



Newsletter 2020 n°3

13 avril 2020

危機

Wei danger
Ji opportunité

Wei Ji crise

Chèr(e)s Collègues, Chèr(e)s Ami(e)s,

la question continue à se poser : comment faire de cette crise une chance ?

Aucune réponse toute faite. Et encore moins chez celles et ceux qui éprouvent dans l'urgence cette situation : quand soi-même ou un(e) proche est directement frappé(e).

Quoi qu'il en soit, un autre temps nous est donné — propice à la pensée.

Place donc, dans cette Newsletter du printemps, à quelques matières à réflexion, informations, invitations, signes de piste ..., et même à un hommage.

F M

Sommaire

- **p 3 Hommage : Maggie De Block, la rigueur dans l'efficacité**
- **p 5 Travailler sous la crise**
De vive voix, par Rachel Kramer mann
Avec qui continuer à travailler "in vivo" ?, door «De bezorgde psychologen»
- **p 13 Matière à penser (1)**
Le moment Tosquelles, par Pierre Delion
- **p 18 Matière à penser (2)**
Le retour de l'approche dimensionnelle des classifications en psychiatrie
par Jean-Louis Feys
- **p 39 Signes de piste ...**
 - proposer notre écoute au personnel soignant
 - la cure psychanalytique à distance : skype sur le divan
 - site professionnel de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
 - partager nos questions de praticiens de la psychanalyse sur "transitionnel.org"
 - implications juridiques et politiques de l'"état d'exception"
 - site de la Commission des Psychologues
- **p 40 Activités de l'APPPsy**
 - nouveaux membres
 - Assemblée Générale
 - colloque
 - représentation dans les instances officielles
 - activités du Bureau
 - cotisations
 - site Internet
 - compte Facebook
- **p 43 Activités de nos membres**
 - groupes de parole en pandémie
 - publications
 - colloque
- **p 45 Pétitions**
- **p 46 Politique de l'APPPsy**
- **p 48 Hölderlin**

Homage

Maggie De Block : la rigueur dans l'efficacité

On aurait pu croire que la Ministre Fédérale de la Santé de Belgique en voulait particulièrement aux «psy», comme il lui est arrivé de le confier. Les lignes qui suivent montrent qu'il n'en est rien et que sa ligne de conduite témoigne de la même rigueur sur tous les fronts : la marchandisation progressive du système de santé et la mise en berne du Service Public

En cinq ans, la Ministre de la Santé Maggie De Block (VLD) a réduit de plus de deux milliards le budget fédéral de la santé. Le Service public est mis à mal. En deux ans, elle a détruit un travail de concertation de quinze ans qui donnait aux psychologues une place autonome et spécifique dans le champ de la santé. Sous couleur d'en rédiger les arrêtés d'application, elle a saboté une loi sur la santé mentale votée sous les applaudissements (sic) de tous les partis — *N-VA* et *Vlaams Belang* exceptés. De plus, Madame De Block ment, triche¹. Elle ne répond pas au courrier. Elle élude les questions de la Commission-Santé de la Chambre, met le secret professionnel en danger, incite à violer la loi de 1993 qui protège la déontologie du psychologue. Son cabinet n'a cure de la spécificité du travail en santé mentale. On dénature pour contrôler, on contrôle pour économiser, on économise pour marginaliser le secteur public et donner toutes ses chances au Marché. Mais ses qualités ne s'arrêtent pas là.

Mi-novembre 2019, une épidémie due au covid-19 (coronavirus) éclate en Chine. Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare l'état d'urgence internationale face à une pandémie. Nous y sommes. Pour les patients, le pronostic vital est souvent engagé. Pour les soignants, un manque de masques risque de les transformer en patients. Pourtant, dès l'épidémie de SRAS de 2003 (un autre type de coronavirus), l'extrême contagion du syndrome respiratoire aigu avait été mise en évidence.

En octobre 2014, Maggie De Block (VLD), médecin généraliste, succède à Laurette Onkelinx (PS) au Ministère de la Santé. En 2016, elle met au pas les psychologues. En 2020, les maternités. En 2017, elle fait détruire un stock de masques FFP2 qui s'étaient dégradés suite à des conditions de stockage inadéquates. Dans l'attente d'un système plus respectueux du budget de l'État, elle prend soin de ne pas les remplacer. Elle ne prend pas non plus le temps d'attendre que de nouveaux masques arrivent de Chine avant de détruire ceux qui restaient peut-être utilisables : on ne badine pas avec la santé !

Début mars 2020, les résidents des maisons de retraites – qui vivent naturellement confinés – apparaissent, malgré leur âge, moins vulnérables qu'aisément protégeables – pour peu qu'on dépiste avec sérieux le personnel qui les entoure. Mais les militants de la santé publique et de la médecine préventive faisaient totalement l'impasse sur le coût exorbitant des thermomètres et autres tests à la fiabilité douteuse : on ne badine pas avec les exigences scientifiques !

Les six millions de masques détruits avaient été acquis par la Belgique à l'occasion de l'épidémie de grippe mexicaine (H1N1) de 2009. L'OMS annonçant une pandémie, Laurette Onkelinx, la précédente Ministre de la Santé, avait acheté en outre, en juillet 2009, 12,6 millions de vaccins à une firme basée en Belgique (GSK). La pandémie n'a pas eu lieu. N'empêche que gouverner c'est prévoir. De prudents gestionnaires ont dès lors reproché à la ministre de ne pas avoir pris le temps de faire un appel d'offres,

¹ Exemples sur demande.

Travailler sous la crise

Vous êtes invité(e)s à partager ici les expériences nées du changement partiel de cadre qui nous est imposé. Nous en ferons part dans la prochaine Newsletter

De vive voix

L'autre m'altère et me désaltère

Dans l'ambiance d'inquiétante étrangeté déclenchée par la pandémie, que l'on se balade à vélo, à pied, errent de maigres silhouettes masquées, gantées, isolées. La ville est défigurée... Le réel de la mort a fait irruption dans nos vies.

En réponse à l'intrusion de la réalité – intromission du réel - potentiellement traumatique, comment se tissent les liens entre nous, qu'inventer ?

L'être de langage que nous sommes ne peut rester confiné dans le silence. On s'appelle les uns les autres, on s'appelle de loin, par télé – phone ou vision. On s'appelle, de plus loin encore, plus souvent. Un besoin fondamental s'exprime là, c'est une question d'existence ...et s'il n'y a personne à appeler, on allume la radio. Une voix, une musique, et c'est le sentiment que l'on n'est plus seul, que quelqu'un s'adresse à nous.

Face à l'inédit de la situation, j'ai proposé à mes patients de les « recevoir » par téléphone. Certains ont accepté, quelques-uns ont demandé d'ajouter l'image, d'autres ont refusé.

Un rendez-vous par téléphone ?

Voilà qui bouscule l'espace habituel de la relation thérapeutique !

Mais cet espace, en psychanalyse ou en psychothérapie analytique, quel est-il ? Espace matériel ? Imaginaire ? Mental ? Espace psychique ? Symbolique ?

Et puis sans l'espace matériel concret du lieu où je reçois, qu'est-ce que le cadre ?

Un collègue me dit préférer que les séances à distance se passent par Skype. Pour lui, l'image assure une juste distance, tandis que le téléphone suscite trop de proximité.

L'image sans doute peut être vécue comme nécessaire. En ce temps où rôde la mort, où elle nous est rappelée, martelée, monte l'angoisse : va-t-on survivre ? L'image alors, qui recrée une forme, re-présente quelqu'un, nous rassure. On peut s'imaginer n'avoir pas perdu tout contrôle.

Mais si, dans le quotidien, je peux désirer voir un proche inapprochable, qu'en est-il en ce qui concerne le travail avec mes patients ?

Je préfère écouter mes patients par téléphone.
La voix, en effet, quel révélateur !

Dans une séance par téléphone, hors présence physique, se transmet une expérience rare : une perception archaïque, sans les oripeaux des apparences, des fards de la civilité. Voix singulière, à son rythme, ses accents, son propre ton, son souffle particulier.

Je peux me représenter la personne qui me parle, oui, mais elle ne se trouve pas dans l'espace physique alentour, visible, repérable.

« La peau est ce qu'il y a de plus profond en l'homme », disait André Breton. L'expression « Je t'ai dans la peau » à cet égard est explicite : la dimension tactile est loin d'être épidermique. Quant au manque de contact physique, le confinement nous donne la mesure du besoin que nous en avons.

Mais qu'est-ce qu'une peau sans voix ?

Dans notre culture de l'image, la voix nue est une découverte ou re-découverte. Quelque 'chose' nous a portés, que nous avons connue, intégrée, qui nous a constitués — 'chose' oubliée ?

Si la peau est ce qu'il y a de plus profond dans l'humain, elle est celle d'un être parlant, vivant. La voix - son et souffle - en est indissociable.

Dès notre vie *in utero*, dans l'intime du corps maternel, nous sommes initiés à une musique : baignés dans un univers sonore, abreuvés des sons du rythme cardiaque, vaisseaux, circuit digestif. Ce sont cadences continues. Il peut arriver que la vie émotionnelle de celle qui nous porte les modifie. L'angoisse, la surprise, le sommeil, en peuvent faire fluctuer les rythmes, les intensités, mais

ces sonorités vibrent de concert, ininterrompues. De plus, dès l'aube de la vie prénatale, nous parviennent les ondes sonores du monde extérieur.

Dans la séance à distance par téléphone, se révèlent une voix, un souffle, un rythme, registre, tessiture, voix nasale ou gutturale, éraillée, profonde...

Le «respir» singulier dévoile un tempérament, des humeurs, des mouvements pulsionnels.

Rien bien sûr n'égale une séance en présence physique, dans le cadre matériel du bureau. Mais distanciation oblige, et cela peut sembler paradoxal : du fait d'être 'confinée' à l'écoute, la voix pénètre l'intime, crée un espace de transition vibratoire, me transmet sans détour un souffle, une vie. Elle crée un espace psychique qui me permet de centrer mon écoute - au-delà des mots, au travers des mots – sur ce qu'ils charrient d'inconscient.

Quant au cadre, le lien de nos transferts croisés, l'engagement réciproque à un rendez-vous, heure et montant fixés, donnent forme à la séance.

Rachel Kramermann

危機

Avec qui continuer à travailler « in vivo » ?

Contexte

La Commission des Psychologues a communiqué sur son site des directives concernant le travail clinique des psychologues en temps de crise, et a recommandé de ne plus voir en chair et en os que les patients qui seraient susceptibles de décompenser.

*Les **trois conditions cumulatives** encadrant ce qui apparaît d'abord comme une exception raisonnable sont directement issues des recommandations de la VVKP (Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen). Elles ont paru beaucoup trop rigides et déresponsabilisantes au groupe des «Bezorgde Psychologen» (Psychologues Inquiets) qui a proposé une version plus en accord avec le Code de Déontologie des Psychologues.*

Geneviève Monnoye (responsable Éthique et Déontologie de l'APPPsy) insiste sur le fait que le rôle de la Commission des Psychologues est notamment de protéger notre code de déontologie. Or, l'Article 25 est très clair : "Dans le cadre de ses compétences, le psychologue assume toujours personnellement la responsabilité du choix, de l'application, et des conséquences des méthodes et des techniques qu'il met en oeuvre."

Voici donc le texte auquel a travaillé notamment Tania Schuddinck (membre du groupe des Bezorgde Psychologen, de UPPsy-BUPsy et de l'APPPsy) et que l'APPPsy a cosigné avec UPPsy-BUPsy :

Proposition de modification de la formulation des directives pour les psychologues indépendants

Madame, Monsieur,

Nous avons pris connaissance des directives concernant le COVID-19 diffusées par la Commission des Psychologues via sa lettre d'information et mises à disposition sur la page d'accueil de son site².

Ces directives ont entraîné la fermeture de nombreux cabinets et une proposition accrue d'offre en ligne, mais ces mêmes directives ont aussi provoqué un déclin drastique de la clientèle.

Lors du forum des psychologues et pédagogues cliniciens en Flandre, la plus grande plate-forme en ligne d'un groupe professionnel (4627 membres), nous avons fait un sondage (non-scientifique) avec 333 répondants. Voici ce qu'il en ressort :

² <https://www.compsy.be/fr/coronavirus>

1. Pour 52% des psychologues participants, leur activité retombe à moins de 20% de l'activité normale.
2. 64% des psychologues participants voient moins de 40% de leur nombre habituel de patients.
3. 85% des psychologues participants ont vu diminuer de 60% ou plus les demandes de consultation.

Ainsi, chez plus de la moitié des psychologues, 80% des personnes n'ont plus accès aux soins alors que les recherches indiquent une détérioration du bien-être mental et une augmentation des tensions relationnelles³.

Nous avons pu constater que les directives, telles qu'elles sont diffusées pour les psychologues indépendants par la Commission des Psychologues, sont plus strictes que celles formulées pour les Services de Santé Mentale⁴, les équipes mobiles⁵ et les médecins⁶.

Nous avons également constaté que le centre de crise confirme qu'un psychologue constitue une offre de service⁷ essentielle ; les personnes peuvent donc se rendre chez leur psychologue. Un coup de fil auprès de la ligne-corona le confirme. Pourtant, selon la Commission des Psychologues, les psychologues ne pourraient accueillir physiquement des personnes que, et uniquement, si celles-ci présentent des risques de décompensation.

Situation paradoxale donc !

