diversité, ça peut aussi inviter les professionnels à se questionner sur des modes de prise en charge plus adaptées à chaque patient avec des types de pathologies diverses et que du coup le glissement, voilà, enfin sortir aussi des institutions psychiatriques comme elle existe dans les 80' et la possibilité aussi peut-être de déstigmatiser, de dédramatiser certaines formes de maladies mentales, en invitant aussi l'institution à questionner l'insertion des personnes qui ont des problèmes, des troubles psychiques à s'insérer dans une vie classique, Je voudrais avoir votre avis là-dessus car je pense qu'on peut voir les choses des deux façons.

- Quand en fait là vous êtes dans du milieu de prise en charge en psychiatrie mais quand le handicap mental justement doit être pris en charge en classe en milieu ordinaire comme je l'ai fait en classe dans des classes spécialisées c'est moi qui commence à prendre en charge du handicap mental auquel je ne suis absolument pas formée. Et je suis dans la capacité de comprendre, de répondre à ce qui arrive dans les classes et j'arrive en situation d'échec et je voulais le dire parce qu'on commence à déverser en fait en milieu, je ne sais pas comment le



dire autrement, ordinaire, de la psychose infantile qui est camouflée sous ce mot de handicap cognitif sur lequel je me suis absolument pas formé et quand on parle d'errance, ces élèves errent. Ils errent entre les structures de l'école qui sont en fait vraiment mal adaptées. Moi je ne suis pas formée. Après ils errent sur d'autres structures ça continue. Oui à un moment donné, je ne sais pas comment faire.

T. Nussberger : Les personnes errent mais les professionnels aussi ! C'est ce dont vous témoignez : il y a de l'errance et c'est pas sans conséquence parce que le fait effectivement de ne pas avoir cette formation c'est à dire quand on a dit tout à l'heure, quand on a parlé de handicap, effectivement vous avez dit on a déversé des personnes et on a déversé des personnes dans d'autres structures. Moi je me rappelle à une époque où des structures belges téléphonaient pour dire « *vous avez des personnes parce qu'on a besoin de remplir nos coûts de structure, pour avoir nos prix de journée* », c'est à dire que le patient devient un objet de marchandises et ses gens, les structures venaient, prenaient des psychotiques dont on ne savait que faire et des équipes prenaient ces psychotiques. Les personnels n'étaient pas du tout formés effectivement comme vous le soulignez c'est à dire on leur dit amener des personnes handicapées mentales sauf qu'effectivement ils avaient affaire à des personnes psychotiques et qu'elles ne savaient pas quoi faire. Ça engendre de la dépression, de la violence, des tas de phénomène qui fait qu'au bout d'un moment, les structures se referment sur elle-même et souffrent : les patients souffrent, les personnels souffrent parce qu'effectivement ils ne le savent pas à quoi ils ont à faire. Et au fond on leur met entre les mains de la personne dont ils ne comprennent pas du tout ce qui se passe et après ça les ramène à des positions de défenses, des positions défensives souvent contre les patients mais même entre eux. Effectivement, c'est important de pouvoir revisiter un peu ce qui se passe aussi sur ce plan-là, ce contexte-là, dû à des politiques qui n'avaient qu'un objectif : de faire de l'économie.

