



**HAL**  
open science

# Application du discours analytique dans un hôpital psychiatrique en Israël

Ziv Neumann

► **To cite this version:**

Ziv Neumann. Application du discours analytique dans un hôpital psychiatrique en Israël. Sociologie. Université Paris Cité, 2021. Français. NNT : 2021UNIP7356 . tel-04189179

**HAL Id: tel-04189179**

**<https://theses.hal.science/tel-04189179>**

Submitted on 28 Aug 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# UNIVERSITÉ de PARIS

**Ecole Doctorale**

Recherche en Psychanalyse et Psychopathologie - ED 450

## **Application du discours analytique dans un hôpital psychiatrique en Israël**

*Outils, positionnement et conversation dans un service*

**Par : Ziv NEUMANN**

**Thèse de DOCTORAT  
Psychopathologie et psychanalyse**

**Dirigée par : Professeur Ouriel Rosenblum**

Présentée et soutenue publiquement le 30.03.2021

Devant un jury composé de :

Dr. Rémy Potier, MCF HDR, Université de Lyon 2, Rapporteur

Pr. Shirley Zisser, PU, Université de Tel-Aviv, Rapporteur

Pr. Yorgos Dimitriadis, PU, Université de Paris, Examineur

Pr. Ouriel Rosenblum, PU, Université de Paris, Directeur de thèse



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent  
du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui  
nos âmes sont fleuries. »*

Marcel Proust

## Resumé

La situation actuelle des institutions psychiatriques en Israël est partagée entre un discours d'orientation médicale mêlée à une orientation de réhabilitation. La question qui guide la recherche est de savoir si la psychanalyse, dans une orientation freudolacanienne, pourrait guider la pratique thérapeutique dans un service psychiatrique, pourrait s'écarter du réel de la pulsion, de l'objet *a* dans le contexte de la vie institutionnelle, pourrait donner des possibilités de rééducation dans la pratique médicale et dans toute l'activité existant dans le service d'un hôpital psychiatrique dans lequel on prendrait en compte le sujet au sens psychanalytique.

Dans le cadre de cette thèse, nous essayerons de chercher un éclairage de certains aspects de la vérité de la pratique d'un service psychiatrique, au travers de l'orientation psychanalytique lacanienne, par l'intermédiaire d'une lecture de la pratique et d'entretiens qualitatifs avec les membres clés d'un service de psychiatrie en Israël, et par conséquent ajouter ou ouvrir de nouvelles possibilités et permettre de meilleurs soins.

Cette recherche nous permettra de démontrer à travers trois présentations de cas, l'usage du discours psychanalytique dans un service psychiatrique de l'hôpital Shalvata dont le lien avec la psychanalyse est étroit. Pourtant, la confusion entre l'approche humaniste et l'orientation psychanalytique y est grande. Quand l'humanisme prend les commandes de la rencontre thérapeutique et que la psychanalyse ou la psychothérapie devient un outil pour réaliser le but humaniste, elles perdent de leur puissance et ne servent plus que comme défense contre l'angoisse. L'approche humaniste est une condition nécessaire mais non suffisante, pour que la psychanalyse soit un discours utilisé pour guider la cure dans un service. Il s'agit de s'appuyer sur le discours analytique, faire du réel une question clinique commune. Notre analyse indique que la psychanalyse appliquée à la thérapie dans un service psychiatrique n'est pas une affaire de cadre, de *setting*, mais bien une affaire de discours. L'orientation pratique dans l'institution est telle qu'il s'agit de traiter le symptôme du sujet avec respect et de tenter de l'accompagner dans la recherche pragmatique d'une solution plus efficace, qui lui permettrait de mieux s'entendre avec l'autre, de modérer sa jouissance, de mieux s'entendre avec son corps, tout cela à partir des indications que nous donne le sujet.

Mots-clés : Psychanalyse lacanienne, Psychanalyse freudienne, Hôpital psychiatrique, Psychose, Approche humaniste, Sujet, Réel, Discours, Histoire de la psychiatrie, Transfert

## **Abstract**

### Application of the analytical discourse in a mental health hospital in Israel

#### *Tools, positioning and conversation in a service*

The current situation of psychiatric institutions in Israel is divided between a discourse of medical orientation mixed with a rehabilitation orientation. The question which guides the research is to know if psychoanalysis, in a Freud-Lacanian orientation, could guide the therapeutic practice in a psychiatric service, could deviate from the real of the drive, of the object a in the context of the institutional life, could provide possibilities for re-education in medical practice and in all the activity existing in the service of a psychiatric hospital in which the subject is taken into account in the psychoanalytic sense.

In the framework of this thesis, we will try to shed light on certain aspects of the truth of the practice of a psychiatric service, through the Lacanian psychoanalytic orientation, through a reading of the practice and of qualitative interviews with key members of a psychiatric service in Israel, and therefore add or open up new possibilities enabling better care.

This research will allow us to demonstrate, through three case presentations, the use of psychoanalytic discourse in a psychiatric service of the Shalvata hospital, which has a close link with psychoanalysis. However, there is a great confusion between the humanist approach and the psychoanalytic orientation. When humanism takes control of the therapeutic encounter and psychoanalysis or psychotherapy becomes a tool to achieve the humanist goal, they lose their power and only serve as a defense against anxiety. The humanist approach is a necessary but not sufficient condition for psychoanalysis to be a discourse used to guide the treatment in a service. It is about using the analytical discourse, making of the real a common clinical question. Our analysis indicates that psychoanalysis applied to therapy in a psychiatric service is not a matter of frame, of setting, but rather of discourse. The practical orientation in the institution means treating the subject's symptom respectfully and of trying to accompany him in the pragmatic search for a more effective solution, which would allow him to better manage with the other, to moderate his jouissance, to get along better with his body, all this based on the indications given to us by the subject.

Keywords: Lacanian psychoanalysis, Freudian psychoanalysis, Psychiatric hospital, Psychosis, Humanist approach, Subject, Reality, Discourse, History of psychiatry, Transfer

## Remerciements

Je tiens à exprimer ma pleine reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont aidé pendant l'élaboration de ma thèse.

Je voudrais tout d'abord remercier chaleureusement mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Ouriel Rosenblum, pour la confiance qu'il m'a témoignée en acceptant la direction de mon travail en cours de route. Son intérêt et sa grande disponibilité ainsi que ses nombreux conseils et remarques durant la rédaction m'ont permis de progresser et de finaliser ma thèse, fruit d'une recherche de plus de cinq années.

Je tiens bien sûr à remercier, le Professeur Christian Hoffmann, mon premier directeur de thèse, sans qui ce doctorat n'aurait pas pu voir le jour. Je le remercie pour sa confiance, son éclairage, son écoute bienveillante et respectueuse de ma pensée ainsi que de m'avoir poussé à approfondir ma recherche.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la structure du *Collège Doctoral Paris - Jérusalem*, coordonnant un échange entre l'Université de Paris et les doctorants francophones européens et originaires des pays du pourtour méditerranéen.

Dans ce contexte, je souhaite spécialement remercier son fondateur, le Dr Henri Cohen-Solal, pour les nombreux conseils qu'il m'a prodigués, pour avoir pris le temps de m'écouter, de discuter avec moi et de m'accompagner tout au long de mon troisième cycle universitaire dont cette thèse est l'accomplissement. Je tiens aussi à remercier toute l'équipe pour son soutien moral et l'aide bureaucratique.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans l'accueil chaleureux et la confiance que m'ont témoignés le directeur de l'hôpital Shalvata, Dr. S. K., et le chef du service n°5, Dr. H. H. ; ainsi que l'aide et la disponibilité de mes collègues lors de la passation des entretiens notamment. Leurs remarques, leur ouverture d'esprit, leur franchise et leur gentillesse sont autant d'éléments qui m'ont permis d'atteindre mes objectifs et de donner vie à cette thèse.

Je voudrais adresser une mention spéciale à mon amie Caroline Nissan, psychologue et psychanalyste pour la relecture et l'aide linguistique précieuse qu'elle m'a apportée. Puisque les mots simples sont toujours les meilleurs, je voudrais te dire merci pour ton travail épatant, la précision et la rapidité de ton retour, ta disponibilité et tes multiples encouragements.

A titre plus personnel, je remercie enfin ma femme, Dalia. Merci pour ta patience, tes encouragements et ton soutien moral qui m'ont accompagné tout au long de mon travail.

<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>1 PREMIERE PARTIE : NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Développement dans le monde occidental</b>	<b>14</b>
1.1.1 La psychose entre deux paradigmes	15
1.1.2 Philippe Pinel et la thérapie morale	17
1.1.3 La psychiatrie comme science	21
1.1.4 La psychanalyse comme modèle explicatif de la psychose	25
1.1.5 La classification des troubles mentaux	33
1.1.6 L'entrée du traitement médicamenteux neuroleptique	39
1.1.7 L'hôpital comme discours	42
<b>1.2 Théorie psychanalytique de la psychose : Freud et Lacan</b>	<b>49</b>
1.2.1 Les psychoses chez Freud	50
1.2.2 Les psychoses chez Lacan	58
1.2.3 Le transfert dans la psychose	68
1.2.3.1 Transfert névrotique	78
1.2.3.2 Transfert psychotique	81
1.2.4 Quel Autre : manœuvres de la demande	82
1.2.5 La direction de la cure dans la psychose	85
<b>1.3 L'institution psychiatrique en Israël</b>	<b>90</b>
1.3.1 Psychiatrie et institutions	90
1.3.2 La naissance des hôpitaux psychiatriques	92
<b>1.4 L'hôpital psychiatrique Shalvata</b>	<b>97</b>
<b>2 DEUXIÈME PARTIE : PSYCHANALYSE APPLIQUÉE, DIALOGUE DANS UN SERVICE</b>	<b>107</b>
<b>2.1 Un service dans l'hôpital Shalvata</b>	<b>107</b>
<b>2.2 La structure du service</b>	<b>108</b>
<b>2.3 L'espace thérapeutique</b>	<b>112</b>
2.3.1 L'idéal du Service	112
2.3.2 La relation comme outil thérapeutique	118
<b>2.4 La psychothérapie comme humanisme</b>	<b>123</b>
2.4.1 Entre la dimension clinique et l'humanisme	129
<b>2.5 Espaces du dire</b>	<b>139</b>
2.5.1 Le groupe du service, le grand groupe	140
2.5.2 La liberté de circulation	151
2.5.3 Les réunions d'équipe	153
2.5.3.1 La réunion approfondie de cas de patients	157
2.5.3.2 La visite des médecins	161
2.5.3.3 Entretien avec un malade	165
2.5.3.4 Atelier d'enseignement	166

<b>3</b>	<b>TROISIÈME PARTIE : TÉMOIGNAGES ET DIALOGUES</b>	<b>169</b>
<b>3.1</b>	<b>La méthodologie</b>	<b>169</b>
<b>3.2</b>	<b>Analyse des entretiens</b>	<b>171</b>
3.2.1	Le service comme moratoire	171
3.2.2	Transfert au service	173
3.2.3	Donner à la parole une valeur	179
3.2.4	L'angoisse face à la psychose	182
3.2.5	Question préliminaire à tout traitement possible en institution	186
<b>4</b>	<b>QUATRIÈME PARTIE : LA PLACE DU SUJET DANS L'INSTITUTION</b>	<b>198</b>
<b>4.1</b>	<b>Présentation de cas 1 : Dima</b>	<b>198</b>
4.1.1	Son histoire	198
4.1.2	Histoire du trouble	199
4.1.3	Hospitalisation et progression du traitement	201
4.1.4	Discussion	205
<b>4.2</b>	<b>Présentation de cas 2 : Noa</b>	<b>208</b>
4.2.1	Son histoire	209
4.2.2	Hospitalisation	212
4.2.3	Progression du traitement	213
4.2.4	Discussion	219
<b>4.3</b>	<b>Présentation de cas au forum de l'hôpital : Or</b>	<b>222</b>
4.3.1	Son histoire	222
4.3.2	Histoire du trouble	225
4.3.3	Déroulement de l'hospitalisation	226
4.3.4	Déroulement du traitement	228
4.3.5	Discussion	235
	<b>DISCUSSION ET CONCLUSION</b>	<b>239</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>248</b>
	<b>Annexe 1 : Entretiens</b>	<b>248</b>
	Dr. S. K. - Directeur de l'hôpital de 1998 à 2019	248
	Dr. H. H. - Chef de Service depuis 2014	273
	Dr. I. I. - Cheffe adjointe du service de 2014 à 2018	302
	Dr. G. A.- Chef adjoint du service, 2018 - 2019	324
	Mme E. H. - Cheffe des travailleurs sociaux de l'hôpital de 1994 à 2018	341
	Dr. I. O. - Superviseur de stagiaires psychologues dans le service	363
	Dr. I. T. - Chef de service ouvert a l'hôpital Shalvata, 1991 - 2019	385
	<b>Annexe 2 : Tableaux</b>	<b>390</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>396</b>



## **Introduction**

En juin 2014, j'ai présenté un mémoire de master II à l'Université Paris 7 – Denis Diderot, axé sur les différences entre les approches psychiatriques et psychanalytiques par rapport à la psychose afin de comprendre quelle pourrait être la place de la psychanalyse dans une institution psychiatrique.

L'étude du master a été faite durant l'exercice de mes fonctions dans le service fermé de l'hôpital psychiatrique Abarbanel en Israël. A l'époque, il m'était important de comprendre et d'élucider les implications thérapeutiques de chaque approche théorique de la psychose.

Quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital Abarbanel, j'étais déjà psychanalyste en formation à l'école lacanienne du GIEP (Groupe International de la Psychanalyse Européenne) liée à l'ECF (Ecole de la Cause freudienne) en France. C'est au cours de cette recherche que j'ai commencé à m'intéresser au concept de sujet chez Lacan, objet principal et crucial dans la psychanalyse lacanienne. Les analyses de cas présentées dans mon mémoire de maîtrise m'ont permis de comprendre, comme l'indique Lacan, que le sujet est toujours positionné dans une structure de signifiants qui détermine leur être dans le lien social. En effet, c'est la définition du concept de discours que Lacan nous décrit et dans lequel le psychotique se positionne comme un objet dans le discours.

Dans cette présente étude, la recherche prend la forme d'un dialogue ouvert avec les membres du personnel sur leur pratique dans l'espoir de saisir ce qui fonctionne, c'est-à-dire ce qui est thérapeutique dans le service psychiatrique fermé.

L'écriture de la thèse de doctorat ne provient pas seulement de l'amour de la psychanalyse, mais est aussi un acte d'amour dirigé vers l'hôpital, vers ce service, vers le personnel soignant avec qui je travaille. L'amour, comme nous l'enseigne la psychanalyse, est toujours dans la parole et en fait, la thèse de doctorat est la continuation d'une conversation constante, qui fait aussi la dynamique du service.

L'invention de Lacan a été de mettre en exergue la place du signifiant dans la dynamique psychique. Cette référence à l'institution psychiatrique en tant que discours nous amène à explorer deux concepts clés quant à la rencontre du sujet avec l'institution : le transfert et le lieu, ainsi que toutes les possibilités de relation entre ces deux concepts, le transfert sur le lieu, le lieu transférentiel, l'Autre et le lieu, l'Autre comme lieu, *etc.*

Lors de ma soutenance de mémoire et ma demande d'inscription au présent doctorat, j'ai rejoint une nouvelle équipe en plein développement dans un nouveau service à l'hôpital psychiatrique de Shalvata (dans le centre d'Israël). En effet, j'ai été invité à rejoindre une nouvelle équipe durant sa conception, avant l'ouverture d'un nouveau service fermé dans cet hôpital. Le directeur du service cherchait des collaborateurs, pour les différents postes du service, ayant une formation en psychothérapie, c'est-à-dire avec une orientation psychanalytique au sens large. Ce fut un moment unique en deux sens : premièrement, ceci représentait une opportunité de réfléchir et de porter une influence sur les méthodes de travail en introduisant éventuellement l'approche psychanalytique à mon équipe et au sein de l'institution. Deuxièmement, nous nous trouvions au moment précis où le système de santé mentale israélien était sur le point de subir un bouleversement sans précédent. En effet, en 2015, une réforme globale, consistant à transférer les responsabilités de la santé mentale de l'État aux différentes

caisses d'assurance maladie, est entrée en vigueur. Ce passage aura engendré une totale réorganisation et un processus d'établissement de normes en matière de soins psychiatriques, mis en place à partir de débats sur les méthodes thérapeutiques les plus efficaces, et au meilleur prix. C'est dans cette atmosphère sociale et politique de soins qu'a mûri ma proposition de recherche et qu'elle a réveillé l'intérêt du chef de service et du directeur de l'hôpital.

Cette thèse n'est donc pas seulement un regard théorique sur un objet mais aussi elle a pris la signification d'un projet engagé qui a eu des effets sur le terrain clinique et institutionnel. En effet, les entretiens passés avec des intervenants importants de l'institution ouvrent une nouvelle vision sur les méthodes thérapeutiques.

Les relations entre la psychanalyse et l'institution concernant le traitement des maladies mentales, principalement dans les différentes manifestations de la psychose, nous renvoient au concept de la psychothérapie institutionnelle.

En France, la psychothérapie institutionnelle a une grande histoire qui débute après la seconde guerre mondiale avec des personnages comme Daumezon et Kœchlin, Tosquelles, Bonnafé, Chaurand, *etc.* Ce concept apparaît pour la première fois en 1952 avec Daumezon et Kœchlin. Ils s'intéressent à accomplir une transformation au sein des relations entre soignants et soignés en utilisant le lieu de soins comme un lieu thérapeutique en lui-même.

La psychothérapie institutionnelle s'efforce de traiter deux aliénations, l'aliénation mentale et l'aliénation sociale, l'aliénation mentale étant un synonyme de psychose et l'aliénation sociale, un phénomène d'exclusion du malade vers des institutions équivalentes à des prisons. Tous ces fondateurs positionnés contre les institutions

psychiatriques prises dans la logique d'emprisonnement, considèrent que l'on pouvait soigner des patients par le traitement du fonctionnement même de l'institution. En effet, la psychothérapie institutionnelle consiste à soigner l'institution pour pouvoir effectivement soigner le malade.

Cette hypothèse est basée sur la supposition lacanienne que le transfert dans la psychose fonctionne différemment que dans la névrose. Pour la paranoïa, il s'agit de l'inversement de la direction du transfert, et pour la schizophrénie, il y a la « dissociation » du transfert, ce qui signifie que le travail est lié à la libre circulation du sujet dans des espaces différenciés créant les conditions de « bonnes » rencontres, spontanées sur le plan du rythme institutionnel. Les espaces sont différenciés, c'est-à-dire que chaque personnel tient sa fonction et son désir uniques.

En ce sens, la place de la psychanalyse en institutions psychiatriques ne parle pas de thérapeutes ayant le titre d'analyste, ou d'une demande pour une analyse, ni d'un traitement « pur », sans médicaments. Il s'agit d'un discours, tel que Lacan le décrit dans les quatre discours, une position qu'il est possible d'occuper par chacun des professionnels de l'équipe. Clairement, il s'agit d'un discours établi qui permette le surgissement de la logique particulière de chaque sujet. L'introduction de l'approche psychanalytique à l'hôpital psychiatrique en Israël veut dire aussi ouvrir, introduire des concepts à l'institution.

La méthodologie de l'étude consiste à faire passer des entretiens<sup>1</sup> concernant le travail institutionnel aux membres de mon équipe avec des questions sur leurs réflexions et leurs positions face à la question de la psychose en général, face à l'institution et à

---

<sup>1</sup> Cf. Entretiens passés aux figures clés de l'hôpital et du service en Annexe 1.

l'équipe, sur leurs expériences de rencontres avec des malades, sur l'écoute et la signification qu'ils donnent aux discours de leurs patients.

En fait, c'est un témoignage des soignants eux-mêmes sur leur pratique, leur désir de thérapeutes. Lacan a inventé le témoignage comme une méthode pour cadrer le réel dans l'analyse et dans la pratique du psychanalyste par le dispositif qu'il a appelé « la passe ». L'analyse des témoignages sera basée sur le principe psychanalytique d'après-coup qui permettrait de distinguer différentes dimensions dans le lieu, soient les dimensions imaginaires, symboliques et réelles.

Pourquoi analyser les témoignages ? Parce qu'il n'y a pas un lieu sans atmosphère et que l'hypothèse de la psychanalyse institutionnelle suppose que l'atmosphère encourage l'apparition de la parole du sujet et lui permet de trouver ses ancrages.

Ce sont les signifiants entourant les patients qui définissent le lieu, le service de l'hôpital comme lieu de soins.

# 1 PREMIERE PARTIE : Naissance de la psychiatrie

## 1.1 Développement dans le monde occidental

Lorsque l'on aborde la naissance de la psychiatrie, on choisit généralement de le faire dans la perspective de l'évolution de la médecine, comme une branche de la médecine. Cependant, le développement historique de la santé somatique et celui de la santé mentale ne forment pas d'unité. L'évolution de la science moderne et avec cela, de la médecine moderne se base sur des modèles scientifiques selon une description linéaire, plus ou moins, du développement des connaissances sur la formation des maladies et sur leur traitement. La médecine moderne suit le principe populaire de la réfutabilité pour se donner un statut scientifique. En ce qui concerne les malades mentaux, ce qu'il manque ici, tout au long de l'Histoire, c'est un consensus social dans un sens large et de façon toute spécifique, dans les communautés scientifiques, à propos de leurs origines, de leurs formes et de leurs caractères. Des controverses ont prévalu, comme c'est le cas encore aujourd'hui, en ce qui concerne l'essence de l'autorité sociale certifiée et capable d'expliquer ce que sont les malades mentaux et de dire comment traiter ceux qui sont malades. Dans un passé lointain, comme le démontre Foucault dans son œuvre monumentale *Histoire de la folie à l'âge classique*<sup>2</sup>, les malades mentaux étaient pris en charge par la communauté principalement, par leur famille ou par des institutions relevant de la religion ou du secteur social. Parallèlement à l'essor de la science moderne à la fin du XVII<sup>ème</sup>

---

<sup>2</sup> FOUCAULT, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard, 1972.

siècle, s'est déplacé le centre de gravité du traitement des malades mentaux vers les médecins et vers des institutions dédiées au soin.

### 1.1.1 La psychose entre deux paradigmes

C'est avec la naissance de la science moderne, que de nombreux historiens situent dans la révolution cartésienne et newtonienne séparant complètement le corps de l'esprit, qu'est aussi né le début de la psychiatrie moderne situant la maladie mentale dans le corps. Ainsi, de cette manière, l'explication de la maladie mentale est passée du paradigme religieux à celui de la médecine. Le médecin Thomas Willis (1621-1675) de l'université d'Oxford a introduit le terme de « neurologie » et a transposé les idées de Descartes au réflexe. Il aspirait à situer les fonctions mentales dans certaines régions du cerveau, à donner une explication physiologique à la maladie mentale aux moyens de lois mécaniques. Si le corps est une machine et s'il influe sur l'esprit alors il s'agit de trouver l'organe responsable du trouble dans le système. La contribution immédiate de cette conception a été de donner la possibilité à la psychiatrie de recevoir un statut indépendant parmi les sciences et de séparer la folie des griffes de la religion qui l'entraînait dans la sorcellerie et vers Satan dans le monde chrétien.

Par la suite, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, arriva la « deuxième révolution psychiatrique ». Il s'agit d'un changement des perceptions physiologiques qui commençaient à s'établir vers une conception psychologique de la maladie mentale. La perception, qui s'est basée sur la philosophie, rivalisant avec le rationalisme cartésien, fut la philosophie empiriste issue de John Locke, liée à une vision plus inclusive de l'homme. Pour Locke, la conscience est au départ une table rase et les pensées, les idées, ne sont le résultat que d'une expérience. Par conséquent, la folie selon Locke,

selon ce qu'il écrit dans son *Essai sur l'entendement humain*<sup>3</sup>, est un échec dans l'association intervenant dans le processus de conversion des données sensorielles en idées. Le nouveau modèle de compréhension de la maladie mentale, comme résultant de conditions psychologiques et comme lié à une vision plus inclusive de l'homme, a apporté un objectif différent, autre pour la recherche scientifique en psychiatrie. Au lieu de se tourner vers tel ou tel organe, ou encore vers un système nerveux ou hormonal, il revient au psychiatre d'orienter ses efforts de recherche et de traitement vers la psyché du patient comme elle se donne à voir, par son comportement ou sa parole. L'accent est mis sur la morale, la maladie mentale étant entendue comme provenant des caractéristiques et des attributs de l'être humain, et le malade mental est considéré comme la victime de ses angoisses, mais aussi des événements qui arrivent à l'être humain dans sa vie et dans son quotidien. Entre-temps, les relations interpersonnelles furent considérées comme une partie des événements qui arrivent à l'être humain dans sa vie et font partie des causes de la maladie et par conséquent, elles font aussi partie de la guérison de la maladie. Ce nouveau courant d'idées a ouvert la porte à des perceptions plus holistiques du malade mental car ce dernier était considéré avant tout comme un membre de la société humaine et dont la souffrance pouvait être entendue et vue, et qu'on pouvait éventuellement essayer de soulager.

---

<sup>3</sup> LOCKE, John, *Essai sur l'entendement humain*, Paris : Vrin, 2001.

