



NOUVELLES PATHOLOGIES ?

NOUVEAUX ACCOMPAGNEMENTS ?

François GONON - Maïa FANSTEN - Roland GORI



ASSOCIATION
RENOVATION

Vendredi 25 Novembre 2016
de 9h à 16h Athénée Municipal - Bordeaux

Inscriptions & renseignements :

Service formation Association RENOVATION

68 rue des Pins Francs - CS 41743 - 33073 BORDEAUX CEDEX

05 57 22 48 72 - serviceformation@renovation.asso.fr

Tarifs 75€ réduit 35€ (demandeur d'emploi, étudiant non salarié...)

Nouvelles pathologies ? nouveaux accompagnements ?

Vendredi 25 novembre 2016 à Bordeaux

Conférence d'automne de Rénovation¹.

Janick Prémon, Président de Rénovation ouvre la séance.

Rénovation donne une place importante à la formation. Notre secteur est en mutation, tant en ce qui concerne les prises en charge que l'appréhension des pathologies dites « nouvelles ».

on peut constater une évolution dans l'expression des troubles présentés par les personnes accompagnées. Il s'agit de s'intéresser aux causes et aux conséquences de ce changement. Les professionnels qui y sont confrontés disent souvent « ce ne sont plus les mêmes ».

Depuis plusieurs années on tend à parler plutôt de « troubles » que de « pathologies ».

Assistons-nous à l'émergence de nouveaux troubles ? Si c'est le cas, quelles en sont les modalités, les causes, y-a-t'il modification de la psyché ? Sommes-nous entrain de passer de la clinique du Sujet à la clinique du symptôme ? Est-ce un progrès de la recherche ? - sans doute mais il faut être prudents.

Comment appréhende-t'on un nouveau trouble, comment le définir ? Par exemple le DSM est passé de 60 « pathologies » en 1952 à Plus de 410 « troubles » dans sa dernière édition...

Quelles sont les raisons et les incidences d'une telle augmentation ?

La psychose maniaco-dépressive, par exemple, est devenue un « trouble de l'humeur », ce qui a conduit à un abaissement des seuils de diagnostic. Il y a de plus en plus d' « objets de soins » et de possibilités de médication. Serons-nous bientôt tous « malades » ?

Quelle est l'incidence de la modification de l'environnement sur notre santé psychique ? Aujourd'hui la pression des politiques de santé n'amène-t'elle pas au déni de la réalité des difficultés des Sujets ? A l'exigence croissante de performance, au développement des technologies, semblent répondre le retrait scolaire et social, la fuite dans un monde virtuel, dans des paradis artificiels. Est-ce la manifestation contemporaine de quelque chose de plus profond ou bien quelque chose de connu mais dont les manifestations changent ?

Serions-nous face à une pathologie de l'idéal ?

Les mots utilisés pour rendre compte d'une certaine réalité construisent en fait un certain regard.

1 Association [RENOVATION](http://renovation.asso.fr/) <http://renovation.asso.fr/>

Roland Gori : « La psychiatrie aujourd'hui sous curatelle technico-managériale ? »

Roland Gori est professeur émérite de Psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille

Freud a proposé la notion de symptôme, mais elle tend aujourd'hui à être remplacée par « troubles », une notion vaseuse et molle.

Michel Foucault dans les années 1974-75 voyait se mettre en place l'extension du pouvoir de punir à autre chose qu'une infraction : fautes sans infraction, défauts sans inégalités... l'individu ressemblant à son crime avant de l'avoir commis ; l'expertise psychiatrique construisant un « individu dangereux ». Le psychiatre devient un personnage d'Ubu, il parle le langage de l'enfant, le langage de la peur. Foucault met en évidence l'attente sociale à l'égard de la psychiatrie : la normalisation des conduites. On assiste à la naissance de nouvelles technologies de l'anomalie, pas de l'anormalité.

Quelle réponse du côté des anthropologues ?

Pour Max Weber, la rationalisation de la technique et du droit est induite par la rationalité économique. Se met en place une police de la pensée qui s'inspire de la logique du droit des affaires, qui sont différentes formes de capitalisme. Il est extrêmement important de se prévaloir de l'objet scientifique.

Pour Adorno (École de Francfort), on en arrive à traiter les hommes comme des choses. La pensée objective et la pensée des affaires transforment tout ce que nous faisons en marchandises. L'opérateur, aujourd'hui, est l'inflation technicienne. Les mesures sécuritaires font partie de la solution technicienne à l'art de gouverner et de se gouverner soi-même ; « gouverne-toi toi-même » conseillait Socrate. Aujourd'hui la réponse est du côté du système technicien. (cf. les travaux de Jacques Ellul²).

Prenons deux exemples :

- une expérience pilote à Londres (ainsi que dans des pays d'Europe du Nord), consécutive à la loi de 2012 qui sanctionne de manière sévère tout individu pris dans des troubles sociaux mineurs, sous l'effet de l'alcool. On va lui mettre un boîtier autour de la cheville pour analyser son taux d'alcoolémie toutes les 30 minutes - une prothèse surmoïque ! l'ex maire de Londres a déclaré que ce projet ne s'adressait pas aux alcooliques mais aux gens qui s'alcoolisent un peu trop, notamment le vendredi soir : on peut les « aider » avec cet appareil plutôt que de les emprisonner.

La forme des soins, c'est la machine, emblématique de notre civilisation des mœurs. Il n'y a plus besoin de conscience critique ni de lois morales (Kant n'est plus à l'ordre du jour).

² [Jacques Ellul, Le Système technicien](#)

« Moins cher et Plus Efficace », sont les deux mamelles du néo-libéralisme. C'est le « discours du maître » selon Lacan. l'important c'est que ça fonctionne, ce n'est plus l'intentionnalité. C'est donc antinomique de ce qui est constitutif de la morale.

Ce type d'appareil tend à se généraliser, il devient constitutif d'une manière de fabriquer le lien social.

- exemple de la compagnie d'assurances italienne « Generali » : elle vient de proposer à ses assurés la possibilité de fournir des données sur leur mode de vie et leur comportement. Cela va permettre de prédire les risques et, en compensation, leur profil pourra leur valoir des primes. Dans un dessin du journal « Le Monde » on voit un couple entrain de dîner. Il reçoit un coup de fil de son assureur : « est-ce bien raisonnable de reprendre de ce plat ? »

les nouvelles technologies permettent de faire l'économie d'avoir à penser. Gouverner, aider, vivre... demain, serons-nous nécessaires ?

Les appareils ne sont pas forcément matérialisés. Les procédures, protocoles, règles, créent une intensification normative. Les logiciels prescrivent le modelage, le contrôle des comportements.

Quand Alexis Tsipras a tenté de défendre les positions de Syriza, il lui a été dit qu'il n'y avait aucune raison que le referendum change quoi que ce soit : la Règle, c'est la Règle. Il n'y a plus un gouvernement des peuples, mais une administration des populations.