Les media flamands ont confirmé notre lecture : des personnes n'ont plus accès aux soins, partiellement en raison d'une formulation trop stricte de cette mesure. Voir entre autres :

<https://sociaal.net/opinie/mensen-met-psychische-kwetsbaarheid-in-tijden-van-corona/>

https://www.standaard.be/cnt/dmf20200326_04903693

Simultanément, des voix s'élèvent et décrivent une détresse psychique décuplée par cette crise pour laquelle, en tant que professionnels essentiels, nous devrions/souhaiterions être pleinement disponibles.

³ <https://www.lesoir.be/292521/article/2020-04-06/un-belge-sur-deux-victime-psychologique-du-confinement>

⁴ https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Maatregelen_corona_ambulante_GGZ_voorzieningen_14_03_2020.pdf

⁵ https://www.compsy.be/assets/images/uploads/Covid-19_organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale_SM.pdf

⁶ <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/covid-19-recommandations-concernant-l-obligation-de-dispenser-des-soins>

⁷ <https://centredecrise.be/fr>

Nous comprenons qu'à une époque où l'on s'efforce de limiter la propagation rapide du virus, il n'est pas facile de trouver immédiatement un équilibre adéquat pour tous les groupes professionnels. Nous constatons que les psychologues indépendants n'ont pas de marge de manœuvre suffisante pour faire un choix judicieux, qui prenne en compte à la fois les risques physiques et les menaces psychologiques.

Dans les lignes directrices pour les psychologues indépendants, le paragraphe que nous voulons particulièrement mettre en débat et pour lequel nous souhaitons formuler une alternative est le suivant :

La téléconsultation devient la norme, bien que des exceptions soient encore possibles (mise à jour du 18/03/2020)

Dans nos précédentes lignes directrices, nous vous avons informé des possibilités de la téléconsultation. Ces possibilités restent toujours valables.

Cependant, la téléconsultation devient la norme. **Cela signifie que vous pouvez continuer à voir physiquement vos clients/patients uniquement si les trois conditions cumulatives suivantes sont remplies :**

1. Il s'agit d'un client/patient pour qui une téléconsultation par téléphone ou en ligne n'est pas envisageable ;
2. Il s'agit d'un client/patient pour qui l'accompagnement ne peut être interrompu sans risque de décompensation, qui nécessiterait une aide d'urgence. Cette aide d'urgence (équipes mobiles, services d'urgence, médecins généralistes...) est déjà surchargée actuellement et nous devons tout faire pour éviter une surcharge plus importante.
3. Il s'agit d'un accompagnement pour lequel les mesures d'hygiène adaptées sont rencontrées (le patient/client n'est pas malade, les mains sont lavées, la distance sociale respectée, les lieux sont adaptés, etc.). Vous pouvez trouver un résumé des mesures d'hygiène dans nos lignes directrices déjà envoyées.

Dans tous les autres cas, il ne peut y avoir de consultations physiques. Nous comprenons mieux que quiconque que les pratiques et le secteur sont soumis à une forte pression en raison des listes d'attente et ne feront que croître. Cependant, en tant que psychologues, nous sommes en première ligne pour mettre en place les changements de comportement nécessaires pour faire face à cette épidémie. Nous devons donc vraiment donner l'exemple et respecter les lignes directrices !

Concrètement, cela signifie que vous n'êtes pas obligé de fermer votre cabinet. Que du contraire, le gouvernement demande aux psychologues de laisser leur cabinet ouvert et donc de continuer à travailler, mais de privilégier la téléconsultation en ligne ou par téléphone comme nouvelle norme.

Enfin, l'INAMI publiera d'autres lignes directrices concrètes sur le télétravail pour toutes les professions de santé. Les psychologues cliniciens sont inclus⁸ et recevront donc normalement bientôt des lignes directrices concrètes supplémentaires de l'INAMI.

⁸ Nous (les soussignés) précisons : il s'agit bien sûr des psychologues cliniciens de première ligne.

Au départ du lien de collaboration des Psychologues Inquiets et des fédérations professionnelles UPPsy-BUPsy et APPPsy, qui toutes deux font partie de la Commission des Psychologues, voici l'alternative que nous souhaitons proposer :

Conformément à l'affirmation du centre de crise selon **laquelle le psychologue est essentiel, la poursuite et la possibilité d'entamer des soins psychologiques est une priorité**, en tenant compte du contexte individuel tant du psychologue que du patient.

Psychologue et patient conviennent ensemble si et comment le soin, la psychothérapie ou le traitement peut se poursuivre et font les évaluations nécessaires afin de préciser les modalités de la rencontre, qu'elle soit physique ou à distance.

Au cours de cette évaluation ils prennent en compte les aspects suivants :

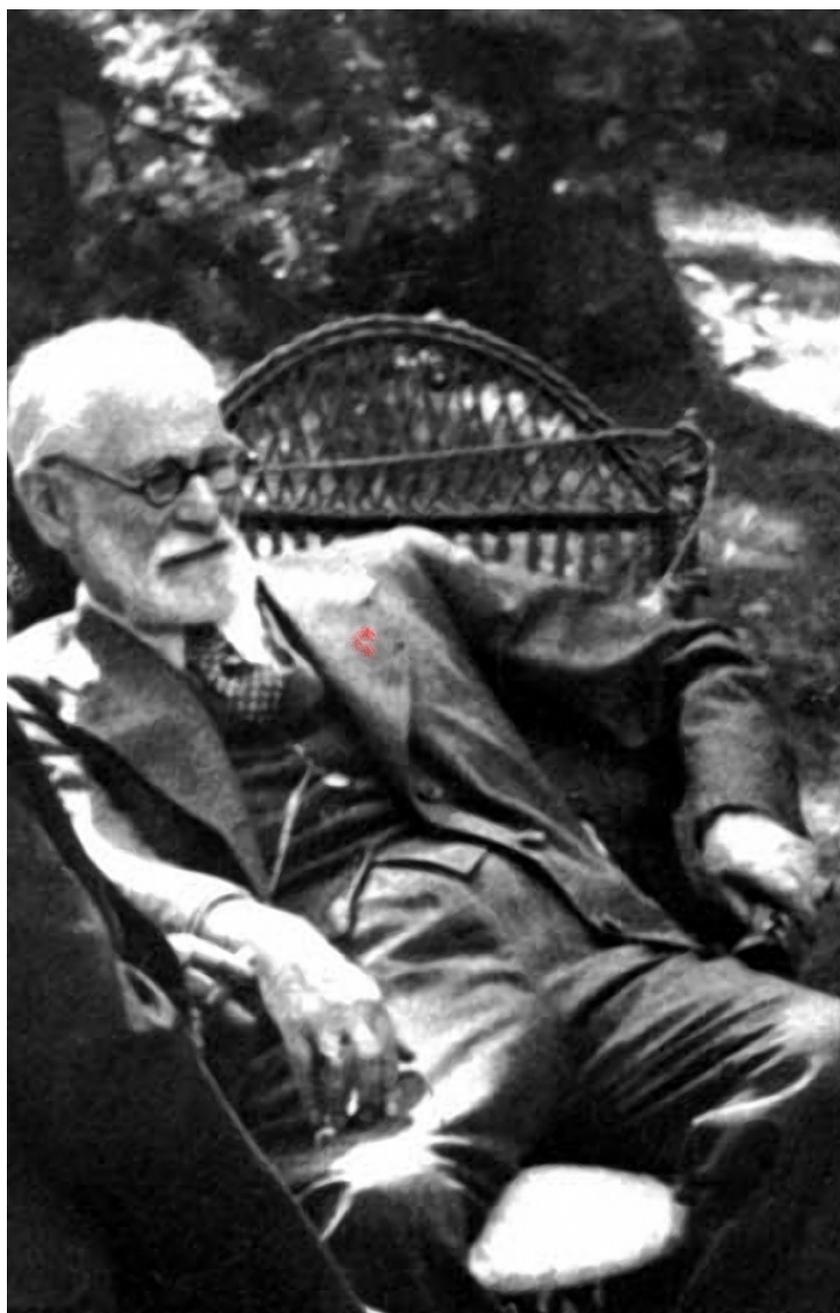
- En ce qui concerne la distanciation sociale et le type de travail (ex : thérapie par le jeu) l'espace du cabinet de consultation permet-il une rencontre physique respectueuse des mesures d'hygiène ?
- A-t-on été attentif aux limitations sanitaires : le psychologue ou le patient ou quelqu'un de leur entourage manifeste des symptômes ou est malade, ce qui rend impossible une rencontre physique. D'autres facteurs de risque ont-ils pu être discutés ?
- Le contact à distance, par téléphone ou par outils en ligne, est-il possible : les deux partenaires peuvent-ils s'isoler pour pouvoir échanger librement, tous deux trouvent-ils le travail en ligne une alternative valable, les deux disposent-ils d'outils performants,...
- Le choix est-il suffisamment assumé tant par le patient que par le psychologue et les thèmes autour des risques de contamination, du contrôle de police, de la sécurité des applications éventuellement utilisées,... ont-ils pu être discutés ?

C'est l'évaluation de ces différents facteurs qui décidera des modalités de l'entretien psychologique : soit en présence physique soit à distance.

Ont pris part à cette initiative :

- pour les Psychologues Inquiets : *Dr. Dieter De Grave, Nathalie De Neef, Hilde Descamps, Philippe Grisar, Stef Joos, Wouter Mareels, Tania Schuddinck*
- Co-signataires : *Prof. Dr. Mattias Desmet, Dimitri Van Puymbroeck, Tom Verhaeghe, Rachel Van Opstal, Dennis Vermeesch, Katrien Zabeau*

- pour le Conseil d'Administration de l'UPPsy-BUPsy, Union Professionnelle des Psychologues - BeroepsUnie van Psychologen : *Martine Vermeylen, présidente*
- pour le Conseil d'Administration de l'APPPsy, Association Professionnelle des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique : *Francis Martens, président, Geneviève Monnoye, Ria Walgraffe-Vanden Broucke, Frédéric Widart*



Matière à penser ... (1)

Le moment Tosquelles

*Pierre Delion*⁹

23 mars 2020

Vincent Magos¹⁰ me suggère un petit texte en référence à François Tosquelles en cette période de confinement guerrier déployé contre le « virus de la couronne » dans la plupart de nos pays dits civilisés.

Pourquoi pas ?, car Tosquelles en connaissait un rayon côté guerre ! Dès le début de la guerre civile espagnole, nommé responsable du service de psychiatrie des armées républicaines, il propose d'organiser des antennes tout près du front pour permettre de traiter les pathologies psychiatriques en situation. Il invente des groupes de paroles, il fait appel à des civils pour l'aider à soigner les décompensations psychiatriques des soldats, il soutient le moral des troupes et des gradés tout près du lieu des combats. Arrivé en France en 1939 juste après la défaite des républicains espagnols, enfermé dans le camp des réfugiés de Septfonds près de Montauban, il organise un petit service de psychiatrie pour traiter les personnes qui décompensent. Quelques mois plus tard, il arrive à Saint Alban en janvier 1940, et malgré la guerre, il met au travail tout l'hôpital pour aboutir à ce qui deviendra la « psychothérapie institutionnelle », puis début 1942, lorsque Bonnafé est nommé médecin directeur de l'hôpital, il pose avec lui les bases de ce qui allait devenir la plus grande invention de la psychiatrie du vingtième siècle, la psychiatrie de secteur. Tosquelles est donc, de ce point de vue, un psychiatre qui a su, même en temps de guerre, inventer, créer, penser avec les autres, de nouvelles formes de soins psychiatriques. Comme Bion, à la même époque et sous d'autres cieux, il a su « surfer » sur une période de conflits majeurs pour repenser la psychopathologie, et notamment en faisant appel à sa composante groupale, collective et sociétale. C'est peu dire que Tosquelles nous aide à penser la psychiatrie comme une discipline médicale intrinsèquement liée avec le social, et qu'il a su comprendre que la guerre, malgré tous les malheurs qu'elle engendre, pouvait en devenir un révélateur puissant.

De tels exemples humains nous donnent à réfléchir, même si le terme de guerre est ici employé dans un sens différent. Car si c'est bien d'une guerre dont il s'agit, c'est une guerre biologique déclarée par les virus (les viri ?) aux hommes et aux animaux, probablement sans intention de nuire, mais peut-être sous l'implacable nécessité de déterminants « naturels », parmi lesquels les attaques suicidaires et inconscientes contre notre vaisseau Terre, contre notre écosystème, contre notre milieu de vie, seraient une « cause » de déclenchement possible. Alors, au-delà des mesures prises pour lutter « ici et maintenant » contre le virus et ses ravages, faut-il réfléchir dès à présent sur les mesures à prendre au sortir d'une crise aux contours nouveaux, qui met en jeu l'ensemble de nos existences.

⁹ Pierre Delion, est psychiatre, professeur des universités-praticien hospitalier émérite en pédopsychiatrie à l'université Lille-II, et psychanalyste.