### 1.1.2 Philippe Pinel et la thérapie morale

Philippe Pinel (1745-1826) symbolise plus que tout le psychiatre après la naissance de la psychiatrie moderne et ainsi, il symbolise aussi le rapport étroit entre la perception humaniste et les malades mentaux. Pinel, influencé par les idées de la Révolution française, pensait qu'on se devait de libérer les malades mentaux de leur enfermement et de l'ostracisation sociale dans laquelle ils se trouvaient pour les situer dans la souffrance humaine générale, avec la possibilité de les guérir. L'événement le plus célèbre eut lieu lorsque Pinel, en 1793, brisa les chaînes des malades de Bicêtre et ouvrit à la place le premier service de psychiatrie au monde. La libération des chaînes, l'ouverture soudaine de la porte sur le monde est une image puissante transmettant un message de liberté et de libération des forces oppressives. C'est une image qui correspond au courant de la période, à la recherche de l'Homme européen d'un nouvel ordre social. Peut-être qu'il nous revient de préciser, sur ce point-là, que c'est une image provenant entièrement du point de vue du névrosé et qui interprète le fantasme névrotique de la liberté et de la libération. On retrouve cette image quelques années plus tard au cœur du mouvement antipsychiatrique, qui voyait l'étiologie de la maladie mentale comme une réponse humaine à la répression sociale. Il existe un mythe romantique, névrotique dans son principe, — dans lequel même Michel Foucault avec ses critiques acerbes s'est trouvé pris —, qui consiste à dire qu'autrefois, dans l'Histoire occidentale, avant le « Grand Renfermement » de 1656 (qui n'était pas spécialement lié aux malades mentaux mais à tous ceux qui menaçaient l'ordre social existant : les pauvres, les lépreux, les délinquants, les prostituées, les étrangers, *etc.*), le malade mental jouissait d'une liberté et d'une mobilité sociale. Or, cet âge d'or n'a jamais existé, tout au plus les malades mentaux

bénéficiaient d'une surveillance rapprochée de leur famille dans l'habitat familial ou dans le meilleur des cas, dans le village. Bien qu'ils n'étaient pas enfermés en prison ou dans des asiles, ils étaient à la merci de graves passages à l'acte de la part de leur entourage ou de leurs propres passages à l'acte envers leur entourage. Les malades mentaux ou « le fou », comme on les surnomme populairement nous souligne Lacan dans son débat avec Henri Ey, est le seul sujet qui est vraiment libre, libre de l'emprise du discours social, c'est la liberté absolue qui marche, main dans la main, avec la pulsion de mort. « Loin qu'elle soit pour la liberté "une insulte" [expression de Henri Ey], elle est sa plus fidèle compagne [...]. »<sup>4</sup>

Dans l'après-coup, on peut dire que Pinel est considéré comme le père fondateur et le prophète de la psychothérapie en tant que pratique thérapeutique destinée à apporter un remède à la maladie. Avec du recul, comme nous en avons fait la remarque au début, l'action de la narration historique est inséparable de la narration qu'elle décrit, vers quoi elle tend, c'est-à-dire des motivations du narrateur lui-même. Ainsi, Jorge L. Borges décrit dans « Kafka et ses précurseurs »<sup>5</sup> une continuité associative qui va et vient dans le temps lorsqu'il écrit : « le fait est que chaque écrivain crée ses précurseurs »<sup>6</sup>. Ainsi, chaque courant crée ses précurseurs dans une sorte de ligne narrative linéaire. Et c'est ainsi que Pinel et d'autres de son temps (Vincenzo Chiarugi, William Tuke) ont qualifié le traitement qu'ils offraient de « traitement moral ».

Pinel a interrogé ce concept de Tuke qui attribuait une signification éthique et religieuse au traitement moral : l'asile était organisé selon le modèle de la famille

---

<sup>4</sup> LACAN, J., "Propos sur la causalité psychique", *Écrits*, Paris : Seuil, 1966, p.176.

<sup>5</sup> BORGES, J. L., « Kafka et ses précurseurs », *Œuvres complètes I*, Paris : Gallimard, 2010, p. 753.

<sup>6</sup> BORGES, J. L. « Le jardin aux sentiers qui bifurquent », *Fictions*, Paris: Gallimard, 1967.

bourgeoise : le père, la mère et les enfants, enfants qui étaient censés recevoir « une éducation » à l'image du corps recevant une éducation orthopédique, dans le cadre familial. Pour Pinel, le traitement moral n'a pas de signification éthique ou religieuse mais simplement, par opposition au traitement somatique, ce qu'on définit aujourd'hui précisément comme des causes psycho-sociales.

Pinel a revendiqué un traitement humaniste pour les malades mentaux, un lien cordial et respectueux de la part du médecin, avec la volonté de comprendre le malade et de l'aider. Le premier asile acquit un caractère médical avec un emploi du temps organisant des activités à visée thérapeutique, la visite des médecins, les examens médicaux, les soins corporels, les entretiens réguliers avec le médecin, *etc.* Dans l'un d'eux, Pinel organisa l'asile à partir d'une prison pour en faire un endroit qui se considérait, dans son organisation globale et dans la visée de son existence, comme offrant secours et soins médicaux aux personnes psychiquement malades. En même temps que les malades mentaux commencent à bénéficier d'un statut humain, ils deviennent les objets de la recherche scientifique : ces objets de classification, de tri, de description et d'expérimentation pour généraliser une pensée étiologique non somatique. La visée inhérente de l'asile se situe du côté d'un lieu de la médecine. Nous nous attardons sur Pinel et sur ce moment fondateur dans l'Histoire de la psychiatrie en général et dans les hôpitaux psychiatriques en particulier, parce que les dichotomies, les approches contradictoires, qui se sont précipitées vers des fantasmes à propos de cette période, se multiplièrent dans des représentations hégémoniques et critiques comme une seule et unique représentation. Ce sont des représentations projetées sur les patients et leurs familles mais aussi sur la société tout entière. Cependant, elles sont internalisées par les équipes thérapeutiques. L'opposition entre

la sphère moralo-humano-psychologique et la sphère somato-physiologique cruelle et en manque d'humanité existe, de façon vivante, à la fois dans le discours psychiatrique même et dans l'interaction qu'il y a entre les équipes des hôpitaux et ce qu'on appelle aujourd'hui les « usagers » de l'institution.

La lutte constante entre le paradigme organo-physiologique et le paradigme psychologique, depuis la révolution copernicienne de la philosophie occidentale et de l'institution du sujet de la science, trouve sa manifestation matérielle en psychiatrie dans ses institutions de soin jusqu'à encore ce jour. Le renouveau qu'a apporté Pinel et ses héritiers était, au-delà de l'affirmation que le malade mental, le fou, devait être considéré comme un être humain, que ce qui nous revient de faire est de continuer à traiter la maladie mentale comme une maladie somatique, mais de façon plus humaine. Il est aussi question que notre organisation de l'hôpital, la façon dont le médecin parle avec le malade, cette sorte d'écoute requise, soit le traitement lui-même.

Un autre paradigme central, dont les configurations se retrouvent jusqu'à aujourd'hui à la fois dans la recherche en psychiatrie et dans la doctrine orientée de la pratique, consiste en une tentative, dans un moment se situant parmi celui de la nosologie somatique, la tentative de situer une unique cause dans le corps, dans un mécanisme quelconque du cerveau qui incarnera une cause individuelle de la maladie mentale autonome, et des facteurs issus de la psychée elle-même ou de d'autres configurations du paradigmes, de l'entourage au sens large du concept ; cela concerne les causes socio-économiques, familiales, nutritionnelles, les facteurs de stress divers et autres évènements traumatisants.

Le principe de cette étude ne se situe pas dans l'histoire de la psychiatrie mais l'histoire déployée ici est donnée comme le contexte dans lequel on peut comprendre la pratique actuelle d'un service psychiatrique et la place que la psychanalyse peut y occuper. La bataille des paradigmes, le combat perpétuel entre le corps et l'esprit, à partir du moment où ces concepts sont conçus comme distincts, ne cesse de se produire et de s'inscrire dans la recherche comme dans la pratique elle-même, l'hôpital étant comme une arène locale.

### 1.1.3 La psychiatrie comme science

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, avec la tentative de la psychiatrie de devenir une branche de la médecine, pour qu'on la fasse entrer au Panthéon des sciences, celle qui adopte le discours médical et les modèles médicaux, se sont développés trois modèles centraux qui existent simultanément dans le discours et dans les institutions psychiatriques, aussi de nos jours.

Premièrement, des psychiatres chercheurs comme Alexander Bell (1806-1862) aux États-Unis, Maudsaly (1835-1918) en Angleterre et celui qui a eu un rôle capital après eux, Emil Kraepelin (1855-1962) en Allemagne, ont développé l'idée que les maladies de l'esprit étaient « des entités » indépendantes avec une étiologie somatique unique. Cette idée a été à l'origine des principales classifications divisées par des groupes de symptômes recevant un nom, formant « une entité » lui donnant une démarche unique et une cause unique. On utilise certaines de ces classifications de nos jours : par exemple, la psychose maniaco-dépressive, les différentes classifications d'hallucinations, de dépression majeure, *etc.*

Eugen Bleuler, qui inventa en 1911 le terme de « schizophrénie », la schize de l'esprit, du grec *schizein* (σχίζειν, fendre) et *phrēn*, *phren-* (φρήν, φρεν-, la pensée), s'est opposé au statut purement somatique et, à la différence de Kraepplin, considéra que la schizophrénie comme une désagrégation de l'esprit et non une maladie primaire. On pourrait dire que Bleuler fut l'un des pères fondateurs de l'approche bio-psycho-sociale en psychiatrie, c'est-à-dire que la base de la maladie est organique mais pas exclusivement, il existe des syndromes dont l'origine est psychologique.

Un autre modèle qui se développa au cours de ce siècle fascinant et fertile pour la psychiatrie, nous parlons du XIX<sup>ème</sup> siècle, fut la théorie des systèmes, dont l'incarnation se retrouve aujourd'hui d'un côté dans les grandes recherches de la neuro-psychologie et dans les recherches biologiques et d'un autre côté, dans les approches systémiques sociales. Selon cette approche, on ne prend pas en une entité distincte dans la maladie mais dans un système dans lequel la maladie se situe. La façon dont le fonctionnement du système et les interactions qui sont entretenues avec les autres systèmes influencent et même incluent la maladie. Par exemple, afin de comprendre l'hallucination, les caractéristiques du système cérébral particulier, comme le système perceptif, et l'examen des changements dans le système peuvent expliquer le phénomène en question. Tout centre fonctionnel de ce type, tout système caractéristique en tant que système ouvert existant, les interactions avec les autres systèmes cérébraux, est examiné pendant le temps de fonctionnement normal et pendant le temps de dysfonctionnement dû à la maladie. Cette approche repose sur des classifications cliniques comme définitions de « maladie » et donc, tente de situer la dynamique du systémique qui expliquera les mêmes syndromes observés.

Une autre révolution, qui a eu lieu en psychiatrie et dans la compréhension de la maladie mentale et de son avènement, peut être conçue comme une réaction à des perceptions somato-mécanistes, elle est le résultat de la montée en puissance de la dynamique en psychiatrie en tant que modèle explicatif et par conséquent, elle est devenue une pratique clinique.

Il ne s'agit pas seulement d'une perception qui met au centre les causes psychologiques comme par exemple, la personnalité d'un être humain et ses traits (quel que ce soit ce qu'on considère comme étant inclus dans ce concept vague) ou encore les événements de vie qui arrivent à l'être humain au cours de son enfance ou à l'âge adulte, les relations interpersonnelles comme causes déterminantes qui fixeront la bonne santé ou la maladie mentale d'un être humain, *etc.* La psychiatrie dynamique se situe au cœur du problème épistémologique dans les sciences du XVII<sup>ème</sup> au XIX<sup>ème</sup> siècle et elle reconnaît que chez l'être humain il n'y a pas un accès direct aux choses, mais seulement à ses représentations. La séparation entre le corps et l'esprit, qui se divise en *noème* et *noèse*, la représentation et la *Chose en soi*, est un x évanescent. Certains philosophes situent dans la *Chose en soi* la force de la vie elle-même, l'âme comme posant la différence d'avec les représentations qui peuvent se mesurer. Pour éclaircir ce point, je ferai appel à Henri Bergson.

Biologiste et philosophe juif français du début du XX<sup>ème</sup> siècle, c'est un critique acerbe de la théorie de l'évolution de Darwin. Dans le titre de son septième article, *Le cerveau et la pensée, une illusion philosophique*, Bergson écrit :

*« L'idée d'une équivalence entre l'état psychique et l'état cérébral correspondant pénètre une bonne partie de la philosophie moderne. On a discuté sur les causes et sur la signification de cette équivalence plutôt que sur l'équivalence même. Pour les uns, elle tiendrait à ce que l'état cérébral se double lui-même, dans certains cas, d'une phosphorescence psychique qui en illumine le dessin. Pour*

*d'autres, elle vient de ce que l'état cérébral et l'état psychique entrent respectivement dans deux séries de phénomènes qui se correspondent point à point, sans qu'il soit nécessaire d'attribuer à la première la création de la seconde. Mais les uns et les autres admettent l'équivalence ou, comme on dit plus souvent, le parallélisme de deux séries. Pour fixer les idées, nous formulerons la thèse ainsi : " Un état cérébral étant posé, un état psychologique déterminé s'ensuit. " Ou encore : " Une intelligence surhumaine, qui assisterait au chassé-croisé des atomes dont le cerveau humain est fait et qui aurait la clef de la psychophysiologie, pourrait lire, dans un cerveau qui travaille, tout ce qui se passe dans la conscience correspondante." Ou enfin : " La conscience ne dit rien de plus que ce qui se fait dans le cerveau ; elle l'exprime seulement dans une autre langue. Sur les origines toutes métaphysiques de cette thèse il n'y a d'ailleurs pas de doute possible. »<sup>7</sup>*

Bergson, dans cet article, veut montrer que peu importe de quel côté du parallélisme on se tient (réalisme ou idéalisme), l'hypothèse même implique « sous sa forme courante, une contradiction fondamentale »<sup>8</sup> et il continue ainsi : « Nous prétendons que la thèse repose sur une ambiguïté dans les termes, qu'elle ne peut pas s'énoncer correctement sans se détruire elle-même, que l'affirmation dogmatique du parallélisme psychophysiologique implique un artifice dialectique par lequel on passe subrepticement d'un certain système de notation au système de notation opposé sans tenir compte de la substitution. »<sup>9</sup>

« Le système de notation » est le point central. Soudainement, on ne se retrouve pas face à un monde de choses mais face à un monde d'images, l'action de la représentation prend part à la réalité elle-même, l'attention est portée sur le fonctionnement de la notation, sur les signes que la notation laisse, le décodage de la notation et au-delà, il y a un réel inconnu, dont on ne peut en faire la notation.

Bergson ajoute dans la même page : « Quand nous parlons d'objets extérieurs, nous avons le choix, en effet, entre deux systèmes de notation. Nous pouvons traiter ces

---

<sup>7</sup> BERGSON, H., *L'âme et le corps* suivi de *Le cerveau et la pensée*, Payot & Rivages, Paris, 2019, p. 63-64.

<sup>8</sup> BERGSON, H., *Ibid.*, p. 66.

<sup>9</sup> BERGSON, H., *Ibid.*, p. 66-67.

objets et les changements qui s'y accomplissent comme des choses, ou comme des *représentations*. Et ces deux systèmes de notation sont acceptables l'un et l'autre, pourvu qu'on adhère strictement à celui qu'on aura choisi. »<sup>10</sup>

Le changement dans le système de notation dans l'évaluation des choses ou des images n'est pas le remplacement par un autre signifiant quand le signifié reste dans la même identité unique. Dans le système de notation, le signifiant lui-même est fixé et change le réel lui-même. La réponse dans chaque le système de notation en lien avec la question « qu'est-ce que la réalité ? » change et avec elle, change la réalité elle-même.

#### 1.1.4 La psychanalyse comme modèle explicatif de la psychose

De ce petit écart épistémologique est née la psychanalyse. Freud fournit un modèle explicatif de ce qu'on peut appeler les maladies mentales, que l'on parle des psychoses ou des névroses, qui repose sur une causalité « psychique ». Du point de vue de la science, ce que la psychiatrie veut être – une science –, c'est une causalité « étrange » qui ne ressemble à rien de ce qui l'a précédée. D'une part, il ne s'agit pas d'un modèle de causes et de résultats mécanistes, au sens des sciences de la nature ou de la physique de l'époque, d'autre part, il ne s'agit pas non plus d'un modèle transcendantal dans lequel la forme repose *a priori* et les « données » sont organisées selon la forme correspondante.

Freud met l'accent sur le concept de représentation psychanalytique à travers deux termes : *Vorstellung* et *Repräsentanz*, et à travers eux, il construit le lien entre l'objet et le fonctionnement psychique. Le terme français de « représentation » vient du latin,

---

<sup>10</sup> BERGSON, H., *Ibid.*, p. 67.

*repraesentare* qui signifie, représenter. Le premier sens de représenter est de rendre présent ce qui est absent soit par une image, une figure, un signe soit par un objet, soit par le langage ; de mettre devant les yeux ou l'esprit ou de mettre en scène. Le second sens est de tenir la place de quelqu'un, agir ou parler en son nom.

La représentation désigne, et c'est là la difficulté, tout à la fois, l'action de représenter (dans ses divers sens) mais aussi la figure, l'image, le signe ou l'objet support de cette action ; « *Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.* »<sup>11</sup>

La sémantique allemande a le mérite de désigner, par des termes différents, ce qu'il en est de la fonction et ce qu'il en est du support. *Vorstellung* désigne donc la représentation en tant que support, c'est-à-dire, ce qui est mis devant, exposé ; l'image que se fait quelqu'un de quelque chose et ce qui est présent à l'esprit.

Le *Repräsentanz*, quant à lui, désigne quelqu'un qui représente quelqu'un ou un groupe de personnes, c'est celui qui parle pour, ou, à la place de ceux qu'il représente, par exemple l'élu du peuple, le député.

Le premier texte où Freud construit un modèle d'appareil psychique est « l'Esquisse d'une psychologie scientifique » écrite en 1895<sup>12</sup>. Dans cet article, Freud conserve toujours son identité de neurologue, en utilisant des concepts confus entre cerveau et appareil psychique.

Le système  $\phi$  assure la perception des stimuli externes en inscrivant des traces.

---

<sup>11</sup> Dictionnaire Larousse, [disponible en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%c3%a9sentation/68483?q=repr%c3%a9sentation#67734>]

<sup>12</sup> FREUD, S., *La Naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 1986, p. 315 - 396.

Le système  $\psi$  fonctionne selon des processus primaires, où sont enregistrées les perceptions sous forme de traces mnésiques. Cet enregistrement transforme les stimuli en représentations par le langage. C'est un appareil qui organise les représentations, *Vorstellungen*. C'est une aire corticale continue qui est soumise à une logique de la représentation. La représentation est pensée dans son double registre, *Repräsentanz* et *Vorstellung*, à savoir, l'objet est sa représentation avec une perte d'intensité du stimulus. Puis, les relations entre la représentation et le stimulus seraient comme entre l'ambassadeur et son pays. Il n'y a pas de relation imaginaire ou symbolique entre la représentation et l'objet représenté, mais la représentation se trouve là où l'objet est absent. La représentation est en tant que son représentant.

Dans un autre texte, Freud l'explique ainsi:

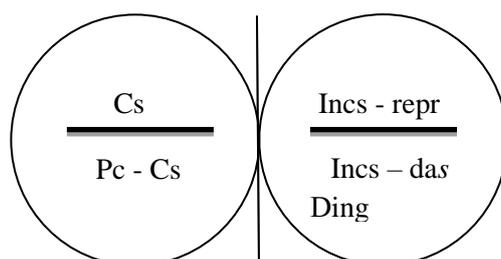
*« [...] Les fibres, arrivant au cortex après être passées par les substances grises, conservent encore une relation avec la périphérie du corps, mais ne sont plus capables d'en donner une image topographiquement semblable. Elles contiennent la périphérie du corps comme un poème contient l'alphabet – dans un réaménagement qui sert d'autres buts, où les divers éléments topiques peuvent être associés de façon multiple, l'un d'eux pouvant y être représenté plusieurs fois, alors qu'un autre pas du tout. »*<sup>13</sup>

Malgré le fait que Freud eut mis beaucoup d'espoir dans la biologie, nous pouvons voir que la réponse de Freud rend compte de la coupure épistémologique entre l'objet biologique et scientifique et l'objet de sa recherche : non pas le cerveau mais la sphère psychique.

---

<sup>13</sup> FREUD, S., *Contribution à la conception de l'aphasie*, Paris : PUF, 2003, p. 103.

Si nous simplifions le modèle freudien, nous pouvons écrire ceci comme suit :



*Spaltung* (division subjective)

Entre le Cs et Pc-Cs il n'y a pas une vraie différence, il y a une transition d'un système à un autre, et en fait c'est le même système. Dans le système inconscient, il y a une division dans la représentation elle-même. *Das Ding* est cette chose dans l'inconscient qui n'est ni trace mnésique, ni inscription, ni représentation. C'est le premier extérieur, le premier étranger, l'objet perdu et jamais retrouvé. *Das Ding* originellement est hors signifié, c'est l'Autre absolu du sujet. Ce terme étranger en même temps est ce autour de quoi tourne tout le mouvement de la *Vorstellung*, le processus symbolique s'y montre inextricablement tramé.<sup>14</sup>

Dans le texte sur la « *Verneinung* » (1925), Freud réintroduit le terme de *das Ding* qui est de nouveau présenté comme objet perdu, non articulable dans les représentations. Pour cette chose qui est la plus intime et en même temps la plus étrangère à toute représentation, Lacan invente le terme d'*extimité*, évoquant là où le plus extérieur rejoint le plus intérieur, nous reviendrons à ce point. Freud place le traumatisme dans la partie de la représentation qui ne peut être symbolisée. Qu'est-ce que ce travail de représentation signifie ?

---

<sup>14</sup> MILLER, J.-A., « Biologie lacanienne et événement de corps », *La Cause freudienne*, n°44, février 2000.

« Dans les développements qui précèdent, nous traitons du refoulement d'une représentance de pulsion [*Triebes Repräsentanz*], entendant par là une représentation [*Vorstellung*] ou un groupe de représentations [*Vorstellung*] investies, à partir de la pulsion, d'une somme déterminée d'énergie psychique (libido, intérêt). L'observation clinique nous impose à présent de décomposer ce que nous avons jusqu'ici conçu comme d'un seul tenant [...].»<sup>15</sup> A côté de la *Vorstellung* quelque chose d'autre vient représenter la pulsion, c'est le quantum d'affect.

Ainsi le travail de représentation de la pulsion est supporté par deux éléments qui la représentent qui sont d'une part, la représentation qui aura pour destin le refoulement et d'autre part, l'affect qui lui est attaché et qui aura pour destin soit la répression, soit une « coloration qualitative quelconque »<sup>16</sup>, soit la transformation en angoisse. Par conséquent, nous pouvons dire qu'il n'y a pas d'affect inconscient ; seule, subsiste dans l'inconscient, la représentation. C'est le cœur du mécanisme freudien, où il place l'origine de troubles mentaux.

Si on revient à la cause, à la causalité psychique, nous pouvons voir que Freud s'éloigne à la fois du concept positiviste scientifique et du concept de l'objet en phénoménologie. Pour Freud, l'objet fonctionne comme un moteur qui pousse derrière et non pas comme quelque chose qui est en face et se trouve contrôlé par le champ de vision, de perception. En ce sens, la psychanalyse ne peut jamais devenir une science positive, car l'objet de la psychanalyse n'est pas du tout dans le domaine de la perception. L'objet est situé dans la division subjective comme perdu structurellement.

---

<sup>15</sup> FREUD, S., « Le refoulement », *Métapsychologie*, Paris : Flammarion, 2012, p.119.

<sup>16</sup> FREUD, S., *Ibid.*

Dans son article, « Une difficulté de la psychanalyse » (1917), Freud donne un résumé du point de vue psychanalytique de la psyché et la méthode de la psychanalyse comme outil thérapeutique :

*« Il arrive en effet chez l'homme que les exigences des pulsions sexuelles, qui débordent de fait largement l'individu, apparaissent au moi comme un danger qui menace son autoconservation ou l'estime qu'il a de soi. Alors le moi se met sur la défensive, il refuse aux pulsions sexuelles la satisfaction souhaitée, et les contraint aux détours d'une satisfaction substitutive qui viennent au jour comme symptômes nerveux.*

*La thérapie psychanalytique parvient alors à soumettre à révision le processus du refoulement et à diriger le conflit vers un dénouement meilleur et compatible avec la santé....*

*Nous attribuons donc à l'individu un progrès qui le fait passer du narcissisme à l'amour d'objet. »<sup>17</sup>*

La formation de névrose, selon Freud, est causée par un conflit entre les représentations sexuées et le moi comme conscience qui ne supporte pas ces représentations. La psychiatrie post-freudienne, la psychiatrie dynamique, a transformé la dynamique entre les instances mentales comme un système causal avec lequel différentes « maladies » peuvent s'expliquer. Mais, c'est dans son article la « *Verneinung* » (1925) que Freud formule un point de choix subjectif qui détermine structurellement le destin clinique (névrose, psychose ou perversion), choix inconscient qui ne nous place pas dans le champ du savoir, de la doctrine, mais de l'éthique.

Nous pouvons appeler l'inconscient freudien, comme une instance implacable à la dimension subjective irréductible, au-delà de la personnalité. Il s'agit d'une causalité irrépressible, ni par induction ni par déduction, ni par intentionnalité ni par correspondance. Ceci est une causalité qui s'appuie sur le dire du sujet, car Freud écrit

---

<sup>17</sup> FREUD. S. "Une difficulté de la psychanalyse", 1917, [disponible en ligne]. [https://psychaanalyse.com/pdf/une\\_difficulte\\_de\\_la\\_psychanalyse\\_freud.pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/une_difficulte_de_la_psychanalyse_freud.pdf)

que c'est le dit « oui ou non » par rapport à un objet qui détermine le sort des relations du sujet avec l'autre, avec le langage et avec le corps. Plus tard, nous verrons que c'est le point sur lequel Lacan a insisté dans sa lecture de Freud.