Et la psychiatrie administre les populations à risques.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

La psychopathologie est un fait de civilisation, ne relevant pas seulement d'une épistémologie. Le calibrage des découvertes scientifiques et des pratiques en psychopathologie relève de la culture. La façon de comprendre le monde est inséparable des pratiques sociales, des logiques de domination. Il y a des affinités électives entre une manière de penser le monde, le Sujet éthique, et les dispositifs qu'offre cette même société. Cela ne relève pas simplement du champ de la science. La grammaire des discours qui conditionnent les pratiques reflète les formes de pouvoir dans la société. C'est un filtre qui laisse passer ou pas des données : un conditionnement social et culturel dans une société évoluant à un moment donné. Bourdieu parlait d' « utilité sociale » d'un savoir : en quoi elle sert les logiques du pouvoir, l'attente sociale des dominants.

La psychanalyse a émergé à la fin du XIX^e siècle au moment de la crise des valeurs libérales traditionnelles. l'individu ça n'existe pas, la psychanalyse a montré que le Sujet est possédé par autre chose que par lui-même : c'est l'émergence d'un nouveau type de savoir.

Par exemple dans le domaine de la physiologie de la circulation sanguine, on est passé d'un paradigme fixiste à un physiologie fonctionnelle – au moment de l'épanouissement du « baroque ». la médecine est liée à l'ensemble de la culture.

Quels sont les facteurs favorisants aujourd'hui qui font recomposer le paysage des savoirs et des thérapies ?

La « santé mentale » est une hygiène publique du corps social. Elle n'a plus pour objectif la guérison du Sujet. Le Savoir est l'ensemble des règles qui régissent le discours à un moment, à une époque donnée. En fonction de ces règles, les données scientifiques sont ou bien boostées, ou bien censurées. La censure est indirecte : elle s'exerce par l'intermédiaire des dispositifs d'évaluation qui portent sur les conditions de production des discours.

Pour Jean-François Lyotard³ il est raisonnable de penser que la nature du soin ne reste pas intacte. Les nouveaux canaux ne laissent passer que ce qui peut être traduit en langage de machine. La hiérarchie des disciplines, des savoirs et des pratiques va dépendre de la capacité de les traduire en quantité, en marchandise. « Le spectacle est le lieu où la marchandise se contemple elle-même » (Guy Debord⁴).

C'est la fabrique de la servitude volontaire : à l'Hôpital, la Tarification à l'activité (T2A) ; pour le journalisme, l'audimat.

La psychopathologie va se recomposer. « Parler » devient « informer » ; « soigner » devient « surveiller, contrôler » : la psychopathologie n'a plus besoin de la folie, de l'aliénation, pour contrôler. La nouvelle psychopathologie émerge d'une société qui va devoir surveiller ses populations, détecter les facteurs de risque de déviations possibles. On ne va plus parler de symptôme, d'angoisse, de psychose, mais de « troubles ». Avec le DSM3⁵ il n'y a plus de névroses ! Le névrosé c'est un sujet divisé en lui-même : c'est l'homme normal. On n'en veut plus, on veut un homme performant, comportemental. Ça permet de contraindre de plus en plus de monde.

Avec le DSM4 on détermine les « troubles » à inscrire, par vote (par exemple l'addiction à ceci ou cela)...Lacan doit se retourner dans sa tombe !

On va fabriquer l' « individu à risques ». on ne s'interroge même plus pour savoir si la manière dont on fabrique un diagnostic va avoir des répercussions sur la manière de penser le monde. Ainsi en psychiatrie on est passé du concept de phobie sociale (1985) à un diagnostic « d'anxiété sociale ». Il y en a donc beaucoup plus, et la quantité de médicaments prescrits augmente d'autant. Cette manière de penser ne relève pas d'un défaut, d'une erreur : c'est une nécessité sociale. On ne l'arrêtera pas comme ça. Nous sommes en difficulté, c'est un problème politique fondamental. C'est vrai aussi à l'école, dans la Justice, dans l'information.

Le DSM3 a répondu à une crise de la psychiatrie : le diagnostic n'obéissait plus à aucune fiabilité, c'était une crise de l'accord inter-juges. Il a donc été mis en place des critères pour que les réponses aboutissent en priorité à une fiabilité accrue. Ce qui ne veut pas dire que le patient est mieux soigné. c'est vrai dans tous les domaines. L'évaluation aujourd'hui est un conformisme.

Qu'est-ce que le DSM ?

En 1968 Spitzer avait mis au point un traitement par ordinateur : il s'agissait de questions pour obtenir un diagnostic. Dans la psychiatrie de demain c'est l'ordinateur qui va faire le boulot. Avant il y avait déjà l'imagerie, les tests, qui constituaient l'examen complémentaire ; aujourd'hui

³ [Jean-François Lyotard](#)

⁴ [Guy Debord ~ La société du spectacle](#)

⁵ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM*, abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

l'examen complémentaire est ce qui tend à remplacer l'examen clinique. L'ordinateur ne sera pas en désaccord avec lui-même, on va donc vers davantage de fiabilité.

Les laboratoires pharmaceutiques, après coup, ont vu l'intérêt de ce truc-là. Ainsi que les compagnies d'assurances.

De quoi demain sera fait ?

Au Canada on s'est aperçu, dans l'évaluation de la dangerosité, que les examens psychiatriques donnaient des faux négatifs et des faux positifs. On a trouvé une solution technique : on ne va plus parler de danger du patient, mais du « risque de récurrence », de voir apparaître des « comportements indésirables ». Une batterie de tests dessine un paysage probabiliste. Ce n'est plus la personne, qui est au centre, le Sujet est complètement désolidarisé de son symptôme. C'est le même principe lorsque vous déterminez le risque quand vous êtes une Assurance. Il n'y a plus besoin de comprendre le patient, de le soigner, la seule chose qui compte, c'est de gérer les populations à risques. Le profilage statistique du comportement des individus réduit le Sujet à la somme de ses comportements possibles.

Gary Becker⁶ définit le « capital humain comme un stock de ressources productives incorporées aux individus eux-mêmes, constitué d'éléments aussi divers que le niveau d'éducation, de formation et d'expérience professionnelle, l'état de santé ou la connaissance du système économique. Toute forme d'activité susceptible d'affecter ce stock (poursuivre ses études, se soigner, etc.) est définie comme un investissement ». La société va déléguer aux professionnels que nous sommes le pouvoir de faire fructifier le capital humain. Au lieu de reconnaître la relativité des diagnostics psychiatriques – un débat scientifique est possible – on a remplacé ce savoir humain problématique par une technique inquiétante. Cette technique élimine les récalcitrants, on les met dans des réseaux de surveillance, de contrôle. On ne croit plus au caractère rédempteur des sanctions.. On ne croit plus à l'éducation ; le souci de réinsertion, de réadaptation, de soin, c'est fini. l'individu sera aussi maltraité que la nature, considéré comme un stock d'énergie à exploiter.