¹⁰ Créateur notamment de *Yapaka*, Vincent Magos est Membre d'Honneur de l'APPPsy

Tout d'abord, les multiples témoignages de reconnaissance émis par les populations à l'adresse de ses soignants viennent souligner la grandeur de leurs métiers mais aussi les risques qu'ils prennent à les exercer. Cette reconnaissance va au professeur d'infectiologie comme aux infirmières en passant par les aides-soignants, les internes, les auxiliaires de vie, les médecins généralistes et tous ceux qui concourent peu ou prou à cette chaîne de solidarité extraordinaire. Mais faut-il rappeler que ce corps médical (toutes professions comprises) envoie des signaux de détresse de plus en plus pressants aux pouvoirs politiques depuis des lustres pour attirer leur attention sur le fait que considérer les services publics de santé comme une variable d'ajustement aux calculs sordides des boursicoteurs est un vrai scandale humain pour lequel il faudra rendre des comptes un jour aux citoyens. Sarkozy, Hollande et Macron ont entonné les mêmes partitions à ce sujet, et sauf si ce dernier fait machine arrière, ce qu'il s'est engagé à faire dès la sortie de la crise, nous pourrions les considérer responsables, parmi beaucoup d'autres, de politiques démagogiques à courtes vues, sinon d'une absence de courage devant l'évidence d'un nombre incalculable de morts annoncées. Il était devenu banal de considérer que les médecins et leurs équipes, en réclamant des moyens supplémentaires pour soigner les patients réels, et prévoir les soins en cas de crises, étaient vraiment des sales gosses irresponsables qu'il fallait laisser hurler sans broncher pour ne pas les braquer, et une fois leurs colères passées, continuer à diminuer les budgets de santé sans barguigner. D'ailleurs les causes de ces plaintes étaient toutes dues à la mauvaise organisation des services et à l'incompétence des médecins dans ces domaines connexes. Il suffisait de leur faire avaler la pilule du « new management » pour qu'ils cessent leurs enfantillages, et on allait voir ce qu'on allait voir en matière de réductions d'impôts (surtout pour les riches). Bref, toute cette attitude méprisante envers les médecins et leurs équipes avait conduit une bonne part de la société à adopter cette attitude disqualifiante vis à vis d'eux, et à les considérer désormais comme une donnée périphérique dans les grands enjeux sociétaux. Je vois dans les applaudissements de 20h actuels une sorte de rite de déculpabilisation vis à vis des soignants qui jusqu'à mi-mars, n'étaient pas pris suffisamment au sérieux.

Il va donc falloir réfléchir « pour de bon » au soir de cette période noire, et entreprendre ce partage nécessaire dans la conduite des affaires du monde : les personnes et les choses ne sont pas réductibles les unes aux autres. Tout ce qui concerne les choses peut continuer à faire l'objet de calculs (au sens de la mathématique et au sens de la ruse) pour lesquels le capitalisme semble avoir pris le pouvoir sans partage sur le bon sens commun. Mais nous verrons que l'écosystème demandera à son tour des comptes sur cette option très rapidement. En revanche, tout ce qui concerne les personnes doit désormais faire l'objet d'une autre orientation politique que les grandes crises passées ont mise en évidence à leur tour. L'exemple de la politique solidaire décidée dans l'immédiate après-guerre 39-45 est sans doute le plus probant de tous. Il est important de rappeler que dans cet esprit de solidarité développé au cours de la Résistance, la notion de service public a pris tout son sens. Et les grandes réformes d'après-guerre ont eu un impact formidable sur l'évolution de nos sociétés. La santé a pu bénéficier à tous de façon plus juste, même si des disparités sont à regretter encore. Les transports se sont démocratisés, et la culture, le sport, les loisirs, l'information,... ont suivi cette « voie de la Liberté ». Si la démocratie a pu se développer, c'est en appui sur toutes ces avancées remarquables facilitées pendant la deuxième moitié du vingtième siècle. Mais avec la catastrophe climatique annoncée suscitant les moqueries de trop nombreux décideurs, avec le capitalisme ensauvagé dominant le monde sans contre-pouvoirs, avec l'expansion des egos surdimensionnés de nos dirigeants conduisant à une « république des faux-selves », avec l'augmentation obscène de l'écart entre riches et pauvres, la donne a changé, et tout ce qui faisait l'humanité de nos systèmes sociétaux s'est progressivement dissout dans la seule culture marchande et financière, sans respect pour l'homme et pour la

« nature ». On a cru que le budget d'un hôpital pouvait être réduit à celui d'une entreprise industrielle. On a cru qu'en augmentant les cadences de travail des juges et des enseignants on allait pouvoir économiser les postes de fonctionnaires. On a cru qu'en privatisant la poste, l'électricité et les transports publics, on allait assister à des diminutions de coûts pour les usagers. Que nenni ! tout cela n'a abouti qu'à un seul résultat, l'envolée des bourses mondiales, au seul profit des actionnaires... jusqu'à la plongée soudaine due au virus de la couronne !

Il est intéressant de se poser la question de savoir comment notre société peut trouver aujourd'hui d'autres réponses que le seul étalon du dollar ou celui de l'or pour évaluer le travail humain.

En ce qui concerne tous les métiers de la relation humaine, dont les soignants sont redevenus en quelques jours le modèle de référence, il est nécessaire de repenser d'autres paradigmes pour leur fonctionnement. Le sens du métier que l'on exerce ne peut être imposé par un pouvoir extérieur. Il doit être autogéré par ceux qui l'exercent dans le cadre de contraintes de réalité partagées (vous disposez de tant de budget pour réaliser tels et tels objectifs. Organisez-vous pour y parvenir) en lien avec les publics qui leur demandent des services. Si tous ces métiers de la relation pouvaient à nouveau sentir que l'État et la population leur font confiance pour atteindre les objectifs souhaitables et démocratiquement décidés, sans constater qu'une défiance « organique » oblige les représentants du peuple à leur imposer des systèmes technobureaucratiques de contrôle dignes des pires staliniens zélés, et dont la réalité récente a montré que les décisions concernant les métiers en questions n'ont pas été prises par les « hommes de l'art » mais bien par ceux qui se sont octroyés le pouvoir « managérial ». La logique qui préside à de tels errements repose, de mon point de vue, sur une conception du travail a priori, elle-même conditionnée fortement par la question des gains générés par cette logique implacable. Disposer de tant de centaines de millions de masques pour prévenir une pandémie lorsqu'elle surviendra relève d'une politique de santé qui met l'accent sur la prévention des risques en investissant dans des outils nécessaires lors de la survenue de la catastrophe. Et lors de la survenue de ladite pandémie, les masques sont disponibles et rapidement acheminés sur les lieux qui en ont vitalement besoin. A priori, des responsables enthousiasmés par la pensée technobureaucratique ont pensé que ce poste budgétaire pouvait faire l'objet d'économies en utilisant les statistiques et les calculs de probabilités pour justifier leur décision en toute logique. Malheureusement, si les statistiques renseignent les scientifiques sur la tendance dominante probable de la résolution d'un problème complexe, elle n'indique en aucune façon que cette tendance deviendra réalité. La logique qui devrait prévaloir dans les organisations humaines se situe au contraire dans une réflexion a posteriori. Au vu des dernières pandémies traversées, l'État, dans une réflexion a posteriori guidant ses prises de décisions, doit prévoir la constitution d'un stock suffisant de masques pour les rendre disponibles dès que le besoin s'en fait sentir. Les politiques de santé des dernières décennies ont consisté essentiellement à rogner sur les budgets déjà exsangues, notamment en psychiatrie, en expliquant aux soignants qu'ils pourraient vraiment faire des efforts d'organisation de leurs services, et que ne les faisant pas, « on » allait les « briefer » pour qu'ils acceptent de « manager » les équipes autrement. Tous ces termes sont inhérents à une logique de l'a priori et doivent s'appliquer dans un processus « top-down ». Circulez, y a rien à voir ! pourrait-on dire plus trivialement...Sauf que dans les métiers de la relation, il s'agit d'accueillir les difficultés existentielles de nos contemporains : pourquoi va-t-on voir un médecin, un psychothérapeute, un juge, un avocat, une assistante sociale, un éducateur, un instituteur ? pour acheter quelque chose chez lui ? pour acheter un service ? pour l'acheter lui ?

Eh bien non ! Nous sommes amenés à rencontrer ces professionnels parce que nous avons besoin d'eux, en tant qu'humains secourables disposant en outre d'une compétence dans tel ou tel domaine. Donc toute rencontre apporte aux professionnels en question, en plus du problème précis qui l'amène, une charge de besoin, de demande, de souffrance, de difficultés de différents ordres qui les contraignent à accueillir sur leurs propres épaules psychiques une partie des soucis qui président à ces formes humaines de demandes. Je propose depuis longtemps d'appeler ce portage partiel des soucis des autres la fonction phorique (du grec phorein : porter). Qu'on ne se trompe pas : je ne dis pas qu'un patient qui va voir son médecin parce qu'il est atteint du coronavirus lui demande de porter ses angoisses et sa souffrance psychique en lieu et place de le soigner de sa maladie. Mais je prétends que même dans ce cas, le médecin recevra qu'il le veuille ou non une partie de ces problématiques connexes, et que, à la longue, cela déclenchera chez lui une usure dont il faut absolument tenir compte si l'on ne veut pas que ce médecin devienne contre son gré un technicien de santé laissant de côté le caractère humain de sa prestation. Un parent qui va rencontrer l'instituteur de son enfant parce qu'il est en difficulté d'apprentissage va lui transmettre une partie de ses angoisses, et après plusieurs rendez-vous, l'enseignant portera, qu'il le veuille ou non, une partie des inquiétudes parentales qui pourra le conduire à une usure subreptice. Un père convoqué par le juge des enfants parce qu'une information préoccupante lui a été signalée va se mettre en colère dans son bureau et l'agresser verbalement au point que le juge est obligé d'appeler du secours. Le père, sans le savoir déverse une partie de son angoisse dans la tête du juge qui, même s'il conserve la dignité requise en la circonstance, se trouvera ébranlé par ce passage à l'acte violent. Bref, je ne vais pas passer toutes les professions de la relation en revue, mais il m'apparaît crucial de prendre en considération ces éléments pour pouvoir leur proposer une aide qui ne soit pas factice. Sinon, il devient évident pour les praticiens qui réfléchissent à ces problématiques que le nombre de burnout qui croît exponentiellement est un effet direct du manque de prise en considération de cette souffrance transmise aux métiers de la relation, et notamment de la relation d'aide. L'attitude actuelle des responsables et décideurs consiste à déclarer que ces métiers font l'objet d'un salaire et que c'est le juste prix pour rétribution de ces inconvénients professionnels. Pour participer à de nombreuses équipes de soignants et d'éducateurs en position de superviseur, je peux témoigner de la dégradation constante des relations que les « usagers » entretiennent avec les professionnels. L'agressivité, la violence verbale, quelquefois physique, les calomnies, la désinvolture deviennent des modalités relationnelles de plus en plus fréquentes avec les professionnels. Il me semble désormais évident que ces attitudes sont le fruit du fossé qui s'est creusé depuis quelques décennies entre les responsables politiques et les décideurs d'une part, et les professionnels de la relation d'autre part.

Une très profonde révolution des mentalités est nécessaire pour arriver à retrouver une sérénité qui s'impose dans ces domaines complexes. Pour ce faire, l'Etat doit retrouver sa place et toute sa place dans la défense de ce qui fait société, et notamment des services publics qui nourrissent les dimensions humaines. Mais sa place ne consiste surtout pas à dire aux professionnels comment ils doivent travailler, elle consiste à garantir leurs conditions de travail pour que les acteurs se sentent libres de leurs organisations techniques, et soutenus dans l'exercice souvent difficile de ces professions. Cette liberté dans un cadre protégé favorisera le développement d'une éthique professionnelle permanente qui ne peut se contenter de consignes lointaines d'un comité d'éthique, fût-il composé de personnes remarquables.

Je formule le vœu que cette crise nous serve de leçon pratique de démocratie. Faisons confiance aux professionnels et à leurs capacités d'auto-organisation. Demandons à l'Etat de reprendre la place qu'il n'aurait jamais dû quitter, celle de garantir les bonnes conditions du fonctionnement des institutions humaines sans se mêler de leurs contenus, en les soustrayant aux lois du marché et de considérer que cette attaque virale est un signe avant-coureur des impasses dans lesquelles nos sociétés de consommation sont engagées au plus grand dommage de notre écosystème.

Et Vive Tosquelles !

危機



Matière à penser ... (2)

Le 5 mars 2020 se tenait à Bruxelles, à l'initiative du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), une journée de réflexion sur le DSM. Un de ses initiateurs, Jean-Louis Feys – psychiatre, directeur médical du Centre Psychiatrique Saint-Bernard à Manage – tente de redonner un peu de hauteur à la réflexion psychiatrique.

Le temps du confinement offre peut être une occasion d'héberger la pensée — en ce moment critique où penser, c'est déjà résister.

Le retour de l'approche dimensionnelle des classifications en psychiatrie

Rappels historiques et problématiques contemporaines

par Jean-Louis Feys

Introduction

En juin 2019, le Conseil Supérieur de la Santé en Belgique a publié un avis sur le DSM-5 : *Le DSM-5 - Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale*. Cet avis a réveillé, en Belgique et principalement en Flandre, les anciennes polémiques et les vieux débats autour des approches dimensionnelles et catégorielles des classifications des phénomènes psychiatriques. L'avis prend clairement et sans nuance position pour une approche dimensionnelle. Il reproche au DSM-5 et à la CIM de considérer les troubles comme des espèces naturelles : « *D'un point de vue épistémologique, les classifications partent en effet du postulat que les troubles mentaux sont des espèces naturelles, et que leur désignation sont les reflets de distinctions objectives entre différents problèmes, ce qui n'est pas le cas. Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt d'ordre dimensionnel que catégoriel.* » [1, p. 5] Les phénomènes psychiatriques diffèrent des substances chimiques ou des espèces d'animaux. L'eau par exemple, explique l'avis, peut être considérée comme une espèce naturelle parce que tous les échantillons d'eau sont fondamentalement identiques ; ils possèdent la même structure et se comportent toujours de la même façon. « *L'équivalence de tous les échantillons d'eau*

est indépendante de notre point de vue et de nos préférences de classification, nos intérêts financiers, nos pratiques sociales ou nos considérations morales (...) Partir du principe que les désignations des troubles mentaux répertoriés dans le DSM ou la CIM représentent des catégories d'espèces naturelles c'est sous-entendre que ces désignations sont le reflet de distinctions objectives entre les divers types de problèmes psychiatriques. » [1, p. 5]

L'avis qualifie ainsi les classifications du DSM-5 et de la CIM de catégorielles et naturalistes et les assimile à une conception biomédicale risquant de favoriser la stigmatisation et la discrimination dont sont déjà trop souvent victimes les patients souffrant de pathologies psychiatriques.