L'expérience analytique, la causalité psychique, est une expérience de discours. Mais après Freud, les analystes et les psychiatres, même les plus humanistes d'entre eux, ont analysé autres choses que le discours du sujet. Par exemple, la causalité psychique était considérée comme liée à la personnalité ou à la dynamique de l'inconscient, et la parole elle-même était considérée comme sans valeur à moins qu'elle n'exprime l'une ou l'autre de ces « réalités ». La parole est considérée comme l'expression d'une réalité extérieure à elle. Une telle lecture de Freud ne prend pas la mesure qu'on place le sujet dans l'acte même de parler.

Pourquoi y a-t-il eu ce détour par Freud dans le contexte de l'histoire de la psychiatrie ? C'est parce que la psychiatrie dynamique, qui adopta pour elle-même la psychanalyse, la psychanalyse comme modèle explicatif, causal et pas seulement comme méthode thérapeutique, l'a en fait interprété dans des termes qui correspondaient au discours de la science, comme ce qui décrit la réalité objective. Freud lui-même avait des aspirations scientifiques universalistes, ainsi parfois, il peut exister un écart entre l'approche éthique et clinique, quand Freud explique des concepts ou qu'il décrit des cas, et entre les descriptions métapsychologiques qui sont, pour une partie, sujettes à une position universaliste et scientifique.

Résumons à cette étape intermédiaire les différentes positions en lien avec la cause des troubles psychiques. On pourrait les résumer ainsi :

Dans les temps anciens, avant la naissance de la science proprement dite, la cause du trouble psychique, de la folie, est une entité divine externe. Ici, toutes les cultures et leurs entités divines, qu'elles soient positives ou négatives. Par conséquent, l'intervention, le traitement est aussi d'ordre religieux.

La maladie mentale trouve son origine dans le corps biologique : ici, on peut faire un inventaire d'organes, de systèmes corporels, de substances (comme les hormones) et jusqu'à notre période « neuro » (neurologie, la recherche sur le cerveau, *etc.*), et il faut ajouter que le diagnostic est basé uniquement sur des critères quantitatifs. L'intervention est ainsi une intervention sur le corps – cela va des chirurgies (lobotomie) à l'admission de substances et de flux électriques au cerveau.

La maladie mentale trouve son origine dans des facteurs psychologiques développementaux de l'individu, des circonstances de la vie et des événements de vie détectables.

La maladie mentale trouve son origine dans la structure socio-politique et elle est une réponse à l'oppression sociale.

La maladie mentale provient de l'interaction entre le système mental et la perception par le langage et elle suppose une décision subjective en lien à l'objet qui ne peut pas être décrit dans le système de perception. Le symptôme psychique appartient au sujet de l'inconscient.

Évidemment, à travers l'Histoire et plus encore avec l'avancée de la discipline connue sous le nom de psychiatrie, on peut voir des combinaisons, des références aux différentes positions renvoyées à des niveaux variés, par exemple, au niveau théorique, renvoyée à une position biologique, mais au niveau de la pratique,

renvoyée à une position intégrée au modèle bio-psycho-social. Cela fait suite à la diffusion par Freud de sa théorie dynamique, décrivant le mécanisme psychique comme un système de relations entre des topiques psychiques différentes : le ça, le moi et le surmoi, mais aussi l'inconscient, le préconscient et le conscient, et chacun d'entre eux en lien avec le monde des stimuli externes et internes. Sa théorie fut reçue largement, malgré les plaintes de Freud lui-même sur le fait que la psychanalyse était rejetée du monde scientifique. Contrairement à la célèbre phrase de Freud adressée à Jung pendant son voyage en bateau vers la nouvelle Amérique : « ils ne le savent pas mais nous leurs apportons la peste », c'est l'Amérique scientifique qui apporta la peste à la psychanalyse.

#### 1.1.5 La classification des troubles mentaux

En 1949, plusieurs années après la fin de la Seconde Guerre mondiale, pendant les années où le monde tentait de se reconstruire et de se réorganiser, l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) publiait la sixième version de son catalogue internationale du CIM (Classification Internationale des Maladies) y incluant pour la première fois une section consacrée aux maladies mentales. Trois ans plus tard, fut publié le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, connu sous le nom de DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, issu des travaux de recherches publiés par l'*American Psychiatric Association* (l'APA). Son but de description et de classification des troubles mentaux fut avant tout de créer un cadre conceptuel, un cadre pour un discours qui permettrait aux psychiatres de discuter entre eux, de se mettre d'accord sur les objets qu'ils décrivaient face à la nécessité de surmonter une multitude de théories et de langues. Le DSM a été

initialement développé à partir de statistiques recueillies auprès des hôpitaux psychiatriques et d'un guide distribué par l'armée américaine.

La première version du DSM, le DSM-1 avait un système hiérarchique dans lequel la découpe initiale de la hiérarchie distinguait les syndromes cérébraux organiques des troubles dits « fonctionnels ». Les troubles fonctionnels ont ensuite été divisés entre les troubles psychotiques, les troubles névrotiques et « les troubles de la personnalité ». L'association a à peu près suivi les décisions des cliniciens. Les descriptions du DSM-1 des troubles formaient des paragraphes contenant des critères comme le comportement et ses traits de caractère ; quatre-vingt-treize critères sur les cent vingt-huit de ce système contenaient des descriptions. Ces dernières étant très courtes, rarement plus de deux cents mots, ajoutaient peu de choses à la signification qui pouvait découler du nom même du trouble. Les termes de la description étant flous et laissés à l'interprétation du thérapeute, cela conduisit à des problèmes de confiance parmi les professionnels, l'objectif principal était manqué. On peut voir que la division entre la névrose et la psychose supposait déjà un système de concepts freudiens qui en demandait le « savoir ». Il était considéré comme le système explicatif ontique par lequel l'étiologie pouvait être décrite. Les troubles de la personnalité n'étaient pas considérés eux-mêmes comme des maladies mentales légitimes. Au lieu de cela, ils étaient généralement perçus comme des faiblesses de la personnalité ou un comportement intentionnellement déviant, causés par des problèmes survenus lors du développement de l'individu. Le premier DSM définissait les troubles de la personnalité comme des invariants du comportement assez résistants au changement, mais ils n'étaient pas associés à une anxiété importante ou une détresse personnelle de la part du patient. Cette orientation se poursuivra et se

développera au fur et à mesure des éditions du DSM, c'est-à-dire, vers une séparation des « troubles de la personnalité » des autres groupes pathologiques.

La deuxième édition du DSM (DSM-2) a été publiée en 1968 et elle diagnostiquait cent quarante-cinq pathologies différentes. Dans cette édition, on peut voir, entre autres, l'usage des concepts psychanalytiques pour expliquer les différentes pathologies, à nouveau divisées principalement en psychoses, névroses et séparément, en « troubles de la personnalité » comme catégorie distincte. Du côté de la théorie freudienne, telle qu'elle était intégrée dans le système psychiatrique de l'époque, "le normal", dans ce système, était considéré comme correspondant aux capacités de l'individu à dépasser le complexe œdipien pour devenir névrosé. C'est ainsi que la psychose et la perversion n'étaient pas considérées comme normales puisque l'individu n'était pas passé par le stade œdipien. La dynamique intrapsychique devient une sorte de mécanisme mécanique qui détermine le sens et la puissance de la pathologie. Le système des relations entre les pulsions, le moi (ou le *self* chez d'autres auteurs), ou le surmoi (incarné par la loi sociale, la réalité extérieure) ont satisfait une sorte de système combinatoire par lequel ont été décrits des cas de psychose ou de névrose. Ce langage s'est diffusé également aux symptômes purement organiques au point où toute chose pouvait entrer dans ce système de concepts globalisant afin d'y trouver une explication.

Cette confusion a conduit à des absurdités complètes. Par exemple, il y eut des études de cas dans lesquelles une inflammation intestinale s'expliquait par une dynamique œdipienne « anormale », par des liens avec la mère et le refoulement de la libido. On

peut trouver de nombreux exemples et explications comme celui-ci dans l'excellent travail du Dr. Orna Ofir<sup>18</sup>.

En 1980, l'*American Psychiatric Association* a publié le DSM-3, produit du travail d'une équipe dirigée par Robert Spitzer. Ce fut un tournant paradigmatique dans la compréhension de la maladie mentale par rapport à sa dynamique et son diagnostic. Ce projet de DSM-3 a eu un effet de libérer « des confusions et des ambiguïtés au cœur du modèle psychanalytique »<sup>19</sup>. Jusqu'à la publication de ce dernier, le modèle explicatif des maladies mentales était le paradigme psycho-social, puis le paradigme bio-psycho-social. C'est-à-dire que les explications relataient des facteurs physiologiques tels que l'hypothèse de la dopamine et des facteurs génétiques ainsi que des explications psycho-dynamiques ou sociales (la mère schizogénique, le traumatisme, *etc.*).

Avec le DSM-3, la psychiatrie a évolué vers un modèle biomédical. Les principaux changements se manifestent dans la dévaluation du système de classification épidémiologique de la maladie mentale, à savoir la nosologie. Le DSM-3 a apporté avec lui trois idées principales qui se développèrent dans les DSM suivants : premièrement, les troubles mentaux peuvent être mieux compris si on les met en analogie à la maladie somatique. Puis, c'est une classification nécessitant une observation attentive des symptômes, plutôt que de tirer des conclusions fondées sur des théories sur la causalité qui n'ont pas été prouvées. Et finalement, c'est une

---

<sup>18</sup> OPHIR, Orna. *Psychosis, Psychoanalysis and Psychiatry in Postwar USA. On the borderland of madness*. London : Routledge, 2017 (en anglais)

<sup>19</sup> LAURENT, E., « La crise post-DSM et la psychanalyse », *La Cause du désir*, n°87, Juin 2014, p. 149.

recherche empirique qui trouvera les sources organiques et biochimiques de troubles mentaux<sup>20</sup>.

Le résultat dans les années suivantes sera un investissement massif en psychopharmacologie avec un développement poussé de médicaments neuroleptiques, de plus en plus efficaces au sens d'un sentiment de détente et d'évasion par rapport aux signes positifs de la psychose que représentent les délires et les voix.

Cette orientation a progressivement pris la place dans le modèle neurobiologique récent du DSM-5. Celui-ci détermine que des troubles mentaux, en particulier de type psychotique (schizophrénie, troubles bipolaires, *etc.*) sont des troubles neurologiques du développement. Les composants psycho-sociaux se sont transformés en facteurs de risque que la maladie se déclenche. L'approche bio-psycho-sociale a été adoptée en tant que traitement uniquement, en tant qu'approche de réhabilitation pour des psychotiques et non plus comme un modèle explicatif.

Une autre conséquence immédiate est qu'il n'y a plus besoin d'écouter les patients. Nous nous servons de leur parole afin de trouver des signes qui permettent de diagnostiquer une maladie. Le contenu de leur parole n'a plus aucune importance.

En psychiatrie, même aujourd'hui, le seul moyen pour un psychiatre de savoir quelque chose sur le diagnostic de son patient est que le psychiatre ne découvre les symptômes du patient que par la parole. Dans la quête pour la psychiatrie de devenir une science, un domaine de la médecine comme tout autre domaine médical quelconque, elle

---

<sup>20</sup> OPHIR, O., *Psychosis, Psychoanalysis and Psychiatry in Postwar USA. On the borderland of madness*. London : Routledge, 2017.

devrait subordonner son fonctionnement au regard. Et pour cette raison, la psychanalyse ne pourra jamais devenir une science, en tant qu'œil qui regarderait un objet isolé.

*« L'histoire naturelle s'était proposée, depuis la seconde moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'analyse et la classification des êtres naturels selon leurs caractères visibles [...] La clinique demande autant au regard que l'histoire naturelle. Autant et jusqu'à un certain point la même chose : voir, isoler des traits, reconnaître ceux qui sont identiques et ceux qui sont différents, les regrouper, les classer par espèces ou familles. [...] Mais le regard médical s'organise, en outre, sur un mode nouveau. D'abord il n'est plus simplement le regard de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin supporté et justifié par une institution, celui d'un médecin qui a pouvoir de décision et d'intervention. Ensuite, c'est un regard qui n'est pas lié par la grille étroite de la structure (forme, disposition, nombre, grandeur) mais qui peut et doit saisir les couleurs, les variations, les infimes anomalies, se tenant toujours aux aguets du déviant. Enfin, c'est un regard qui ne se contente pas de constater ce qui évidemment se donne à voir ; il doit permettre de dessiner les chances et les risques ; il est calculateur. »<sup>21</sup>*

Et Foucault ajoute : « La formation de la méthode clinique est liée à l'émergence du regard du médecin dans le champ des signes et des symptômes. La reconnaissance de ses droits constituants entraîne l'effacement de leur distinction absolue et le postulat que désormais le signifiant (signe et symptôme) sera entièrement transparent pour le signifié qui apparaît, sans occultation ni résidu, en sa réalité même, et que l'être du signifié – le cœur de la maladie – s'épuisera tout entier dans la syntaxe intelligible du signifiant. »<sup>22</sup>

Quand le « regard calculateur » est mis en fonction pour créer des médicaments, son efficacité ainsi que ce qui est donné aux patients par les moyens du médicament, pour soulager leur souffrance, est la plus grande. Cependant, quand on croit que le signifiant est complètement transparent dans son rapport au signifié, que le symptôme psychique est exprimé complètement par des mots, on peut vider le plein par le vide,

---

<sup>21</sup> FOUCAULT, M., *La naissance de la clinique*, Paris : PUF, 1963, p. 129

<sup>22</sup> FOUCAULT, M., *Ibid.*, p. 131.

sans reste, alors ce qui est perdu, ce qui est supprimé, c'est le sujet lui-même, dans le sens du sujet de l'inconscient.

De la même façon, c'est valable pour la psychanalyse ou la psychothérapie d'orientation analytique telle qu'elle est désormais connue en Israël, et c'est une lutte constante de chaque thérapeute lorsqu'il se trouve dans la rencontre réelle avec celui qui se met à parler à un destinataire, pour dire quelque chose de sa souffrance. Christopher Bollas, dans une conférence donnée lors d'un congrès de psychanalyse en 2006, a formulé le problème de la langue objective comme cela : lorsque la parole signifiante cesse d'être signifiante et devient un signe des mots, ça ne veut déjà plus rien dire, au-delà de pointer l'objet<sup>23</sup>. C'est dans ce sens que Foucault signifie que le discours acquiert un statut ontologique.

#### 1.1.6 L'entrée du traitement médicamenteux neuroleptique

L'un des changements importants qui a eu lieu en psychiatrie occidentale est l'invention du traitement médicamenteux neuroleptique, qu'on appelle aujourd'hui antipsychotique. L'invention du traitement médicamenteux a apporté avec elle un grand espoir mais aussi une grande déception accompagnant les changements majeurs d'organisation dans le système de la santé mentale en général. Le recours aux antipsychotiques comme remède a commencé en 1933 en France. La recherche autour du développement des antihistaminiques a généré le développement de la prométhazine. Ce médicament créant des effets secondaires de sédation, les médecins ont commencé à le prescrire avant une intervention chirurgicale, comme sédatif. Finalement, la prométhazine fut transformée en chlorpromazine. Elle était le plus

---

<sup>23</sup> BOLLAS, C., *The Freudian Moment*, Karnac: London, 2007, p. 4.

souvent utilisée comme anxiolytique pour les patients avant une opération chirurgicale jusqu'à ce que les psychiatres s'aperçoivent de sa propriété sédatrice et commencent à la prescrire à leurs patients. Le docteur Jean Delay (psychiatre et neurologue français, écrivain de l'Académie française) et le docteur Pierre Deniker ont prescrit à trente-huit patients psychotiques la chlorpromazine et ont remarqué que les patients étaient plus apaisés et que les syndromes psychotiques positifs avaient diminué de façon indépendante : les délires s'estompaient, les hallucinations auditives également, ainsi que les symptômes d'agitation psychomotrice. Delay et Deniker ont commencé à donner des conférences sur les avantages du médicament et, en 1955, la chlorpromazine fut disponible aux États-Unis. Dans les années soixante, la chlorpromazine était déjà utilisée dans de nombreux pays occidentaux, y compris dans le jeune État d'Israël d'alors. La chlorpromazine est encore utilisée de nos jours pour traiter diverses maladies mentales.

La découverte d'un traitement médicamenteux qui a une influence effective sur les états psychotiques a entraîné trois résultats majeurs sur le plan social : premièrement, l'établissement du paradigme biomédical dans le domaine de la psychiatrie en lien avec l'essor de la théorie de la dopamine comme explication principale de la psychologie de la psychose. En résumé, l'explication consiste à dire que la source des états psychotiques proviendrait d'une anomalie cérébrale – un excès de dopamine dans certaines zones du cerveau –, et en théorie, le médicament neuroleptique bloquerait certains récepteurs liés à la dopamine.

Deuxièmement, dans de nombreux pays occidentaux, en particulier aux États-Unis, un vent d'espoir a soufflé ; on pourrait fermer les hôpitaux grâce à l'existence d'un médicament et les malades pourraient revenir dans la communauté. La psychiatrie

communautaire commença à se développer. Un modèle connu encore aujourd'hui dans le système de la santé mentale est que le centre de gravité thérapeutique ainsi que l'investissement financier de l'État, devaient passer de l'hôpital, des hospitalisations de longue durée, à un réseau de centres de santé mentale de secteur avec deux objectifs : d'abord fournir des services thérapeutiques adaptés à leurs problématiques (thérapies médico-psychiatriques, psychothérapies, thérapies familiales, *etc.*) et en considérant leurs besoins au moment où ils en ont besoin et à proximité de leur domicile ; et deuxièmement, leur offrir des services de prévention pour éviter le développement de la pathologie de l'individu, de la famille et de l'entourage (Aviram, 2019<sup>24</sup>). A la base de la psychiatrie de secteur se trouve le concept bio-psycho-social, principalement comme une position thérapeutique et pas nécessairement explicative, qui est transparente et reflète toujours la structure d'organisation hiérarchique des centres. Dans cette perspective, l'individu est divisé en trois cercles (le biomédical, le psycho-intra-psychique et le sociologique - le système de relations de l'individu avec son entourage – qui font exister des liens d'influence mutuelle, et par conséquent, l'utilisateur recevra une réponse du professionnel « expert » qui lui donnera une réponse dans le cercle « endommagé » selon l'ordre hiérarchique en question.

Les réunions du personnel sont censées réfléchir à la reconnexion entre le détail et les savoirs clivés. En Israël, le modèle a été inspiré des États-Unis après l'adoption du programme du gouvernement canadien dans les années soixante pour les centres de santé mentale sectorisés. En pratique, aux États-Unis, ce grand espoir dont nous avons parlé a apporté une libération massive des patients hospitalisés ainsi que la fermeture

---

<sup>24</sup> AVIRAM, U., "Politique et services de la santé mentale en Israël : entre progrès et préservation", Resling : Tel Aviv, 2019, [en hébreu].

de certains hôpitaux sans pour autant apporter de réponse appropriée. Ce fut une version moderne de la Grande Libération de 1793, de nombreux patients se retrouvèrent dans la rue, sans adresse ni réponse. En Israël, cette démarche d'ouverture d'un réseau de centres de secteur et de fermeture d'hôpitaux n'a pas eu lieu pour différentes raisons, liées principalement aux évolutions sociopolitiques de l'organisation responsable de la santé en Israël, mais c'est une question que nous n'aborderons pas dans ce contexte. Ce qui s'est passé en Israël en pratique avec l'augmentation de la branche sectorisée en psychiatrie comme entité de savoir et de positions thérapeutiques, ce sont des centres de santé mentale qui ont commencé à se développer, à proximité des hôpitaux, comme des initiatives individuelles de chaque organisation, de chaque directeur hospitalier, selon leur perception et leur volonté d'investir des ressources dans cette affaire.

Une autre conséquence sociale supplémentaire est arrivée après l'usage croissant des médicaments neuroleptiques, ce fut l'entrée de la psychiatrie sur le marché financier en association avec la diffusion du discours capitaliste. Les industries pharmaceutiques ont manifesté un vif intérêt dans ce nouveau marché qui s'ouvrait et, de façon naturelle on peut dire, ont demandé à établir un discours scientifique qui assurerait l'épanouissement du marché.

#### 1.1.7 L'hôpital comme discours

L'État moderne, organisé selon différents styles de libéralisme en fonction de l'État dont il est question, reçoit sa légitimité par rapport à sa capacité à gérer les factures, elle attire confiance selon la répartition qu'elle fait des moyens matériels, des investissements plutôt ici que là, au nom du peuple. Pour mener à bien cette tâche, comme le ferait un comptable, il s'agit de quantifier, de mesurer et d'évaluer le poids

de l'investissement financier selon le rapport rendement/efficacité. Lorsqu'on utilise le terme de « discours », en psychanalyse, le « discours capitaliste », « le discours du maître », « le discours universitaire », on parle de quelque chose de très spécifique. Premièrement, il s'agit de faire la distinction entre le discours et celui qui le produit. La motivation des médecins, des psychiatres et les différents patients liés à la médecine est restée la même tout au long de l'histoire : leur volonté de guérir, de soulager ceux qui s'adressent à eux avec une souffrance et ils font avec les moyens mis à leur disposition au même moment et dans un contexte particulier.

A partir du séminaire sur l'envers de la psychanalyse, en 1969-1970, Lacan enseigne la structure du discours et les quatre types de discours. Un discours étant ce qui crée le lien social pour un sujet et les quatre discours représentant quatre modalités de lien social pour un sujet. Lacan les nomme le discours du maître, le discours de l'hystérique, le discours de l'analyste et le discours de l'université et plus tard, il ajoutera un autre discours : le discours du capitaliste.

Le discours chez Lacan est ce qui donne le statut de l'énoncé, il s'agit d'une articulation signifiante : « Les discours dont il s'agit ne sont rien d'autre que l'articulation signifiante, l'appareil, dont la seule présence, le statut existant, domine et gouverne tout ce qui peut à l'occasion surgir de paroles. Ce sont des discours sans la parole, laquelle vient s'y loger ensuite. Ainsi puis-je me dire, à propos de ce phénomène enivrant dit de la prise de parole, que certains repérages du discours dans lesquels cela s'insère seraient peut-être de nature à ce que, de temps en temps, on ne la prenne pas sans savoir ce qu'on fait. »<sup>25</sup>

---

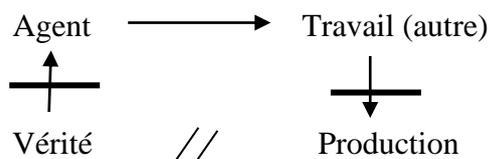
<sup>25</sup> LACAN, J., Le Séminaire, Livre XVII, *L'envers de la Psychanalyse*, Seuil : Paris, 1991, p. 194.

Pour Lacan la spécification de la notion de discours vise à inscrire ce qui fonde la parole dans ses effets. Lorsque l'on parle, on prend d'abord place, et selon le lieu d'où on énonce, l'effet même de l'énoncé se trouve changé. Ce qui revient à dire que le discours est ce qui donne le statut de l'énoncé. Par exemple, un lapsus est une faute dans le discours de l'université et une émergence de vérité dans le discours de l'analyste. Ensuite, quand on parle, on s'adresse à quelqu'un, à un autre, même si cet autre n'est pas une personne en particulier. Ce qui veut dire que le discours comme articulation signifiante fonde un lien social. Si cette parole a une adresse, elle produit quelque chose. La prise de parole implique une prise de pouvoir sur l'autre. La prise de pouvoir sur l'autre produit forcément des effets.

C'est ce que Lacan veut dire quand il parle de place dans un discours. Il y a donc la place de l'agent, celui qui domine le discours. Il y a la place de l'Autre, c'est-à-dire celui sur qui on agit, et il y a la place de la production ou de la perte, de ce que cela produit comme effet.

Cela posé, il manque une autre place, et cette autre place est par excellence celle que l'expérience que la psychanalyse nous a enseignée, il s'agit de la place de la vérité. L'expérience psychanalytique enseigne que ce que l'on dit n'est pas forcément ce que l'on veut dire, et que même souvent, on ne sait pas ce que l'on dit. Autrement dit, derrière ce que l'on dit, se cache une vérité qu'on ignore, notre dire ne veut pas dire ce que *l'on pense* dire. La vérité serait donc le moteur de ce que l'on dit et donc l'agent parle au nom d'une vérité qu'il ignore. C'est pour cela, entre autres, que l'agent est nommé par Lacan le « semblant ».

Nous pouvons maintenant formaliser la structure de tout discours :



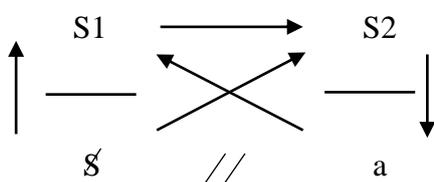
Il s'agit maintenant de voir quels sont les termes qui vont occuper ces places. Selon les places qu'ils vont occuper, à savoir celles de l'agent, de l'autre, de la vérité et de la production, un autre discours apparaîtra. Ces termes sont le  $S_1$  – le signifiant maître –, le  $S_2$  – le lieu du savoir –, le  $\$$  – sujet divisé – et l'objet  $a$  – objet cause du désir, l'objet déchet, la perte, la jouissance –.