A quelle société cela nous destine ? Une société résignée, passive. Le matérialisme marchand qui va gérer les ressources humaines à sa disposition conduit à renoncer au « sel de la terre » qui disparaît avec le risque. Il n'est pas sûr que demain on ait besoin de psychiatres, de psychologues etc. les machines, les robots, feront l'affaire ; ce n'est pas brutal, mais implacable.

On assiste à l'inclusion de l'extension des populations à surveiller. On s'est battu il y a quelques années contre le fichage des enfants de trois ans... Prenons l'exemple du « trouble de l'attention et de l'hyperactivité ». Une étude en aveugle a été menée sur 1000 médecins et psychologues, et 4 observations cliniques d'enfants agités. Le résultat montre un sur-diagnostic considérable. Pourquoi ? On a constaté que le sur-diagnostic dépendait d'une variable : le sexe de l'enfant (surtout s'il s'agit d'un garçon) ; et cela était accru par la porosité des stéréotypes culturels (surtout si le médecin était un homme). On se fait avoir par l'apparence d'objectivité des nouvelles technologies de l'hygiène mentale. Ça ressemble à la science, ça a le goût de la science, mais ce n'est pas de la science.

⁶ [Gary Stanley Becker, Le Capital humain, une analyse théorique et empirique, publié en 1964.](#)

Tout repose sur la confusion entre anomalie et pathologie : c'est du techno-fascisme. Les « dys... » ont remplacé les symptômes et les malades. C'est loin d'être innocent. L'anomalie se définit par un écart statistique. Or, comme l'a souligné Canguilhem⁷, toute anomalie n'est pas pathologique. Les mutations génétiques ont permis une évolution des espèces. Sans anomalie c'est la platitude des concepts, à quoi visent les stratégies de pouvoir. Le but est d'étendre à l'infini le contrôle des comportements et leur normalisation. Pour Canguilhem la raison « comptable » remplace la vie « anarchiste ».

Pour La Boétie⁸ « *au commencement on sert contraint et vaincu par la force ; mais les successeurs servent sans regret et font volontiers ce que leurs devanciers avaient fait par contrainte.* »

Les générations qui viennent risquent d'oublier qu'il y a eu une psychiatrie.

« *Nous serions capables d'éteindre le soleil et les étoiles parce qu'ils ne versent pas de dividendes* » (Keynes, 1933)⁹

⁷ [Quelques concepts de Georges Canguilhem](#)

⁸ La Boétie [Discours de la servitude volontaire](#)

⁹ [Dans le monde du travail, le spectre de Taylor rôde encore](#)

Débat

Intervenant : vous nous promettez un monde sans humanité ?

Roland Gori : j'espère bien que non mais ce n'est pas gagné. On n'est pas dans la même société selon la conception qu'on a du soin. En mai 1944 le ministre de la Santé a tenu à promouvoir l'Éducation, la Justice, la Culture, indispensable pour que les êtres humains soient libres et ne s'entre-tuent pas. Aujourd'hui on pense « déficit » et c'est la course à l'échalote pour supprimer ces « déficits » : on court à une troisième guerre mondiale par éradication de la vulnérabilité, de l'humanisme, de la solidarité. En gros, chaque fois que vous prenez une décision concernant le profilage de ces métiers, de ces pratiques, vous déterminez le profilage de la société. Rousseau : « *ils ne savent pas que les maisons font la ville mais que les citoyens font la cité* »¹⁰. Il faut organiser le pessimisme.

Intervenant : je viens du domaine de la santé psychique, et je partage beaucoup de choses. Mais pas tout de l'exposé : je trouve qu'il y a pas mal de pessimisme dans l'idée que ce qui émerge aujourd'hui est forcément plus rédhibitoire que ce qu'il y avait auparavant. A un moment donné on a une espèce d'idéal de ce que c'était « avant ». Je me permets aujourd'hui d'en douter. On fait prendre certaines choses pour ce qu'elles ne sont pas. Tous les tests que vous évoquez, le DSM, induisent une systématisation de la pathologie mentale : ce sont des outils techniques. Un artiste, c'est quelqu'un qui maîtrise parfaitement la technique et qui peut alors s'en affranchir. Je ne voudrais pas qu'on laisse passer qu'aujourd'hui l'examen technique complémentaire représente le tout de l'examen. Non. On a des outils techniques qui essaient de réduire le niveau d'incertitude. Après c'est à nous de choisir la dimension technique nécessaire. On ne fait pas assez confiance à la population. Il y a en effet une hiérarchie dominants/dominés mais les outils 2.0 permettent à la population de choisir ses outils.

Intervenant : à Bordeaux il y a quelque chose qui ressemble à ça : un professeur de psychopathologie américain annonce que la psychanalyse est un problème de santé publique à éradiquer. Une plate-forme « sans psy » est mise en place : la personne déprimée est en contact avec un robot. On a une sorte de symbole de ce qui se met en place pour former des générations de psychologues, des professionnels de santé mentale qui vont être redoutables à l'avenir. A cette génération-là, qu'est-ce que tu leur dis ?

Roland Gori : c'est à eux de dire en fonction de ce qu'ils vont rencontrer dans leur pratique. Nous sommes aujourd'hui (cf. l'Appel des appels¹¹) dans une prolétarianisation générale de l'existence. Pour Marx, le « prolétaire » l'est en tant que son savoir et son savoir-faire sont confisqués par les exigences de la machine ; il est dépossédé de sa capacité d'œuvrer. C'est un processus d'aliénation. Aujourd'hui cette prolétarianisation ne se limite pas à l'ouvrier, elle concerne le monde paysan, les médecins, les psychologues, les magistrats etc. qui voient leur savoir confisqué par des machines.

¹⁰ [Rousseau. Du contrat social livre I](#)

¹¹ [L'Appel des Appels](#)

Comment se désaliéner ? Par la prise de conscience, par le partage d'expériences et de moyens de pression.

Je ne suis ni technophobe ni nostalgique de l'ancien système. De grands progrès médicaux ont été faits. Je n'ai aucune envie de revenir au siècle passé. Mais aujourd'hui quelque chose disparaît : le dialogue clinique. Ce n'est pas vrai qu'aujourd'hui les instruments techniques ne suppléent pas au dialogue clinique : nous sommes pressés par la Tarification à l'Activité. Il y a une chaîne de production des actes de soin dont la finalité est que la technique vienne remplacer le dialogue clinique, le soin. C'est l'acte artisanal qui est en train de se perdre et qu'il faut retrouver. Pas contre la technique.

L'expérience pilote sur le bracelet anti-alcoolémie, menée aux USA (Dakota du Sud) montre 5 % de récurrence pendant le port du bracelet mais une remontée de récurrence au niveau de la moyenne générale dès que le bracelet est enlevé : il faudrait donc le porter à vie !