L'objectif de cet article est de rebondir sur cet avis du Conseil Supérieur de la Santé en Belgique afin de relancer le débat toujours d'actualité entre ces deux approches catégorielle et dimensionnelle, mais aussi pour revenir sur les affirmations du Conseil au sujet du DSM et préciser voire nuancer son jugement.

L'article va d'abord rappeler certains principes épistémologiques inhérents à une classification et complexifier le débat en tentant de distinguer une classification dogmatique d'une classification qui ne s'appuierait pas sur le paradigme dogmatique ou naturaliste. Nous illustrerons successivement ces propos par un rappel historique des positions de Pinel et Esquirol d'une part et de Szondi et Schotte d'autre part. A travers Pinel et Esquirol, nous rappellerons qu'au départ de l'aliénisme l'approche était dimensionnelle et qu'il serait incorrect d'assimiler toute la psychiatrie asilaire et hospitalière à des classifications naturalistes - ce que ne fait en aucun cas l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Léopold Szondi va nous permettre quant à lui de donner un exemple de classification dimensionnelle mais naturaliste, ce qu'a voulu éviter Schotte en modifiant de manière fondamentale l'approche de Szondi pour présenter une classification dimensionnelle non naturaliste. Après ce détour, nous reviendrons au DSM pour pondérer l'avis du Conseil Supérieur belge.

Enfin, l'article tentera de préciser les implications cliniques et politiques de cette opposition catégoriel *versus* dimensionnel. Une telle opposition reste en effet un enjeu crucial pour la réorganisation du savoir psychiatrique : la rénovation de la classification nosologique a de réelles répercussions sur l'organisation des soins en santé mentale.

A. Les classifications

Classifier

Au risque de schématiser ce que nous avons déjà développé dans un précédent ouvrage, [2] nous pourrions défendre qu'il existe deux manières de concevoir les phénomènes et leur classification : suivant une conception dogmatique et suivant une conception constructiviste. Dans ***la conception dogmatique*** des phénomènes, les phénomènes sont perçus sans qu'on tienne compte de la perception. Dans une perspective dogmatique de la classification, il faut distinguer, d'une part, l'opération de classifier et, d'autre part, ce que l'on classe – les choses qu'on distribue par classes, par catégories. **Classifier**, c'est définir des groupes, des sous-groupes et y inclure des éléments. C'est une opération qui se réfère à la théorie des ensembles, aux lois mathématiques, indépendantes du temps et de l'espace. Le fondement de toute classification se construit sur l'idée des ensembles. La condition pour qu'une chose puisse faire l'objet d'une classification dogmatique est qu'elle soit dotée d'une assise ontologique suffisante. Les choses que l'on classe doivent avoir une identité suffisamment stable. Seules les idées et les substances assurent une stabilité suffisante aux choses et peuvent dès lors constituer un support de définitions permettant une classification dogmatique. Les **idées** peuvent être des concepts (le triangle, la vertu) ou des nombres (huit). Elles sont universelles et atemporelles. Les **substances** peuvent être élémentaires ou complexes. Les substances **élémentaires** (l'hydrogène) sont indestructibles et intemporelles tandis que les substances **complexes** (les plantes, les animaux, l'homme) évoluent au cours de leur existence. Les idées et les substances élémentaires feront l'objet de **classifications essentialistes** : c'est l'essence même d'une idée ou d'une substance élémentaire qui sera déterminante pour l'ensemble dans lequel elle sera classifiée. L'évolution des substances complexes permet quant à elle de passer de leur essence à leur évolution. Pour **Darwin**, [3] la norme qui permet de penser la classification n'est plus l'essence des choses telle que prévue dans le plan de création de Dieu mais l'évolution naturelle des espèces. On passe ainsi d'une classification essentialiste à une **classification naturaliste**. En outre, la validité d'une idée ou d'une substance réside en leur séparabilité. C'est parce qu'on peut les séparer qu'elles sont valides et qu'on peut les classifier.

En revanche, dans ***une approche constructiviste*** [4] des phénomènes perçus et de la réalité, il n'est pas possible de dissocier l'objet perçu et l'acte de percevoir, la classification et l'acte de classifier. Percevoir et classifier se font toujours en tenant compte de la personne qui

perçoit et classe. La prise en considération de la subjectivité de la personne qui perçoit et classe empêche la fondation d'une classification purement naturelle. Les choses n'ayant plus une assise ontologique par elles-mêmes, elles ne peuvent faire l'objet d'une véritable classification naturelle. En revanche, rien n'empêche que la méthode constructiviste ne construise une classification. Mais il s'agira alors toujours de classification artificielle, en rien comparable aux véritables lois classificatoires telles qu'on les rencontre dans un système dogmatique. Par ailleurs, cette classification d'origine constructiviste peut s'affranchir de la théorie des ensembles. Elle peut, comme nous le verrons, penser une classification de phénomènes qui ont entre eux un rapport autre que celui propre aux ensembles - un rapport en réseaux par exemple.

Conception dimensionnelle et catégorielle des phénomènes psychiatriques

Revenons à notre opposition entre approche catégorielle et dimensionnelle en psychiatrie et commençons par préciser les définitions. **L'approche catégorielle** des troubles mentaux est l'approche traditionnelle qui caractérise toute entreprise de classification : il s'agit d'établir des ensembles regroupant des catégories précises aux propriétés clairement définies. Une classification catégorielle, c'est une affaire de oui ou non, d'appartenance ou pas à un ensemble. Un ensemble - ou une classe - est déterminé par une série de propriétés ou critères qu'un objet donné possède ou non. L'approche catégorielle correspond parfaitement aux classifications essentialistes ou naturalistes. Elle deviendra l'approche traditionnelle en médecine et en psychiatrie. Pour la médecine, **Thomas Sydenham** et **Carl von Linné** sont régulièrement cités comme exemples de classificateurs apparentés aux classifications essentialistes : selon eux, les espèces vivantes ont été créées par Dieu lors de la Genèse et n'ont subi depuis lors aucune variation. A leur époque, médecine et botanique sont apparentées. Linné devient titulaire de la chaire de botanique et matière médicale en 1783. Il est l'un des principaux acteurs de cette médecine qui, avant la période anatomoclinique, espère affirmer sa scientificité en se fondant sur des méthodes descriptives. Au dix-huitième siècle la médecine est soumise à cette règle naturaliste dont l'objectif est d'établir des classes, des familles, des espèces. Cette logique classificatoire va perdurer pendant plusieurs siècles et influencer sur les classifications psychiatriques. Si le raisonnement du psychiatre relève du champ général de la médecine, il se doit d'inscrire son objet - les phénomènes psychiatriques - dans celui-ci. La médecine, à son tour, impose de les inscrire dans l'ordre de la nature. Le développement de la psychiatrie classique s'est ainsi aligné sur l'évolution du modèle médical

et sur les conceptions nosographiques héritées du dix-septième siècle qui regroupent les maladies comme on classierait les plantes en science botanique : il s'agit de retrouver les mêmes symptômes chez différents individus pour les regrouper en syndromes, en espèces, en classes. **Emil Kraepelin** est sans doute le psychiatre qui incarne au mieux cette psychiatrie naturaliste. Son œuvre principale est la rédaction successive des huit différentes éditions de son manuel, entre 1883 et 1896. Kraepelin est formé à l'école organiciste et neuropathologique allemande de cette époque et ses classifications successives reposent sur la notion de maladies mentales définies à partir de l'évolution et de l'état terminal. Kraepelin ne s'occupe à aucun moment des aspects psychopathologiques des symptômes, il est convaincu de l'étiologie « endogène » des maladies et se limite à des considérations descriptives et classificatoires. Il estime d'ailleurs que ne pas connaître la langue du patient représente un avantage : cela permet à l'observation de ne pas être perturbée par le discours de celui-ci. « *C'est la délimitation et le groupement des formes morbides qui doivent rester au premier plan de notre tâche et servir de base à tout travail ultérieur.* » [5, p. 11] Les modèles dont Kraepelin se sert pour définir la maladie sont la paralysie générale de Bayle et la catatonie de Kahlbaum. Il cite Bayle parce que, bien sûr, l'étiologie anatomoclinique de la paralysie générale confirme ses hypothèses de causalité endogène et neurologique. La catatonie de Kahlbaum, quant à elle, représente pour Kraepelin l'exemple même de maladie mentale véritable. Kahlbaum serait, selon lui, parvenu à établir de manière systématique la différence entre un tableau morbide et une maladie mentale véritable. Il ne s'est pas contenté de regrouper plusieurs symptômes mais il a cherché quelle était la maladie mentale sous-jacente pour en prévoir l'évolution. La conception nosologique de Kraepelin s'inscrit tout-à-fait dans la continuité de l'approche botanique de Sydenham et Linné. Celles qu'on nomme « maladies mentales » sont dès lors considérées comme des substances ayant une causalité naturaliste et une évolution prédéterminée.

A cette approche naturaliste et catégorielle des classifications s'oppose l'approche dimensionnelle. Même si « **approche dimensionnelle** » n'est pas une expression univoque, on pourrait résumer que suivant une telle conception il existe un continuum entre le normal et les différentes expressions du pathologique. Il y a entre les deux une échelle progressive susceptible de nombreux paliers intermédiaires. Dans ce type de classification, les différents symptômes en psychiatrie se répartissent suivant des continuums qui vont du normal jusqu'au pathologique sans qu'il y ait des entités pathologiques naturelles. A l'instar de l'hypertension

et de l'hypercholestérolémie, la pathologie ne serait que statistique et variable d'une époque à l'autre.

En guise d'exemples de l'approche dimensionnelle, nous rappellerons les positions des fondateurs de l'aliénisme en France, Pinel et Esquirol, ainsi que l'œuvre de Jacques Schotte.

B. Des classifications dimensionnelles

1. La conception anthropologique et dimensionnelle de Pinel et Esquirol

La « manie sans délire » de Pinel

La première édition du *Traité de la manie* de Pinel date de l'an IX du calendrier républicain (qui correspond dans le calendrier grégorien à la période du 23 septembre 1800 au 22 septembre 1801). Rappelons au passage que Marcel Gauchet et Gladys Swain [6] reprochèrent à Michel Foucault, lorsqu'il critique Pinel dans l'Histoire de la Folie, d'avoir travaillé principalement à partir de la deuxième édition du traité paru en 1809. Or c'est dans la première édition qu'apparaît clairement ce qui fonde les thèses de Pinel : l'identification d'une manie périodique ou intermittente, ainsi que d'une manie sans délire. La première explique qu'un insensé peut être dans un état de fureur pendant quinze jours par an alors que le reste de l'année il est calme. La seconde soutient quant à elle que non seulement la folie peut se limiter dans le temps, mais aussi que la personne peut garder une certaine distance, une certaine critique vis-à-vis de ce délire après et parfois même pendant les accès de furie. L'extériorité du foyer de folie par rapport à la raison apparaît clairement : le patient peut, à côté de ses idées délirantes, conserver dans plusieurs autres domaines une capacité de logique et de raisonnement parfaitement normale. Le fou n'est donc pas envahi totalement par sa folie. La folie n'est plus perte totale et définitive de la raison mais contradiction au sein même de la raison qui reste quant à elle toujours présente. Toute la classification proposée par Pinel repose sur ce principe. Les cinq catégories identifiées (mélancolie, manie sans délire, manie, démence, idiotisme) se placent donc du moins vers le plus dans l'atteinte de la subjectivité de l'aliéné, dans la perte de distance qu'il a avec sa folie ; elles placent leur curseur de la folie la plus circonscrite vers la plus généralisée. On a donc à faire ici à une classification qui repose sur une structure de compréhension déterminant à la fois l'ensemble de la

classification et sa division interne. C'est précisément là que se situe l'originalité de la classification de Pinel : il ne juxtapose pas des entités déterminées selon des critères externes (divers symptômes ou les défauts de certaines facultés), mais il articule les différentes catégories en fonction d'une organisation cohérente en interne.

Que le fou ne soit pas complètement fou a bien sûr des conséquences d'un point de vue thérapeutique. Cela permet aux médecins de croire enfin aux possibilités de sa curabilité. Il s'agit dès lors « d'entrer dans l'esprit » des aliénés, de s'appuyer sur ce qui leur reste de raison pour les diriger vers la guérison. Il s'agit d'entrer en contact avec eux, de gagner leur confiance pour ensuite les orienter vers des idées plus raisonnables. Ce type de traitement moral fait appel aux facultés intellectuelles, aux sentiments, aux « passions » du patient et s'oppose aux traitements visant exclusivement le corps du malade. Mais retenons surtout pour notre propos que la folie n'est ainsi plus abordée en termes d'altérité irréductible mais en termes d'identification, de ressemblance.