Le discours du maître est la matrice de tout discours. Le signifiant n'existe qu'à titre de différence, cela oblige donc à poser au minimum deux signifiants. Il y a donc le  $S_1$  qui, solitaire, est positionné comme agent du discours, comme le signifiant maître du discours. Le deuxième signifiant à partir duquel s'enclenche la chaîne signifiante est le  $S_2$ , celui par rapport auquel se situe le  $S_1$ , c'est-à-dire l'Autre, aussi appelé le « trésor des signifiants » à partir duquel on parle. Il est également le lieu du savoir que le  $S_1$  met en action. Nous pouvons donc écrire l'agent et l'Autre sous la forme suivante :

$$S_1 \quad S_2$$

Le signifiant représente le sujet auprès d'un autre signifiant, c'est-à-dire que le  $S_1$  représente le sujet auprès du  $S_2$ , il parle et agit donc au nom du sujet. C'est pourquoi ce discours est la matrice de tout discours. Enfin, la relation de la parole produit un effet, une perte qu'on appelle « l'objet  $a$  ». En effet, dès lors que le sujet est inscrit dans le langage, il n'a plus d'accès direct à l'objet. Il entre dans la dépendance de la

demande, et son désir ne peut se dire qu'entre les lignes. Ce qui nous donne l'écriture complète du discours du maître :

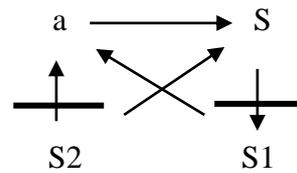


*Mathème du discours du maître*

Ce que l'on remarque dans ce discours c'est que les termes veulent dire exactement la même chose que les places qu'ils occupent. C'est pour cela que le discours du maître est la forme matricielle de tout discours. Parler c'est agir sur l'autre, c'est prendre le pouvoir sur l'autre et cela produit toujours des effets. Dès lors qu'on parle, on perd quelque chose. Le langage introduit le manque et la perte.

Pour la psychanalyse lacanienne, le psychotique est en dehors du discours mais pas en dehors du langage. L'effort dans un service psychiatrique dans cette perspective, est de produire des conditions par le lien transférentiel et par la parole, pour inclure le sujet dans un discours, tel que le discours du maître. Entrer dans le discours permet de réduire la jouissance excessive et délocalisée. Dans le tableau clinique, ce qui est observé est la stabilisation de l'état du sujet. Penser le service psychiatrique comme un lieu thérapeutique, c'est permettre en effet que le thérapeute puisse introduire le discours analytique pour qu'il y ait la possibilité qu'un sujet en particulier trouve un ancrage dans l'entrée dans le discours maître.

Le discours de l'analyste s'écrit comme suit :



*Discours de l'Analyste*

Comme mentionné, tout discours est un mode de lien social. C'est un lien social parce qu'au fond, par la fonction de la parole, il assure à un certain nombre de sujets une place qu'ils ne parviendraient pas à se faire dans d'autres discours ou qu'ils ne souhaitent pas avoir dans d'autres discours. Contrairement à la névrose, dans la psychose, la division subjective ne fonctionne pas et par conséquent, il y a une identification, un chevauchement entre le sujet et l'objet. Pour obtenir la fonction de représentation, c'est-à-dire pour qu'un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant, il faut que le signifiant soit en position maîtresse, qu'il prenne la place de l'agent et c'est ainsi qu'il représente le sujet. Il faut que quelque chose se perde, c'est la signification de l'objet petit *a*. L'objet petit *a* est le résultat de la perte de cette opération de représentation. Il suffit que le sujet change de position, de place, pour que la jouissance change ou trouve une autre liaison, qu'on fasse des choses différentes que celles qu'on faisait au départ, ou qu'on arrive à faire des choses qu'on ne pouvait pas faire.

Jacques-Alain Miller a appelé la fonction transformatrice de l'analyste une fonction alpha. Il dit : « Les effets psychanalytiques ne tiennent pas au cadre, mais au discours, c'est-à-dire à l'installation de coordonnées symboliques par quelqu'un qui est analyste, et dont la qualité d'analyste ne dépend pas de l'emplacement du cabinet,

ni de la nature de la clientèle, mais bien de l'expérience dans laquelle lui s'est engagé. »<sup>26</sup>

Et il ajoute dans cette conférence que ce ne sont pas seulement des lieux d'écoute, mais un lieu Alpha est un lieu de réponse. C'est-à-dire que la parole peut prendre la place de la vérité, un savoir, S<sub>2</sub>, vrai, un savoir qui a un effet sur le sujet.

---

<sup>26</sup> MILLER, J.-A., Intervention conclusive lors des journées PIPOL 3 qui se sont déroulées à Paris les 30 juin et 1er juillet 2007 sur le thème « Psychanalyse en prise directe sur le social ». Vers PIPOL 4, [disponible en ligne : <http://ampblog2006.blogspot.com/2007/12/vers-pipol-4-par-jacques-alain-miller.html>]

## **1.2 Théorie psychanalytique de la psychose : Freud et Lacan**

Un certain nombre de préalables au choix du cadre théorique de ce travail de recherche doivent être posés. Il est clair que, depuis Freud et Lacan, la théorie psychanalytique en général et par rapport à la psychose en particulier, a beaucoup évolué. Des courants différents et parfois contradictoires ont émergé au sein de la psychanalyse et à l'interface entre la psychanalyse et la psychiatrie. Il suffit de n'en mentionner que quelques-uns parmi eux pour voir qu'il existe une grande variété de théories et de concepts sur la psychose au sein de la psychanalyse : Rosenfeld, Malney, Klein et le développement du courant de la relation d'objets, Winnicott et le courant indépendant, Bion, Kohut et le courant relativiste *etc.* Cependant, je n'ai pas l'intention de faire une revue littéraire des grandes théories de la psychanalyse en ce qui concerne la psychose parce qu'un tel examen suppose un point de vue neutre à partir duquel chacune des positions peut être présentée de manière égale. Cependant, quand j'écris sur Freud et Lacan en tant que cadre théorique sur lequel je m'appuie, je le fais comme sujet impliqué, en tant qu'analyste lacanien identifié comme tel dans son travail au sein de l'hôpital.

En Israël, l'approche centrale de la psychothérapie, c'est-à-dire ce qui est enseigné dans les écoles de psychothérapie, est une approche éclectique constituée principalement de la théorie de la relation d'objets, de Mélanie Klein et de ses successeurs, Winnicott, Bion, et ces dernières années, Heinz Kohut et de l'approche relationnelle. Chaque école de psychothérapie enseigne à ces théoriciens la psychanalyse avec des accents différents tout en accordant une importance différente à chacun d'eux. Dans cette atmosphère, s'appuyer exclusivement sur Freud et Lacan

est une démarche qui suit Lacan du début de son enseignement, consistant à aller vers la cause freudienne comme ce qui peut diriger toute la praxis.

### 1.2.1 Les psychoses chez Freud

La théorie freudienne de la psychose ne se développe pas autant que celle de la névrose. Il y a peu de références de la part de Freud sur la structure de la psychose par rapport à celle de la névrose. Le premier travail de Freud se référant à la question de la psychose et à sa structure est l'article de 1894 intitulé « Les psychonévroses de défense », avant son travail avec Breuer sur l'hystérie<sup>27</sup>.

On entre par cette porte dans les œuvres de Freud qui n'est qu'une porte latérale. La conception très précise qui accompagne la compréhension de la structure de la psychose se fera à travers l'enseignement de Freud puis de Lacan dans son ensemble.

En fait, il s'agit d'une conception éthique de la psychose car il voit la psychose non pas comme un défaut, mais comme une réponse humaine possible à quelque chose d'insupportable, une réponse ni plus ou ni moins « folle » que celle des névrosés. Freud a toujours appréhendé le mécanisme psychique de la psychopathologie comme des formes de défense contre une représentation inconciliable avec le moi, toutefois inégales dans leur efficacité respective. A cette période, pour Freud, les symptômes psychotiques, comme par exemple les hallucinations, étaient « une espèce plus énergique et efficace de défense. Elle consiste en ceci : « le moi rejette [*Verwift*] la

---

<sup>27</sup> FREUD, S., BREUER, J., *Études sur l'hystérie*, Paris : PUF, 1956.

représentation insupportable en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au moi ».<sup>28</sup>

A cette période Freud utilisa pour la première fois le concept de *Verwerfung* traduit par « forclusion », terme dont Lacan fera ensuite le mécanisme central de sa théorie sur la psychose. Freud, pour sa part, ne l'a pas spécifié à la psychose elle-même, mais l'a défini comme étant un mécanisme général qui explique le déclenchement de la maladie mentale. « Le contenu d'une psychose hallucinatoire [...] consiste précisément en la mise au premier plan de cette représentation qui était menacée par l'occasion déclenchante de la maladie. On est donc en droit de dire que le moi s'est défendu contre la représentation insupportable par la fuite dans la psychose. »<sup>29</sup>

Nommément, le moi est une défense contre une représentation insupportable.

Freud résume le parcours psychotique de l'entrée dans la psychose : « il faut le considérer [le processus psychotique] comme l'expression d'une disposition pathologique accentuée, et on peut peut-être le décrire ainsi : le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité. »<sup>30</sup>

Nous pouvons voir l'innovation et la différence radicale entre l'approche psychiatrique et celle de la psychanalyse freudienne dès son apparition. Elle n'appréhende pas la psychose hallucinatoire comme une perception sans objet, mais

---

<sup>28</sup> FREUD, S., « Les psychonévroses de défense » [1894], *Psychose, névrose et perversion.*, Paris : PUF, 2010, p. 12.

<sup>29</sup> FREUD, S., *ibid.*, p.13.

<sup>30</sup> FREUD, S., *ibid.*, p.13.

comme une satisfaction défensive du moi générée par la forclusion, *Verwift*, d'une représentation inconciliable avec le moi. La base épistémologique de la psychiatrie après la révolution scientifique, comme nous l'avons vu, est un réalisme matériel. Cependant, Freud n'est ni réaliste ni idéaliste si on considère son invention du concept de la pulsion comme un concept qui fait bord entre la psyché et le soma. La pulsion est une métaphore matérialiste énergétique sur quelque chose qui ne peut être décrit que par ce biais-là, parce que cela touche à la limite de la représentation. Avec la pulsion, Freud tente de décrire la perception humaine de la réalité comme une forme topologique sans frontière claire entre l'intérieur et l'extérieur, comme le décrit Lacan sous la forme topologique de la bande de Moebius.

L'accent mis sur l'idée de satisfaction du moi signifie qu'il n'y a pas de réalité en dehors du système psychique. En particulier, Freud va vers la formalisation de la thèse du « principe de plaisir » où les formations psychotiques sont « une tentative de guérison » de la part du système psychique.

Nous les voyons dans le cas Schreber et dans la seconde topique freudienne (1920) où il chercha un mécanisme ou une structure psychique unique de la psychose.

Le Président Daniel-Paul Schreber est peut-être un des cas les plus connus dans l'Histoire de la psychanalyse. En 1903, parurent les *Mémoires d'un névropathe*<sup>31</sup>, desquelles Freud prit connaissance grâce à Jung<sup>32</sup> quelques années plus tard, en 1906.

---

<sup>31</sup> SCHREBER, D.-P., *Mémoires d'un névropathe*, [1903], Paris : Le Seuil, 1975.

<sup>32</sup> FREUD, S., JUNG, C.-G. *Correspondance, 1910-1914*, II, lettre 187F du 22 avril 1910, Paris : Gallimard, 1975, p. 44.

Entre 1910 et 1911, Freud publia son article, un commentaire sur l'œuvre de Schreber<sup>33</sup>, qui, partant de la psychose, fut capital pour sa théorisation de la paranoïa.

Nous ne pouvons pas faire dans ce cadre une analyse complète du commentaire de Freud, mais nous allons en extraire ses conclusions concernant la structuration théorique de la psychose.

Dans ce texte, Freud emploie sa théorie libidinale et dynamique sur la psyché qu'il a commencée à construire. Pour Freud, à la base de l'irruption de la maladie, il y a un conflit pulsionnel érotique ; c'est une idée érotique envers le père et le frère qui est un représentant de la pulsion homosexuelle refoulée. Freud la décrit ainsi : « la lutte contre cette pulsion libidinale produit le conflit générateur des phénomènes morbides. »<sup>34</sup> Le moi rejette la pulsion, c'est un refoulement primaire, et en conséquence, à la deuxième étape, le moi retire l'investissement libidinal des objets du monde extérieur (ce que les psychotiques décrivent comme une sensation de fin du monde) vers une fixation qui précède et conditionne tout « refoulement ». Cette fixation est, sur le corps ou sur les orifices du corps, une régression de la libido jusqu'à un stade précédant. Enfin, la troisième et dernière phase est décrite comme « la plus importante en ce qui touche les phénomènes pathologiques, est celle de l'échec du refoulement, de l'*irruption en surface*, du *retour du refoulé*. Cette irruption prend naissance au point où eut lieu la fixation et implique une régression de la libido jusqu'à ce point précis. »<sup>35</sup> Pour Freud, la pulsion homosexuelle est l'idée de Schreber

---

<sup>33</sup> FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa » [1911], *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1995, p. 263-324.

<sup>34</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p. 291.

<sup>35</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p.312.

« qu'il serait beau d'être une femme subissant l'accouplement<sup>36</sup> », à savoir, qu'il y a un fantasme féminin où l'idée de transformation en femme comme trait saillant, comme le premier germe du système délirant. Dans la construction délirante paranoïaque de Schreber, le fantasme a pris pour objet la personne de son médecin, le Pr. Fleschig.

Tous les phénomènes pathologiques que nous voyons dans la psychose paranoïaque sont des déformations grammaticales de la proposition *je l'aime* : « le délire de jalousie contredit le sujet, le délire de persécution, [contredit] le verbe, l'érotomanie, [contredit] l'objet »<sup>37</sup> auxquels il en adjoint une quatrième contradiction, le délire des grandeurs qui rejette la proposition toute entière. Il en ressort, dit Freud, qu'« en ce qui concerne la formation des symptômes dans la paranoïa, le trait le plus frappant est le processus qu'il convient de qualifier de *projection*. Une perception interne est réprimée et, en son lieu et place, son contenu, après avoir subi une certaine déformation parvient au conscient sous forme de perception venant de l'extérieur. »<sup>38</sup>

Ainsi, le conflit pulsionnel dans sa première étape est un stade qui ne se différencie pas entre la névrose et la psychose. Dans une deuxième étape, il y a une réaction de la part du sujet qui génère le tableau clinique de la névrose ou de la psychose. C'est ici que, pour Freud, se trouve la différence structurelle : il y a une projection dans la psychose et un refoulement dans la névrose.

Freud développe cette théorie dans des articles de métapsychologie : « l'inconscient » (1915), « Pour introduire le narcissisme » (1914), « névrose et psychose » (1924) et « la perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » (1924).

---

<sup>36</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p.272.

<sup>37</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p. 310.

<sup>38</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p.311.

Conformément à sa première thèse, Freud remarque une étiologie commune pour les deux psychopathologies à savoir une frustration de sorte que : « l'éclatement d'une psychonévrose ou d'une psychose, demeure toujours la frustration, le non-accomplissement d'un de ces désirs infantiles éternellement indomptés qui s'enracinent si profondément dans les déterminations phylogénétiques de notre organisation. Cette frustration vient toujours, en dernière analyse, du dehors. »<sup>39</sup>

Il est important de noter que ce concept de « frustration » a des implications pour la psychanalyse après Freud. En effet, le mouvement de la psychanalyse de la relation d'objet a interprété ce terme par un manque réel d'objet durant l'enfance.

Pourtant, Freud utilisa le mot *Versagung* dont on peut interpréter la signification comme impossible à dire et impossible à tenir, c'est-à-dire que l'impossibilité est structurelle. L'objet ne prend forme qu'au moment où il est perdu. Par conséquent, aucun objet ne peut prendre la place de l'objet perdu (ce dernier n'existant que par sa propre perte). L'objet n'a donc aucune valeur ontologique.

A partir de la compréhension des conflits pulsionnels en termes de moi, ça et surmoi, Freud peut écrire : « J'ai récemment défini l'un des traits qui différencient la névrose et la psychose : dans la première le moi, en situation d'allégeance par rapport à la réalité, réprime un fragment du ça (vie pulsionnelle), tandis que le même moi, dans la psychose, se met au service du ça en se retirant d'un fragment de la réalité ».<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> FREUD, S., « Névrose et psychose », *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 285.

<sup>40</sup> FREUD, S., « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], op. cit., p. 299.

La démarche dans la psychose est que la libido est investie dans le moi à la place des objets d'investissement, et c'est la raison pour laquelle Freud appelait les psychoses des désordres narcissiques.

Freud discerne deux temps dans la psychose : « le premier coupant le moi [...] de la réalité, le second [...] essayant de réparer les dégâts et reconstituant aux frais du ça la relation à la réalité »<sup>41</sup>, « deux temps, dont le second comporte le caractère de la réparation [...] Le second temps de la psychose vise bien lui aussi à compenser la perte de la réalité [...] la psychose emprunte la voie plus autocratique, elle crée une nouvelle réalité à laquelle, à la différence de celle qui est abandonnée, on ne se heurte pas. Le second temps est donc, dans la névrose comme dans la psychose, porté par les mêmes tendances, il sert dans les deux cas l'appétit de puissance du ça, qui ne se laisse pas dompter par la réalité. »<sup>42</sup>

C'est un point cardinal, à partir duquel Lacan ouvrit sa théorie sur la direction du traitement de la psychose, à savoir que les phénomènes psychotiques sont des tentatives de guérison du système mental. Les différenciations entre les diverses psychopathologies psychotiques sont des variations de cet essai de guérison.

Dans l'un de ses derniers textes, « Constructions dans l'analyse » de 1937, Freud estime que l'entrée dans la psychose est déterminée par un déni du temps présent, d'un morceau de réalité dont l'action opérante redouble un déni survenu dans l'enfance. En quelque sorte, Freud reprend sur le modèle des trois phases du refoulement, d'une temporalité psychique stratifiée par différents dénis de sorte qu'un déni actuel renvoie à un déni infantile dans la mesure où le matériel faisant retour

---

<sup>41</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p.300.

<sup>42</sup> FREUD, S., *Ibid.*, p.300-301.

dans le présent est celui-là même qui avait été dénié. En conséquence, la représentation déniée était psychiquement conservée et non-abolie, c'est-à-dire non-supprimée. « Les délires des malades [...] ne peuvent pourtant conduire qu'à remplacer le morceau de réalité qu'on dénie dans le présent par un autre morceau qu'on avait également dénié dans la période d'une enfance reculée. C'est par l'étude de cas particuliers qu'on pourra découvrir les rapports intimes entre la matière sur laquelle porte actuellement le déni et celle sur laquelle a porté jadis le refoulement »<sup>43</sup>.

Pour conclure, nous pouvons dégager un certain nombre de points centraux concernant la structure de la psychose pour Freud. En effet, malgré le fait que Freud n'ait pas écrit de théorie quant à une direction de cure, grâce à l'étude de Lacan, nous pouvons utiliser les conclusions freudiennes pour dessiner une orientation de cure analytique.

Ainsi, nous retenons que la psychose est un phénomène du langage, les symptômes psychotiques sont une tentative de guérison pour le sujet qui viennent remplacer un événement refoulé de manière fondamentale et l'inconscient ne fonctionnant pas dans la psychose, il apparaît en surface.

---

<sup>43</sup> FREUD, S., « Construction dans l'analyse », *Résultats, idées, problèmes – II*, PUF : Paris, 1985, p.280.

### 1.2.2 Les psychoses chez Lacan

Le Dr. Lacan qui, contrairement à Freud, a une formation de psychiatre, s'intéressa depuis toujours à la psychose et au traitement possible de la psychose par la psychanalyse. Pendant tout son enseignement, il met l'accent sur la construction et le traitement de la psychose.

Dès 1932, Lacan présente sa thèse de médecine intitulée *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*<sup>44</sup> au cours de laquelle il analyse le cas princeps d'une psychose paranoïaque d'autopunition, le cas « Aimée ».

Lacan, comme nous l'avons dit en introduction, était intéressé par la question du sujet : quel est le sujet de l'inconscient ? Quel est le sujet de la psychose ? Pour Lacan, le sujet est l'effet du signifiant, divisé par son entrée dans le langage. Le langage, qu'il soit défini comme le système de signifiants ou comme le pouvoir de symbolisation, de métaphorisation, fait passer le réel à l'être, spécification de l'être humain.

De par sa relation au langage, le sujet est divisé et soumis à l'aliénation.

Le langage fonctionne à partir de signifiants qui peuvent se combiner ou se substituer pour produire des effets de signification.

Selon Lacan, « Le sujet, c'est ce que le signifiant représente pour un autre signifiant. »<sup>45</sup>. C'est-à-dire que le sujet n'a pas d'être, et qu'il n'est représenté dans le langage que grâce à l'intervention d'un signifiant, d'un signifiant marqué du caractère d'unité, d'un signifiant qui peut être compté.

---

<sup>44</sup> LACAN, J., *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Seuil : Paris, 1975.

<sup>45</sup> LACAN, J., *Position de l'inconscient*, *Écrits, op. cit.*, p. 835. Congrès de Bonneval sur le thème de l'inconscient freudien, (30.10.1960 - 2.11.1960).

Pour parler brièvement, sans passer par tout son cheminement de pensée autour du concept du « sujet » et « signifiant », Lacan s'appuiera sur le système linguistique de Ferdinand de Saussure des relations entre signifiant et signifié en subvertissant ce rapport.

Pourtant, contrairement à Saussure, Lacan ne pense pas le signifiant en termes de chose ou d'objet, mais en termes de chaîne de signifiants où le sujet serait l'espace entre les signifiants, le mouvement même.

Selon Lacan, le signifiant est d'abord et avant tout un élément matériel sans signification dans un système différentiel fermé : « c'est donc que tout vrai signifiant est, en tant que tel, un signifiant qui ne signifie rien. L'expérience le prouve – plus il ne signifie rien, plus le signifiant est indestructible »<sup>46</sup>. Ces signifiants sans signification et insensibles à la destruction sont ceux qui déterminent le sujet.

Le point de départ de Lacan dans ces années-là est la structure « C'est là quelque chose qui ne doit pas nous surprendre, puisqu'en fin de compte, à les regarder de près, la notion de structure et celle de signifiant apparaissent inséparables. En fait, quand nous analysons une structure, c'est toujours, au moins idéalement, du signifiant qu'il s'agit. Ce qui nous satisfait le mieux dans une analyse structurale, c'est un dégagement aussi radical que possible du signifiant. »<sup>47</sup>

La notion de structure par rapport au signifiant, comme l'a noté Milner, se définit ainsi : « il n'y a de chaîne que signifiante, et tout signifiant est en chaîne... »<sup>48</sup> La question

---

<sup>46</sup> LACAN, J., *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses*, 1981, Seuil : Paris, p.210.

<sup>47</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 208.

<sup>48</sup> MILNER, J.-C., *Le périple structural. Figures et paradigme, op. cit.*, p 159.

du sujet en tant que tel reste la question de la structure du sujet, sujet qui est un effet de la langue, de la chaîne signifiante.

Dans son texte qui tente d'esquisser les lignes directrices pour le traitement de la psychose, la « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Lacan formule sa thèse sur la condition du sujet : « la condition du sujet S (névrose ou psychose) dépend de ce qui se déroule en l'Autre A. Ce qui s'y déroule est articulé comme un discours (l'inconscient est le discours de l'Autre), dont Freud a cherché d'abord à définir la syntaxe pour les morceaux qui dans des moments privilégiés, rêves, lapsus, traits d'esprits, nous en parviennent. »<sup>49</sup> Cette structure signifiante a des lois, que plus tard Lacan appellera « le discours de l'Autre ». Les lois régissant ce discours sont ce qu'il trouve dans la formulation de Freud dans le jeu du *Fort-Da* : « la conception de la chaîne signifiante, en tant qu'une fois inaugurée par la symbolisation primordiale (que le jeu : *Fort ! Da !*, mis en lumière par Freud à l'origine de l'automatisme de répétition, rend manifeste), cette chaîne se développe selon des liaisons logiques dont la prise sur ce qui est à signifier, à savoir l'être de l'étant, s'exerce par les effets du signifiant, décrits par nous comme métaphore et comme métonymie. »<sup>50</sup>

Pour Lacan, Freud dans sa formalisation du *Fort-Da* a donné la première règle de base nécessaire qui compose la dimension symbolique. Ce jeu était un paradigme des enjeux subjectifs pour l'enfant lors du premier processus de représentation de l'absence de la mère. Freud observait son petit-fils, Ernst, qui avait l'habitude de jeter au loin ses jouets en émettant avec satisfaction un « *Fort* » ou « *Ooooooh* » qui

---

<sup>49</sup> LACAN, J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 549.

<sup>50</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 575.

signifiait « parti »<sup>51</sup>. Par le jeu, l'enfant maîtriserait son angoisse et sa haine envers sa mère absente, y trouvant là même une certaine satisfaction. L'enfant réussit donc grâce à la dimension symbolique de ce jeu à se représenter l'absence et la présence de sa mère, et ce faisant, entrait dans le monde du signifiant. L'enfant met un symbole à la place de la mère et à la place de l'absence de la mère. Les lois qui gouvernent cette représentation primordiale du mécanisme psychique sont la métaphore et la métonymie.

Lacan se réfère à la métaphore et à la métonymie comme des opérations psychiques et pas seulement linguistiques. C'est le sens de l'aphorisme lacanien « l'inconscient structuré comme un langage ».

La compréhension de la définition de l'opération signifiante est centrale pour comprendre la théorisation de la psychose selon Lacan.

Lacan adopte les concepts du linguiste Roman Jakobson<sup>52</sup> par rapport à la compréhension de la fonction de la métaphore et de la métonymie. Jakobson distingue deux types d'aphasie et ultérieurement, deux axes opposés de la langue. L'axe métaphorique, concernant la sélection des éléments linguistiques, permet la permutation entre ces derniers. L'axe de la métonymie est, quant à elle, relative à la combinaison d'éléments linguistiques. La métaphore est donc équivalente aux relations paradigmatiques de Saussure, et a à voir avec la présence et l'absence. La métonymie est équivalente à des relations syntagmatiques, qui existent au présent.

---

<sup>51</sup> FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1981, p. 52.

<sup>52</sup> JAKOBSON, R., « Deux aspects du langage et deux types d'aphasie », *Essais de linguistique générale*, Paris : Éditions de Minuit, 1963.