- Bonjour. Alors je suis psychologue en cmp enfants / ados et je vais faire un petit mix : essayer de dire un peu ce qui est clair dans ma tête mais qui va pas forcément l'être. Entre tout qui est contexte économique, politique et l'hôpital public qui est en ce moment, qui est chamboulé. Nous on se retrouve à plus savoir si on est des psychologues des des statisticiens, des secrétaires, des comptables : on nous demande de faire du temps moyen. Combien de temps dure un entretien, peu importe qu'il soit entretien avec un patient, un entretien avec une famille, etc. : de faire une moyenne générale est de dire combien ça coûte d'etp, pour ensuite pouvoir dire à l'hôpital on a besoin de temps d'etp, ne nous virez pas. Et, donc enfin on en est à une petite équipe à venir ensemble et on se dit : on va venir parler de la clinique et d'entretien et c'est quoi l'intersubjectivité c'est quoi la demande d'un ado qui veut pas venir voir un psychologue mais qu'on le force et puis, comment on fait avec, eh ben on est quand même contents de revenir un peu à la base, parce qu'on est noyé dans les trucs de ... Moi n'y connais rien à la politique, je suis nulle en maths et je suis psychologue et je sais plus comment faire avec ce qu'est-ce que c'est qu'un entretien ! Voilà donc Rogers je me souvenais même plus de lui, je me souviens également de Freud et Lacan, voilà nous on est dans la pratique du quotidien et on se trouve et c'était sympa de venir parler de ça ici et voilà c'était une petite intervention, plus sur mon ressenti d'où est ce qu'on va aller avec ce séminaire là et se recentrer sur ce qu'on sait faire.

T. Nussberger : Vous avez amené à un élément important : c'est que le signifiant maîtres de l'époque c'est le chiffre. Avant il y avait le sujet : dans l'hôpital on parlait du sujet, dans des structures on parlait du sujet mais maintenant ça rejoint ce qui avait été dit par Barbara c'est à dire sur le naturalisme : la question du chiffre vient ramener à des orientations bien précises mais c'est le signifiant maître maintenant. Alors là justement pour reprendre la question qui avait été posée par



M. Moulin, c'est à dire comment on va pouvoir faire avec cet état de fait, parce qu'on se sent tous complètement dépassé par ce contexte-là où ce qui compte, c'est le chiffre. Comment subvertir ça ? comment se positionner ? comment sortir ? je crois que c'est aussi ça qu'on va essayer de trouver. De subvertir cette dictature du chiffre.

- Je vous rejoins sur la dictature du chiffre et là où je trouve que c'est particulièrement pernicieux c'est qu'en fait on met l'intérêt du patient en avant, l'intérêt de l'enfant, et qu'effectivement c'est pour habiller les choses mais le chiffre est bien là derrière. Moi ce qui m'interpelle le plus c'est la notion de temps en fait. Il y a pas mal de choses qui bougent au niveau de l'ars, des nouvelles réformes, je pense qu'on a un peu pris aussi dans. On doit se précipiter en fait pour mettre en place des projets, des choses comme ça alors qu'en fait on ne peut même pas prendre le temps avec la personne, d'apprendre à la connaître, de vraiment en fait la placer dans une situation beaucoup plus confortable et sécurisante pour elle. Donc moi c'est vraiment le curseur qui m'intéresse le plus.

-Bonjour je vous remercie de votre initiative. Je pense qu'il y a une continuité dans les choses c'est à dire que on a essayé de décentraliser l'individu pour le coup le nommer sujet déjà pourquoi ne pas le nommer personne et après en terme de chiffres mais foncièrement c'est une continuité c'est à dire que du jour au lendemain on peut pas transformer une personne en chiffre c'est tout un processus. C'est comme si pour comprendre ce qui s'est passé il fallait vraiment comprendre tout le processus.

- Moi je suis du secteur social et j'ai participé à une expérience justement avec le secteur hospitalier où j'ai vécu un petit peu ce manque des moyens des hôpitaux avec cette nécessité de faire sortir les personnes de l'hôpital alors aussi des sujets psychotiques, pour certains je me souviens des situations avaient été hospitalisé à l'âge de 4 ans pour une psychose infantile et est sortie de l'hôpital à 30 ans pour la première fois. Alors, c'était vraiment économique c'est à dire que l'hôpital avec moins de moyens, a retiré des moyens. Il avait les personnes qui a priori elles étaient stabilisées, qui nécessitaient des soins peut-être pas tout le temps non plus et qui se retrouvent dans un hôpital qui n'a plus les moyens d'apporter autre chose que des soins. Donc là effectivement, les médecins mais tardivement parce que le constat des manques de moyens avait déjà été fait. On ne peut pas les garder comme ça à l'hôpital, à ce moment-là ils se sont rapprochés du secteur social qui coûte moins cher et puis on est allé vers des dispositifs médicaux sociaux où les personnes redevaient des personnes et plus uniquement des patients et où il a fallu bricoler effectivement des montages entre professionnels parce que le rapprochement du sanitaire et du social avec les enjeux de pouvoir qui pourraient avoir : moi je sais toi tu sais pas ! Voilà ça a été compliqué et c'est vrai que des montages qui prennent avant d'avoir un petit peu une dimension intéressante qui peuvent prendre des années et qui restent fragile aussi parce que c'est des montages financiers qui sont jamais non plus très pérennes. Alors moi c'est vrai que j'ai vécu cette expérience là qu'était une expérience épuisante où on avance et on recule etc. j'ai arrêté mais je me dis que on a besoin d'accepter ce constat là et puis de se coltiner un peu à ce projet à ce défi un petit peu parce que sinon personne n'y trouve son compte, ni les patients ni les infirmiers qui étaient en souffrance voilà donc un moment il faut qu'on relève aussi un peu les défis je pense.