Les « passions » d'Esquirol

La monomanie, concept auquel Esquirol reste historiquement associé, lui permet de rester fidèle à son maître en perpétuant l'idée de délire partiel puisque certains aspects de l'entendement sont touchés alors que d'autres sont intacts. Le délire peut être circonscrit à l'intelligence, aux affects ou à la volonté.

La thèse d'Esquirol en 1805 a pour titre *Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. [7] Ce sont selon lui les passions humaines qui s'expriment dans les manifestations de la folie mais c'est aussi au niveau de ces passions qu'il faut chercher la cause de l'aliénation. Le traitement ne passe dès lors plus par des actes physiques mais par un travail sur ces mêmes passions. Faire des passions la cause des troubles, c'est bien sûr relier les symptômes observables cliniquement avec les mouvements ordinaires de l'âme et les affections morales primitives de l'individu. Nous sommes là au cœur même d'une position anthropologique et dimensionnelle de la folie : « *Toutes les espèces d'aliénations ont leur analogie, et pour ainsi dire, leur type primitif dans le caractère de chaque passion. Celui qui a dit que la fureur est un accès de colère prolongée, aurait pu dire avec la même justesse, que la manie érotique est l'amour porté à l'excès ; la mélancolie religieuse, le zèle ou la crainte de la religion poussés au-delà des bornes ; la mélancolie avec penchant au*

suicide, un accès de désespoir prolongé. On peut en dire autant des autres passions, qui ressemblent toutes plus au moins à une aliénation. » [7, p. 21] L'aspect dimensionnel de son approche est encore parfaitement illustré par cette citation d'Esquirol datant de 1816 : « *Que de richesses attendent le philosophe qui, se dérochant au tumulte du monde, parcourt une maison d'aliénés. Il y trouvera le même monde, mais modifié de façon à lui faciliter la tâche : les traits sont plus forts, les nuances plus marquées, les couleurs plus vives, les effets plus heurtés, parce que l'homme est dans toute sa nudité* » [8, p.34]. Terminons ce paragraphe avec une dernière citation qui fera parfaitement la transition vers Szondi et Schotte : « *En comparant ainsi les passions avec les tempéraments, les professions, la manière de vivre, nous verrions que les circonstances les plus favorables à leur développement et à leur exaltation, sont celles qui prédisposent et déterminent plus ordinairement l'aliénation.* » [7, p. 17]

2. L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte

L'intérêt de ce rappel des travaux de Léopold Szondi et de Jacques Schotte est de donner un exemple de classification psychiatrique dimensionnelle et naturaliste (Szondi) et un exemple d'une véritable construction de classification dimensionnelle (Schotte).

La nosographie comme fondement de l'anthropopsychiatrie

« *C'est la nosographie qui constitue la trame de mon anthropopsychiatrie.* » [10, p. 126]

L'intérêt principal des travaux de Schotte pour la psychiatrie est d'ordre épistémologique. Schotte ne cessera d'interroger le statut d'un symptôme psychiatrique, le rapport entre le normal et les pathologies ainsi que les interactions entre les différentes pathologies. La nosographie est révélatrice de la manière dont ces questions sont abordées, elle est révélatrice des présupposés concernant l'épistémologie de la psychiatrie.

Les vecteurs pulsionnels de Szondi

L'alternative à une classification d'espèces morbides, Schotte la retrouve chez Szondi et son tableau des vecteurs pulsionnels. **Léopold Szondi**, psychanalyste hongrois, a réalisé une importante recherche généalogique sur de nombreuses familles. Il cherchait ainsi à élucider la transmission génétique de facteurs conditionnant notre vie mentale. Au cours de cette

recherche, sa conception de la transmission évolue et Szondi passe progressivement de l'idée de constitution à celle de destin et de choix. Il passe ensuite à la question de la détermination de ces choix. Il se réfère alors plus directement à Freud et lui emprunte le concept de **pulsion**. La pulsion est ce qui pousse au choix. Pulsions et destin sont donc liés puisque le destin est déterminé par les choix et que les choix sont motivés par les pulsions. Szondi étend cette notion de choix aux registres qui déterminent le destin d'un homme : choix amoureux ou amical, choix professionnel ou artistique, mais aussi « choix » d'une pathologie.

En 1944, dans *L'analyse du destin*, [11] Szondi identifie ainsi quatre pulsions ou vecteurs pulsionnels : le vecteur du Contact, le vecteur de la Paroxysmalité, le vecteur de la Schizoïdie et le vecteur Sexuel. Nous ne détaillerons pas ici ni ne développerons chacun de ces vecteurs pulsionnels - nous renvoyons pour cela aux séminaires de Schotte, [12, 13] à son livre *Szondi avec Freud*, [14] à *Nosographie*, [15] et aux différents ouvrages sur le sujet. [16,17, 18] Ce qui retiendra notre attention est que les éléments qui sont constitutifs du destin et donc dépendants des pulsions sont soit les maladies psychiatriques, soit ce qui permet de les éviter, à savoir les choix culturels (les professions, les activités artistiques, etc.). Szondi établit ainsi des correspondances entre les formes de pathologies et les formes d'humanisation, qu'il s'agisse de manifestations socialisées (les professions) ou de manifestations sublimées.

Vecteurs pulsionnels	Sexuel	Paroxystique	Schizoïde	Contact
Manifestations pathologiques	Perversions	Névroses, épilepsie	Psychoses	Troubles de l'humeur, psychopathies
Manifestations Socialisées	boucher, sculpteur, chirurgien, ...	Politicien, acteur, ...	Poète, écrivain, psychiatre, instituteur, ...	Antiquaire, banquier, cuisinier, ...
Manifestations Sublimées	Humanisme littéraire, ...	Religion, morale, art dramatique, ...	Philosophie, mathématiques, ...	Economie politique,...

Pour Schotte, Szondi rejoint ainsi la tendance anthropologique et dimensionnelle de Freud

qui, dans *Totem et Tabou*, rapproche les névroses des manifestations artistiques ou culturelles : hystérie et théâtre, névrose obsessionnelle et religion, paranoïa et philosophie. [19, p. 34] La nosographie ne sera plus désormais une collection de maladies ou de syndromes définis à partir d'une causalité naturelle supposée ou à partir de normes sociales et culturelles mais sera déterminée par un nombre limité de problématiques universellement humaines. Il n'existera plus de séparation nette entre pathologie et santé, ni entre pathologie et activités humaines.

Mais, tout en passant de la constitution au destin, du destin au choix et du choix à la pulsion, Szondi n'abandonnera jamais sa conviction d'une détermination génétique sous-jacente. Le choix pour Szondi reste génétiquement déterminé. Le tableau pulsionnel de Szondi est une classification naturaliste, fondée sur la théorie des ensembles (l'ensemble des pathologies dérivées du vecteur Contact, les pathologies du vecteur de la Paroxysmalité, etc.). Schotte refuse un tel déterminisme génétique, tout comme il réfute une classification naturaliste propre à la botanique de Sydenham et Linné. Il refuse une classification extérieure où les choses ne sont pas mises en rapport les unes avec les autres ; il veut arriver à une mise en ordre qui saisit la loi interne de ce qui fonde le système en lui-même et qui fait que dès lors il existe. Schotte va alors dynamiser ce tableau des catégories de pathologies psychiatriques et développer l'idée de circuit à l'ensemble des vecteurs pulsionnels de Szondi. Il va ainsi complexifier le tableau pulsionnel de Szondi, sortir de ses colonnes et ensembles, pour proposer un tableau des pulsions à deux entrées.

circuits					
		C	S	P	Sch
v e c t e u r	C	prendre accrocher	coller	être à le recherche de	lâcher, se décrocher
	S	recherche de plaisir	tendance à la passivité	tendance à l'activité, à la maîtrise des objets	refus d'érotisati on du corps

	P	refus de la censure et du contrôle éthique	se montrer, se porter au regard	refus de se montrer	se censurer (éthique - surmoi freudien)
	S c h	tendance à construire ses désirs à partir de l'autre	tendance narcissique	conformation de soi et de l'image de soi à la réalité	besoin de vivre ses désirs et de les exprimer

Les pathologies seront entendues ici comme l'accentuation ou la fixation de ces pulsions ou tendances.

circuits					
v e c t e u r		Contact	Sexuel	Paroxysmalité	Schizoïdie
	C	alcoolisme, toxicomanie	épisode dépressif	phase mélancolique, suicide	phase maniaque
	S	troubles psychosomatiques, névrose, psychopathie	masochisme	sadisme	inhibition
	P	épilepsie, affects brutaux (haine, meurtre...)	conversion hystérique	honte ou pudeur, angoisse de relation, phobie sociale, crises de panique	angoisse de culpabilité, personnalité borderline ou paranoïaque
	Sch	empathie, symptômes psychotiques du vol de la pensée et de l'écho, délire paranoïde de persécution	autisme	schizophrénie catatonique, bouffée délirante, psychose hystérique	délire mégalomane

L'introduction des circuits pulsionnels au sein du tableau pulsionnel de Szondi permet à Schotte de mettre en évidence la dimension d'articulation entre les vecteurs et l'idée selon laquelle la normalité ou la santé mentale dépendrait d'une certaine mobilité de la vie pulsionnelle. Chez la personne dite en bonne santé mentale, les pulsions seraient perpétuellement en mouvement et s'équilibreraient tandis que la pathologie se caractériserait par la fixation ou l'amplification de la pulsion à un endroit du circuit. On voit, dans le schéma ci-dessus, que le tableau de Szondi devient véritablement un système de combinaison avec des intrications d'une pathologie dans une autre : « *Ainsi émergent des rapports d'intrication qui imposent que le schéma szondien tient ensemble par des lois de structure et ne résulte pas d'une réunion fortuite d'éléments divers.* » [20, p. 94] Chaque pathologie ne se définit dès lors plus que par rapport aux autres. On quitte ainsi le domaine de la classification naturelle où les pathologies existent les unes à côté des autres pour découvrir l'articulation d'une structure unique au sein de laquelle les pathologies sont imbriquées : « *il n'y a plus tellement ce qui communément s'appelle des maniaques, des sadiques, des hystériques, des schizophrènes, etc., comme autant de 'catégories' de malades classés selon tels ou tels critères plus ou moins extérieurs à la psychiatrie, mais surtout des catégories à la fois de pensée et d'être.* » [21, p.31-32] Il n'est en effet pas question chez lui d'ensembles qui se voient ou se rencontrent dans des intersections ou s'incluent les uns dans les autres : les formes de pathologies sont en lien les unes avec les autres, en réseaux et non pas regroupés en ensembles. « *Les catégories sont désormais imbriquées... Chacun des facteurs en question ne se définit plus que par rapport aux autres... Plus rien n'a d'existence autonome, tout est reconstitué en et par des réseaux de relations significatives : nous venons de quitter le régime dans lequel les maladies mentales sont considérées partes extra partes, pour découvrir l'articulation d'une structure unique dont l'ensemble les recoupe au lieu de simplement les regrouper.* [21, p. 31]

La classification de Szondi est certes dimensionnelle mais reste naturaliste et dogmatique tandis que la classification de Schotte comporte un aspect réflexif et met l'accent sur l'opération de la pensée qui est en train de classer. Les circuits, à l'instar de la pensée, sont en perpétuel mouvement. Penser en termes de circuits, et non pas en termes de classes ou d'espèces morbides, permet de prendre en considération en tant que telle cette opération de définition et de classement qui est inévitable quand on pense. Cela rend possible une remobilisation de tout l'ensemble dans l'interaction et le jeu des éléments entre eux qui

empêche la fixation par un diagnostic de l'ordre de l'étiquetage. Ces diagnostics sont de l'ordre de la **présentification** et non de la **représentation**. Ils sont le produit de constructions de la pensée lors d'une rencontre avec un patient dans un certain contexte et n'ont rien à voir avec les substances ou les idées ; dès lors, les diagnostics ne sont jamais définitivement établis mais sont toujours en train de se faire et de se défaire. [22]

C. Le DSM

Revenons au DSM puisque c'était le sujet de l'avis du Conseil Supérieur. Dans cet avis, le DSM-5 est décrit comme une classification catégorielle et naturaliste. Reprenons successivement les deux qualificatifs.