Lacan écrit la formule générale de la métaphore ainsi :

$$f\left(\frac{S'}{S}\right) S \cong S (+) s$$

La fonction  $f(S)$  est la fonction de l'action de donner un sens. A l'intérieur de la parenthèse, le rapport  $S'/S$  signifie le remplacement d'un signifiant par un autre: à droite, le grand  $S$  représente le signifiant et le petit  $s$  le signifié. Le signe  $+$  représente le franchissement de la ligne de fracture et l'émergence du sens. Le signe  $\cong$  se lit comme « congruent à ». Ainsi, nous lisons comme résultat que la fonction de donner un sens de substitution d'un signifiant par un autre équivaut au franchissement de la ligne de fracture. Pour Lacan, le sens est possible grâce à la fonction de la métaphore, et nous pouvons dire que c'est en ceci que réside le principe de réalité.

Lacan, dans la « Question préliminaire », élabore aussi la formulation de la fonction métaphorique dans la psychose.

$$\frac{S}{S'} \cdot \frac{S'}{x} \longrightarrow S \left( \frac{I}{s} \right)$$

Ce qui signifie que « les grands  $S$  sont des signifiants,  $x$  la signification inconnue et  $s$  le signifié induit par la métaphore, laquelle consiste dans la substitution dans la chaîne signifiante de  $S$  par  $S'$ . L'élosion du  $S'$ , ici représentée par sa rature, est la condition de la réussite de la métaphore. »<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 558.

Cette structure générale de la signification se réfère à la condition « pré-psychotique » au sens où il y a un échec fondamental dans la possibilité de faire cette opération psychique au moment crucial. Cependant, l'opération de substitution n'est pas pour tout signifiante, il faut que l'opération de substitution soit pour un signifiant unique afin de produire la psychose.

Le signifiant du Nom-du-Père s'écrit :

$$\frac{\text{Nom du père}}{\text{Désir de la mère}} \cdot \frac{\text{Désir de la mère}}{\text{Signifié au sujet}} \rightarrow \text{Nom du père} \left( \frac{(A)}{\text{Phallus}} \right)$$

Lacan a emprunté à Freud le concept de « phallus » comme signifiant d'identification du sujet qui lui permet de se positionner dans la différence entre les sexes. La métaphore paternelle lacanienne remplace le mythe freudien de l'Œdipe.

Ainsi, l'opération signifiante repose sur une métaphorisation du désir de la mère grâce au signifiant du Nom-du-Père. En conséquence, une signification nouvelle est produite ; la signification phallique donne à la chaîne signifiante une marque sexuelle, comme le reprend Colette Soler : « La métaphore paternelle est posée comme ce qui permet à l'être de l'étant, qui est à signifier, de s'inscrire dans le signifié phallique. Par l'effet métaphorique, le  $x$  qui se trouve écrit dans la partie gauche de la métaphore paternelle comme signifié du désir de la mère, (DM), ce  $x$  qui marque aussi bien la place première où le sujet est appelé, en tant qu'il est d'abord produit comme objet, enfant désiré, ce  $x$  donc vient à se spécifier comme signification phallique. »<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> SOLER, C., *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, Presses Universitaires du Mirail : Toulouse, 2002, p. 13.

Selon Lacan, c'est la place du sujet par rapport à l'Autre qui conditionne sa position : « la condition du sujet S (névrose ou psychose) dépend de ce qui se déroule en l'Autre A. Ce qui s'y déroule est articulé comme un discours (l'inconscient est le discours de l'Autre) »<sup>55</sup>. Nous verrons dans la section suivante l'importance de l'emplacement du sujet dans le discours. De cette place dans l'Autre dépend de la logique du signifiant, elle-même ordonnée par le signifiant du Nom-du-Père. Le Nom-du-Père est ce « signifiant qui dans l'Autre, en tant que lieu du signifiant, est le signifiant de l'Autre en tant que lieu de la loi »<sup>56</sup> c'est à dire qu'il « faut admettre que le Nom-du-Père redouble à la place de l'Autre le signifiant lui-même du ternaire symbolique, en tant qu'il constitue la loi du signifiant. »<sup>57</sup> Le signifiant du Nom-du-Père est la garantie de la signification et de la vérité pour le sujet. A la conférence de clôture au onzième congrès de la NLS (*New Lacanian School*) qui s'est tenue en 2013, J.-A. Miller a rappelé « qu'il y a un Autre de l'Autre. Et que celui-ci, si l'on avait à lui donner un nom, ce serait le nom par excellence : le Nom-du-Père »<sup>58</sup>. Le signifiant du Nom-du-Père garantit la place des trois registres (le symbolique, l'imaginaire et le réel) tel que l'ensemble des registres représentant la vie psychique du sujet. Lacan représente la vie psychique où il n'y a pas de forclusion du signifiant paternel par le schéma R :

---

<sup>55</sup> LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 549.

<sup>56</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 583.

<sup>57</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 578.

<sup>58</sup> MILLER, J.-A., Présentation du thème du prochain Congrès de la NLS à Gand qui aura lieu en mai 2014, exposé en clôture du XIème Congrès de la NLS, "Le Sujet psychotique à l'époque Geek", Athènes, 19 mai 2013.

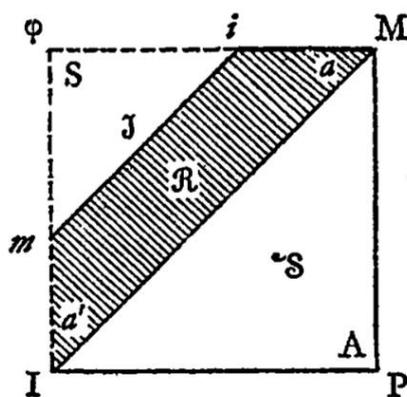


Schéma R

Le schéma R est composé de deux triangles, le ternaire symbolique (représenté par un grand triangle) et le ternaire imaginaire (représenté par un petit triangle en pointillés). Entre les deux, un quadrangle représentant le réel.

« C'est ainsi qu'à considérer les sommets du triangle symbolique : I comme l'idéal du moi, M comme le signifiant de l'objet primordial, et P comme la position en A du Nom-du-Père, on peut saisir comment l'épinglage homologique de la signification du sujet S sous le signifiant du phallus peut retentir sur le soutien du champ de la réalité, délimité par le quadrangle MimI. Les deux autres sommets de celui-ci, i et m, représentant les deux termes imaginaires de la relation narcissique, soit le moi et l'image spéculaire.

On peut ainsi situer de i à M, soit en a, les extrémités des segments Si, Sa<sup>1</sup>, Sa<sup>2</sup>, Sa<sup>n</sup>, SM, où placer les figures de l'autre imaginaire dans les relations d'agression érotique où elles se réalisent, – de même de m à I, soit en a', les extrémités de segments Sm, Sa<sup>1</sup>, Sa<sup>2</sup>, Sa<sup>n</sup>, SI, où le moi s'identifie, depuis son Urbild spéculaire jusqu'à l'identification paternelle de l'idéal du moi. »<sup>59</sup>

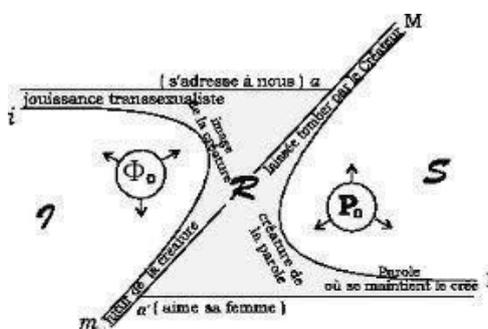
Par conséquent, la forme de l'implication P est une métaphore qui permet à chacun de conserver son monde. C'est ce qui met de l'ordre dans le monde, ce qui répartit les sexes, ce qui permet au sujet de trouver sa place, à la fois dans l'imaginaire et le symbolique, comme le développe Anne Lysy-Stevens dans son article<sup>60</sup>.

<sup>59</sup> LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 553.

<sup>60</sup> STEVENS-LYSY, A., « Articulations cliniques de phi zéro », *Les Feuilles du Courtil*, 2000.

Et que se passe-t-il dans la psychose ? C'est-à-dire, que se passe-t-il lorsque la métaphore paternelle ne fonctionne pas ? Le cas de la forclusion, *Verwerfung*, de ce signifiant « au point où [...] est appelé le Nom-du-Père, peut donc répondre dans l'Autre un pur et simple trou, lequel par la carence de l'effet métaphorique provoquera un trou correspondant à la place de la signification phallique. »<sup>61</sup>

Dans le cas de la psychose, un trou dans le symbolique remplace un signifiant, mais il faut faire une distinction entre la psychose comme structure et comme phénomène. Pour que les phénomènes psychotiques se manifestent, il faut que la psychose structurelle se déclenche : « Procédons pourtant selon les termes de structure que nous avons dégagés. Pour que la psychose se déclenche, il faut que le Nom-du-Père, *verworfen*, forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet »<sup>62</sup>. Le résultat de cette rencontre du sujet avec le trou dans le symbolique est la dissolution de la dimension symbolique vers l'imaginaire.



Ceci désaxe le rapport des trois champs par une divergence de l'imaginaire et du symbolique ainsi qu'une réduction du réel. Le point *i* du moi délirant se substitue au sujet tandis que l'idéal du moi prend la place de l'Autre. La langue perd sa capacité à

<sup>61</sup> LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 558.

<sup>62</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 577.

représenter et ensuite devient la réalité pour le sujet comme le décrit Freud dans son essai « l'Inconscient »<sup>63</sup>. Par ailleurs, n'importe quelle chose peut prendre la place du symbolique, (par exemple, la loi, un fonctionnaire, *etc.*) et réduire la place de l'Autre à celle du petit autre. Alors, les relations de rivalité prennent place et sont caractérisées par une agression érotisée : « Il y suffit que cet Un-père se situe en position tierce dans quelque relation qui ait pour base le couple imaginaire *a-a'*, c'est-à-dire moi-objet ou idéal-réalité, intéressant le sujet dans le champ d'agression érotisé qu'il induit. »<sup>64</sup>

Lacan prend en compte le principe freudien selon lequel le délire est une tentative de guérison par le sujet psychotique. Le délire selon Lacan est une métaphore alternative à celle forclosée du Nom-du-Père, qui donne au sujet une stabilisation finale : « C'est le défaut du Nom-du-Père à cette place qui, par le trou qu'il ouvre dans le signifié amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où procède le désastre croissant de l'imaginaire, jusqu'à ce que le niveau soit atteint où signifiant et signifié se stabilisent dans la métaphore délirante. »<sup>65</sup>

En conséquence de cette forclusion, Lacan situe les troubles psychotiques à la dimension du langage, du signifiant : « si le névrosé habite le langage, le psychotique est habité, possédé par le langage. »<sup>66</sup>

Les troubles psychotiques étant des troubles du langage, à savoir des troubles du discours, nous approfondirons la notion de discours chez Lacan avant de passer à la direction de la cure dans la psychose.

---

<sup>63</sup> FREUD, S., « L'inconscient », *Métopsychoanalyse*, Flammarion : Paris, 2012.

<sup>64</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 577.

<sup>65</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 577.

<sup>66</sup> LACAN, J. *Le séminaire III. Les psychoses* [1955-1956], Seuil : Paris, 1981. p.284.

### 1.2.3 Le transfert dans la psychose

La pratique psychanalytique est basée sur le transfert, c'est ce que nous a appris Freud au moment où il l'a découverte. Il est l'un des concepts les plus fondamentaux de la psychanalyse, la distinguant, ainsi que tout ce qui s'est développé à partir d'elle, à savoir, divers types de psychothérapies, d'autres thérapies actuelles qui, dans leurs interventions, ne prennent pas en compte le transfert. Ce sont des thérapies qui tentent de valider objectivement leurs méthodes et leurs techniques par la recherche quantitative et ce, sans prendre en compte le transfert. Dans sa conférence sur le transfert « Intervention sur le transfert »<sup>67</sup> Lacan met en garde contre le danger qui guette l'orientation actuelle en psychologie, tendance qui cherche à adapter le sujet au discours scientifique, conduisant ainsi à son effacement. « Pour l'expérience psychanalytique, on doit comprendre qu'elle se déroule toute entière dans ce rapport de sujet à sujet, en signifiant par là qu'elle garde une dimension irréductible à toute psychologie considérée comme une objectivation de certaines propriétés de l'individu »<sup>68</sup>. Il ajoute : « Nous les voyons donc, sous toutes sortes de formes [...] se réfugier sous l'aile d'un psychologisme qui, chosifiant l'être humain, irait à des méfaits auprès desquels ceux du scientisme physicien ne seraient plus que bagatelles »<sup>69</sup>.

L'expérience psychanalytique, est tout d'abord un rapport de parole entre un sujet et un autre, qu'il s'agisse d'un thérapeute, d'un psychanalyste et son patient ou qu'il s'agisse d'une équipe soignante et un patient et son psychisme. Ce rapport n'est pas quantifiable, il peut être pensé, formulé en partie mais ne pourra jamais se transformer en objet scientifique. La question est de savoir comment caractériser et conceptualiser

---

<sup>67</sup> LACAN, Jacques, 1951, « Intervention sur le transfert », *Écrits*, Seuil : Paris, 1966.

<sup>68</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 216.

<sup>69</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 217.

en fonction de la rencontre entre le sujet psychotique et le sujet en général qui entre dans le service, ces deux formes de couples : patient (psychotique) – thérapeute, patient (psychotique) – service ? Comment devrions-nous penser la position de ces deux éléments dans chacun des couples, l'un par rapport à l'autre ?

Freud a découvert le transfert dans un second temps, il n'est pas apparu en même temps que la notion d'inconscient freudien, la notion d'interprétation étant le premier concept. Freud rencontre le transfert comme un imprévu qui a eu un effet de surprise lorsque Freud a débuté sa pratique psychanalytique. Dans le cas de Dora par exemple, Freud s'est trouvé face à un obstacle auquel il ne s'attendait pas quelque chose dans le rapport de Dora à Freud gênait le déroulement de la cure. Freud transforme cet obstacle en opportunité, le transfert étant doté ainsi d'un double statut, obstacle et opportunité, tension qui perdure tout au long de son parcours théorique. Pourquoi est-il un obstacle ? Le transfert est tout d'abord une résistance au travail de l'inconscient, au travail de l'analyse. Le transfert apparaît avec la résistance.

De nombreuses formulations freudiennes sur le transfert apparaissent un point commun important montrant, qu'à travers la concentration sur l'image du thérapeute, un quelque chose (un éclair de pensée) d'inconscient, subissant une transformation, est transféré – d'où le concept de transfert – au thérapeute, au discours. Cette transformation est possible grâce à la résistance, raison pour laquelle il s'agit d'une opportunité, le transfert est également la trappe à travers laquelle l'inconscient peut apparaître.

La cure analytique débute avec la découverte de trois notions liées par un lien indétachable : l'inconscient, la résistance et le transfert. La clinique psychanalytique

est une clinique de transfert. Sans transfert – ce que Freud a compris – il n’y a pas de rencontre analytique, il n’y a pas de psychanalyse et la rencontre ne produit pas d’effets. En ce sens, il importe peu qu’il s’agisse d’un transfert psychotique ou névrotique, que ce soit dans le service de psychiatrie avec tous ses patients, ou lors d’une rencontre analytique dans le privé. Le transfert est présent, il se produit et sa gestion est une partie de la cure. Le transfert étant crucial, il n’est pas étonnant qu’au sein des services, les clivages théoriques, le développement de divers courants soient liés à la compréhension de la notion de transfert, au point que l’on puisse même dire que le transfert est celui qui détermine le courant auquel le thérapeute s’identifie.

Revenons à la première définition de Freud : le transfert est le déplacement de représentations inconscientes sur la personne du thérapeute.

Il s’agit premièrement pour Freud de représentations, *Vorstellung*, des signifiants inconscients. Le patient, l’individu, fait passer à son insu, et sans le vouloir, sans en être conscient et même avant de connaître son thérapeute ou l’institution, un représentant de quelque chose en lui, vers le thérapeute ou l’institution. Ce qui signifie que le thérapeute représente pour le patient un substitut de quelque chose d’autre dans le système de ses représentations psychiques. En ce sens, nous pouvons voir que Freud est précis lorsque l’on parle du sujet de l’inconscient, il ne s’agit pas de « subjectivité » qui serait une sorte d’intériorité dont l’être est conscient, mais de quelque chose de totalement différent, quelque chose dont la personne n’est pas consciente, qui détermine cependant la qualité des rapports à l’autre.

Dans son texte « Intervention sur le transfert », alors qu’il considérait encore l’analyse comme un dialogue entre deux sujets, intersubjectif, Lacan donne une définition au

transfert telle que « le transfert n'est rien de réel dans le sujet, sinon l'apparition, dans un moment de stagnation de la dialectique analytique, des modes permanents selon lesquels il constitue ses objets »<sup>70</sup>. C'est totalement freudien, les objets primaires étant les parents ou plus précisément les premières personnes à s'être occupées de lui. Pour Freud, la nourrice ou l'éducateur peuvent prendre cette place. Les relations primaires d'amour sont des *imagos*, des inscriptions corporelles qui représentent un modèle pour toutes les relations ultérieures d'amour. Freud précise ce qu'il entend par relation d'amour : relation d'amour primaire qui par la suite n'est qu'un modèle de revendications de l'amour de l'autre, la demande, la passion, le vœu d'être aimé par un autre. Ces revendications ayant une dimension pulsionnelle recevront une autre forme, soient les objets oraux, anaux et génitaux (le complexe d'Œdipe). Lacan ajoute trois objets supplémentaires à cette liste freudienne : l'objet regard, l'objet voix et l'objet rien. L'on peut comprendre dorénavant pourquoi le transfert a pour Freud, un double statut d'obstacle et d'opportunité. Les fixations reviennent à travers l'image du thérapeute de façon à ce que le sujet de l'inconscient demande à ne rien savoir étant donné que le système est satisfait, ce que Freud nomme résistance, mais en même temps, la réalité de l'inconscient est bien vivante dans le bureau où se déroulent les rencontres, en tant que matière de travail.

Si l'on résume la notion de transfert tout au long de l'enseignement de Freud, nous pouvons noter qu'il est fortement lié à celui de la répétition. Cette notion a deux faces, l'une, se référant aux relations d'objets primaires du sujet, et l'autre, la position que prendra le sujet dans sa demande d'amour primaire. Ces demandes qui revêtent en elles-mêmes les réponses de l'autre que Freud positionne du côté des identifications,

---

<sup>70</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p. 225.

identifications primaires au père qui précèdent toutes les relations d'objet<sup>71</sup> ainsi que l'identification secondaire du moi avec l'image d'amour primaire. Lorsque nous disons que les demandes de l'autre incluent déjà la réponse de l'autre, c'est pour dire que dans chaque demande, du fait même qu'elle soit une demande, elle inclut la demande fondamentale d'être aimé. C'est pourquoi ces fixations pulsionnelles détermineront ce que Freud nomme le « caractère »<sup>72</sup> du sujet. Le rapport du sujet à l'autre dans sa demande se répète dans le transfert. Dans le chapitre « Transfert et suggestion » du séminaire V sur les formations de l'inconscient, Lacan positionne les identifications et la suggestion dans la dimension de la demande d'amour, de par la présence de l'analyste.

Quoi qu'il en soit de la perspective du besoin, ces lignes nous donnent les deux horizons de la demande. Nous trouvons ici la demande en tant qu'articulée, pour autant que toute demande de satisfaction d'un besoin doit passer par les défilés de l'articulation que le langage rend obligatoires.

D'autre part, du seul fait de passer au plan du signifiant, si l'on peut dire, dans son existence et non plus dans son articulation, il y a demande inconditionnelle d'amour, et il en résulte au niveau de celui à qui s'adresse la demande, c'est-à-dire de l'Autre, qu'il est lui-même symbolisé – ce qui veut dire qu'il apparaît comme présence sur fond d'absence, qu'il peut être rendu présent en tant qu'absence. Notez bien qu'avant

---

<sup>71</sup> FREUD, S., « Psychologie des foules et analyse du moi », *Essais de psychanalyse*, Payot : Paris, 1981.

<sup>72</sup> FREUD, S., *Ibid.*

l'*éros* de l'objet c'est-à-dire qu'il soit aimé au sens érotique du terme... la position de la demande comme telle crée l'horizon de la demande d'amour<sup>73</sup>.

La dimension de la demande d'amour existe continuellement et Lacan, tout comme Freud, nous prévient qu'afin de conserver la position d'analyste, nous ne devons pas satisfaire la demande, mais garder une position d'évitement. Pour Freud cependant, la répétition ne se situe pas seulement dans le registre des identifications, mais prend part aux symptômes eux-mêmes. En d'autres termes, ce qui se répète dans la situation analytique n'est pas seulement lié aux rapports avec les *imagos* d'amour mais également aux rapports entre le sujet et ses objets pulsionnels, objets partiels, à la pulsion cherchant satisfaction alors que la conscience n'en sait rien. Pour Freud, le symptôme se base sur la logique du déplacement, de la place de la satisfaction X vers une satisfaction Y. Dans le cas de Dora, Freud écrit : « Les manifestations morbides sont, pour ainsi dire, l'activité sexuelle des malades »<sup>74</sup>.

L'importance est ici pointée sur le déplacement de la satisfaction sexuelle, vers le symptôme, au sens freudien, qui lie la pulsion avec une autre représentation venant à la place de la représentation originaire.

Le symptôme qui se répète dans la situation analytique, inclut l'autre versant du transfert. Lorsque nous parlons de transfert névrotique, il s'agit du versant du savoir et de la vérité. Lorsque le symptôme apparaît lors d'une cure en tant que parole ou comportement, il crée quelque chose d'autre – la signification. L'apparition de la signification de son affect est le transfert.

---

<sup>73</sup> LACAN, J., *Le séminaire, Livre V. Les formations de l'inconscient* [1957-1958], Seuil : Paris, 1998, p. 427.

<sup>74</sup> FREUD, S., "Fragment d'une analyse d'hystérie", *Cinq psychanalyses*, PUF : Paris, 1985, p.86.

Dans la « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École »<sup>75</sup> Lacan écrit un algorithme du transfert :

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s(S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Lacan tente d'écrire le rapport entre l'analyste et l'analysant à partir de la paire signifiante  $S_1$ -  $S_2$ .

Et le transfert apparaît comme un effet de sens du lien de cette paire signifiante minimale. Comment lire cet algorithme ? Sur la ligne supérieure, se trouve la chaîne des signifiants, la parole de l'analysant. Sur la ligne inférieure se place le petit  $s$  avant la parenthèse, qui représente la somme des rapports du savoir au sens. C'est un savoir que l'on présuppose inconscient. La rencontre entre deux signifiants dans la structure fondamentale, établit ou maintient l'hypothèse de l'existence de l'inconscient.

Lacan met l'accent sur la dimension structurelle et symbolique du transfert, il ne s'agit pas d'un dialogue entre deux personnes dans la situation analytique, mais d'un discours spécifique, un discours asymétrique où l'analyste incarne le rapport du sujet au grand Autre, à son Autre symbolique qui naît du fait de sa parole. Il y a ici la préservation de la dimension du tiers, la place d'un troisième – le grand Autre, la place de la parole. Cet accent permet de considérer le transfert non comme une reconstruction ou un retour du passé, mais de considérer ce qui est actuel dans le transfert, dans l'ici et maintenant, en d'autres termes, les rapports symboliques entre le sujet et son Autre. Lorsque l'on demande une analyse, quelque chose passe au-delà

---

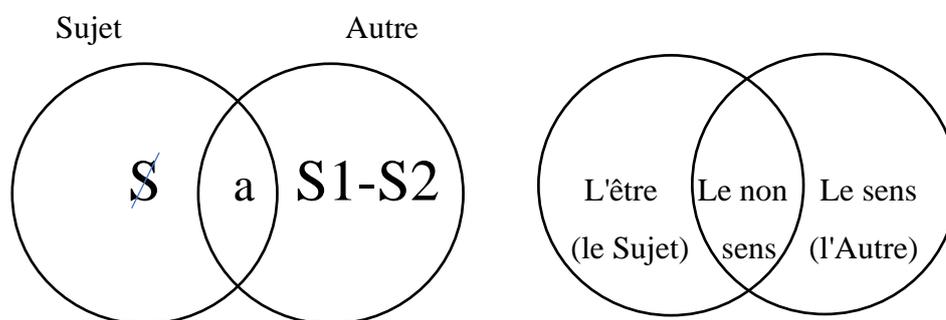
<sup>75</sup> LACAN, J., « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École », *Autres Écrits*, Seuil : Paris, 2001, p. 248.

des relations d'amour avec les *imagos* parentaux vivants, c'est une demande de cure et de savoir quelque chose de ce qui concerne sa souffrance personnelle : qu'est-ce que cela veut dire qu'à chaque fois ça m'arrive lors de la rencontre avec l'autre, quel en est le sens ? Il y a un savoir présumé que l'analyste détient en ce qui concerne la vérité de mon existence, qu'il sait. Nous pouvons le formuler ainsi, je dépose mon objet cause chez l'autre, objet dont je ne sais rien mais sur lequel je demande un savoir. C'est « le sujet supposé savoir » qui a deux significations, le premier est l'analyste à qui l'on suppose un savoir, un savoir au sujet de ma souffrance, ce qui permet le transfert. La seconde signification est l'inconscient lui-même, c'est le sujet supposé savoir au-delà du moi, de la conscience. Ce n'est pas en la personne de l'analyste, mais dans le discours inconscient lui-même qui apparaît soudainement de la parole par le transfert.

D'un point de vue structural, il ne s'agit pas de la rencontre entre une personne et une autre mais d'une rencontre entre un signifiant et l'autre dans le discours analytique, ce qui crée la supposition de l'existence de l'inconscient. Cette démarche produit l'attente d'une réponse de l'Autre du point de vue de ces deux sens-là, celle de l'analyste et celle de l'inconscient lui-même, à la signification de la souffrance, à la vérité du sujet parlant. C'est sur ce point qu'apparaît le transfert

Dans son séminaire sur les quatre concepts de la psychanalyse (1964), Lacan fait un pas supplémentaire qui va le distinguer de Freud et de sa conception du transfert comme une répétition. Dans ce séminaire, Lacan invente deux concepts en relation avec le lien du sujet à la langue : l'aliénation et la séparation.