Il faut bien entendre : la fin du XIX^e siècle voit l'exposition Universelle. C'est l'érection de la Tour Eiffel, enfant d'une copulation entre l'industrie, la technique et la science. Cela n'a pas abouti, comme on le croyait, à une baisse des inégalités. 10 ans plus tard, l'Art Nouveau vient en contrepoint.

j'espère simplement qu'on ne sera pas détruits avant d'avoir retrouvé le goût de l'artisanat, de l'humain. Nous n'avons pas à casser les machines, mais nous avons à ne pas accepter une logique néo-libérale qui les utilise pour nous prolétarianiser.

Maïa Fansten : « Le retrait à domicile des jeunes : une nouvelle forme de souffrance psychique ? »

Maïa Fansten est maîtresse de conférence en sociologie – centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, sociétés (cermes3).

Sur les nouvelles formes de souffrance psychique, on a vu, ces quarante dernières années un formidable phénomène d'extension de la « Santé mentale » ; et un changement de paradigme, selon Alain Ehrenberg¹². Le périmètre de la psychiatrie s'est élargi, on est passés de « troubles psychiatriques sévères » à la prise en charge de la « souffrance psychique ». Cela a eu une importance économique, sociale, culturelle, inédite. Il s'agit d'un déplacement du centre de gravité des pathologies psychiques. c'est ainsi que l'OMS peut énoncer qu'une personne sur quatre est concernée au cours de sa vie par la souffrance psychique. De plus en plus, les difficultés ordinaires (timidité, agitation...) tendent à devenir des « troubles ». C'est paradoxal : tout se pense en termes de santé mentale, mais la santé mentale est une vision tout à fait indéterminée autour de la souffrance psychique. c'est donc l'importance qu'on accorde à la souffrance psychique qui est en jeu ici. En 2002 un enfant sur huit est concerné en France.

L'avènement de la « Santé mentale » implique aussi une forme de dé-pathologisation : on parle de moins en moins de « santé » mais plutôt de bien-être, d'équilibre, de « bonne santé globale » - mais peu définie. Un nouveau paradigme est au cœur des politiques de santé ; cela modifie l'esprit même du soin : on en appelle de plus en plus à l'accompagnement. Cela modifie aussi la figure du malade mental : on lui demande de développer ses capacités (il ne s'agit pas seulement de « surveiller et punir »), on va agir avec le patient, et non sur lui. Nous interprétons plus volontiers les signes comme facteurs de souffrance psychique.

Cet univers sémantique de la Santé mentale est aussi le nôtre en permanence. Il nous faut réfléchir aux formes que prennent ces nouvelles plaintes, ces nouvelles affections pathologiques. Par exemple il y a de plus en plus d'enfants « hyperactifs » : soit l'hyperactivité est une maladie de notre société, soit elle existait avant, mais n'était pas nommée, perçue comme telle parce qu'on n'avait pas les outils ? soit l'hyperactivité est un « construit social », on y voit un trouble là où ces comportements étaient – jusque là – perçus comme normaux.

Nous jugeons selon l'hypothèse implicite de ce sur quoi porte la nouveauté : la société ? Notre regard ? Nous devons prendre au sérieux la grammaire spécifique de certains de ces nouveaux « troubles ». Quel est leur sens pour ceux qui s'en plaignent ? Quel est leur sens pour ceux qui les prennent en charge ? Nos manières de souffrir ne sont pas illimitées dans un contexte donné.

Le phénomène de « retrait » des jeunes mérite qu'on s'y arrête. Il s'agit d'un retrait au sens social du terme, et bien en rapport avec les normes de l'époque. Depuis quelques années nous avons constitué une équipe de travail, s'intéressant au départ aux Hikikomori¹³ apparus au Japon à partir des années 1990 et dans les autres pays à partir des années 2000. Dans tous les cas il s'agit d'un

¹² [Alain Ehrenberg, L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, 1995](#)

¹³ [hikikomori2013 : Jeunes en retrait ou hikikomori: expériences croisées France/Japon](#)

retrait extrême chez des jeunes. Un ouvrage publié par le psychiatre [Tamaki Saito en 1998](#) a eu un fort écho. Il estimait le nombre de jeunes concernés à un million au Japon mais aujourd'hui cette estimation est largement revue à la baisse.

Un jeune « en retrait » est le plus souvent un garçon de moins de 30 ans, retiré chez lui et qui ne prend plus part à la société depuis au moins six mois. Depuis 2010 on ajoute que son état n'est pas psychotique. c'est une définition descriptive qui laisse ouverte la catégorisation diagnostique. Du point de vue des sciences sociales on insiste sur le fait qu'un jeune homme « retirant » est replié à domicile mais surtout, il se soustrait à toutes les attentes à son égard. Il n'est pas mobilisé à l'extérieur. C'est particulièrement grave par rapport à la norme et aux attentes sociales, d'autant plus que c'est un garçon. C'est une conduite passive, sans discours, qui se rapproche du « syndrome de Bartleby¹⁴ » : « *je préférerais ne pas...* » et c'est une posture sans demande. Tout cela est extrêmement déroutant, déstabilisant pour les proches. Par ailleurs ils ne présentent rien d'autre qui soit inquiétant. On peut citer le cas d'un jeune en retrait depuis dix ans qui ne manifeste aucune difficulté au quotidien : il participe à tout. Mais sans sortir. Les parents ont fini par s'alarmer, avec la perspective du temps. Cette non-demande n'est pas vécue de la même façon selon les guichets auxquels on s'adresse. Mais quelque chose résonne avec notre temps : la jeunesse, le devenir adulte, les écoles, les écrans.

Il n'est pas anodin que depuis les années 1990-2000, naissent des préoccupations partagées autour de la jeunesse, une inquiétude. On a inventé une nouvelle terminologie. En France nous avons les « Tanguy »... ce sont des jeunes qui restent à la maison. La jeunesse précarisée en matière d'emploi est appréhendée sous le terme « jeunes free-lance » ou « freeteen » par force ou par choix . Les « NEET¹⁵ » (ils ne sont nulle part) sont une catégorie officielle de l'OCDE – que ce soit subi ou choisi -

Notre époque voit apparaître un questionnement sur les nouvelles temporalités sociales. On ne sait plus ce que c'est que la jeunesse ; les marqueurs traditionnels de l'entrée dans l'âge adulte se sont dilués. La trajectoire, devenue beaucoup plus longue, balisée par moins d'indicateurs, se transforme en un présent généralisé devant l'inquiétude quant à son avenir. Les « retirants » en sont une sorte de manifestation radicale. Ils mettent également en évidence l'importance prise par la Famille au sommet de la hiérarchie des valeurs. Les Hikikomori incarnent la question de cette famille affective : leur situation de retrait implique le soutien de la famille, en ce sens c'est un phénomène autant familial qu'individuel.