P. Moulin : je voudrais rajouter aussi deux choses effectivement : ce qui m'a beaucoup frappé en termes effectivement de discours, certains parlent de signifiant : effectivement on n'est même plus dans les soins on est dans l'acte : actuellement la tarification à l'activité ne s'agit plus que d'actes soignants médico psychologique etc. C'est plus du soin. Et on participe tous à ça d'une certaine manière. D'une part donc là c'est la lame de fond dont je parlais tout à l'heure. Aussi moi ce qui me



frappe beaucoup mais justement en tant que psychologue ça nous interpelle tous, c'est à dire la question de la souffrance c'est à dire qu'est ce qu'on en fait ? Avec en même temps, c'est la matière première du travail du psychologue, mais en même temps on voit bien que dans les mentalités actuellement c'est surtout l'éradiquer c'est à dire elle n'a plus raison d'être, elle n'a plus de fonction et n'a plus d'utilité. Je le vois dans les unités de fin de vie où l'on veut que les gens soient anesthésiés, inconscients jusqu'au bout etc. Ce n'est surtout pas travaillé. Ces souffrances-là sont perçues comme inutiles, comme dégradantes et donc là on doit tout faire pour l'éliminer donc voilà ça fera beaucoup actuellement au niveau des évolutions actuelles, c'est quel statut on accorde en tant que psychologue à la souffrance ? qu'est ce qu'on en fait ? Est-ce que c'est utile ? est-ce que c'est effectivement le levier essentiel de notre travail qui vient justifier notre intervention ? Evidemment, si plus personne souffre, quid des psychologues. Mais actuellement effectivement cette souffrance on n'en veut surtout pas. Alors ça se comprend très très bien en même temps mais moi c'est quelque chose qui me questionne beaucoup au niveau des sensibilités collectives qui émergent.