La langue, d'après Lacan, existe avant même le sujet réel, et c'est à l'intérieur de la langue que l'individu s'établit. C'est à cet endroit que l'individu peut apparaître, il ne peut apparaître qu'au champ du symbolique, qu'on peut aussi appeler le champ de l'Autre. L'individu peut satisfaire ses besoins et ses pulsions, les exprimer de façon à ce qu'une réponse de l'autre lui vienne, seulement au champ de l'Autre. C'est ainsi que le même signifiant se répète à l'individu, venant de l'Autre : « tu as faim », « tu es en colère », « tu ne sais pas bien te tenir », « tu es intelligent », *etc.* C'est le même signifiant qui représente le sujet, l'individu auprès de l'Autre, qui est rappelé comme un élément de la chaîne des signifiants, c'est-à-dire de la langue elle-même. La représentation de l'individu est toujours partielle, elle n'englobe jamais tout l'être, il y aura toujours quelque chose de l'être qui se trouvera en dehors de la représentation du signifiant et ce qui est exclu de la représentation est incompréhensible ; le non-sens.



Il y a toujours un écart, un intervalle entre l'être de l'individu et la signification qui se répète à lui venant de l'Autre, du champ du langage. Le lieu de la coupure ou du croisement entre deux endroits créent justement l'incompréhension, et la fonction du discours est non pas de voir vers où la signification nous mène, mais de diminuer l'incompréhension, diminution qui peut faire découvrir à nouveau ce qui a fixé la jouissance de l'individu. C'est le processus d'aliénation.

Le processus d'aliénation trouve son essence dans la langue elle-même et dans le lien qui existe entre le petit autre et le grand Autre, ce qui établit en même temps le sujet et l'Autre. Cette formulation de l'opération de l'aliénation correspond à l'algorithme du transfert, dans le sens où elle est entièrement signifiante. Il y a cependant à l'opération de l'aliénation une conséquence supplémentaire qui est celle de la séparation.

*« Mais il est une autre fonction, qui institue une identification d'une nature singulièrement différente, et qui est introduite par le processus de séparation.*

*Il s'agit de cet objet privilégié, découverte de l'analyse, de cet objet dont la réalité même est purement topologique, de cet objet dont la pulsion fait le tour, qui fait bosse [...] dans l'analyse, en train de repriser - l'objet a. »<sup>76</sup>*

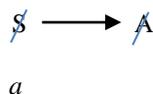
La coupure extrait l'objet dont la pulsion, tournant autour de lui, crée son parcours. L'objet autour du désir est l'objet que Lacan a commencé à formuler dans son séminaire X sur l'angoisse (1962-1963). L'objet *a* est objet de jouissance parce qu'il va au-delà du principe de plaisir et qu'il est plus fortement lié à ce que Freud a appelé la pulsion de mort. C'est davantage une jouissance, un *plus-de-jouir*, qui ne peut pas être représenté mais qui fraie le chemin aux pulsions du sujet. Dans d'autres formulations, Lacan comparera l'objet *a* à l'objet perdu freudien, cet objet que le sujet acceptera de laisser de côté et de placer au champ de l'Autre pour pouvoir le suivre dans ce même champ de l'Autre et construire ainsi son parcours de vie. Lacan a inventé ce concept de jouissance pour le distinguer du concept de besoin et de la pulsion freudienne. On peut dire que la jouissance est une satisfaction libidinale, qui ne se situe pas du côté du besoin animal, mais du côté d'une satisfaction libidinale liée à la langue et à la culture. C'est le coup fatal du signifiant, de la langue sur le corps.

---

<sup>76</sup> LACAN, J., *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Seuil : Paris, 1973, p. 286.

De cette rencontre, s'ouvrent deux destins en lien avec la satisfaction pulsionnelle : l'un qui crée la négation d'une certaine satisfaction tout en la plaçant au champ de l'Autre à l'origine de la recherche éternelle de l'objet perdu, de la perte primitive. Pour le deuxième destin, Freud en formule le mécanisme dans son article « la Négation »<sup>77</sup>, il dit que le sujet dit un « non » primitif, il repousse la possibilité de la renonciation de l'objet de façon à ce qu'il n'y ait pas de perte de jouissance excessive et par conséquent, il n'y a pas de transfert vers le champ de l'Autre. Il n'y a pas de création de manque dans le sujet qu'il pourrait aller chercher chez l'Autre et c'est ce qu'il se passe dans la psychose.

### 1.2.3.1 Transfert névrotique



$\mathcal{S}$ : Sujet barré

$\mathcal{A}$ : Autre barré

$a$ : Objet  $a$

$\longrightarrow$  Sens du transfert

Maintenant que nous pouvons passer au champ de la psychose, comment le transfert dans la psychose fonctionne-t-il ?

Freud a soutenu, à certains moments de son enseignement, que la technique psychanalytique, le traitement psychanalytique avec les sujets psychotiques ne serait pas du tout efficace et même ne serait pas possible. La raison se trouve dans le

---

<sup>77</sup> FREUD, S., « la Négation », *Résultats, idées, problèmes II 1921-1938*, PUF : Paris, 1985, p. 135-140.

transfert. Selon Freud, pour les psychotiques, ou plutôt selon l'expression de Freud, les troubles narcissiques n'ont pas la capacité psychique du transfert, c'est ainsi que la règle fondamentale de la psychanalyse sur les associations libres ne serait pas effective pour eux. Selon Freud, les sujets psychotiques ne chargent pas de libido les objets externes, la libido faisant retour dans le moi, elle est dirigée vers lui-même. C'est pourquoi il utilisait l'expression de troubles narcissiques pour la psychose.

Le renversement, se produisant dans la psychose et pointé par Freud, est essentiel pour comprendre ce qu'il se passe dans la psychose au niveau du fonctionnement du transfert.

Dans la psychose, il y a une inversion de la structure, ce que Alfredo Zenoni appelle « l'inversion du transfert »<sup>78</sup> par exemple, en lien avec la demande d'amour adressée à l'Autre présente dans toute demande de guérison. Il y a une inversion dans les positionnements. Au lieu de la réponse attendue de l'Autre provenant du manque de la satisfaction, qui serait un savoir sur mon être, dans la psychose, c'est le sujet lui-même qui est la réponse à l'amour, si on se réfère ici à l'amour dans le sens large du terme, comme toutes formes possibles que le désir de l'Autre peut prendre. C'est l'Autre qui s'intéresse au sujet, c'est le sujet psychotique qui détient le manque de l'Autre. Cela peut prendre forme dans toute une série de phénomènes à partir de *la curiosité de l'Autre à mon égard, son intérêt, ses mauvaises intentions me concernant, sa volonté de jouir de moi, il m'aime, etc.* Cela signifie que c'est un phénomène qui peut apparaître à partir de l'intérêt positif de l'Autre ou à partir d'un lien négatif à l'Autre. Ce qui se trouve à l'origine du transfert dans la psychose, c'est la réponse au

---

<sup>78</sup> ZENONI, A., « Comment s'orienter dans le transfert ? », *L'Autre pratique clinique*, Erès : Toulouse, 2009, p.231.

manque qui se trouve du côté du sujet, à ce que l'Autre lui veut. Par exemple, un patient du service a ouvert notre première rencontre par ces mots : « vous vouliez me parler ? »

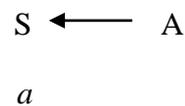
La phrase apparaît à l'envers, ce sujet particulier ne pouvait pas supporter la demande, donc il fallait le formuler à l'envers - l'autre qui prétend lui parler veut quelque chose de lui.

Comme nous l'avons dit, dans les troubles narcissiques, dans la psychose, il n'y a pas de perte de jouissance excessive, l'objet a ne fonctionne pas comme ce qui localise la jouissance, lui donne une langue et un bord. Le manque n'est pas créé dans le sujet qui irait le chercher chez l'Autre. C'est le contraire qui se produit, le réel prend un tour symbolique d'une façon que « le réel est le symbolique lui-même », c'est-à-dire qu'il renverse le symbolique en réel, pas complètement mais en partie. On peut le voir dans une forme de schizophrénie pure, assez rare, que les mots sont chargés d'énergie psychique et reçoivent le statut de la Chose. Dans le cas de la paranoïa, on peut voir que la jouissance est simplifiée, elle vient de l'extérieur vers le sujet. En ce qui concerne le transfert, dans le cas de la schizophrénie pure, on voit que le transfert est totalement absent, il y a une indifférence complète à l'Autre, un narcissisme complet. Mais ce sont des cas rares. Dans des versions mixtes ou paranoïdes et aussi dans la mélancolie, l'objet perdu ne fonctionne pas comme cause du désir mais il fonctionne comme inséparable du sujet de la jouissance comme objet perdu de l'Autre. C'est le sujet qui incarne, qui prend la place de l'objet de jouissance pour l'Autre, c'est lui qui manque à l'Autre. C'est le monde qui tourne autour du sujet. Par conséquent, on peut saisir cette inversion structurale du transfert comme une érotomanie généralisée, que ce soit du côté positif (on s'intéresse à moi, on m'aime, etc.) ou du côté négatif,

persécutant. Ce sont des conséquences directes du psychotique a son objet a « dans sa poche »<sup>79</sup> que formule Lacan. En raison de la structure inversée du transfert dans la psychose, la localisation de l'objet du côté du sujet et l'expérience dans la rencontre avec l'Autre ne posent pas question comme cela se produit dans la névrose, mais c'est une expérience de certitude. Tu veux profiter de moi ! Tu me demandes cela parce que tu veux t'amuser à mes dépens !

### 1.2.3.2 Transfert psychotique

On écrira le transfert psychotique de cette façon :



S : Sujet non barré

A : Autre

a : Objet a

← Sens du transfert

Ci-dessous, nous verrons une autre dimension du transfert liée à l'institution et au travail en institution.

---

<sup>79</sup> LACAN. J., « Petit discours aux psychiatres », Conférence à l'Hôpital Sainte Anne, 1967, *inédit*.

#### 1.2.4 Quel Autre : manœuvres de la demande

« La ségrégation commence avec la négation du " ça s'adresse à moi ; à moi qui suis constitué par cette adresse, quand bien même mon offre la produite." »<sup>80</sup>

Quiconque entre dans un service psychiatrique, même en tant que visiteur, se confronte presque en premier lieu, à la demande. Les gens viennent vers vous et vous demandent votre nom, votre identité, si vous êtes de l'équipe et des patients. Quelqu'un peut vous demander une chose en particulier, un objet : de l'argent, des cigarettes, à manger, *etc.* Dans les services fermés, on peut y rajouter la demande de sortie, l'exigence de sortir dans la cour, la demande de ne pas prendre de médicament, ou de prendre un médicament différent, l'exigence de recevoir des drogues de la part de l'équipe plutôt que des médicaments, demande de voir le médecin, demande de parler, *etc...* Mais quel est le statut de ces exigences ? Comment y répondre ? Et comment peut-on les lire dans la perspective des liens, c'est-à-dire, comme une demande au sens psychanalytique ?

Dans tous les passages où Lacan formule la structure de la demande, il parle de la demande dans la névrose. Lacan formule la structure de base de la demande ainsi : toute demande repose sur un certain besoin, dans son sens primordial, mais chaque besoin doit passer par une chaîne de signifiants, la transformation du besoin mythique (il en parle en ces termes) en signifiants contient la demande, parce que ces signifiants viennent de l'Autre et sont dirigés vers l'Autre.

---

<sup>80</sup> LEGUIL, F., « Les enfants contumax », *La petite Girafe*, 2005, n°21, p. 8-14.

La demande est renvoyée à l'Autre et dans ce qui revient de l'Autre, il y a toujours un écart, un manque, dans lequel se loge le désir. Dans le texte « Subversion du sujet », Lacan formule la pulsion comme ce qui reste de la demande quand le sujet disparaît.

*« Mais si notre graphe complet nous permet de placer la pulsion comme trésor des signifiants, sa notation comme (S' ∅ D) maintient sa structure en la liant à la diachronie. Elle est ce qui advient de la demande quand le sujet s'y évanouit. Que la demande disparaisse aussi, cela va de soi, à ceci près qu'il reste la coupure, car celle-ci reste présente dans ce qui distingue la pulsion de la fonction organique qu'elle habite : à savoir son artifice grammatical, si manifeste dans les réversions de son articulation à la source comme à l'objet (Freud là-dessus est intarissable). »  
81*

Lacan distingue trois formes de demande : premièrement, elle est liée à la satisfaction d'un besoin, deuxièmement, elle est liée au grand Autre comme demande d'amour et enfin, la demande est liée à la pulsion à l'endroit où se rejoignent la chaîne des signifiants et la jouissance.

Articulons pourtant ce qui structure le désir.

Les deux premières formes supposent la perte d'un objet et son repositionnement dans le champ du grand Autre, que le sujet soutient.

*« Le désir est ce qui se manifeste dans l'intervalle que creuse, la demande en deçà d'elle-même, pour autant que le sujet en articulant la chaîne signifiante, amène au jour le manque à être avec l'appel d'en recevoir le complément de l'Autre, si l'Autre, lieu de la parole, est aussi le lieu de ce manque.*

*Ce qui est ainsi donné à l'Autre de combler et qui est proprement ce qu'il n'a pas, puisque à lui aussi l'être manque, est ce qui s'appelle l'amour, mais c'est aussi la haine et l'ignorance. »<sup>82</sup>*

L'intervalle est ce qui permet de positionner l'interprétation comme une intervention de la part du thérapeute se positionnant comme un Autre. Ainsi toute interaction dans le service, qui cause des affects, est liée à l'objet pulsionnel du sujet. Cependant, il y a un danger, contre lequel Lacan met souvent en garde, ce serait d'être dans une

---

<sup>81</sup> LACAN, J., *ibid.*, p.817.

<sup>82</sup> LACAN, J., *Ibid.*, p 627.

position trop interprétative, une position qui croit connaître la vérité sur l'objet pulsionnel du patient. C'est une des raisons pour lesquelles Lacan était si opposé à la conception kleinienne du noyau psychotique, puisque Klein l'identifiait au fantasme du corps maternel.

*« Le névrosé en effet, hystérique, obsessionnel ou plus radicalement phobique, est celui qui identifie le manque de l'Autre à sa demande,  $\Phi$  à D.*

*Il en résulte que la demande de l'Autre prend fonction d'objet dans son fantasme, c'est-à-dire que son fantasme (nos formules permettent de le savoir immédiatement) se réduit à la pulsion : (S  $\diamond$  D). C'est pourquoi le catalogue des pulsions a pu être dressé chez le névrosé. »<sup>83</sup>*

Or, ce qu'on peut dire qui se produit dans la psychose si le point de départ est que le sujet psychotique n'a pas perdu l'objet, c'est qu'il n'est pas situé dans le champ de l'Autre. En ce qui concerne les objets freudiens : l'objet oral et anal, selon les exemples que j'ai apportés au début, le sujet tente d'attraper l'objet tout en effaçant la dimension du grand Autre dans ses relations avec les autres. Autrement dit, tout ce qui exprime le désir de l'Autre sera vécu comme la jouissance de l'Autre, comme un excédent insupportable à rejeter.

*« Le sujet psychotique est envahi par la jouissance, sans protection, sans la médiation qu'opèrent chez le névrosé la fonction phallique et le fantasme. Si le sujet est sur le versant paranoïaque, il est objet de la jouissance de l'Autre ; s'il est sur le versant schizophrénique, la jouissance n'est pas dans l'Autre mais dans le corps et aucune signification ne peut traiter l'excès de jouissance. Le Président Schreber réalise un mixte de ces deux modes. Quand nous recevons un sujet psychotique, le problème se pose donc de comment il peut se protéger de son affrontement immédiat à la jouissance, et c'est souvent l'autre pôle de sa demande. »<sup>84</sup>*

Alors, comment manœuvrer dans la psychose ? Comment faire avec la demande ? Et comment faire avec ces sujets qui ne demandent rien ? Ce sont des sujets qui

---

<sup>83</sup> LACAN, J., *Ibid.* p. 823.

<sup>84</sup> ROLLIER, F., « La demande du sujet psychotique: " maîtriser la Chose " ou " oblitérer la nature " (Yayoi Kusama) », *Les Cahiers Cliniques de Nice*, n° 12, 2014, p. 69.

s'adressent à nous seulement dans l'urgence qui est un signe ici de l'intrusion de la jouissance de l'Autre, mais qui ne demandent rien dans la dimension de l'inconscient.

Dans la manœuvre, nous conduisons le sujet dans des conditions d'une possible formation d'une demande, c'est-à-dire qu'il puisse se plaindre à nous des phénomènes qui l'assaillent, en isolant progressivement le point d'énigme et ses liens aux phénomènes élémentaires. L'idée est de se faire l'adresse pour une plainte et une demande à s'en défaire par exemple, ou à en recevoir une protection grâce à la parole, à loger quelque chose de l'objet chez l'Autre, chez nous en tant qu'autres. Cela concerne les cas de grande décompensation. Dans les cas d'urgence, il y a la tentative de donner quelque chose de la jouissance envahissante, au moyen du symbolique. Premièrement, par l'accueil, par le fait de se faire l'adresse de la souffrance. Mais cela ne suffit pas, le travail symbolique doit se faire tiers de la demande, en lien entre la chaîne signifiante et la jouissance, mais dans la direction opposée à celle de la névrose : si dans la névrose, on crée de l'écart, un trou dans la signification ; dans la psychose, on essaie d'aider le sujet à faire du lien entre ce qui lui arrive et les signifiants.

#### 1.2.5 La direction de la cure dans la psychose

Le traitement psychanalytique tel que Freud l'a inventé repose sur la parole dans le cadre du transfert. Le principe de la libre association dans le cadre du transfert devrait mettre l'inconscient au travail. Cependant, comment un tel traitement peut-il agir avec des sujets dont l'inconscient ne fonctionne pas et qui positionne le savoir du côté du sujet et non pas du côté de l'Autre ?

Lacan écrit à la fin de son article « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » : « Car user de la technique qu'il a instituée, hors de l'expérience à laquelle elle s'applique, [la névrose] est aussi stupide que d'ahaner à la rame quand le navire est sur le sable. »<sup>85</sup> La question préliminaire repose donc sur la manœuvre du transfert.

Le point de départ lacanien sur le traitement de la psychose s'appuie sur des conclusions freudiennes : la psychose est un changement structurel par rapport au langage vers le narcissisme, qu'il nomme l'imaginaire. Les symptômes psychotiques, principalement le délire, sont des tentatives de guérison.

S'agissant dans la psychose d'une instabilité du système psychique, si on considère le système psychique en tant que système de signifiants, le but d'une intervention psychanalytique en est la stabilisation. Comme nous l'avons examiné, il existe dans la psychose une possibilité que la chaîne des signifiants passe dans le réel. En effet, pour que le signifiant passe au réel, il suffit qu'elle soit présentée sous forme d'une chaîne brisée.

En outre, en conséquence de la forclusion, l'instabilité du système se situe au niveau du discours, c'est-à-dire que le sujet prend la place d'objet dans le discours. Ceci produit pour le sujet un Autre problématique, obscur, et par conséquent malveillant. Dans la psychose, il y a toujours l'Autre qui ne fonctionne pas. C'est pourquoi les symptômes ne se présentent pas comme un problème d'une opacité subjective (au contraire, le sujet se sent plutôt « transparent », c'est-à-dire qu'il a l'impression qu'on le manipule, qu'on lit ses pensées, qu'on commande ses mouvements), mais comme

---

<sup>85</sup> LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *Écrits*, Seuil : Paris, 1966, p. 583.

une opacité de l'Autre. Rejeté du symbolique par l'absence de la métaphore paternelle, le  $x$  de désir est transféré au réel plutôt que de se trouver entre les signifiants, entre les lignes comme cause du désir. Le sujet est d'avis que ce qui se passe dans le monde est un signe adressé à lui, même si de prime abord il n'en connaît pas les raisons, ni ce que cela signifie. Le lieu de l'Autre, de la langue, est ensuite imposé au sujet comme étant traversé par une signification hostile du fait de sa nature énigmatique.

Ultérieurement, le traitement sera le traitement de l'Autre dans le sens de réguler l'Autre. Le savoir étant au côté du sujet, nous pouvons être son partenaire dans le chemin de sa reconstruction de la réalité, de son élaboration délirante.

Comment concevoir cet Autre du sujet, cet Autre qui fait une régulation de l'Autre ? Nous pouvons supposer que « l'Autre est l'atmosphère du sujet. Un sujet n'est pas concevable sans cet Autre qui forme son atmosphère. Une atmosphère constituée de sens et de vérité [...] c'est en rentrant dans cette atmosphère qui est faite de sens, de vérité et de soutien, qu'un analyste peut trouver une place qui ne soit pas uniquement celle de soignant ou de thérapeute, mais une place de partenaire du sujet. »<sup>86</sup>

Si, avec des névrosés, l'analyste prend la place de sujet-supposé-savoir, la meilleure place à occuper avec des psychotiques demeure celle de l'ignorant, du scribe, de celui qui demande au sujet psychotique qu'il lui apprenne quelque chose.

Nous avons découvert grâce aux quatre discours que la place que l'analyste pourrait occuper dans le transfert est désignée, prescrite par les possibilités de la structure. Dès

---

<sup>86</sup> DI CIACCIA, A., *Qu'est-ce que la psychose ?* Le Pont Freudien. 2012. [Accessible en ligne sur <http://pontfreudien.org/content/antonio-di-ciaccia-quest-ce-que-la-psychose>]

lors, Colette Soler<sup>87</sup> nous signale que la manœuvre attendue ne sera pas bien orientée, sauf s'il a une idée de la structure dans laquelle il se trouve.

Lacan n'évoque pas directement la direction qu'est supposée prendre la cure avec la psychose, comme il le fait avec la névrose dans son article sur la direction de la cure. Il donne quelques indications, quelques concepts comme le point de capiton. Il adopte le concept de la théorie linguistique de Saussure pour décrire le mécanisme qui permet d'arrêter le débordement signifiant. Toutefois, nous pouvons présumer que le point de capiton est l'élément qui permet au psychotique en l'absence de fonction du Nom-du-Père, un remplacement de la métaphore, un point d'arrêt dans le discours et au final la stabilisation de son système mental. Par exemple, être la femme de Dieu dans le cas Schreber, ou encore être une mère, être musicien sont des identifications qui répondent à la question de l'être du sujet dans leur discours.

Se faire secrétaire de « l'aliéné ». Que nous dit cette expression de Lacan ? Elle indique tout d'abord, de prendre dans le transfert une place de non-savoir, d'être le témoin de ceux qui savent et partagent son savoir. Cela ne signifie pas uniquement se mettre à la place du dispositif de prises de notes, de position passive, mais aussi travailler sur sa présence en tant que sujet, introduire le sujet dans une instance définie par sa relation à l'ordre symbolique en tant que tel.

Voici la signification de la notion d'*hystorisation*. Ce n'est pas l'anamnèse au sens psychiatrique, mais plus la coordination subjective de réintroduction au champ de l'Autre.

---

<sup>87</sup> SOLER, C., « Le sujet psychotique dans la psychanalyse ». *Psychose et création*. Navarin : Paris, 1990, p. 28.

Toutefois, ce travail n'est pas sans risque, on reste toujours dans le risque de tomber dans une relation imaginaire agressive pouvant amener le passage à l'acte.

Dans l'institution, l'impératif éthique de l'analyse que Lacan souligne dans *Télévision* situe le *bien dire* du sujet du côté des équipes.

## 1.3 L'institution psychiatrique en Israël

Ce chapitre est divisé en deux parties : la première présentera un bref historique du développement de la psychiatrie et de ses institutions en Israël à partir de recherches existantes et du développement du Droit israélien concernant le traitement et le rétablissement des malades mentaux en Israël. Dans la deuxième partie, je me pencherai plus spécifiquement sur le développement de l'hôpital Shalvata<sup>88</sup> et de son lien à la psychanalyse en Israël. Cette étude se fera à partir du point de vue de ceux ayant participé et participant toujours à la gestion et l'existence de cette institution.

### 1.3.1 Psychiatrie et institutions

En Israël, la littérature scientifique sur l'Histoire et la sociologie du développement de la psychiatrie et de son institution en général, mais aussi son lien avec la psychanalyse en particulier, depuis son commencement et jusqu'à nos jours, est peu étendue par rapport à celles d'autres pays. Un travail significatif et important a pourtant été fait, qui s'est intéressé à l'avènement de la psychiatrie avant la fondation d'Israël en 1948 jusqu'aux années cinquante. Citons en exemple le travail de Guido Liebermann intitulé « la psychanalyse en Palestine 1918-1948 »<sup>89</sup>, le travail de Rakefet Zalashik qui a pour titre « Les immigrants arrivant en Israël, les réfugiés et l'institution psychiatrique en Israël »<sup>90</sup> ou le travail d'Eran Rolnik<sup>91</sup> qui s'est aussi penché sur la naissance de la psychanalyse en Palestine, principalement par son étude approfondie

---

<sup>88</sup> L'hôpital Shalvata est un CHU rattaché à l'université de Tel Aviv, situé dans le centre d'Israël.

<sup>89</sup> LIBERMANN, G., *La psychanalyse en Palestine 1918-1948. Aux origines du mouvement analytique israélien*, Campagne première : Paris, 2012.

<sup>90</sup> ZALASHIK, R., *Les immigrants arrivant en Israël, les réfugiés et l'institution psychiatrique en Israël*, Hakibutz Hameukhad : Tel-Aviv, 2008, [en hébreu].