Le DSM-5 est-il catégoriel ? Cette question des approches dimensionnelles *versus* catégorielles est présente dans les nombreux débats qui accompagnent chaque nouvelle version du DSM. Si le DSM-I et le DSM-II étaient d'inspiration psychanalytique et donc plutôt dimensionnelle, le DSM-III devait marquer le retour triomphant de la pensée catégorielle. Après une période de contestations marquées entre autres par l'apparition de thèses antipsychiatriques, le DSM-III voulait éviter de traiter des problèmes sociaux et d'ordre moral pour se limiter aux véritables « maladies mentales ». C'est en tous cas ce que l'histoire de la psychiatrie semble retenir de cet important changement de paradigme que constitue le DSM-III. [23] Pourtant, dans l'ouvrage *Qu'est-ce que le DSM ?* [24] et dans l'article *Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?*, [25] Steve Demazeux est plus nuancé et cite Théodore Million : « L'introduction dans le DSM-III de l'axe II (personnalité), de l'axe IV (facteurs de stress psychosociaux) et de l'axe V (meilleur fonctionnement adaptatif), même s'ils ne sont pas toujours nécessaires, augure volontiers d'une conception radicalement nouvelle du diagnostic psychopathologique. Dorénavant, la norme en matière de classification impose au clinicien de ne pas s'arrêter à l'« entité maladie », mais de viser à dégager un panorama entier de dimensions contextuelles, avec en particulier l'allure générale du fonctionnement psychologique de la personne, les caractéristiques de son environnement et de sa situation, ainsi que de ses forces et ses possibilités de s'en sortir de manière saine et constructive. » [1, p. 34] Si l'axe I se veut clairement catégoriel, les axes II, IV et V introduisent un aspect plus dimensionnel du diagnostic. Mais, du coup, de nouvelles questions apparaissent dont celle du rapport entre l'axe I et l'axe II. Steve Demazeux considère que c'est là que se concentrent la plupart des problèmes épistémologiques du DSM depuis 1980. Soit l'axe II est pensé comme l'axe I, c'est-à-dire suivant une approche catégorielle dans la droite ligne du modèle médical ;

soit les formes pathologiques de la personnalité ne sont que des variantes extrêmes des dimensions qui caractérisent la personnalité dite normale du commun des êtres humains. Dans le « Trouble de la personnalité », met-on l'accent sur le trouble ou sur la personnalité ? Quelle serait la définition d'une personnalité ? Est-elle innée ou est-elle le produit des interactions socio-culturelles ? La psychiatrie quitterait-elle le réalisme des maladies mentales pour se réfugier dans le réalisme des traits psychologiques ? Ces débats ont visiblement pris de l'ampleur au fil des différentes éditions qui ont succédé au DSM-III ; l'axe II a fait l'objet de nombreuses critiques au cours des trente dernières années entre autres parce que « la fiabilité » (reliability) entre différents psychiatres (ou soignants) s'avère insuffisante pour les diagnostics de trouble de la personnalité. Par ailleurs, les co-occurrences de plusieurs troubles deviennent la règle dès que les troubles sont sévères. Demazeux estime que, depuis quelques décennies, l'approche catégorielle montre de plus en plus ses limites, que ce soit pour l'axe II ou même l'axe I. Étrangement, c'est la neurobiologie, la génétique ou la pharmacologie qui ont remis en question cette volonté catégorielle : ces disciplines mettent en évidence des phénomènes particuliers qui ne sont pas en concordance avec les catégories employées dans les classifications. On a ainsi montré, par exemple, que le rôle des neuromédiateurs n'est pas spécifique à tel ou tel diagnostic.

Dans la préparation du DSM-5, [26] deux alternatives étaient possibles : soit abandonner l'axe I des syndromes cliniques - ce qui équivaldrait à abandonner le modèle médical en psychiatrie -, soit abandonner les autres axes. On sait entre temps que le choix s'est principalement porté vers l'abandon de tous les axes et le maintien d'une approche catégorielle avec des gradations de sévérité pour les syndromes cliniques qui figuraient dans l'axe I dans les versions précédentes. Quant aux troubles de la personnalité, la position de l'APA est moins claire : l'axe II disparu, ils font dès lors l'objet d'un modèle dit alternatif, hybride, catégoriel et dimensionnel. D'une part, ils constituent une des vingt catégories de troubles mentaux présentés dans la Section II. L'approche retenue dans cette section est une perspective classique, catégorielle, selon laquelle les troubles de la personnalité sont qualitativement distincts des syndromes cliniques et distincts des traits de personnalité de tout un chacun. Mais, d'autre part, la Section III du DSM-5 propose aussi un modèle de recherche développé par le groupe de travail « *DSM-5 Personality and Personality Disorders* ». Ce second modèle est clairement pensé dans une perspective dimensionnelle. L'APA a donc décidé de ne pas trancher et présente les deux modèles pour les troubles de la personnalité : catégoriel et dimensionnel.

En résumé, le DSM-5 reste une classification globalement catégorielle. Toutefois, si le qualifier de classification catégorielle n'est pas faux, il est selon nous utile d'apporter des nuances qui ne sont pas reprises dans l'avis.

Deuxième question : le DSM-5 est-il une classification naturaliste ? Là aussi, il nous faut d'abord revenir au DSM-III avant de tenter de répondre. Le DSM-III constitue clairement une tentative de remédicalisation de la psychiatrie évitant les problèmes de la psychopathologie. L'abord syndromique descriptif y est prédominant. Dans l'introduction, les auteurs expliquent que « *chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu.* » [23, p. XXV] Et ils précisent que « *L'approche choisie dans le DSM est a-théorique eu égard à l'étiologie ou la physiopathologie, à l'exception des troubles pour lesquels celles-ci sont nettement établies.* » [23, p. XXVI]

Deux choses apparaissent essentielles pour notre propos : d'une part le passage des « maladies mentales » aux « syndromes » et d'autre part la position « a-théorique » adoptée face à la causalité des phénomènes.

Voyons d'abord la question des syndromes qui se distinguent des maladies. Ce qui caractérise une maladie, c'est l'aspect typique de son début, de son évolution et de sa terminaison, complété, si possible, par des données étiologiques. La maladie peut clairement être considérée comme une « substance », une entité qui existe en tant que telle, qui évolue de manière prévisible, qui a un pronostic, tandis que le syndrome n'est qu'un groupement typique de signes, possédant éventuellement une évolution propre mais qu'on pourrait retrouver dans plusieurs maladies, dans plusieurs entités morbides. Le syndrome pleurétique, par exemple, s'observe aussi bien dans la tuberculose que dans le cancer de la plèvre ou dans certaines pneumonies virales. C'est la sémiologie qui fonde les syndromes. L'observation et la reconnaissance des signes ou symptômes permettent de les regrouper en syndromes.

La position a-théorique est quant à elle une position essentielle qui a de considérables conséquences : les diagnostics sont détachés de toute idée étiologique ou physiopathologique. On fait abstraction des questions de causalité pour se limiter à la seule observation qu'on imagine partagée universellement par tous. Le DSM-III comporte donc une visée résolument agnostique par rapport aux concepts théoriques, étiologiques ou pathogéniques non démontrés. Il n'est donc plus question de « maladies » considérées

comme des substances complexes ayant une causalité déterminée (par exemple, génétique) et évoluant selon un développement prédéfini, comme c'était le cas pour la démence précoce de Kraepelin. Dès lors, et contrairement à l'usage habituel qu'on en fait, on ne peut pas dire que le DSM-III traite les pathologies comme des substances et qu'il constitue une classification naturaliste à proprement parler. La démarche de construction des DSM depuis 1980 est assez claire et le principe de révision correspond toujours au même modèle : de très nombreux psychiatres donnent leurs avis et le comité de rédaction s'emploie à trouver un compromis entre ces psychiatres, les différents groupes de pression, les firmes pharmaceutiques, les sociétés d'assurances, etc. Le DSM ne classe ni des idées, ni des substances mais les jugements de divers intervenants quant à la fréquence de tel ou tel symptôme dans tel ou tel trouble. Ces jugements varient au gré de l'évolution de la société. Puisqu'il se veut a-théorique, il ne tolère aucune norme si ce n'est le consensus. Ce n'est qu'un compromis entre plusieurs subjectivités. Le DSM pense construire une théorie des ensembles mais n'aboutit qu'à une classification artificielle, ce qui explique son instabilité et la succession de ses révisions et des nouvelles éditions dont il fait régulièrement l'objet. Il ne subsiste qu'une illusion de séparabilité, de validité et de fiabilité.

Qu'en est-il du DSM-5 ? [26] Au-delà des modifications de certains critères diagnostiques, de la disparition de certains troubles et de la traditionnelle arrivée de nouvelles pathologies, le grand changement conceptuel de cette nouvelle édition du manuel consiste en la tentative d'abandonner prudemment la position a-théorique en vigueur dans les éditions précédentes depuis le DSM-III. Certains troubles sont regroupés en fonction d'une étiopathogénie commune et les auteurs expriment clairement leur souhait de parvenir à construire une classification qui soit basée sur des marqueurs génétiques, biologiques ou provenant de l'imagerie cérébrale. Le DSM-5 entendrait donc s'étayer sur des considérations étiopathogéniques. Par cette évolution, la psychiatrie renoue avec ses anciens rêves de causalité d'ordre neurobiologique et d'une classification y correspondant.

En conclusion, le DSM-5 est moins catégoriel que les versions précédentes mais plus naturaliste.

D. Conséquences cliniques et politiques

Cette distinction entre classification catégorielle et dimensionnelle a d'importantes

conséquences au niveau clinique et politique. Comme nous l'avons vu, une relecture des fondateurs de la psychiatrie nous rappelle que le traitement moral, ancêtre de toutes nos psychothérapies, repose sur une vision dimensionnelle des pathologies. La folie n'est pas en marge de l'humain mais au centre même de chaque être humain en tant qu'instabilité constitutive. Dès que la psychiatrie hospitalière va prendre le tournant des classifications catégorielles et naturalistes, les traitements corporels vont réapparaître et l'asile va s'apparenter à un endroit carcéral. Quand la psychiatrie se sépare du lien entre passion et folie et de celui entre raison et folie et qu'elle oublie les fondements anthropologiques du traitement moral, elle s'engage sur la voie d'une psychiatrie cherchant désespérément à rejoindre le discours médical parfois au détriment des patients. Lorsque la pathologie est considérée comme totalement extérieure à la question de l'être humain, lorsqu'elle est le fait d'un événement extérieur, d'une lésion, d'un dérangement, d'une « maladie médicale » alors le psychiatre / soignant n'a plus rien en commun avec la souffrance de son patient, il peut défendre son extériorité radicale par rapport à lui et risque d'opter pour une attitude purement paternaliste ou pour la défense de la société au détriment des droits fondamentaux du patient. Une approche dimensionnelle modifie bien sûr également la question du pronostic : s'il existe une continuité entre le « pathologique » et le « normal », rien n'empêche d'envisager un retour vers la normale et donc une « sortie du diagnostic » psychiatrique. De même, ce qu'on appelle la psychoéducation doit être redéfinie. Classiquement, les termes d'éducation thérapeutique et de psychoéducation sont utilisés de manière équivalente pour décrire un processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des compétences pour gérer la « maladie » dont elle souffre. Il s'agit clairement d'un modèle d'éducation du patient qui repose lui-même sur un modèle catégoriel et naturaliste : on pose le diagnostic de trouble bipolaire, par exemple, on explique le déroulement de la maladie et comment les médicaments et les thérapies peuvent diminuer le risque de décompensation. La compliance au traitement est un élément fondamental à la psychoéducation. Les soignants doivent se former aux « entretiens motivationnels » pour améliorer leur pouvoir de conviction : « vous souffrez de schizophrénie, vous allez devoir prendre des neuroleptiques toute votre vie comme le diabétique doit prendre de l'insuline ». Ou comment provoquer le désespoir des patients...

Steve Demazeux constate que la pensée catégorielle en psychiatrie semble tombée en disgrâce. [25, p. 67] On pourrait croire effectivement que l'époque actuelle penche d'avantage

pour l'approche dimensionnelle. Depuis plusieurs décennies, la santé et la santé mentale ne se définissent plus par rapport aux maladies, elles ne sont plus synonymes d'absence de maladie. La santé mentale est « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* ». [27, p. 6] La psychiatrie doit s'occuper de prévention et ne doit plus se limiter aux « maladies psychiatriques » mais à la santé mentale d'une population et donc à une série de problématiques psycho-sociales susceptibles de procurer de la souffrance. Cette logique entraîne inévitablement un effacement des limites entre la « santé » et les « maladies ». Elle suscite également un intérêt pour des concepts comme l'autonomie et l'empouvoirement du patient. Être en bonne santé à notre époque, en effet, c'est d'abord pouvoir être autonome, s'accomplir soi-même, avoir suffisamment d'estime de soi pour se prendre en charge à tous les niveaux et être capable d'adaptation aux aléas de l'existence. Mais les conceptions catégorielles restent présentes au sein même de ce mouvement contemporain qui veut donner la priorité au rétablissement et à la réhabilitation. Prenons l'exemple de **Robert Liberman**, figure de proue du mouvement de réhabilitation en psychiatrie, pour constater que, sous des apparences de modernité et de nouveauté, sa conception de la pathologie mentale est très classique : Liberman distingue la pathologie, la déficience,¹¹ l'incapacité¹² et le handicap¹³ en prétendant que l'erreur de la psychiatrie classique a été de se concentrer sur la pathologie ou la description du trouble alors que la psychiatrie de réhabilitation se centre sur l'incapacité et le handicap. [28, p. 34] Son modèle de soins se targue d'être novateur et de rectifier les erreurs du passé mais sa définition de la pathologie est classiquement catégorielle et naturaliste: il la définit comme une anormalité du système nerveux central, un dysfonctionnement dopaminergique, responsable du développement et de l'expression de la schizophrénie.

Ce passage d'une pensée catégorielle à une approche dimensionnelle n'est pas sans conséquences pour l'organisation des soins. Si on s'appuie sur une approche catégorielle, il est sans doute plus simple d'organiser les soins. En fonction des budgets disponibles, telle pathologie pourra bénéficier de telle structure de soins ou de tel réseau de soins : les services psychiatriques de l'hôpital général pour les crises et décompensations, l'hôpital psychiatrique pour les pathologies sévères et chroniques, l'ambulatoire et le domicile pour telles ou telles

¹¹ L'intrusion des symptômes et la perte des fonctions psychologiques de base telle que l'attention, le processus d'information ou les affects

¹² La carence totale de l'habileté ou une habileté limitée à accomplir les tâches sociales ordinaires

³ Ce qui limite ou empêche le patient d'accomplir normalement les différents rôles de l'existence

pathologies.