Christine : *Bonjour moi je suis une professionnelle de la santé. Je ne suis pas psychologue ni psychothérapeute je suis kiné. Et en fait ce séminaire m'intéresse parce que je suis confrontée à la douleur physique des gens et je m'intéresse, je m'intéresse non seulement à la douleur comment on va dire technique du corps mais j'essaie d'aller voir plus loin parce que souvent la douleur ne s'arrête pas au corps, il y a autre chose, donc je m'interroge. Mais là je me rends compte aussi donc que y a beaucoup de problématiques qui ne viennent pas de leur corps propre mais c'est vraiment un problème psychologique : je suis un peu coincée à ce niveau-là, donc j'essaie même de me renseigner depuis tout ce temps et d'évoluer et je vois aussi qu'il n'y a pas d'interlocuteurs possible en dehors de ma pratique pour pouvoir renvoyer, transmettre ces personnes à d'autres gens c'est vraiment pas beaucoup de gens qui sont à l'écoute même les médecins qui les envoient, c'est moi qui refait le diagnostic et je me rends compte qu'ils écrivent sur une ordonnance douleurs de dos et après débrouille toi avec ça ! Mais si on reste sur la douleur du dos et qu'on n'entre pas dans un dialogue un échange on va pas les aider dans leur problématique. Voilà c'est pour dire que je trouve que même les gens du secteur médical, les médecins qui le reçoivent ne prennent pas toujours le temps de voir ce côté-là de la personne et je vois aussi de plus en plus de gens qui ont des douleurs physiques qui sont complètement dépendants plutôt d'un secteur psychologique. Je ne nommerai pas les pathologies mais on nous les renvoie on nous les donne et on doit se débrouiller avec ça on leur donne les antalgiques pour cacher leur douleur pour cacher leur problème mais rien ne se résout, il reste là-dedans et ça empire au fil des années. Petit à petit c'est de pire en pire. Parfois j'essaie de leur conseiller d'aller voir quelqu'un, qu'une thérapie se serait efficace, j'y vais doucement parce que les gens souvent sont très réfractaires et ça ne marche pas toujours. Donc ils restent chez moi j'essaie de faire ce que je peux et il y a presque une dépendance. Ce sont des gens que j'ai en en chronique qui restent là tout le temps peut être plusieurs mois mais ils ont besoin je pense d'autre chose mais donc je viens ici chercher des pistes, des éléments pour pouvoir travailler avec ça beaucoup plus facilement*

S. Muller : oui, moi je trouve ça je trouve ça vraiment intéressant parce que c'est vrai qu'il y a une logique quand même de ce que vous avez amorcé de faire taire : je ne sais pas ce qui est ce qu'on cherche à ne pas voir ou à ne pas savoir en tout cas dans la souffrance de l'autre et même la façon dont ça s'organise aujourd'hui, il est aussi question de l'identité du psychologue c'est quoi ? ce qui s'organise, je sais pas si vous avez vu l'expérimentation sur les remboursements des psys qui va être complètement inféodée au pouvoir médical sur un nombre de séances qui sont clairement établies. Evidemment ça va orienter la façon dont on mène des entretiens. Il y a qui a quand même et c'est une vraie question que vous posez derrière : comment ça s'organise ce que vient soulever le symptôme, ce que vient soulever en fait ce que la personne serait susceptible de dire de ce qui se



passer pour elle. Et là il y a quand même quelque chose qui s'organise pour le faire taire en tout cas pour chercher à ne rien savoir.

- Alors je suis une psychologue de l'éducation nationale en charge d'orientation dans le second degré. J'entends aussi c'est qu'on parle de temps de durée et moi puis dans ma profession c'est quelque chose de l'ordre de l'immédiateté. C'est à dire que je vais recevoir un élève pour un problème qui m'aura été identifié comme étant une phobie scolaire. Je le reçois une demi-heure quand il veut bien venir dans l'établissement scolaire. Et à la sortie je suis invité pour ne pas dire convoqué dans le bureau de la direction pour exposer un petit peu ce qui a été décidé et le lendemain on m'appelle pour me dire : il est pas revenu donc ton intervention n'a pas été efficace. Voilà donc il y a de ça aussi : l'efficacité immédiate qui est de plus en plus demandée. Bon alors on ne dit pas « tu n'as pas été efficace » mais c'est ce qui ressort dans le discours.

D. Sellem : c'est ce qu'on entend dans différentes interventions c'est que cette logique du chiffre, elle produit quelque chose, une pente qui peut amener les soignants jusque dans leur identité professionnelle mais aussi personnelle à devenir des exécutants. Et bon moi j'ai l'idée que si vous êtes là ce matin c'est parce que justement vous ne l'êtes pas ! Vous questionnez ça, c'est à dire comment effectivement se décaler de ce discours-là, c'est un discours, le discours économique, discours capitaliste, même on pourrait le dire avec Lacan, comment se décaler de ce discours-là. Tu parlais tout à l'heure de subversion, c'est à dire faire exister autre chose c'est aussi la fonction du psychologue, en tout cas c'est comme ça que je l'entends, c'est à dire la fonction de l'accueil. Un accueil qui ne soit pas justement du côté de la réponse chiffrée, la statistique, et c'est effectivement là la difficulté et c'est quand même le thème de notre séminaire c'est que peut-être que cette subversion elle peut exister dans les bricolages, les projets qui sont organisés et avant tout en en premier lieu dans l'entretien, dans ce qui se passe avec les personnes que l'on reçoit.