La pression scolaire : de ce point de vue le Japon et la France se ressemblent par l'importance considérable qu'a le parcours scolaire sur le devenir social des individus. Ce système tolère peu les trajectoires atypiques. Il est très rigide. Les jeunes en retrait sont plutôt de bons élèves, qui investissent beaucoup l'école. Ils sont en bons termes avec les professeurs ; dans certains cas ils ont d'excellents résultats. Un certain nombre d'entre eux ne se retrouvent pas dans le vocable de

14 Personnage de Melville, [Bartleby, le préféré des philosophes](#)

15 [Jeunes déscolarisés sans emploi \(NEET\)](#)

« phobie scolaire », ils évoquent plutôt un malaise avec leurs pairs ; l'école est rejetée en tant que lieu où se joue la rencontre avec les pairs – avec des cas de harcèlement parfois. En France est invoquée une difficulté à être avec les autres, le sentiment d'être « décalé ».

On ne constate pas du tout de corrélation avec un usage excessif d'internet. Il y a une très grande variété de profils ; souvent ils observent et ne participent pas. Tout de même, vivre une expérience de retrait très longue, c'est rendu possible par les nouvelles technologies.

Peut-on déduire de l'observation des « retirants » une « grammaire » de l'autonomie ? Pour Ehrenberg, l'autonomie est une nouvelle règle sociale¹⁶. Plus encore, c'est la règle majeure de l'individualité. C'est autour des années 1960-70 qu'émerge la valorisation de l'initiative individuelle. Les contraintes, en apparence, s'exercent moins sur nous : nous sommes sommés de nous inventer nous-mêmes, confrontés de plus en plus à une initiative à prendre. L'idée que « tout est possible, tout est ouvert », organise la sémantique quotidienne de notre espace social. Nous devons être « motivés » et « en projet ». Toute notre vie nous sommes en mode projet ...

On perçoit mieux les paradoxes de la figure du Retirant, qui incarne tout à fait l'ambivalence de cette norme sociale :

Le retirant montre une faille de l'autonomie – il est une figure exemplaire de l'hyper-dépendance – il ne s'auto-active pas, son espace est suspendu, il n'a pas de projet, pas de motivation, aucun désir. Il manifeste une pathologie du projet, de la volonté, il a perdu tout intérêt pour l'inclusion sociale.

Et pourtant, il a une forme d'autonomie déroutante : il s'est dé-synchronisé du temps biographique, il règne en maître sur son propre espace-temps. Son temps devient cyclique, répétitif – c'est pourquoi il lui est si difficile d'en parler ensuite. Il maîtrise et ne partage pas. Il est en autarcie ultra autonome, froide. Il semble faire l'économie des liens, hormis avec les proches sur le mode de la survie.

Les Retirants sociaux peuvent être très différents d'un pays à l'autre. Au Japon le phénomène est très connu mais très flou. Leur prise en charge témoigne de ce flou : limitée sur le plan psychiatrique (au Japon il y a une tradition anti-psychiatrique), elle est largement le fait de structures non médicales, non-psy ; ce sont plutôt des ONG, autour de types de personnalités du champ social. Les groupes de parole sont très présents. En Italie le phénomène est peu identifié. Deux consultations ont été ouvertes pour le « retrait social », avec une orientation psychanalytique, très hostile à l'hospitalisation. En France, le phénomène est quasi-invisible comme problème. Il n'y a pas de terme spécifique, pas de d'affichage ciblé sur la prise en charge. Ils sont perçus à travers d'autres catégories, « décrocheurs scolaires » par exemple. L'offre de prise en charge est très structurée mais les familles obtiennent des réponses très différentes selon les guichets auxquels elles s'adressent.

Le caractère un peu déroutant, mystérieux, de cette condition amène à penser autrement l'accompagnement. Il faut inventer des réponses alternatives ou innovantes :

¹⁶ [L' autonomie, nouvelle règle sociale Entretien avec Alain Ehrenberg](#)

Développer des services de visite à domicile sous des formes très différentes (équipes mobiles de psychiatrie, travailleurs sociaux dans une optique de « main tendue » sur le très long terme)

Travail avec les familles (familles sans le patient, thérapies simultanées) en tenant compte des conflits que ça peut induire sur le plan des conceptions thérapeutiques.

Travail avec les nouvelles technologies et les écrans (thérapies en ligne ou par téléphone, travail sur les pratiques technologiques et internet – « avec » plutôt que « contre »).

En conclusion, nous devons prendre en compte les dimensions morale et normative des mondes de la Santé mentale. La question de la normalité est un implicite permanent, avec les injonctions d'« être actif », « être soi-même », « être correctement socialisé »... Est-ce cela l'horizon thérapeutique, nécessairement ? A quelle normativité se réfère le soin ? La psychiatrie ? - pour Freud c'était « aimer et travailler »...

Débat.

Intervenant : En France, les catégories sont plutôt en lien avec la scolarité. Cette particularité que vous amenez est peut-être japonaise ? On ne méconnaît plus en France ce type de phénomène. Faut-il répondre ? Ces gens-là ne semblent pas souffrir, demander... Au nom de quoi si ce n'est de l'environnement, quand la famille en a marre ? Le « souhait de ne pas » c'est un peu particulier.

Maïa Fansten : cette étude dure depuis quelques années. Le phénomène n'est pas que japonais, bien au contraire. Ça ouvre toute la question de savoir ce qu'est un « trouble », comment nous codons ? Par quelle entrée nous nommons les problèmes ? En France, c'est un problème scolaire. Pour les japonais il y a deux termes différents : « décrochage scolaire » et « retrait » qui est perçu comme très grave. Il faut savoir qui s'en inquiète et au nom de quoi. Dans une première phase il n'y a pas d'expression de demande ni de souffrance. Ça ne veut pas dire que plus tard ça ne vient pas. En France, des jeunes vont accrocher sur le mot Hikikomori, perçu comme « pas psychiatrique » « japonais » etc.

Roland Gori : Barthelby est en retrait mais jamais parmi d'autres. Il faut se poser la question : est-ce une position de retrait parmi d'autres ? Ou dans n'importe quel lieu ?

Maïa Fansten : sa posture mentale me semble symboliser assez bien surtout ce que ça fait aux autres, ce qui leur est insupportable : ne jamais dire son désir.

Intervenant : vous avez évoqué deux ou trois « sorties ». y a t'il une histoire de sorties ?

Maïa Fansten : ça fait partie de ce qu'on est entrain de travailler maintenant. Pour l'instant il n'y en a pas. Au Japon, certains y sont encore. Certains, de la première génération, ont plus de 40 ans et ont écrit des livres. l'un d'eux dit « je suis sorti mais je suis encore Hikikomori ». on appelle Sokokomori ceux qui sortent de chez eux, voyagent, mais ne se sentent toujours pas avec les autres. C'est descriptif d'une condition de vie mais il y a de grandes variations.