Si les pathologies sont organisées de manière dimensionnelle, c'est plus compliqué. Il faut décider où placer le curseur sur la ligne de continuité entre le normal et les pathologies. En médecine somatique, on peut encore prendre comme critère la prévention pour décider de l'organisation des soins : pour l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, par exemple, la frontière à partir de laquelle des soins sont proposées peut être motivée par la gestion des risques futurs à craindre. Mais transporter cette logique vers la santé mentale n'est pas chose aisée et le risque est grand de psychiatriser toute une série de problématiques plus sociales.

Conclusion

En tant que membre du groupe de travail du Conseil Supérieur de la Santé belge qui a rédigé cet avis, je continue à défendre le contenu de celui-ci. Je reste convaincu de sa pertinence et de son bien-fondé : on use du DSM-5 comme d'une classification catégorielle et naturaliste, ce qui renforce l'effet stigmatisant d'un diagnostic psychiatrique. Mais l'avis définit le DSM-5 comme une classification en soi « catégorielle et naturaliste ». Il s'agit de ne pas confondre ces deux qualités mais de les disjoindre et de les définir, d'abord par rapport à ce à quoi ils s'opposent. Naturaliste s'oppose à constructiviste et catégoriel s'oppose à dimensionnel. Relire Pinel et Esquirol, Szondi et Schotte permet d'illustrer et de distinguer plus précisément ces oppositions. En ce qui concerne le DSM, son évolution depuis les années quatre-vingt permet de conclure que le DSM-5 évolue vers une classification plus dimensionnelle mais tente de retrouver les racines naturalistes de la psychiatrie traditionnelle.

Adopter l'une ou l'autre conception nosographique est un choix que doit faire chaque clinicien. Actuellement, rien n'oblige d'opter pour une classification catégorielle et naturaliste. Il est parfaitement possible de considérer que toutes les pathologies psychiatriques ne sont qu'une fixation ou une amplification de problématiques universellement humaines. Ces différentes oppositions sont fondamentales d'un point de vue épistémologique et sont déterminantes d'un point de vue clinique et politique. La manière dont on définit et classifie les phénomènes psychiatriques détermine la manière de les aborder cliniquement et d'organiser les soins.

Bibliographie

1.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf
2. FEYS J.-L., *Quel système pour quelle psychiatrie ?*, Paris: Presse Universitaire de France, Coll. Souffrance et théorie, 2014.
3. DARWIN C., *L'origine des espèces*, Paris : Flammarion, 2009.
4. KEUCHEYAN R., *Le constructivisme. Des origines à nos jours*, Paris : Hermann Editeurs, 2007.
5. KRAEPELIN E., *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Paris : L'Harmattan, 1997.
6. GAUCHET M. et SWAIN G., *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris : Gallimard, 1980.
7. ESQUIROL J. E. D., *Des passions considérées comme cause, symptôme, et moyen de la maladie mentale*, Paris: Imprimerie de Didot Jeune, 1805.
8. GOLDSTEIN J., *Consoler et Classifier : L'essor de la psychiatrie française*, France: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997. Collection : les empêcheurs de penser en rond.
9. FALRET J.-P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés (1864)*, France : Sciences en situation, 1994. Vol.1.
10. SCHOTTE J., *Un parcours, rencontrer, relier, dialoguer, partager*, France : Editions le Pli, 2006.
11. SZONDI L., *Das erste Buch: Schicksalanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod*, Basel : B. Schwabe, 1944.
12. SCHOTTE J., « La nosographie psychiatrique comme patho-analyse de notre condition. » Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1977-1978. Centre de Psychologue Clinique UCL, Louvain-la-Neuve.
13. ID., « L'analyse du destin comme patho-analyse. » Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1981. Centre de Psychologue Clinique UCL, Louvain-la-Neuve.
14. ID., *Szondi avec Freud. Bibliothèque de pathoanalyse*, Bruxelles : Editions De Boeck, 1990.

15. ID., *Nosographie*, Clinique de la Borde, Cour-Cheverny : 2011. Collection La Boite à outils d'Institutions.
16. LEGRAND M., *Léopold Szondi, son test, sa doctrine*, Bruxelles : Pierre Mardaga, 1979.
17. ROBINSON B., *Psychologie clinique*, Bruxelles : De Boeck & Larcier, 2003.
18. FEYS J-L., *L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte. Une introduction*, Paris : Editions Hermann, 2009.
19. FREUD S., *Totem et tabou*, Paris : Editions Payot, 1965.
20. SCHOTTE J., « Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin. » Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1975-1976. Centre de Psychologie Clinique UCL, Louvain-la-Neuve.



Signes de piste ...

- 1) ***pour proposer notre écoute au personnel soignant :***

<https://www.psyformed.com/>

- 2) ***la cure psychanalytique à distance : skype sur le divan***

par Frédéric Tordo et Élisabeth Darchis, préface de Serge Tisseron

<https://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&isbn=9782140047435>

- 3) ***pour accéder au site professionnel de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale :***

<https://www.lbfsm.be/>

- 4) ***pour accéder au site d'information sur le corona-virus de la Région Bruxelloise :***

<https://coronavirus.brussels/>

- 5) ***pour partager nos questions de praticiens de la psychanalyse et de citoyen(ne)s sur un forum dédié et sur un blog accessible à tous :***

<https://forum.transitionnel.org/login>

- 6) ***pour cerner les implications juridiques et politiques de l'état d'exception induit par la pandémie : un dossier du CRISP***

<http://www.crisp.be/2020/04/letat-belge-face-a-la-pandemie-de-covid-19-esquisse-dun-regime-dexception/>

- 7) ***pour accéder au site de la Commission des Psychologues :***

<https://www.compsy.be/fr/>

Activités de l'APPPsy

• Nouveaux membres

2019

- **Brunengraber** Béatrice, membre adhérente
- **Butaije** Jean-Luc, membre adhérent
- **Chotteau** Anne, membre sympathisante
- **Tellin** Catherine, membre adhérente
- **Tovmassian** Tigran, membre effectif

2020

- **Lybaert** Pierre, membre adhérent
- **Parchliniak** Juliette, membre effectif

• Assemblée générale

L'AG est prévue pour le **18 mai**, probablement par Zoom. Informations suivront

• Colloque

Un colloque - **«Santé mentale – Santé sociale : un autre regard»** devait se tenir à la fin de l'année. Il est reporté et sera probablement organisé de concert avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. À l'heure où la notion de santé est le plus souvent réduite au médical, celle de santé mentale à la normalité statistique (DSM), et où «traitement» rime avec «management», il serait intéressant d'affiner le regard de l'anthropologie psychanalytique sur la question, de ressusciter un regard psychiatrique porteur de questions plus que de molécules, de solliciter la philosophie sociale, d'interroger le rapport entre santé politique et santé tout court. Tout comme il ne serait pas inutile de demander aux héritiers de grandes traditions humanistes ou/et spirituelles (Judaïsme, Christianisme, Islam, Maçonnerie, ...) quelle idée ils se font d'un être humain en bon accord avec son humanité ?

• Représentation dans les instances officielles

En tant que Fédération Nationale, l'APPPsy est reconnue par le Ministère des Classes Moyennes et des Indépendants et représentée de plein droit

- à la **Commission des Psychologues** : <https://www.compsy.be/fr/>

Dans ce sillage, elle est appelée à nommer des représentant(e)s

- au **Conseil Supérieur des Indépendants**
https://www.pr.belgium.be/fr/adresses_et_sites/Urls/http_www_hrzkmo_fgov_be
- et à l'**Union Nationales des Professions Libérales et Intellectuelles de Belgique**
<https://www.unplib.be/>

*Cette tâche de représentation est certes austère mais elle prend peu de temps. Par contre, elle est politiquement capitale. Elle implique que des membres de l'APPPsy acceptent de devenir représentant(e)s ou suppléant(e)s dans chacune de ces trois instances. **Nous sommes à un moment de renouvellement des sièges et nous faisons donc un appel urgent à chacun(e).***

● **Activités du Bureau**

Le Bureau est composé actuellement de :

- **Michel Lamart** (secrétaire)
- **Philippe Lemmens** (trésorier)
- **Francis Martens** (président)
- **Geneviève Monnoye** (responsable éthique et déontologie)
- **Alain Rozenberg** (vice-président)
- **Tania Schuddinck** (invitée permanente au Bureau et au CA ; interface met BUPsy en de "Bezorgde Psychologen")

Outre ses tâches de gestion journalière de l'association (un merci tout particulier à Philippe Lemmens et à Michel Lamart, toujours présents sur le pont !), le Bureau, avec l'aide jamais en défaut du Conseil d'Administration, réfléchit à la politique et aux activités de l'APPPsy et tente de les mettre en œuvre. Tout particulièrement,

- nous avons des contacts suivis avec la **Commission des Psychologues** (outre nos représentants attirés dans cette instance : Diane Drory et Alain Rozenberg), et tout particulièrement avec sa directrice Julie Laloo
- contacts suivis également (courriers et réunions) avec le **Cabinet Ducarme** (Classes Moyennes), via Emmanuel Pieters, chef de cabinet-adjoint, et Nathalie Jouant, attachée, en charge du dossier Commission des Psychologues (elle a succédé à Christine Canazza)
- présence à la **CAOP** (Coordination des associations d'orientation psychanalytique)
- dialogues fréquents avec le **monde parlementaire** : par exemple, suite à l'entreprise de saboter la Commission des Psychologues, et à l'incitation à violer la loi de 1993 (protection du titre de psychologue ; code de déontologie spécifique et commun à tous les psychologues ; chambres disciplinaires) manigancée par le Cabinet De Block, nous avons suscité **quatre questions parlementaires** à la Ministre de la Santé : à partir de **DÉFI** (Sophie Rohonyi) ; **d'Écolo** (Laurence Hennuy) ; **MR** (Caroline Taquin) ; **PS** (Éliane Tillieux). Des contacts sont en cours également avec **Groen** et avec le **sp.a**. Cela fait donc quatre interpellations prêtes à être lancées et deux en chantier — mais on imagine bien que, dans le contexte de la pandémie, elles sont reportées sine die. Force est de constater que le covid-19 apparaît comme l'allié objectif de Madame De Block ...
- en 2018-2019, nombreux recours contre la loi De Block (tous rejetés par des instances qui se sont avérées plus politiques que juridiques) **à la Cour Constitutionnelle et au Conseil d'État** (recours portés par le cabinet Jean Bourtembourg)

- recours réussi à la Cour Constitutionnelle, aux côtés de la Ligue des Droits de l'Homme, **contre l'enfermement des enfants** dans les Centres Fermés (recours porté par Jacques Fierens)
- nombreux contacts avec **magistrats** et **juristes** en matière de secret professionnel (notamment avec Lucien Nouwinck, Avocat Général, et avec Jacques Fierens, avocat, enseignant à l'UCL et aux Facultés Universitaires de Namur)
- contacts avec d'autres associations comme, par exemple, **Alter-Psy** avec qui nous sommes particulièrement en phase, et **UPPsy-BUPsy** (Union Professionnelle des Psychologues-Beroeps Unie van Psychologen) à laquelle les membres de l'APPPsy sont affiliés via leur cotisation. À leur initiative, nous rencontrerons prochainement (le 22 avril prochain, via Zoom) deux vice-présidents de l'**UPPCF** (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones) : Nicole Mertens et Quentin Vassart

Pour soutenir ce rythme avec les moyens minimes qui sont les nôtres et au fil d'enjeux toujours plus pressants, vous comprendrez que nous avons besoin de votre engagement dans l'association, de vos cotisations, et du recrutement autour de vous

Cotisations

- **Membre Effectif : 90 €**
- **Membre Adhérent ou Candidat : 80 €**
- **Membre Sympathisant : 30 €**
- **Membre Étudiant en Psychologie : 5 €**

Compte APPPsy : BE70 310 0 747 227 25 (ING)

- **Site internet**

- en ligne mais toujours en rénovation ...
-

- **Compte Facebook**

- en ligne mais peu exploité ...

Activités des membres

Vous êtes invité(e)s à partager ici et à faire part de vos écrits et autres initiatives

Parole en pandémie

Quelques collègues français et belges (notamment **Michel Cailliau**, **Catherine Dircq**, **Anne Englert**, **Nadine Vander Elst**, membres de l'APPPsy) préparent des groupes de parole à l'attention de deux publics distincts. L'un pour des soignants et aidants (infirmières, éducateurs, puéricultrices, aide soignantes...), et l'autre pour des proches endeuillés.

Ils estiment important de proposer ce type de dispositif parce que les effets de la pandémie ne sont pas seulement individuels. Il s'agit également d'un trauma social qui touche toute la société et plus particulièrement ces personnes. Étant donné le confinement, les groupes de parole se tiendront en vidéoconférence. D'ici quelques jours, le public en sera informé via transitionnel.org (inscription gratuite).