- Justement je veux rebondir sur la question de la rencontre on avait introduit tout à l'heure avec la question de l'impasse et moi ça me fait penser justement ce qui se compte-là, aux entretiens ce qui compte en psychanalyse lacanienne, la jouissance lacanienne et là ce qui vient l'arrêter c'est le chrono mais ce n'est pas le mot et est tout à l'heure nous parlions des différences d'approche et de leur rapport à l'impasse or le discours aujourd'hui ne supporte pas l'impasse. Et c'est pour ça la question de la souffrance c'est ça ! pour ne pas l'entendre parce que elle arrête quelque chose et comme on ne peut pas aller au-delà.

t. Nussberger : D'entendre ce qui se dit là, ça me fait rebondir sur ce qui avait été évoqué par Barbara c'est à dire le spécisme. Il y a d'un côté une tendance à amener l'être humain du côté d'un naturalisme c'est à dire que l'être humain est un animal comme les autres. D'un autre côté il y a la question de dire qu'il y a une différence : c'est que l'être humain ça parle et du fait que l'être humain cet animal particulier parle, il dysfonctionne forcément parce que la parole introduit chez l'être humain une division. L'animal il est ordonné par les gènes pour faire sa vie et quand même ce sont les gènes qui lui disent comment vivre, qu'est ce qu'il doit faire dans sa vie. Il ne se pose pas de question. Une oie sait très bien se diriger sans passer par l'école, elle ira traverser le monde sans aller faire des apprentissages très longs que nous, humains, sommes obligés de faire. Tout ça, c'est inscrit dans ses gènes. Et ça ne dysfonctionne pas trop un animal. Il naît et il le fait ce qu'il a à faire ce pour quoi il est né et puis voilà ça tourne, ça fonctionne. L'économique voudrait qu'un être humain ça fonctionne, pour faire marcher les entreprises, pour faire marcher le monde tel que ces personnes-là le conçoivent. Il faut des êtres humains qui soient bien ordonnancés comme des animaux, c'est à dire qu'au fond ne faut pas que ça dysfonctionne. Si ça dysfonctionne alors on va les réparer. Alors là, c'est avec la science-fiction et les hommes bioniques actuellement sont en train de montrer la pente vers laquelle ça peut mener. Or l'être humain qui parle, qui est divisé, ça produit quelque chose de

particulier, c'est ce que Freud a appelé l'inconscient, c'est à dire ça produit un être humain qui a une partie consciente et une autre partie inconsciente. Et que la partie inconsciente elle amène à faire des choses ou à produire des actes qui sont complètement à l'inverse de ce que, lui en tant que personne consciente, voudrait. Et donc ça dysfonctionne et il y a des choses qui se passent dans l'inconscient qui font que ça ne répond pas du tout comme ça devrait répondre parce que quelque part ça parle. Le pré-supposé de la psychanalyse, c'est que ça parle dans un endroit, dans un lieu, cet inconscient, qui fait que l'être humain, justement, ça lui échappe ce discours, qu'il a en lui et qu'il ne connaît rien. Mais là c'est une vision de la personne totalement différente. La vision justement depuis ce que Freud a été amené à rencontrer c'est qu'il y a un inconscient chez l'être humain produit par la parole et que de ce fait ça fait de lui non pas un être qu'on va pouvoir diriger mais un être qui va être à faire des choix, à être mû aussi par des choses qui sont en lui mais dont il en ignore ce qui se passe en lui et donc c'est une autre vision de l'homme. La parole c'est un grain de sable dans la nature. S'il n'y avait que l'animal et la nature ça fonctionnerait bien. Dès que l'être humain est apparu, ça a commencé à aller très à dysfonctionner enfin parce que ça peut aller très bien ça peut aller très mal. Ça dépend comment les choses se vivent, comment ça s'articule. Donc l'être humain c'est un être complexe et justement ce que la tendance actuelle c'est d'opérer le fait que l'homme est un être parlant d'ailleurs on ne laisse plus la parole à grand monde, que ce soit donnée dans les établissements, etc. Ce témoignage c'était ça c'est à dire : vous avez quelqu'un qui vient « il n'est pas réparé, comment ça se fait ? vous voulez parler avec lui mais pour quoi faire ? » donc voilà c'est à dire que c'est toute la dimension de la parole qu'on essaie d'ôter chez l'être humain, par la suprématie du chiffre. Je pense qu'effectivement il y a vraiment à réagir par rapport à ça parce que c'est vraiment la question de notre humanité qui est là quand même en question.