François Gonon : « les sciences biomédicales favorisent-elles l'apparition de nouvelles pathologies mentales ? L'exemple de l'hyperactivité TDAH¹⁷ »

François Gonon est neurobiologiste, directeur émérite au CNRS, Université de Bordeaux.

La psychiatrie travaille dans deux domaines :

La recherche -nécessaire- des effets des traitements : les psychotropes dont nous disposons sont efficaces à court terme (par exemple la Ritaline). Mais à long terme ? Non. Aucun effet sur le risque d'échec social. Il faut interdire la publicité pour la Ritaline prétendant préserver de l'échec scolaire.

La psychiatrie biologique : tous sont d'accord sur le fait qu'il n'y a toujours pas de marqueurs biologiques pour les troubles mentaux. Les diagnostics n'ont aucune validité scientifique et sont peu fiables. Aucune nouvelle cible thérapeutique n'a été découverte depuis 40 ans. On a beaucoup sous-estimé la difficulté du problème. L'industrie pharmaceutique a fermé ses centres de recherche de nouveaux médicaments pour les troubles mentaux. Parce que la neurobiologie n'est pas assez avancée. Parce que, pour les maladies somatiques, le progrès a beaucoup profité des modèles animaux ; mais les modèles animaux des troubles mentaux ne sont pas assez réalistes. Il est de plus très difficile de faire des cohortes homogènes (par exemple réunir des sujets tous déprimés mais pas anxieux...). Les troubles mentaux, on ne sait même pas vraiment les définir, et ça risque de durer encore un certain nombre d'années : les neurosciences n'apportent rien à la psychiatrie clinique. Pourtant on a l'impression en lisant les médias que les neurosciences font beaucoup de progrès et vont permettre de soigner les maladies mentales.

Les scientifiques trichent sur leurs données. Par exemple en ce qui concerne la TDAH (Ritaline) et le transporteur de la Dopamine.

Dans les études en imagerie cérébrale, il ne faut pas confondre effet et cause. En 1996 on a dit que la dépression était une maladie biologique : l'hippocampe apparaissait plus petit chez les déprimés que chez les normaux. Or le cerveau s'adapte. Ce qu'on avait observé était bien plus la conséquence de la dépression que sa cause.

Il y a le biais des groupes de contrôle... qui deviennent presque des professionnels. Quand il s'agit de mettre dans une machine d'imagerie cérébrale un enfant hyperactif et lui demander de ne pas bouger, il y a trop de micro-mouvements et les résultats en sont impactés. Alors que les « cobayes » volontaires habitués aux examens se comportent tout à fait autrement. Que dit-on des données ainsi recueillies dans la « Bible de l'hyperactivité » ? On dit que les marqueurs génétiques du gène B4 ont été identifiés. Or le gène qui code comme correcteur de la Dopamine est présent chez 23 % des enfants hyperactifs et chez 17 % des enfants sains. Ça ne fait que 6 % de différence, ce qui est très peu. Ces chiffres ne sont pas donnés dans l'article, c'est un mensonge par omission.

17 Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH)

80 % des résumés disent qu'il y a une association forte mais ne donnent pas les chiffres ; et les médias disent « on sait », « c'est démontré ».

Dans les revues scientifiques, les conclusions annoncées dans le résumé sont en désaccord avec les données exposées dans l'article... mais les journalistes ne lisent que le résumé, c'est la cause majeure de ces distorsions du discours.

On peut prendre l'exemple du récepteur D4. La première étude date de 1996. 46 études initiales établissent une association significative entre un facteur génétique et un trouble mental. Seulement 3 associations ont été confirmées par les méta-analyses ; environ une étude initiale sur deux a été réfutée ou réévaluée dans un domaine sur deux dans le biomédical. La science avance comme ça : on avance une hypothèse, on l'étudie, à force on finit par avoir le dernier mot. Le problème est médiatique : l'étude initiale est bien plus visible par les journalistes. Il est rarissime (environ 5 sur 16000 articles) qu'ils publient « l'étude initiale a été réfutée » ; et des dogmes s'installent dans le public.

De même pour l'exemple de la dépression. Selon l'étude de Caspi (revue Science en 2003)¹⁸ le risque génétique est établi. 50 articles reprennent ce résultat. En 2013 il est réfuté : 2 articles ! Et il y a une exploitation frauduleuse des données par la Télévision française.

Est-ce que les neurosciences ont fabriqué les nouveaux troubles ? Il faut se reporter à l'histoire de l'hyperactivité aux USA. C'est le DSM3 qui établit ce qu'est le TDAH et que la Ritaline est une voie de soin. Mais c'est seulement à partir de 1987 les prescriptions augmentent significativement avec la création de l'Association de Parents d'Enfants Hyperactifs, qui demandent la reconnaissance de l'hyperactivité comme « handicap » (procès d'une famille, soutenue par CIBA, contre l'État). C'est alors l'explosion de l'industrie pharmaceutique qui a vu le créneau ! Et le véritable scandale financier de la « Ritaline retard ».

Quel est le rôle de la science dans tout ça ? La recherche en neurosciences n'a pas fabriqué l'hyperactivité. Mais le discours est biaisé, il n'y a pas de causes biologiques du TDAH. Une étude en grosse population établit que prescrire de la Ritaline n'est pas forcément une bonne chose en Santé Publique. Il y a un impact du discours sur le grand public et sur la stigmatisation : le discours a de l'effet, mais pas pour le bien des patients ; l'environnement devient plus rejetant et plus pessimiste sur les possibilités de guérison. Les patients les plus convaincus que la dépression est une maladie du cerveau sont ceux qui sont le moins améliorés.

Où en est-on ?

C'est la fin du tout-génétique et le retour de l'environnement. Le modèle bio-psycho-social¹⁹ est plus pertinent pour un changement de perspective en psychiatrie. C'est d'abord l'environnemental qui est déterminant pour les troubles les plus fréquents. Le discours de la psychiatrie biologique sert à évacuer les questions sociales et la prévention. (cf Daniel Lutchine Illinois 2007)

[18 La déprime est dans le gène](#)

[19 modele bio-medical et modele bio-psycho-social](#)

Débat.

Intervenant : le TDAH est une imposture scientifique, construit, basé, sur des faits mal établis ?

François Gonon : il est listé sur le DSM3, il a tout autant de réalité que le reste. Ce qui est sûr c'est que ce n'est pas une maladie avec des causes biologiques. Clairement, il y a des symptômes qui nécessitent d'aider les enfants ; les médecins sont-ils les mieux placés pour les aider ? Peut-être qu'une adaptation de l'école, et moins d'excès d'exposition à la télévision seraient efficaces.

Intervenant : d'après ce que j'ai compris, cette construction particulière de TDAH présenté comme essentiellement biologique mais nécessitant des mesures d'environnement est une imposture en direction du public, et c'est ce qui a été retenu.