Les initiateurs du projet le considèrent comme une recherche-action dont ils rendront compte sur le forum réservé aux cliniciens :

<https://forum.transitionnel.org/t/esquisse-de-creation-de-groupes-pour-professionnels-et-familles-endeuilles/273/9>

Publications

- “ Supervision en institution et analyse de pratiques : éloge du conflit et du plaisir ” Deboeck, 2019, CFSI (Centre de Formation et de Supervision en Institution, Centre Chapelle-aux-Champs)

Sous la direction de **Muriel Meynckens**, avec notamment les contributions de **Jean Daveloose**, **Paul Jaumaux**, **Didier Robin** (APPPsy)

https://books.google.de/books?id=3BHADwAAQBAJ&pg=PT298&lpg=PT298&dq=Meynckens+institution&source=bl&ots=lvvzZPoBX4&sig=ACfU3U3DLEvoxsXsnebqJ73q4wHMHh_BWg&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiP6J-zjOHoAhVEzaQKHSCxCLUQ6AEwDXoECAwQMq#v=onepage&q=Meynckens%20institution&f=false

- “ Le nouveau parâtre ” Genèse, 2020

par **Diane Drory**

<https://genese-edition.eu/ouvrages/le-nouveau-paratre/>

- “ Quand Éros bat de l’aile ”

par **Francis Martens**

in *Psychiatrie Française*, Vol. XLIX, 1/19, septembre 2019, 81-93, Paris. Numéro thématique : **Pulsions de mort ?**

Revue du Syndicat des Psychiatres Français et de l’Association française de psychiatrie

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

Sommaire

Avec celui d’inconscient, le concept de *pulsion* (*Trieb*) est la pierre d’angle de la métapsychologie psychanalytique. Il se différencie totalement de la notion biologique d’instinct. Issu du rapport précoce au corps de l’autre, l’aiguillon pulsionnel est d’abord renvoyé par Freud au *sexuel* (érotisation du corps et de l’existence) avec ses deux composantes de liaison et de déliaison, qu’il oppose au registre auto-conservatif et médiateur du *moi*. Dans un premier glissement sémantique déssexualisant, Freud parlera de «pulsion du moi». Ensuite - pris dans une difficulté conceptuelle (théorie du narcissisme) - il biologisera et mythologisera la notion de pulsion via une opposition entre *pulsion de vie* (Éros) et *pulsion de mort* (Thanatos). Mais la clinique de la destructivité et la théorie métapsychologique de la pulsion ne gagnent rien à cette opération plus cosmétique qu’éclairante. Revenant aux fondamentaux, Jean Laplanche, en défaisant les nœuds, ramène la pulsion du côté du sexuel : «pulsion sexuelle de vie» (*liaison*) et «pulsion sexuelle de mort» (*déliation*). Dans ce sillage, on peut affirmer que *stricto sensu* il n’y a de pulsion que sexuelle. Un pas plus loin, il apparaît que – naissant des contraintes relationnelles vitales imposées à l’enfant par sa dépendance prolongée (*Hilflosigkeit*) – la pulsion sexuelle est d’abord et avant tout *pulsion d’emprise*.

Mots-clefs

déliation, destructivité, emprise, Éros, Freud, Laplanche, liaison, pulsion, Sade, sexuel, Thanatos

Colloque

Dans le cadre de «Psychimède» et de«Cités», **Frédéric Widart** nous annonce une Journée d’Étude en compagnie de notre collègue et ami **Christophe Dejours** :

Travail et Santé Mentale : enjeux actuels pour le clinicien

À Liège, le 29 mai 2020 : <http://www.psyclimede.be/>

危機

Pétitions

... désolé, il ne s'agit pas de Maggie De Block

De nombreux collègues et patients ont réagi de façon indignée à la façon dont Proximus a profité de la pandémie pour imposer subrepticement la 5G, sans débat politique et sans même prévenir les bourgmestres, en de nombreux endroits du pays.

Selon diverses études, la pollution électromagnétique générée par l'immense maillage d'antennes nécessaires à la 5G est dangereuse tant pour les humains que pour la faune. L'énergie consommée par le système s'ajoute à la pollution générale. À cela s'ajoute la pollution de l'espace par les innombrables satellites nécessaires à la mise en place de cette technologie aussi dangereuse qu'inutile — mais il semble que Proximus soit actionnaire d'une entreprise de lancement de satellites.

Dans la vie quotidienne, la 5G n'est qu'un gadget inutile qui saura créer l'addiction nécessaire à son chiffre de vente. Comme instrument de contrôle via les objets connectés, elle met en place des moyens de surveillance et d'intrusion tels qu'Orwell n'aurait osé les imaginer.

Comme exemple de la mainmise de grands groupes financiers supranationaux sur le bien commun en éludant tout débat politique, on peut difficilement faire mieux. Il s'agit d'un déni de démocratie et d'un passage en force sans scrupule, sans respect pour la santé ni pour l'environnement.

Si vous ne voulez pas que les intérêts économiques de quelques-un(e)s -qui font la loi - décident à votre place, en profitant de la défaillance du politique et de l'attention détournée par le corona-virus, deux pétitions s'offrent à vous. N'hésitez pas à les signer toutes les deux !

Carte détaillée des premières implantations : <https://bx1.be/news/proximus-lance-la-5g-dans-plus-de-30-communes-dont-certaines-autour-de-bruxelles/>

Documents sur le brouillard électromagnétique et informations diverses : <https://www.hippocrates-electrosmog-appeal.be/>

Collectif : stop5G.be : Collectif pour l'arrêt de la 5G en Belgique et dans le monde

Pétitions :

https://secure.avaaz.org/fr/community_petitions/premiere_ministres_ministres_presidents_ministres_d_non_a_la_5g_en_belgique/?emyWIZpb&utm_source=sharetools&utm_medium=email&utm_campaign=petition-930525-non_a_la_5g_en_belgique&utm_term=yWIZpb%2Bfr

<https://www.5gspaceappeal.org/>

Résistons !

Politique de l'APPPsy

Depuis 1986, l'APPPsy promeut, sans exclusive ni corporatisme, la place de l'anthropologie psychanalytique dans le champ anthropologique général de la santé : celui où il importe de bien distinguer entre «disease» - la maladie au sens nosographique du terme - «sickness» - la maladie comme fait social – et «illness» — l'état de souffrance de celle et celui qui se trouve affecté. Le champ de plus en plus envahissant du burnout ou de la dépression, et plus encore celui de la pandémie, illustre la pertinence et la nécessité de cette distinction. La métapsychologie psychanalytique insiste sur le côté aisément traumatisable de tout être humain vu son "Hilflosigkeit" originelle, et sur la conflictualité structurelle qui l'habite, vu le peu de compatibilité spontanée entre ses raisons pulsionnelles de vivre («Tout et tout de suite») et les conditions collectives et normatives de sa simple survie.

De ceci découle que souvent l'apaisement d'un symptôme ne suffit pas à ouvrir le chemin de l'auto-guérison, et qu'un accompagnement au long cours soit nécessaire aux côtés de quelqu'un(e) qui a suffisamment traversé ses propres embûches et angoisses pour ne pas y emmener les patient(e)s qui lui font confiance. Le regard anthropologique qui surplombe cette traversée ne marque, par définition, aucune solution de continuité entre l'existence ordinaire et les psychopathologies les plus graves. Et il va sans dire que le savoir-faire et le savoir-être nécessaires à ce type d'accompagnement ne peuvent s'apprendre à l'université — même si une solide culture psychologique et psychopathologique soient un socle nécessaire.

Dans ce contexte, il importe de **ne pas confondre santé et normalité, ni santé avec médecine**. Encore moins avec techno-médecine managériale des organes. C'est dans cette perspective que nous avons proposé et obtenu jadis (loi Onkelinx) la création d'un Conseil supérieur pluridisciplinaire de la santé mentale. Quels que soit le détournement de valeurs et le déni de démocratie opérés par Madame De Block et ses affidés, il nous apparaît essentiel de continuer à défendre la place **spécifique** et **autonome** de la psychologie clinique et de la psychothérapie dans le champ général de la santé. Nous enrichir conceptuellement auprès de collègues venus d'autres horizons cliniques, et leur communiquer en retour ce qui nous semble pertinent, n'a de sens que s'il y a au minimum accord sur cette spécificité et sur cette autonomie du champ de la psychologie.

Or, dans le système De Block, les psychologues cliniciens ne sont que des subordonnés et des sous-traitants — pour la bonne raison qu'il y a identification (idéologique) du champ de la santé à celui de la médecine. Il est clair que ce qui nous est imposé est sans rapport avec la réalité clinique du terrain. Il s'agit d'une régression médico-corporatiste (le VLD allie néolibéralisme et conservatisme bon teint) et aussi d'un règlement de compte surfant sur le désarroi de jeunes psychologues fragiles et désinformés. Je rappelle que l'actuelle présidente du dit "Conseil Supérieur des Professions de la Santé Mentale" - qui impose le secret des délibérations à ses pair - avait déjà manigancé en secret (c'est-à-dire à l'insu de la majorité du CA de la FBP-BFP dont elle était pourtant présidente !) l'adoption sans discussion du projet de loi Aelvoet, déjà très paramédicalisant. L'APPPsy avait fait échouer cette manœuvre et reste depuis lors l'instance à abattre.

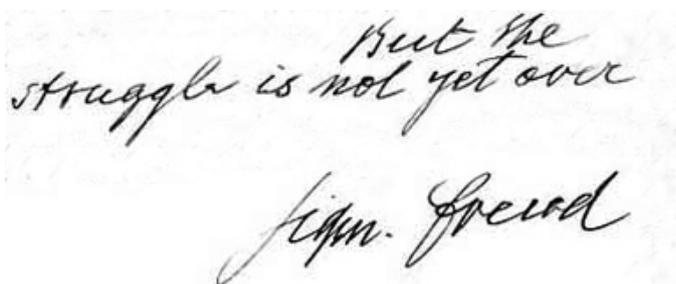
S'il importe de ne pas confondre champ de la santé et champ de la médecine, **il ne faut pas non plus confondre** (comme l'a souvent rappelé Xavier Renders, ex-vice-recteur et ex-doyen de Psychologie de l'UCL) **une Maîtrise en Psychologie avec l'accès à une profession**. Comme pour un juriste, c'est après la formation universitaire proprement dite que commence la

formation professionnelle (pour devenir, par exemple, avocat). On pourrait considérer qu'un 3^{ème} cycle en Psychothérapie d'une durée de trois ans, avec stages supervisés, constitue un compromis intéressant entre une formation universitaire continuée et une expérience professionnelle. Et ce l'est. Mais l'évaluation restant avant tout académique, il sera difficile de ne pas accorder un certificat de "psychologue apte à poser l'acte psychothérapie" à un(e) paranoïaque avéré(e) qui aura été régulier(e) à ses stages et aura réussi tous ses travaux théoriques avec la plus grande distinction.

Or, pour la loi De Block, l'accès à la compétence de psychologue clinicien et l'autorisation de pratiquer l'acte médical "psychothérapie" - **la profession de "psychothérapeute" n'existant plus** - ne dépend que de critères de type universitaire. C'est d'autant plus regrettable que le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) avait, il y a une quinzaine d'années, déjà longuement travaillé sur la question et remis des avis bien en phase avec la réalité des pratiques. De plus, si le nombre d'étudiant(e)s a fortement augmenté dans les Facultés de Psychologie, la qualité de l'enseignement semble avoir évolué de façon inversement proportionnelle. L'état des lieux étant misérable, l'agrément autorisant la pratique de l'"acte psychothérapie" devrait logiquement donner lieu à un refinancement massif des Facultés de Psychologie. En effet, l'organisation de stages dignes de ce nom ne peut se faire sous la supervision parcimonieuse des seuls professeurs et assistants — dont beaucoup s'avèrent peu expérimentés sur le terrain clinique. En fait, on ne sait de quel chapeau de prestidigitateur sortiront les compétences requises, vu que les Facultés de Psychologie ne sont même plus en mesure d'organiser des examens dignes de ce nom — la plupart se réduisant à des QCM. Mais ce n'est manifestement pas le problème de la Ministre de la Santé.

On l'a déjà dit, la "reconnaissance" des psychologues cliniciens comme professionnels de la santé, au sens de la loi De Block, ne leur donne même pas l'autonomie clinique et financière, ni la reconnaissance de la spécificité professionnelle, accordée aux dentistes. Dès lors, il ne reste plus qu'un champ institutionnalisé où défendre l'identité des psychologues et celle de nos pratiques : **ce n'est évidemment pas par hasard que la Ministre de la Santé et ses acolytes s'évertuent, en dépit de la loi, à boycotter la Commission des Psychologues.** Certes, celle-ci hérite d'une histoire confuse et pathologique dont elle n'a pas encore corrigé tous les travers, mais **c'est l'unique instance – sous l'égide d'un autre ministère - qui garantisse à ce jour une déontologie spécifique à tous les psychologues. Notamment, et c'est capital, en matière de secret professionnel.**

Le Ministère des Classes Moyennes et des Indépendants intervient en tant qu'organe de tutelle de la Commission des Psychologues, mais également en tant que garant du champ général des professions. **S'occupant particulièrement des indépendants, il peut offrir en attendant mieux une zone de refuge à la profession menacée de psychothérapeute** — laquelle reste reconnue au plan européen. C'est dès lors au niveau du SPF Classes Moyennes qu'il importe aujourd'hui de nous faire entendre. Sans renoncer à reprendre contact avec le Ministère de la Santé dès qu'il sera revenu en des mains honorables.



But the
struggle is not yet over

Jimm. Greed

*Là où croît le péril
croît aussi ce qui sauve*

A handwritten signature in black ink, reading "F. Hölderlin.", set against a light gray rectangular background.

Friedrich Hölderlin 1770-1843

危機