- Mais l'être humain en avant on ne met pas trop les animaux en avant donc on arrive à se développer à prendre des choses je veux dire on n'a pas fait de tests sur les animaux trop ils arrivent quand même à faire du cirque. Pour différencier l'animal de l'être humain on met quand même en avant énormément quoi.

B. Houbre : Non juste pour faire revenir sur ce que vous dites effectivement : alors il y a certains animaux notamment les animaux domestiques qui sont marqués un peu par le langage. On le voit bien quand on prononce certains mots et bien il y a des choses qui se passent et pas d'autres donc il y a voilà ces animaux là il y a quelques effets sur eux. Alors les animaux n'ont pas la parole ça ne veut pas dire qu'ils ne communiquent pas : il n'y a pas d'ambiguïté dans la communication quand deux amibes se renvoient je ne sais quelle molécule, il n'y a pas d'incompréhension. Ce qui n'est pas le cas avec la parole chez l'être humain. Je dis quelque chose vous entendez autre chose bon c'est tout propre à la parole justement

- Je suis infirmière en camp, j'ai un dû en psychosomatique et je voudrais revenir sur ce qui a été dit sur l'expression corporelle dans la prise en charge psychologique : c'est qu'on avance beaucoup dans la médecine et la parole, c'est que la parole physique et somatiques qu'on entend très très bien puisqu'un médecin va soigner un problème de dos il va soigner un problème articulaire il va soigner. mais souvent il y a un lien psychogène derrière et pour en parler parce que j'essaie de faire parler cette parole-là de ma pratique qui j'aimerais bien que elle se développe un peu sur le secteur : moi j'ai fait mes études à Montpellier donc je descendais à Montpellier où de gens de cette pratique là avec docteur Silvain quand il était vivant c'est une pratique chez nous qui a du mal quand même à s'installer dans le sens où un symptôme somatique est en lien avec l'environnement est en lien avec la société, c'est des symptômes qui existent pour plein de raisons mais par contre certains médecins alors c'est mon interprétation c'est la toute puissance médical où le médecin est rassuré en donnant un



médicament en donnant des soins kiné en donnant etc. Il y a plein de pathologie aujourd'hui avec les nouveaux symptômes de notre société qui se développent pas et les nouvelles pathologies alors moi je suis un peu en dehors de la psy quand je dis ça parce que c'est sûr qu'un psychotique en psychosomatique c'est plus compliqué à prendre une charge et peut-être parce que je ne connais pas toutes les techniques mais en somatique il y a plein de symptômes aujourd'hui que les médecins n'entendent pas. Il va soigner directement et sans chercher au-delà de soigner donc oui envoyer chez un kiné ok mais faut aussi en soigner a envoyé chez des gens qui peuvent prendre en charge tout ce qui est de la souffrance psychique c'était c'était ça que je voulais dire dans l'idée alors prête pas te faire mais ce que c'est une conviction pratique que moi j'ai c'est une théorie que j'ai apprises mais enfin quand je peux même pas trop l'exploiter et c'est peut-être un peu ça aussi que je viens chercher ici c'est de pouvoir dire que le corps parle il parle de son corps mais parle aussi de son âme et d'essayer de ne pas toujours casser le corps humain en deux et tout le reste parce que l'environnement fait des nouveaux symptômes et des nouvelles souffrances et on entend pas aussi tout ça . après tout ce qui est société et partenaire médico-sociaux s'interrogent et ont aussi envie d'en parler parce que je crois que chacun n'a pu sa place et ça aussi c'est dans les chiffres d'en attendre quelque chose d'un soignant je suis infirmière même moi je dois faire des actes je dois rendre compte alors que quand je passe une heure et demi avec un patient forcément j'ai tenu compte de son symptôme mais j'ai tenu compte aussi sa souffrance psychique, j'essaye de tenir compte de tout donc forcément ça me demande beaucoup de temps et je peux pas rentrer dans une case c'est pas possible