François Gonon : c'est la question de la crédibilité des études scientifiques : elles deviennent une imposture quand on ment en connaissance de cause, ou qu'on utilise des études qui ne font pas le point des connaissances.

Intervenant : J'ai travaillé en médecine (gastro-entérologie) en prenant appui sur des données scientifiques régulièrement mises à jour. Là vous vous adressez à des professionnels de la psychiatrie, concernant des troubles dont on est entrain de se demander s'ils sont vraiment des troubles. Sur quoi se fondent les prétentions à soigner des troubles qui ne sont pas des maladies ?

François Gonon : dès qu'il s'agit de prescrire, compte tenu qu'il y a toujours des effets secondaires relativement graves, on a besoin de médecins.

Intervenant : comment on forme les soignants ? Monsieur Gori, vous avez cité l'artisanat. Sur quoi repose le savoir des psychiatres ? Sur les traitements et leurs effets secondaires et sur un savoir-faire. Un des pères du DSM3 disait : « en tant qu'examineur en examens de médecine, je déteste ceux qui récitent le DSM3 ». Le savoir-faire clinique s'apprend de manière artisanale. Comment apprend-on le sens clinique ?

Roland Gori : il faut savoir si la construction du diagnostic en psychiatrie est de même nature que la construction du diagnostic des maladies dites organiques. Le rapport entre une singularité anormale et la nécessité d'une prise en charge est une question de seuil. Entre 1979 et 1996 le diagnostic de dépression a été multiplié par 7 en France : c'est la traduction d'une baisse du seuil de tolérance sociale à l'affect de dépression, qui a fait apparaître une « clinique des gens fragiles ». la problématique est une question de la société. Ce qui est « non affirmation de soi » aux USA est vu comme « discrétion » dans notre culture. L'inégalité de niveau entre les résultats locaux d'ordre biologique et la mise en correspondance d'un état psychique c'est du langage ; dire « c'est d'origine génétique » ou « c'est environnemental », c'est déjà du langage. Là, nous risquons de passer à une extension hyperbolique du résultat : passage d'une réalité procédurale scientifique à l'idéologie du savoir. C'est la traduction dans des résultats qui répondent aux attentes sociales. On est dans une polysémie. Le problème majeur de la psychiatrie est là : une notion a à voir avec le mythe, pas avec la science.

Intervenant : Monsieur Gonon, vos travaux sont une grande aide pour les cliniciens. Il faut essayer de ne pas rester suspendus à quelque chose qui serait une causalité biologique ou sociale. Vous nous invitez à déconstruire la médecine.

Intervenant : les facteurs culturels de la maladie sont connus depuis longtemps. A la question posée aujourd'hui on n'a pas répondu. En psychiatrie la question se pose, il y a beaucoup plus de demandes culturelles. Le sujet d'étude de cette conférence c'est : Nouvelles pathologies ? Nouvelles prises en charge ? Est-ce qu'il y a d'autres exemples que l'hyperactivité ? Pourquoi ?

François Gonon : l'hyperactivité a été décrite il y a cent ans. S'en préoccupe-t'on maintenant plus qu'avant ? Oui, pour différentes raisons : l'invasion des écrans, les exigences de l'école, le changement des habitudes éducatives. Faut-il faire quelque chose pour les enfants « hyperactifs » ? qui ? Sur quelles bases ? Peut-être que la société progressivement va reconnaître que des troubles sont à prendre en charge mais avec prudence. En France on met actuellement moins en avant les causes biologiques du TDAH.

Maïa Fansen : Quand on s'arrête à la description du trouble, on trouve toujours des descriptions antérieures. La nouveauté c'est soit l'ampleur, soit l'intérêt – l'inquiétude. Ça nous interpelle, c'est entendu ; les enfants intéressent beaucoup aujourd'hui dans notre société. Si un des marqueurs de notre société est l'autonomie, il n'est pas étonnant qu'on s'intéresse à des Sujets qui ne sont pas autonomes.

Roland Gori : je ne parlerais pas de nouvelles pathologies. Il y a de nouvelles constructions sociales des souffrances et des symptômes tels qu'ils peuvent se manifester. Les symptômes et les diagnostics posés sont en dépendance d'une société donnée. C'est différent de la médecine organique. Aujourd'hui on parle bien moins d'hystérie et bien plus de bipolarité. Or, beaucoup de « bipolaires » relèvent d'une structure hystérique. C'est peut-être le cas pour énormément de choses.

Intervenant : ça m'intéresserait aujourd'hui de savoir si le style discursif de Foucault sur la psychiatrie a changé ou pas. c'est le discours qui construit la psychiatrie. Je trouve que vous ne mettez pas suffisamment en perspective le rapport entre l'ancien discours et le nouveau, sur la psychiatrie.

Roland Gori : je ne m'appuie pas que sur Foucault. Pour la psychiatrie les DSM 3 et 4 font exploser déjà la désaliénation que propose Foucault. A la fin des années 80 on a vu la fin de l'internement psychiatrique, le retour en masse d'une forme de psychologie douce, centrée sur les neurosciences et la biologie. Ce qu'on essaie de tirer de résultats scientifiques est intéressant pour obtenir des résultats politiques.

Intervenant : on a vraiment plein de choses qui remontent du terrain : « ils sont de plus en plus jeunes », « c'est de moins en moins tenable » : on a une impression de perte de moyens, on est en attente de manières de faire ou de voir un peu différentes. Au risque de choquer, en ce qui me concerne, quand j'entends le discours en général, je suis frappé qu'on n'encense pas plus les démarches qui permettent de catégoriser un tant soit peu la pathologie mentale. On part de la science ou pas de la science ? Quand on veut « faire science » on est bien obligé de passer par ces choses-là. Je parle de l'approche scientifique bien faite – je reconnais que 70 % des résultats ne

« collent » pas. Il me semble important, si on veut faire science, de nommer. La difficulté pour qu'on puisse faire un travail scientifique est aujourd'hui dans la manière de nommer les choses. On n'est pas très cohérents dans la lecture des termes. Le DSM, à un moment, est un jalon qui permet de fixer des objets d'étude. Je constate que vous n'avez cité que des études américaines. On n'a pas d'études françaises. Il faudrait vraiment qu'on étudie le profil des personnes qu'on a à accompagner.

François Gonon : Que disent du DSM les américains ? Que c'est un outil qui doit être jugé en fonction des utilisateurs. Heureusement qu'on a le DSM pour étudier l'effet des médicaments. Cela dit, mettre la bonne étiquette sur le patient ne permet pas vraiment de lui donner le bon traitement.. C'est ce que disent les américains. Pour l'enseignement, le DSM n'est pas une base de la psychiatrie. Il est surtout utilisé aux USA par les Assurances Sociales : là il est indispensable d'avoir une étiquette. Faire une évaluation des pratiques pour le cardiologue en faisant attention au diagnostic : oui, c'est positif. En psychiatrie, les bonnes pratiques ne sont pas forcément liées au diagnostic. On a besoin d'être beaucoup plus pragmatique.