<sup>91</sup> ROLNIK, E., *Freud in Zion: Psychoanalysis and the Making of Modern Jewish Identity*, Karnac: London, 2012. [en anglais].

de la correspondance de Freud avec les psychanalystes qui arrivèrent en Israël. Toutes les recherches s'arrêtent dans les années soixante du siècle dernier, au moment de la mise en place du système de santé publique en Israël. En revanche, il n'y a pas de recherche détaillée sur le développement des institutions psychiatriques elles-mêmes, ni sur les changements de spécialité qu'elles traversèrent, ni sur les changements de l'approche thérapeutique au fil du temps, ni sur la conception de la maladie mentale et à la suite de cela, les changements dans la conception du traitement. De la même façon, il n'y a pas de recherche s'intéressant à la distinction entre les différentes institutions, à la mesure de l'influence des conceptions psychanalytiques sur les modes de diagnostic et de traitement, *etc.*

En fait, en Israël, le mouvement de psychothérapie institutionnelle ne s'est pas développé comme cela a pu se développer en Europe ou dans certaines régions des États-Unis. Ce n'est pas qu'il n'y a pas eu d'institution de ce genre, influencée par les idées du mouvement de l'antipsychiatrie qui naquit en Angleterre, ou encore des institutions de traitement pour les enfants, par exemple, qui ont été ouvertes par des psychiatres d'orientation psychanalytique, mais jamais en Israël ne s'est développé l'idéologie, les objectifs et la recherche, comme cela s'est passé en France par exemple.

Quand on vient raconter l'histoire d'une institution, l'action même de raconter, d'écrire, s'inscrit dans l'histoire elle-même qu'elle vient décrire. Les images, les mots, le choix de certains détails par rapport à d'autres, le choix du discours de certaines figures de l'institution sur d'autres, sont influencés consciemment et inconsciemment par les forces sociales, les transferts, par la langue qui établit le sujet qui questionne, celui-là même qui écrit. Il n'y a pas de point de vue externe à la

narration historique que l'on décrit, comme l'écrivait Heidegger, l'*étant* est toujours placé dans la question qu'il soulève, la raison n'ayant aucun point d'appui en dehors de sa finalité, en dehors de l'histoire qui le constitue, en dehors de l'être avec lequel elle se questionne.

L'institution que nous étudions est l'institution imaginaire, c'est-à-dire qu'il s'agit de la représentation de l'institution chez ceux qui y opèrent.

*« Toute organisation réelle se double d'une organisation imaginaire. L'institué existe et fonctionne grâce au renvoi qui s'opère entre les structures en place et leur double imaginaire, grâce au jeu constant qui s'instaure entre le fonctionnel et le fantasmatique. Partir de ce postulat c'est désigner l'existence d'une vie psychique dans l'organisation. Lieu de création d'images communes, comme médiation dans la constitution des liens entre le sujet et le corps social institué, l'imaginaire puise sa source dans la capacité humaine à faire surgir des représentations. »<sup>92</sup>*

L'institution imaginaire ne contient pas seulement l'imaginaire mais elle se compose à valeurs égales de la dimension symbolique. La culture du discours, les concepts, les codes linguistiques que les personnes de l'équipe utilisent pour se comprendre entre elles sans avoir à s'en expliquer, mêlant ces deux dimensions : la dimension imaginaire et la symbolique.

### 1.3.2 La naissance des hôpitaux psychiatriques

Alors que des révolutions ont lieu dans le domaine de la psychiatrie en Europe, en Palestine selon le nom de la terre d'Israël dans la période ottomane, peu de choses ont bougé. Il s'agit d'un territoire avec une population pauvre et rurale qui était tenue par des perceptions et des croyances religieuses en ce qui concernait les malades mentaux. Dans une perspective de santé publique en tant que politique gouvernementale ayant un grand contrôle au temps de la domination ottomane, il n'y

---

<sup>92</sup> GIUST-DESPRAIRIES, F., *L'imaginaire collectif*, Erès : Toulouse, 2009, p. 143.

avait aucun désir ni moyen de développer la médecine en général et la psychiatrie en particulier.

Avant l'établissement d'institutions d'hospitalisation pour les malades mentaux, les religieuses de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul leurs avaient offert un abri. Elles ont commencé leur action à Jérusalem en 1885. L'hospitalisation des malades mentaux était réglementée par la loi ottomane du 3 mars 1892. Cependant, de nombreuses familles qui voulaient ou devaient faire hospitaliser un membre de leur famille rencontraient de grandes difficultés car le processus d'hospitalisation était bureaucratique, complexe avec des délais prolongés. Le premier hôpital pour les malades mentaux qui fut créé en Israël était un hôpital de « secours aux femmes ». Il ouvrit en 1895 par l'association de « secours général aux femmes » : des femmes, Haya-Zifa Pines, Rosa Feinstein et Ita Yalin, travaillèrent dans le but de soutenir financièrement les femmes pauvres, malades ou en période de maternité. Les premiers administrateurs de l'hôpital étaient des médecins sans formation spécialisée en psychiatrie et l'hôpital fut plutôt géré comme un hôpital général ou comme un refuge.

Ce n'est qu'en 1921 que Dorian Feigenbaum fut nommé directeur de l'hôpital. Il était un psychiatre spécialisé, psychanalyste, formé par Freud, Rank, Gross, Deutsch et Radu. Bien que Feigenbaum ait transformé l'hôpital en institution psychiatrique afin d'accueillir des patients souffrant de troubles mentaux uniquement, et qu'il introduisit la passation systématique du test du Rorschach à la population hospitalisée en tant qu'outil de recherche pour l'étude de la psychose. Il n'est pas possible de trouver une description de l'usage de la pensée psychanalytique pour orienter les soins et l'organisation pour les patients pendant cette période. Feigenbaum a été limogé de son poste de directeur d'hôpital peu de temps après s'être querellé avec la direction au

sujet de l'introduction de la psychanalyse dans l'institution. On peut se référer en détails à cela dans le livre d'Eran Rolnik<sup>93</sup>.

Avec la fin du contrôle d'Israël par le mandat britannique, les institutions de santé des villes devinrent des structures indépendantes. Le 6 avril 1947, Avraham Katznelson, à la tête du comité national de la Santé, proposa de transférer les institutions médicales, qui se trouvaient aux mains du gouvernement mandataire, aux régions. Ainsi, avec la création de l'État d'Israël, le département de la Santé mentale fut créé. En même temps, il existait en Israël des institutions comme par exemple « l'aide aux femmes » et d'autres petites institutions à Jérusalem et à Tel Aviv sans aucune orientation spécifique de traitement. Il y avait également un hôpital public, l'hôpital psychiatrique de Bat Yam qui s'appellera plus tard le centre de la santé mentale d'Abarbanel. Et en outre, il y avait une institution appartenant aux caisses d'assurance maladie qui était l'hôpital psychiatrique de Geha.

Le développement du système de la santé mentale en Israël est basé sur un réseau national d'hôpitaux psychiatriques créés durant les premières années de vie de l'État. Il semble que cela ait été la seule possibilité ainsi que la réponse immédiate au problème créé par le flot d'immigration, notamment pour beaucoup rescapés et survivants de l'Holocauste souffrant de troubles psychiques. Fournir des abris immédiats était devenu à l'époque une question politique urgente, alors que le processus d'élaboration d'une prise en charge de secteur était secondaire<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> ROLNIK, E., *Op. Cit.*

<sup>94</sup> AVIRAM, U. "Facilitating deinstitutionalization: A comparative analysis", *International Journal of Social Psychiatry*, 27: 23-32. [en anglais].

L'orientation du traitement au sein de l'hôpital a également été influencée par les médecins alors en vigueur, dont l'approche était tournée vers une médecine curative mettant l'accent sur les états aigus. Par conséquent s'est établie une réticence à traiter la réhabilitation et le soutien aux personnes atteintes de troubles chroniques. Pour la plupart, ces derniers ont souvent été placés en institutions, semblables à des asiles.

Dans les années soixante-dix, il a eu un mouvement orienté vers une réorganisation des services de santé mentale, vers la prestation de services complets de santé mentale dans des régions géographiquement définies<sup>95</sup>. Cette réorganisation a été sans aucun doute influencée par le modèle américain de centres de santé mentale sectorisés. Plusieurs centres sectorisés de santé mentale ont ainsi été établis<sup>96</sup>.

Israël peut être considéré comme un État intéressé par la question du bien-être, prenant sur lui la responsabilité de la prise en charge de populations fragiles. L'Institut national des assurances offre une vaste gamme d'avantages. En conséquence, les handicapés mentaux ont le droit à des prestations sociales telles que des allocations d'invalidité et une aide financière pour la location d'appartements thérapeutiques<sup>97</sup>. Pourtant, jusqu'à récemment, les projets de réadaptation et de formation professionnelle pour les patients atteints de troubles chroniques n'étaient pas en phase avec l'expansion des cliniques ambulatoires. En l'an 2000, la révision de la loi en faveur des handicapés mentaux passe à l'initiative grâce à la parlementaire Tamar Godzansky et amène un développement important. Selon cette loi, chaque patient

---

<sup>95</sup> TRAMER, L. (1975). A proposal for the reorganization of the mental health services system: A comprehensive integrated plan. *Public Health*, 18: 1-12. [en anglais].

<sup>96</sup> MILLER, L. (1977). Community intervention and the historical background of community mental health in Israel. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15:300- 319. [en anglais].

<sup>97</sup> AVIRAM, U. Mental health services in Israel at a crossroads. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1996, n°19, p. 327-372.

handicapé a le droit à un ensemble de services de réadaptation ajustés selon ses besoins individuels. Le gouvernement a été chargé d'allouer un budget supplémentaire pour répondre à ces besoins (foyer de vie, appartements thérapeutiques, unités de réadaptation, clubs sociaux, soins dentaires, *etc.*) sur les cinq années qui arrivaient. Les patients hospitalisés n'ayant pas besoin de ces services étaient réintégrés progressivement dans la communauté.

## 1.4 L'hôpital psychiatrique Shalvata

La caisse d'assurance maladie Clalit a été ouverte en 1911 en réponse à la prestation de services médicaux pour les travailleurs issus de la seconde immigration. La caisse d'assurance maladie Clalit fut le facteur mobilisant et central dans la prestation de services sanitaires pour la population juive en Israël et fonctionna selon un modèle aux principes de Bismarck.

En 1942, la caisse maladie Clalit a créé l'hôpital psychiatrique Geha grâce aux fonds d'invalidité datant de 1929 et dont le but était de soutenir le processus de réadaptation des membres de la caisse devenus handicapés. A l'hôpital psychiatrique Geha, furent traités des membres de cette caisse maladie qui souffraient de troubles mentaux aigus. En fait, à la place de l'hôpital Geha, il y avait un hôpital privé Bitan qui était géré par le Dr. Reuven Meyer. L'hôpital fut racheté par la caisse maladie et fut dirigé par le Dr. Heinrich Zvi Vinik. En 1947, la caisse maladie ouvrit l'institution appelée Dan à Pardes-Katz qui servait de « centre de convalescence pour les malades mentaux » – une institution ouverte destinée aux malades mentaux en phase de rétablissement et qui donc n'avait pas besoin d'institution fermée –.

Le Dr. Heinrich Zvi Vinik changea le nom de l'institution Dan pour Shalvata et l'institution garda sa place à Pardes-Katz jusqu'en 1956. Shalvata à Pardes-Katz a servi de services après les hospitalisations à Geha mais est lentement devenue une institution en soi, avec un service fermé de vingt-six lits d'hospitalisation. En 1956, la fondation a transféré l'institution Shalvata à Migdiel Ramatayim (aujourd'hui il s'agit de la ville de Hod Hasharon), et c'est devenu un hôpital psychiatrique officiellement

indépendant. Le territoire, sur lequel l'hôpital a été créé, a d'abord été utilisé comme un village communal transitoire pour les fondateurs du kibboutz Sha'ar Ha'amikim et après que les fondateurs furent passés à un village entièrement établi, fut installé à cet endroit un hôpital pour les tuberculeux. Ce n'est qu'après l'éradication de la tuberculose que le lieu fut transformé en hôpital psychiatrique.

L'hôpital Shalvata a une histoire particulière et différente comparée au développement d'autres hôpitaux en Israël. Le lien étroit avec la psychanalyse a commencé dès la naissance de l'hôpital et lui a donné jusqu'à ce jour un caractère particulier. Cependant, il s'agit d'un caractère insaisissable en lien d'une part avec l'éthique thérapeutique de l'hôpital, et d'autre part avec l'éthique thérapeutique qui, lorsqu'on essaie de la formuler, s'estompe et devient les mots de l'auteur qui écrit.

La fondatrice de l'hôpital Shalvata s'appelait Ruth Yaffe, elle était médecin, travailleur social et psychanalyste, ayant fait son analyse avec Dr. Wolf qui fonda le mouvement psychanalytique en Israël.

Sous la responsabilité du Pr. Yaffe, s'est établi pour la première fois en Israël un service ouvert. L'ouverture de ce service ouvert est arrivée de la même façon que les découvertes importantes dans l'histoire de l'humanité, c'est-à-dire, par hasard : « Un jour, raconte le Pr. Yaffe, il y a eu un dysfonctionnement dans la serrure du portail et le serrurier ne pouvait pas venir tout de suite le réparer. Nous craignons que les patients s'enfuient. Le serrurier n'est pas venu non plus le lendemain, et de toutes façons, les malades étaient restés, ils ne s'étaient pas échappés. Ils se promenaient dans les rues à proximité et revenaient satisfaits à l'institution. Quand j'ai vu que le personnel n'était plus préoccupé par l'évasion des patients, j'ai décidé que la porte

resterait ouverte et c'est ainsi qu'apparut la première institution psychiatrique du pays. »<sup>98</sup>

Nous voyons dans cette brève citation comment rétrospectivement le mythe et l'éthique de Shalvata furent construits : premièrement en tant que lieu « ouvert », l'accent est mis sur l'humanisme dans la mesure où on peut faire équivaloir la psychothérapie à l'humanisme. Deuxièmement, on peut mettre l'équipe thérapeutique au centre de l'intervention analytique.

Qu'est-ce que cela veut dire ? On peut se référer à la formule du Pr. Yaffe comme la formulation dans l'après-coup d'un acte qui repose sur l'appel de l'équipe « quand j'ai vu que le personnel n'avait plus peur ». Autrement dit, l'état psychologique de l'équipe, le discours qui y a cours, leurs sentiments, leurs préjugés, la dimension refoulée ont été pris en compte dans leur ensemble dans l'action thérapeutique de ceux qui s'y logent comme interprètes.

Avec cette éthique, elle a développé la structure du travail de l'hôpital : le développement d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre thérapeutique et dans le cadre de la prise de décision, par une intégration de l'équipe pluridisciplinaire dans les réunions d'équipe. L'introduction de l'ergothérapie se fit en tant que partie intégrante des services thérapeutiques et de la routine quotidienne des patients. On introduit le nom de « patient de jour » pour les personnes qui sortaient les soirs pour leur domicile. Le Pr. Yaffe, en tant que psychanalyste et directrice, exigeait que tous les internes en psychiatrie de l'hôpital soient en analyse personnelle, certains avec elle. Cette exigence est difficile à imaginer dans les milieux psychiatriques contemporains.

---

<sup>98</sup> WITSTOM, MARGOLIN, "Discussion", *Volume L.*, numéro 2, mars 2016. [en hébreu].

En 1973, Shamai Davidson a été nommé directeur de l'hôpital, en remplacement du Pr. Ruth Yaffe. Davidson, né en Irlande dans la ville de Dublin, a grandi à Glasgow où il a terminé ses études de médecine. Après cela, il se spécialisa en psychiatrie à Oxford et fut un ami proche de Ronald Laing, l'un des leaders du mouvement antipsychiatrique. En 1955, à l'âge de 29 ans, il émigre en Israël. Au cours des cinq premières années, il travaille avec le Pr. Winick, psychanalyste membre de la Société viennoise de psychanalyse à l'hôpital Talbieh de Jérusalem. C'est à ce moment qu'il a commencé sa formation analytique qui a pris fin en 1969 et fut accepté comme psychanalyste membre de la Société israélienne de psychanalyse. Davidson s'intéressait au travail psychanalytique avec des survivants de l'Holocauste ainsi qu'à la psychothérapie familiale. En collaboration avec l'Université de Haifa et les caisses d'assurance maladie Clalit, il a publié en 1973 un livret intitulé « Domaines d'activités psychothérapeutiques » dans lequel il publia certains travaux sur le sujet. Davidson croyait en la psychiatrie communautaire et pensait que la psychiatrie à l'époque était trop fermée et trop isolée, dans les murs de l'hôpital psychiatrique. Davidson croyait qu'il y avait un danger dans le développement de la recherche médicale, en laboratoire, avec des ordinateurs, détachée et bien loin du modèle holistique traditionnel de la relation médecin-patient et il s'est exprimé à plusieurs reprises sur le processus de déshumanisation de la médecine.

Davidson a agrandi les services d'hospitalisation, les centres ambulatoires et l'une des principales mesures qu'il a prises a été de créer une unité communautaire de santé mentale à Raanana, dans le centre d'Israël. De nos jours, on les a transformés en foyers de vie. A partir de sa conception psychanalytique de la pathologie psychiatrique, Davidson a vu une importance primordiale dans le développement de la

psychiatrie communautaire et dans ce cadre, l'intégration des membres de la famille dans le traitement. A son époque, alors que la tendance commençait sous la direction du Pr. Yaffe, Shalvata était devenue synonyme de traitement psychothérapeutique et autour de cette tradition, patients et thérapeutes cherchaient à y venir. Davidson a dirigé l'hôpital jusqu'à sa mort en 1986. Pendant son mandat, tous les chefs de service étaient des psychanalystes, membres de l'Institut psychanalytique d'Israël à Jérusalem ou psychanalystes formés à l'Institut. De plus, il avait instauré les « conférences du mercredi » d'après la tradition psychanalytique du groupe du mercredi fondé par Freud. La plupart des conférences portaient sur des sujets psychanalytiques.

« Les conférences du mercredi étaient des événements festifs, suivies de déjeuners. Autrement dit, les rencontres étaient prévues à Shalvata le mercredi autant pour entendre une conférence que pour partager un repas ensemble dans la salle à manger. Tout était une question de lieu. On apprenait et on soignait, c'est-à-dire que nous aussi, on recevait quelque chose. »<sup>99</sup> Parfois, les membres de l'Institut psychanalytique de Jérusalem se réunissaient à Shalvata pour travailler et étudier.

A la suite de Shamaï Davidson, le Dr. Micha Neuman fut nommé. Dr. Neuman est né à Berlin en 1932, fils d'Erich Neumann, un psychanalyste qui fut l'un des étudiants préférés de Jung. En 1934, à cause de la montée au pouvoir du nazisme, la famille émigre en Palestine et s'installe à Tel Aviv. Micha Neuman a d'abord étudié à la faculté de médecine de Zurich et plus tard à l'Université hébraïque de Jérusalem. Après une spécialisation en psychiatrie, il a étudié la psychanalyse à Jérusalem et fut un membre actif. Neumann a dirigé l'hôpital de Shalvata jusqu'en 1997. En 1992, il a publié une série d'articles dans une revue consacrée à la psychanalyse et à la

---

<sup>99</sup> Mme E. H. La responsable du pôle des travailleurs sociaux.

psychothérapie en Israël intitulée *Conversations* concernant la relation de son père avec C. Jung.

« C'est une belle histoire parce que Micha Neuman est un freudien, mais son père Erich Neumann était un jungien et il était le fils spirituel préféré de Jung et Jung, lui, fut le fils spirituel préféré de Freud. Jung le trahit quand il a développé sa théorie et Erich Neumann trahit en fait Jung quand il se rend en Palestine. Et Micha trahit son père parce qu'il est à nouveau freudien. »<sup>100</sup>

Sous le mandat de Micha Neuman, tous les chefs de service étaient également des psychanalystes ou en formation analytique. Parallèlement, lors de son mandat, des changements structurels liés à la réorganisation des services de santé mentale par le ministère de la Santé ont conduit à des changements dans le caractère de l'hôpital devenu un hôpital plus grand, plus institutionnalisé avec une unité de recherche biologique, devenu un hôpital universitaire en tant que branche de l'hôpital de l'Université de Tel Aviv. L'ouverture des portes de l'hôpital se fit à toute la population sans filtrage ni choix.

On voyait que Shalvata et la psychanalyse en Israël – ou pour être plus précis, l'Institut psychanalytique de Jérusalem – étaient entrelacés. L'idée était que la psychanalyse permettait une expérience plus humaine de l'hospitalisation. C'est ce que dit le Dr. Treves, chef du service ouvert durant de nombreuses années, et psychanalyste : « une approche analytique dans le service permet une expérience d'hospitalisation plus humaine ».

En 1997, un directeur non-psychanalyste fut nommé pour l'hôpital, le Dr. S. K.

---

<sup>100</sup> Mme E. H. La responsable du pôle des travailleurs sociaux.

Le Dr. S. K. est né en Israël, a fait ses études en Israël et a étudié la médecine à l'université hébraïque de Jérusalem. Il a ensuite obtenu un master en administration publique de l'Université de Havard. Jusqu'à sa nomination de directeur de Shalvata, il a travaillé comme psychiatre dans la branche de santé mentale de l'armée avant de couronner sa carrière à la tête du service de santé mentale de l'armée israélienne. Le Dr. S. K. a dirigé l'hôpital Shalvata jusqu'en 2018.

En tant que jeune psychiatre, le Dr. S. K. fut attiré par les idées de Ronald Laing et de l'approche Gestalt en psychologie.

C'est un intérêt qui a caractérisé une certaine période du pays, avec l'avènement des idées du mouvement antipsychiatrique. Un mouvement qui rejoint un mouvement mondial, en réaction aux modèles psychanalytiques tels qu'ils étaient établis à l'époque en psychiatrie, modèles qui créaient un certain sentiment de frustration et de déception. On peut lire le changement qui eût lieu dans le DSM-3 comme une réaction envers les modèles scientifiques et biologiques. Mais c'est aussi une déception par rapport aux modèles biologiques qui ont créé une double aliénation, une aliénation du patient au médecin et une aliénation du médecin à sa propre profession comme praxis.

« Il y avait, dans l'antipsychiatrie, quelque chose de très attrayant, nous avons tous compris qu'il y avait ici une sorte d'exagération poétique dans la façon, disons-le, dont Laing décrivait le patient mais le message était que la psychose est quelque chose qui nécessite une compréhension, par opposition au message pathologique qui disait toujours que c'était une maladie, qu'il devait être traité comme une déviation, une distorsion, comme un cerveau abîmé. Le modèle psychanalytique de la psychose

n'est pas un modèle efficace. La psychose entendue comme une défense ou la psychose comme une décompensation, cela ne veut pas dire grand-chose. Et Laing a proposé le modèle du choix, le modèle de la régression, le modèle de la convergence, qui était séduisant. Ce n'est pas non plus quelque chose qui peut être vraiment compris, ce n'est pas vraiment un modèle mais plutôt des idées lancées en l'air. Et nous nous sommes intéressés à la Gestalt, c'était quelque chose très à la mode, finalement il y eut tout un tas de choses qui expriment elles-mêmes un sentiment de frustration et de recherche permanente dans ce métier, une recherche de quelque chose qui permettrait subitement d'être efficaces, effectifs, à la manière dont un médecin rêve toujours d'être. »<sup>101</sup>

Si, auparavant la psychanalyse était perçue comme équivalente à l'humanisme, elle fut, d'après le Dr. S. K. , une institution comme tout autre institution, qui créa la ségrégation, des statuts, et néglige le traitement des patients en tant qu'êtres humains égaux en droits. C'est-à-dire que l'humanisme, les droits du patient, l'attitude égalitaire devinrent la ligne directrice de l'action de l'institution et de l'action thérapeutique en général.

« A Talbieh, qui d'ailleurs avait une orientation psychanalytique très forte, au point qu'on pensait qu'ils étaient avant tout psychanalystes avant d'être psychiatres ou psychologues, nous avons étudié la théorie psychanalytique, nous avons étudié les mécanismes de défense, la théorie psychanalytique en psychopathologie. Pourtant, rien n'avait un lien avec la pratique à l'hôpital ! La pratique était que les malades étaient attachés et qu'on leur injectait de l'insuline... Je pensais que c'était de l'hypocrisie. Je pensais que ce n'était pas tolérable que des gens qui parlaient avec

---

<sup>101</sup> Dr. S.K., directeur de l'hôpital.

tant de profondeur et d'intelligence, puissent vivre en paix avec une pratique négligente, qui rendait misérables ses patients avec lesquels ils travaillaient, patients qui ne s'amélioreraient jamais et à qui on donnait très peu de moyens. »

Mon hypothèse est que le passage de l'usage de la psychanalyse, usage qui résulte aussi de la mise en place du corps des psychanalystes dans des positions de responsable, à un concept même de la psychothérapie signifie le remplacement de l'éthique psychanalytique orientée vers le sujet de l'inconscient, par l'éthique des droits de l'Homme dans laquelle la psychothérapie vient comme une incarnation de la psychanalyse, comme un maillon qui vient régler un lien plus humaniste. Autrement dit, la parole ouverte, empathique de la psychothérapie est une façon de parvenir à un lien humaniste, un lien plus humain. Quand le Dr. Treves dit que la psychanalyse permet une expérience plus humaine de l'hospitalisation, il ne s'agit pas, dans l'expérience humaine d'un but en soi mais d'un effet de surcroît.

Dr. S. K. est arrivé à l'hôpital avec une position qui le mettait en place comme celui qui venait corriger la distorsion créée par l'approche psychanalytique, au sein d'un hôpital plongé dans son imaginaire, tandis que la condition physique et concrète des patients était mise de côté, remise au second plan. Pendant son mandat en tant que directeur de l'hôpital, de nombreux projets différents virent le jour, liés à la réadaptation, au lien communautaire, à l'ouverture d'un centre de conseils et de soutien pour les familles au sein de l'hôpital, ainsi qu'une amélioration considérable des conditions physiques de l'hôpital par la rénovation et l'agrandissement des services.