T. Nussberger : C'est ce que vous dites est intéressant. Bon, à décharge des médecins c'est qu'effectivement leur formation est médicale : ils ont très peu d'ouverture sur l'aspect psy. Alors il y a toute une problématique que vous soulevez des maladies dites psychosomatiques, de la douleur. Moi par exemple chez des patients qui me seront envoyées par des centres anti douleur parce que ils ont été examinés et ne savent plus quoi faire avec cette douleur-là. Et l'entretien c'est là c'est important va permettre de voir au fond qui est la fonction de la douleur chez certaines personnes comme objectivement on s'aperçoit qu'elle n'a plus le soubassement physiologique. et bien par exemple dans un entretien je me souviens d'une personne qui venait parler de sa douleur et elle était dans une souffrance énorme elle n'en sortait plus et a donc passé de beaucoup de temps dans ce centre antidouleur et petit à petit dans l'entretien et commence à dire que finalement dans sa vie elle se sent très active , elle part dans tous les sens elle fait ceci i elle fait cela et me dit au fond ma douleur m'empêche de partir dans tous les sens sinon je deviendrais folle. Et là tout à coup apparaît la fonction cette douleur : cette douleur vient comme un bord, comme une limite sinon elle devient folle et une fois qu'elle a révélé ça dans l'entretien et en plus il faut alors justement dans l'entretien avoir l'oreille parce que c'est parfois des choses qui se disent ça passe comme ça mais si on y est attentif et voilà elle en train de révéler dans l'entretien la fonction de cette douleur. Ce qui fait que l'orientation après ça ne sera pas de soulager la douleur puisqu'elle a une fonction. Ça ne sera pas de l'éradiquer puisqu'elle à cette fonction de la garantir contre la folie. Ça sera de lui d'essayer avec elle de construire une autre manière d'inventer une autre façon de pouvoir se trouver des limites, de pouvoir trouver un bord que cette manière douloureuse qu'elle a. Voilà une fonction qui peut apparaître dans l'entretien d'aider ou le psycho le psychologue, infirmière, pourrait aider quelqu'un à construire un autre mode moins douloureux pour s'en sortir dans sa vie avec la manière dans elle s'est structurée, c'est à dire quelque chose qui fait que quelque chose en elle ne fait pas bord et ne fait pas limite

Et puis ce qui est intéressant c'est ce que David a dit tout à l'heure c'est les gens qui arrivent en entretien avec aussi plein d'idées déjà en tête, parfois déjà leur diagnostic parfois des attentes très



précises vis-à-vis du travail du psychologue. Il s'agit parfois déjà d'entrée de pouvoir subvertir un petit peu le discours avec laquelle la personne arrive. Pour pouvoir ouvrir, pouvoir en compte cette question de la douleur autrement encore faut-il pouvoir ouvrir les choses autrement pour la personne avec une écoute plus spécifique.