Intervenant : Quand on est psychanalyste on ne peut avoir que le point de vue des patients. Dans la rencontre, qu'est-ce qui importe : dire « vous êtes bipolaire » ? non, c'est se situer avec lui par rapport aux souffrances qu'il ressent : « qu'est-ce qui se passe pour vous, à quel moment, d'où ça vient ? » cf l'article « pourquoi je pense que les antidépresseurs font plus de mal que de bien » d'un chercheur d'Europe du Nord.

François Gonon : Aux USA on fait l'apologie de certaines pratiques ; en Hollande : « ne vous précipitez pas pour poser un diagnostic et prescrire ». Il est possible et souhaitable en certaines circonstances de faire du soin sans diagnostic.

Intervenant : Au Japon on propose des « sœurs de location » : ce sont des gens qui travaillent au quotidien dans les institutions. Il faut faire des trouvailles, inventer avec les gens qu'on a en face de soi ; ce n'est pas forcément systématisable.

Maïa Fansten : je vais tout à fait dans ce sens. Le « retrait » est un objet qui n'apparaît pas à la psychiatrie seulement. Il nécessite une réponse, un engagement, hors médicalisation.

Roland Gori : il faut distinguer plusieurs niveaux, plusieurs questions. Soigner, c'est différent de faire de la recherche. La pratique inclut une dimension artisanale ; ce n'est pas la même chose que faire des statistiques. C'est un vieux débat qui remonte au XIX^e siècle. LE DSM3 se prétend a-théorique. Pour le DSM4 ce n'est déjà plus le cas. Il est dit dans la préface qu'il n'y a aucune raison de ne pas traiter les pathologies mentales comme les autres pathologies. Il y a là des présupposés à reconnaître : la modification de la formation des praticiens en psychiatrie et psychologie ; le fait que les tenants du DSM sont davantage orientés vers la recherche que vers le soin ; et vient s'ajouter un élément politique et idéologique : disculper la société de la part qui lui revient dans la production des symptômes. Cela a des conséquences sur les recherches qui sont financées.

Il y a donc plusieurs niveaux et c'est extrêmement difficile de les sérier. On a dit beaucoup de mal de la psychanalyse. Il y a une part médicale qui peut s'insérer dans la prise en charge des patients. La spécificité de la psychanalyse c'est de faire entendre au patient que ce n'est pas nous qui avons un savoir sur lui ; nous avons une méthode, qui suppose que le savoir est du côté du patient. Il y a

une autre méthode : « on ne va pas se centrer sur votre symptôme : dans toute votre manière de vivre il y a quelque chose qui coince ».

le DSM3 peut être une avancée pour la recherche sur les molécules, mais ne peut être une avancée en psychopathologie.

Intervenant : c'est la fin de la psychiatrie !

Roland Gori : ce n'est pas moi qui la tue ! c'est l'illusion que le patient est le chef d'entreprise de son « capital social ». La fin de la psychiatrie est une pathologie de la liberté selon Henri Ey (1977). la psychiatrie européenne est morte dans les années 80. la psychiatrie américaine était nulle : les manuels parus dans les années 1915-1918 parlaient de gestion de population dans les asiles. c'est cette victoire de la pensée gestionnaire qui tue la psychiatrie.

Intervenant : l'analyse scientifique n'est pas que « normo-patho » ; il faut nommer, c'est un pivot pour travailler. La relation avec le malade c'est la fin de la psychiatrie au sens médical. Le social, à un moment on met un nom dessus ! Ou alors non ? On va se débrouiller ?

Roland Gori : « *mal nommer les choses ajoute à la misère du monde* » dit Camus... on peut dire aussi que « les lois de la nature ne sont pas naturelles »

Intervenante : comment nommer pour en faire quelque chose qui soit entendu – notamment en ITEP²⁰- « usagers », « handicap »... qui sont les « usagers » ? l'enfant, la famille, les parents ? Ce sont des mots banalisés qu'on entend tous les jours et qu'on ne vit plus. Mais on est quand même régis pas la HAS²¹ qui gère le travail « comme il faut » et pourrait « punir » les initiatives pour innover. Le travail aujourd'hui est très malmené. Il y a un silence assez assourdissant des gens avec qui je travaille et qui sont prêts à entrer dans ce discours-là sans se poser de questions. La HAS est un dispositif idéologique qui aujourd'hui sanctionne des initiatives personnelles et résistantes. Je ne sais pas si la pratique est aussi démocratique qu'on le dit. Pour moi à cette conférence, on n'a pas parlé assez simplement des choses. C'est assez loin du quotidien que je vis aujourd'hui. Les mots qu'on distille de plus en plus ont des effets dévastateurs dans le travail qu'on mène : je vous invite à lire Kemperer²². Il faudrait enquêter auprès de ce public averti -sur le terrain- qui n'est pas sans en penser quelque chose.

Intervenant : plusieurs remarques à Roland Gori : la séparation de la neuropsychiatrie et de la psychiatrie, ce n'est pas en 68 – c'est un peu plus tard mais c'est un effet de 68. Aux USA la clinique « égale à zéro » contredirait une approche collective sur le double lien par exemple, qui est une spécificité américaine. On parle trop de bipolarité et moins d'hystérie, mais l'hystérie n'est-elle pas aussi fréquente?

²⁰ [Institut thérapeutique éducatif et pédagogique \(ITEP\)](#)

²¹ Haute autorité de santé (HAS)

²² [Victor Klemperer, LTI, la langue du Troisième Reich.](#)

Carnets d'un philologue, Paris, Albin Michel, coll. Bibliothèque Idées, [1947] 1996, 375 p. Traduit et annoté par Elisabeth Guillot.

Roland Gori : il y a une pensée psychopathologique essentiellement conventionnelle jusqu'aux années 50 ; ça change avec les immigrés européens aux USA qui importent la phénoménologie et la psychanalyse. La pensée est gestionnaire essentiellement. L'hystérie, dans l'histoire de la psychiatrie, est une espèce de figure de la pathologie qui apparaît au moment des crises sociales de la fin du XIX^e siècle et qui reflète la question qu'on se pose à ce moment-là : l'autonomie du Sujet est perçue comme une illusion idéologique, une imposture ; c'est le moment où se manifeste le phénomène des « personnalités multiples ». On est dans autre chose que le biologique, ce qui ne veut pas dire qu'on ne tient pas compte du biologique. Les valeurs sont extra-biologiques, extra-médicales.

Qu'est-ce que l'humain ? *« l'humanité est une parcelle qui existe en chaque sujet et qui lui fait refuser la fatalité économique et biologique »* Jaurès.

Compte-rendu par Marie-Claude Saliceti, administratrice à Rénovation.