- Je suis sophrologue à l'hôpital Legouest. Ce que les gens viennent chercher, c'est ce côté humain en fait. En sophrologie, on apprend lors de notre formation à mettre le point réel sur l'humain. Bien entendu les psychologues aussi mais l'humain dans son ressenti donc souvent on aborde une consultation : comment vous vous sentez et à partir de là ce n'est pas comment vous allez mais comment vous vous sentez et à partir de là on s'aperçoit qu'il y a plein plein plein de choses qui en ressortent. Et bien avant de faire cette formation de sophrologue j'ai commencé d'abord par la massothérapie qui à aider justement le corps par rapport à des souffrances qui se passe dans la tête entre autres mais aussi dans le corps et dont les personnes dissociées en fait et j'ai voulu donc faire une expertise et un petit peu plus loin pour comprendre un petit peu ce que les gens déposaient aussi. Mais je me suis aperçu que notre force en fait c'est de rester fondamentalement humain, humains dans quelque part je sais qu'en psychologique c'est l'histoire du transfert qui était, qu'il faut arriver à gérer tout ça. je me suis aperçu en fait il peut être nécessaire par moment, où celui qui pratique donc la personne et ses problèmes aussi pour vous m'en dire et évacuer cet écho qui pourrait faire l'écho en même temps quelque temps et donc voilà c'est plus simple, je n'ai pas de dogme je m'attache pas des dogmes et qu'il faut avoir effectivement en arrière fond toute une théorie tout et puis une palette pour ce faire son opinion aussi voilà j'ai le sentiment aussi de ne pas trop mettre trop de barrières non plus parce que être fondamentalement humain ça nous guide aussi sur l'autre, sur l'autre et la manière dont on peut l'accueillir. Merci.

- Je voudrais revenir sur une phrase : vous avez dit qu'il y a des symptômes qui n'ont pas de sens. J'ai beaucoup de patients qui viennent avec certains symptômes. J'ai toujours des doutes sur le fait de se concentrer sur les symptômes, comme ils viennent, ou s'il faut toujours éviter de leur parler de leurs symptômes. J'ai rencontré en France un psychanalyste qui disait qu'il ne fallait surtout pas se concentrer sur les symptômes. Mais je m'intéresse aux théories comportementales et thérapies brèves aussi et elles exigent de se concentrer un petit peu quand même sur le symptôme, alors je voudrais justement vous demander ce que vous en pensez et comment vous pratiquez.

D. Sellem : C'est une question fondamentale. Il y a des sujets avec lesquels on va travailler sur ce sens et pour lesquels cela peut être délétère. Ça a été ça a été évoqué tout à l'heure par Sébastien les sujets qui arrive dans le monde des premières rencontres pour leur première demande il arrive quand même avec une petite idée. Ils arrivent quand même avec une petite construction qui est la leur autour de ce qui leur arrive parfois. Ce n'est pas toujours le cas mais parfois ils arrivent avec cette petite théorie, une théorie personnelle, cette théorie parfois effectivement et qui est à voir directement avec leurs symptômes parfois il s'agit de pas trop la questionner. La question que vous posez c'est que si on peut se dire on peut l'interroger ou ne pas l'interroger avec un certain abord avec d'autres abord qui sont plus tant du côté des thérapies brèves au contraire là il s'agit d'y aller directement. C'est ce qu'on a évoqué tout à l'heure dans la question des troubles alors c'est une question très difficile. Du côté de ma pratique effectivement c'est c n'est pas du côté du sens. J'accueille ce le sujet a élaboré de lui mais je ne vais pas l'amener à fabriquer un autre sens par exemple mais plutôt interroger quelle place ça a, quelle fonction ça a dans son existence.

J. Mercier : Il semble que beaucoup de témoignages aujourd'hui montrent ou rappellent que la souffrance, les dysfonctionnements, cela ne peut pas être totalement éradiqué. C'est un fait, on a à



faire avec ça dans la clinique. Le sujet patient est aussi bercé par cette illusion que la souffrance peut être éradiquée totalement et cela m'amène à me poser la question de la pente de la déshumanisation qui est aussi une volonté du sujet. Certains sujets versent vers quelque chose d'une désubjectivation. Alors, comment accueillir ces sujets-là ?

T. Nussberger : C'est vraiment quelque chose d'important. Notez-le bien pour qu'on puisse le reprendre la prochaine fois en tout cas on va créer la frustration. Nous tenons à vous remercier de votre présence et de votre participation aujourd'hui et on espère vous retrouver la prochaine fois dans un mois.