A la suite de ce que dit Dr. S. K. , chaque approche, qu'elle provienne de la théorie psychanalytique ou non, mais qui n'élève pas à un rang prioritaire, à un rang de condition nécessaire pour elle, l'état physique, réel, concret des patients, c'est-à-dire au niveau de l'objet même de son action, perd sa prise sur le réel et sa pertinence en tant que *praxis*. De la même façon que la psychanalyse ne peut exister dans un camp de concentration ou dans un régime dictatorial, la psychanalyse ne peut exister lorsque les conditions concrètes des patients sont indignes – elles doivent d'abord être prises en charge –. En ce sens, la psychanalyse ne doit pas être considérée comme contradictoire avec une approche centrée sur les droits de l'Homme ; au contraire, la protection des droits de l'Homme au sein d'une institution thérapeutique est une condition absolument nécessaire (mais non suffisante) à l'existence même de la psychanalyse.

## **2 Deuxième Partie : Psychanalyse appliquée, dialogue dans un service**

### **2.1 Un service dans l'hôpital Shalvata**

Le but de l'hôpital en général est déterminé par la société et il est au service de la société. Au sens le plus large, l'hôpital, le service de psychiatrie, offre une place dans la société mais sous une forme extime, même si c'est temporaire, pour ceux qui ont été rejetés de la société, que ce soit par l'autre ou par eux-mêmes. C'est un lieu qui peut soutenir la vie. Avant qu'on détermine la forme de l'activité de chaque institution prise une par une, la raison d'être de chaque hôpital psychiatrique est clairement sociale. Alors il s'agit de considérer les choses sous un autre angle. En ce qui concerne la psychanalyse, l'inconscient lui-même se situe sur un lieu de suture, sur une frontière, sur le littoral qui existe entre le social et l'individuel, entre le psychique et le corps ; de la même façon, l'hôpital psychiatrique, est situé par ceux qui le constitue sur cette ligne-là de suture, dans une langue qui est à la fois sociale et individuelle.

## **2.2 La structure du service**

C'est une langue qui s'offre à la compréhension générale, elle est commune à tous mais aussi, elle touche et elle fonctionne avec les fantasmes les plus intimes de chacun et de chacune. Le service n°5 est l'un des quatre services pour adultes à l'hôpital Shalvata, sachant que trois d'entre eux – dont le service n°5 – fonctionnent sur un modèle de soin en continu sur le long terme (une moitié du service est un service ouvert et l'autre moitié est un service fermé). Au moment de la création du service, conformément à la configuration actuelle, les personnes traitées sont rattachées à un service non pas en fonction du diagnostic, mais plutôt en fonction de leur numéro de carte national d'identité. Cet état de fait crée un service où il y a des personnes traitées avec un degré divers de sévérité, à la fois des patients agités et d'autres plus calmes, et même des patients sur le point de sortir. Mais une différence supplémentaire extrêmement essentielle qui en découle est que chaque fois que le patient sera hospitalisé, il sera hospitalisé dans le même service et avec le même personnel soignant, et, au moins théoriquement, cette affiliation est définitive. Les objectifs du service sont de poser un diagnostic, de traiter et de réinsérer les patients qui souffrent de troubles psychiatriques.

Dans le service, les patients reçoivent un des trois statuts suivants. Le premier est celui de « malade à part entière » qui concerne ceux qui sont hébergés dans le service selon trois statuts juridiques possibles (hospitalisation libre, hospitalisation sur demande d'une psychiatrie du secteur ou hospitalisation d'office sur décision du représentant de l'État). Le second statut est celui de « malade de journée » qui

concerne les patients hospitalisés avec leur consentement et qui ne sont pas hébergés par le service. Le troisième est appelé « malade en suivi » pour les patients sortis de leur hospitalisation, qui n'ont pas encore intégré un autre encadrement psychiatrique. Ces patients sont des patients qui reçoivent un traitement dans le service jusqu'à leur admission sur un autre lieu.

Parmi les patients qui arrivent dans le service, 90% arrivent des urgences et 10% de l'extérieur de l'hôpital ou d'un transfert d'un service du centre de jour ou d'un service ouvert, suite à l'aggravation de leur état nécessitant un traitement continu dans des conditions fermées. Les patients suivent alors un traitement complet et en continu.

Selon si les capacités d'accueil de l'hôpital le permettent ou non, le travail est réparti en deux équipes, chacune étant dirigée par un psychiatre spécialisé, un psychologue spécialisé, un ergothérapeute et un travailleur social. Ainsi, la moitié des patients est associée à l'équipe A et l'autre moitié à l'équipe B. L'équipe infirmière est aussi divisée en deux équipes pour chaque astreinte car chaque équipe s'occupe de la moitié des patients dont ils ont la charge à chaque astreinte. La répartition des patients par équipe se fait par les médecins expérimentés qui prennent en considération un certain équilibre dans les traitements et la charge de travail.

Chaque patient arrivant dans le service passe par une première évaluation du psychiatre responsable afin qu'un premier projet de traitement soit établi ainsi qu'un *case manager* hospitalier lui soit affecté. Le *case manager* hospitalier est un thérapeute référent, responsable des évaluations régulièrement mises à jour du patient, de l'intégration des éléments d'évaluation et de traitement concernant le patient, des liens avec la famille du patient et de la gestion des notes pertinentes. La fréquence et

la durée des rendez-vous réguliers entre le thérapeute et le patient sont soumises au jugement clinique du thérapeute.

Chaque patient hospitalisé passe une double évaluation clinique chaque semaine par un thérapeute et participe à une séance de « visite du médecin », c'est une réunion pendant laquelle le médecin responsable parle en présence de la plupart du personnel soignant s'occupant du patient.

Chaque patient est évalué une première fois par l'équipe en charge, peu de temps après son admission. Une présentation plus large (lors d'une réunion d'anamnèse) est effectuée plus tard après la collecte des informations. Lors de cette réunion, sont pris en compte tous les éléments de diagnostic et de traitement, le patient qu'on interroge et un projet de traitement est défini pour lui. Les patients qui « reviennent », connus de l'équipe, participent à une réunion d'anamnèse restreinte et le projet de traitement les concernant est déterminé lors de leur admission dans le service.

Lors d'une sortie d'hospitalisation prévue – environ une semaine avant la sortie – on fait un premier résumé du traitement et des préparatifs en vue de la sortie (ordonnance, prise de contact avec les thérapeutes qui prendront le relais et avec l'entourage, *etc.*). En règle générale, après la sortie, le patient continue d'être un patient suivi dans le service pour une durée allant de 4 semaines à 4 mois ou jusqu'à ce qu'il commence un suivi en ambulatoire. La durée de cet entre-deux dépend de la capacité d'accueil des centres de jour ambulatoires.

Le cœur du traitement dans le service est la continuité des soins. Le service a la possibilité d'offrir une continuité hospitalière des plus larges : de l'hospitalisation complète, en passant par l'hospitalisation ambulatoire et les soins de suivi jusqu'à la

sortie complète du patient. La continuité des soins permet la construction d'un processus de guérison et de réhabilitation qui est graduel, global et contrôlé dans diverses disciplines diagnostiques, thérapeutique et de réadaptation.

Le livret d'accueil du service nous donne l'idéal du service et nous permet de parler de l'idéal de tous les services psychiatriques fermés. Pour le moment, on peut introduire un dialogue existant en lien avec cet idéal, dialogue qui est celui qui offre le style particulier de chacun des services de façon spécifique.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Cf. Organigramme d'hospitalisation en annexe 2.

## 2.3 L'espace thérapeutique

### 2.3.1 L'idéal du Service

Il est écrit : « l'objectif du service est de diagnostiquer, traiter et réhabiliter les patients souffrant de troubles psychiatriques ». Nous ferons référence à chaque composant de la phrase qui semble *a priori* simple et compréhensible mais qui, en pratique, comporte un espace de dialogue tournant autour d'un point impossible et insaisissable situé au cœur de la pratique thérapeutique elle-même.

« Diagnostiquer » : comme nous l'avons déjà évoqué dans les chapitres précédents, la question du diagnostic implique déjà en elle-même l'approche, la hiérarchie et le lien de pouvoir en général entre différentes approches, différents secteurs qui supportent le traitement que sont les médecins et les paramédicaux. De plus, le diagnostic sera la langue commune que peuvent utiliser tous les thérapeutes pour produire un effet de communication et de compréhension.

Tel qu'il est, comme ce qu'on a déjà évoqué, le langage médical est basé sur la classification américaine du DSM ou européenne, pour la CIM, qui détermine la maladie et qui, en pratique, détermine le traitement médicamenteux avec un spectre d'indications. En pratique, dans le service, le diagnostic est un espace de parole, de dialogue autour d'un savoir commun.

Dans une conversation avec le directeur de l'hôpital, il est formulé ainsi : « Nous n'en savons pas assez, ce n'est pas que le fait que nous n'en savons pas assez signifie que nous devons laisser de côté ce savoir mais que nous devons accumuler, acquérir et maîtriser le savoir continuellement, parce que nous n'avons rien d'autre. Le minimum

qu'il y a, c'est le savoir qu'il y a... le savoir scientifique sur les différentes théories du psychisme et le savoir concernant les différentes façons de faire et aussi le savoir lui-même, ainsi que le savoir humaniste global et la compréhension philosophique. Tout savoir existant. Le problème très difficile dans notre métier est la conversation incessante sur ce qu'est un savoir pertinent, c'est une conversation qui n'est pas simple, je ne sais pas si on arrivera à l'introduire pour le moment. Et évidemment, tout le savoir pertinent ne l'est pas de façon égalitaire et il est clair qu'il y a des débats et des doutes sur ce qui serait plus pertinent. Ce n'est pas possible que tout soit pertinent et qu'on sache tout quand on approfondit les choses, qu'on en fait usage .»

Le maintien d'une position de non-savoir est une position éthique et il dépend principalement de l'insistance de ceux qui dirigent l'équipe à garder cet espace ouvert. Cela provient d'un besoin de l'équipe, qui est que chacun des thérapeutes, hommes et femmes, puisse tenir son savoir comme une défense face au sentiment d'impuissance qui peut être provoqué par des états psychiques extrêmes.

*« Selon ce que je dis là, on pourrait dire qu'on ne cesse de parler de la relation existant entre les concepts et la clinique. Mais je préférerais mettre en tensions trois termes : les concepts, la clinique et la pratique. D'une certaine façon, la pratique vient au premier plan parce que la psychanalyse est une pratique, elle précède la clinique et elle précède les concepts. Pourquoi est-ce que j'affirme cela ? Parce que la clinique est une élucubration de savoir à propos de la pratique ; et quand on parle de clinique, on parle d'un savoir sédimenté : les cas cliniques que nous construisons et que nous transmettons ; les types cliniques ; toutes les élucubrations de savoir que nous possédons concernant la pratique. Jacques-Alain Miller a dit une fois que les cas que nous recevons à nos consultations sont des cas éthiques parce qu'ils ont à faire avec la position du patient, une position éthique et la position éthique de l'analyste : et ce n'est que par l'élaboration de savoir que nous les transformons en clinique. »<sup>103</sup>*

---

<sup>103</sup> GOROSTIZA, L., "The Lacanian Orientation – Clarifying the Abruptness of the Real", *Irish Circle of The Lacanian Orientation - New Lacanian School Scríobh*, n° 7, 2020. [traduit de l'anglais].

Pourquoi vise-t-on, insiste-t-on, à transformer l'expérience avec un patient ou un autre, son discours, ses antécédents, le discours de sa famille le concernant, *etc.* pour en faire un cas clinique ? Du point de vue de la position de la psychanalyse, un cas devient un cas clinique quand on arrive à situer deux coordonnées du sujet : la première concerne le lien à l'autre, *l'autre* avec un petit a et l'Autre avec un grand A. La seconde concerne le lien du sujet à l'objet, c'est-à-dire à la pulsion, à son corps. Faire passer « le malade » du service à un cas clinique est un ouvrage à remettre sur le métier constamment par chaque thérapeute du service. Cela signifie que ce même effort est une partie importante du traitement lui-même, des éléments du traitement dans cet espace appelé service de psychiatrie.

Qu'est-ce qui fait de l'espace psychiatrique un espace thérapeutique ? Comment caractérisons-nous cet espace ? Comme nous l'avons évoqué, une approche courante dans la pratique comme dans la théorie est l'approche biopsychosociale. A la base de la perception, il y a la supposition que le « problème » du patient implique des cercles ou des champs définis composant l'être humain et son interaction entre ces cercles. Par exemple, ces cercles concernent la dimension somatique biologique, la dimension psychologique et la dimension sociale. En lien avec cela, le diagnostic psychiatrique classe les troubles psychiques et fournit une évaluation provisoire du trouble du patient et des possibilités d'évolution de ce dernier (Freedman, Kaplan & Sadok, 1977)<sup>104</sup>. Dans le processus diagnostique, on met en avant des détails pertinents sur les conditions de la venue au monde du patient et on donne une image aussi claire que possible sur sa personnalité, sa symptomatologie mentale, son fonctionnement

---

<sup>104</sup> Freedman, A.M., Kaplan, H.I., & Sadok B.J. (1977). *Modern synopsis of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

quotidien, sa condition physique et neurologique et sur son comportement social. On peut faire l'hypothèse que l'expression clinique de tout trouble psychique est le résultat d'interrelations résultant de ces éléments que le savoir a acquis à partir du comportement verbal et non verbal du patient (Kendall, 1973)<sup>105</sup>.

De la même manière, la réponse thérapeutique viendra d'une équipe composée de spécialistes qui, pour chacun, détiennent un savoir caractéristique à propos de telle ou telle dimension ou de l'interaction entre ces dernières.

Quel est le problème dans tout cet idéal présenté comme tel ? Le patient, celui qui se tourne vers l'institution psychiatrique, contraint ou volontairement, ne reçoit-il pas une réponse qui correspond à cela ? On pourrait y répondre par oui et par non. Oui, car cette première approche inclut en elle-même une approche humaniste qui, tout au moins, s'intéresse à écouter le patient, ses souhaits, ses aspirations, sa souffrance et à l'accompagner selon ses possibilités définies par différentes catégories. De plus, les espaces et les activités sont suffisamment variés, avec un grand nombre de soignants de façon à ce que la plupart des patients puissent nouer eux-mêmes des liens à un membre de l'équipe en particulier, pour une activité ou une autre. De plus, il faut dire que cette structure est nécessaire du point de vue du maître d'œuvre et du maître économique. Le maître ne peut se référer qu'aux catégories et aux classifications. Il est difficile d'imaginer la communication avec le ministère de la Santé, l'organisme qui gère les services de psychiatrie, sans les moyens permettant les perspectives de travail sous forme de plans qui séparent le service en projets et en entités de savoir spécifiques.

---

<sup>105</sup> Kendall, R.E. (1973). Psychiatric diagnoses: A study of how they are made. *British Journal of Psychiatry*, 122, 437-445.

Cependant, si on ne prend pas en considération l'origine de la référence de base du service, soit la façon de travailler de l'institution, on aurait tendance à penser à partir de ses idéaux, à partir de l'identification de l'institution à elle-même (à ses ressources, à ses projets, à ses techniques thérapeutiques), et à partir de là, le point de départ de l'étude de la réponse thérapeutique du service est estimé à partir de l'identité des thérapeutes, de leurs compétences, de l'étendue de leur intervention, de leur formation universitaire, et d'autres critères sans lien avec le service en tant que lieu et l'usage que les patients – le sujet – peuvent en faire au sein de l'institution et comme institution. Le patient, le sujet, se trouve au centre de l'action thérapeutique, donc le sujet, le patient, est pris du point de vue d'un objet sur lequel on opère et il n'est pas pris comme point de départ. L'accent est mis sur les expressions du « dispositif » thérapeutique. L'interdisciplinarité est considérée comme un complément de différentes compétences et ensuite, la réunion de synthèse, qui est une réunion d'équipe, vise avant tout à répondre clairement à la question *qui fait quoi ?* qui touche principalement les luttes de pouvoir entre les subdivisions, des luttes imaginaires sur qui décide quoi et qui est maître dans quel domaine. En résumé, l'accent est mis sur le « faire » de l'institution, ses activités, ses résultats, ses succès, et non sur le « faire » du patient, ni sur ce que le patient peut faire *avec* l'institution. C'est l'institution façonnée par son propre idéal. L'un des résultats inévitables qui découle de prendre comme point de départ l'idéal, est que le sentiment de déception permanent de l'équipe pouvant parfois conduire à des passages à l'acte agressifs, pour sortir de cette situation d'impuissance et de frustration. Pourquoi le sentiment de déception est-il permanent ? Parce que toujours, à un moment donné, il y a des patients qui n'entrent pas dans le moule du service : *rien ne l'aide, il ne prend part à aucune activité, il faut la faire sortir, elle ne veut rien faire, etc.* A ces moments-là, le patient ne répond pas

aux attentes en termes de thérapeutique et de réadaptation, tout en subissant simultanément la revendication extérieure de l'hôpital d'en faire un système général efficace qui réduit la durée d'hospitalisation au minimum possible.

Un autre inconvénient, d'un point de vue de la psychanalyse, est que ce qui est perdu dans le discours, c'est le sujet lui-même dans sa particularité, la perception de sa logique interne, son fantasme, l'enjeu central autour duquel tourne la difficulté du patient et la manière dont l'institution, avec les membres de l'équipe qui la constitue, participent au drame interne du sujet.

Un jour, j'étais assis avec un patient, un jeune homme qui avait reçu le diagnostic de schizophrénie. Cela faisait déjà trois mois qu'il était hospitalisé et sa situation s'était considérablement améliorée. Il se trouvait dans un processus de réhabilitation dans le service avec l'idée de retourner au travail, peu important lequel. Pendant notre conversation thérapeutique régulière, on parlait de cette question de retourner travailler et des différentes possibilités qui se présentaient essentiellement comme une ouverture vers un horizon, vers un futur imaginé qui permettrait, peut-être, au désir d'advenir. Une heure après, on m'appelle du bureau de l'ergothérapie, en colère, on me demande pourquoi j'ai amené la conversation avec ce patient sur le terrain du professionnel alors que c'est son domaine d'expertise à elle et c'est avec elle qu'il doit travailler la question. Je lui ai répondu que contrairement aux disciplines dans le service, le psychisme et la langue ne se séparent pas.

### 2.3.2 La relation comme outil thérapeutique

Une autre approche, supplémentaire et pas forcément contradictoire, est la psychanalyse appliquée en institution. L'hypothèse de base dans cette approche est que chaque action, faisant appel à la parole ou non, qui a lieu dans l'espace du service de psychiatrie au sens large, est perçue dans la perspective de la relation. L'espace du service de psychiatrie n'est pas seulement le lieu où on pratique telle ou telle technique de traitement comme par exemple, le service de cardiologie ou le service pour les traitements du diabète ou tout autre service somatique dans lequel le patient hospitalisé bénéficie de l'usage d'une série de techniques thérapeutiques diverses et dans lequel le lien humain qui se crée entre le patient et l'équipe ne fait pas partie du traitement lui-même. Le lien n'est que le cadre dans lequel se déroule l'action thérapeutique technique.

« Dans le champ de la psychiatrie, ce qui est en jeu dans le phénomène clinique [est] quelque chose que l'on peut ramener à une impasse originaire au niveau de séparation et de l'objet – et ce qui est en jeu dans le phénomène thérapeutique sont du même ordre, en continuité. »<sup>106</sup>

Ainsi, chacune des actions, comme le diagnostic, le traitement et la rééducation, est soumise à la perspective de la relation comme occurrence centrale et comme intervention centrale. Peu importe qu'il s'agisse d'un médicament, d'un diagnostic, d'un aliment, d'un discours de groupe ou individuel. Du point de vue des relations, tout est mis sur le même plan.

---

<sup>106</sup> ZENONI, A. « Rêves, idéaux, et usages de l'institution », texte de la conférence du samedi 28 Mai 2011 pour l'institut du champ freudien, Le Collège clinique de Toulouse.

J'utiliserai la métaphore du monde de la physique. Albert Einstein, dans une série de conférences données à l'Université de Princeton en mai 1921, intitulée « Le sens de la relativité » explique sa théorie révolutionnaire de l'époque et établit les hypothèses de base concernant les définitions de l'espace et du temps.

Einstein dit :

*« Les fondements de la Géométrie (lois d'égalité) se rapportent aux lois qui régissent ces changements de position. En ce qui concerne le concept de l'espace, le point suivant nous semble essentiel. On peut, en juxtaposant à un corps A des corps B, C, ..., former de nouveaux corps, c'est-à-dire prolonger le corps A. Et l'on peut prolonger un corps A d'une façon telle qu'il entre en contact avec tout autre corps X. L'ensemble des prolongements du corps A peut être considéré comme l'espace du corps A. »<sup>107</sup>*

L'argument d'Einstein est que l'espace n'est pas absolu mais on ne peut parler d'espace ou ne définir un espace qu'en lien avec des objets. C'est le lien qui détermine l'espace. On peut parler de la même façon de l'espace du service comme ce qui prépare aux liens entre chaque sujet et dans lequel le sujet est pris. Cela revient à se demander qui est le point A de chaque sujet. Cette question peut être exprimée dans le diagnostic initial, dans le processus d'évaluation et de réadaptation, dans la délivrance de médicaments, *etc.*

Lorsque les liens sont pris en compte en tant que réponse thérapeutique primaire de l'institution, la réaction de l'institution sera moins guidée par son idéal, mais la réflexion se portera sur la compréhension de ce qui motive un sujet particulier à faire usage du service. De ce point de départ, on peut réfléchir ensemble à ce qui a amené la décompensation violente de ce patient, ou à son décrochage du contexte social, à son isolement ou à ce qui s'est passé pour un autre pour qui l'endroit où il vivait depuis des années (un genre de foyer de vie) était devenu impossible pour lui. La

---

<sup>107</sup> EINSTEIN, A., *Quatre conférences sur la théorie de la relativité*, Dunod : Paris, 2005, p.3.

présence dans l'institution devient moins focalisée sur l'importance du besoin de se rendre disponible à diverses activités thérapeutiques mais davantage sur la possibilité de lire le mode de liens que le patient noue et essaie d'établir d'une autre façon. En même temps, il ne s'agit pas de renoncer aux techniques thérapeutiques, aux différents groupes thérapeutiques, mais la question de tous devient plutôt : *quel usage peut-il faire de l'institution ? Quel est l'avantage d'être ici, de participer à ce groupe-là ? Comment comprendre le lien transgressif de ce patient par rapport aux lois en vigueur dans le service ? A quoi cela lui sert-il ? De quel lieu cela parle-t-il ?* — compte tenu des impasses, du réel en lien avec les relations aux autres auxquels il s'est confronté dans la vie.

Dans un entretien avec le directeur adjoint du service, la fonction thérapeutique dans le service a été formulée par lui comme suit : « il y a deux choses que je pense que nous ne devons jamais abandonner : l'une est la démarche de comprendre, la tentative de penser et de comprendre ce que la personne dit, la possibilité d'incarner d'une certaine façon une fonction alpha. Nous ne devons pas abandonner cela afin d'essayer et d'aider la personne à comprendre ce qu'elle pense et ce qu'elle dit et de penser avec elle, ensemble, ce qui est difficile.

Et l'autre chose à laquelle nous ne devons jamais renoncer, c'est de comprendre ce qui, en ce moment, dans la vie de la personne ne fonctionne pas. [...] Même pour quelqu'un parmi les psychanalystes qui serait seulement analyste, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de débats sur le fait qu'il y a des gens qui ont besoin de médicaments.

Il faut comprendre, il faut penser à ce que causent les médicaments, c'est-à-dire, que les médicaments éloignent, ils relient la perspective interne aux stimuli et aux angoisses et aux peurs et ils vous éloignent un peu de l'objet... Ce qui est bien car parfois l'objet vous tient à la gorge et vous devez vous éloigner de l'objet. Mais... mais ils ne guérissent pas.

Et donc je pense que, concernant l'acte thérapeutique de prescription, ce serait pour nous plus difficile d'avoir une réponse au traitement si nous ne prenons pas en considération par exemple, quel est le lien de cette personne à l'autorité, ce qui est peut-être quelque chose qui peut être lié à son passé.

Cela dit, je peux ajouter peut-être quelque chose sur la façon dont je pense le travail, si nous ne considérons pas les gens comme des personnes complexes mais qu'on les considère comme des troubles cérébraux, je pense que nous arriverons à un point où nous les aiderons beaucoup moins. Et je pense qu'il y a beaucoup de travail sur la compréhension des peurs, sur ce que ça leur rappelle, et sur la tentative de travailler avec cela. Par exemple, pour un patient qui est sorti aujourd'hui, il a été important d'entendre quelle signification prenait pour lui le fait qu'il entrait dans un foyer de vie, cela équivalait en fait pour lui à suivre la voie de sa mère, elle-même vivant dans un foyer comme celui-ci. »

La psychothérapie comme approche générale, comme observation guidant le travail de l'équipe du service, est perçue comme permettant une approche complexe et plus complète du patient, par la prise en compte de ce que signifient les choses pour lui. À un autre niveau, la psychothérapie répond à l'idéal humaniste auquel l'équipe du service demande à être identifié, cela apporte une défense narcissique pour les

thérapeutes en les situant à un endroit de « bon », « à l'écoute », qui considère l'être humain qui se trouve devant elle. C'est une défense face au danger permanent et menaçant chaque membre de l'équipe, qui consisterait à prendre la place du maître et du surveillant pénitentiaire qui se délecte du pouvoir. Cependant, bien que la psychanalyse pourrait être considérée comme humaniste, elle ne peut être identifiée à l'humanisme. On peut dire que l'approche humaniste est une condition nécessaire mais non suffisante. La raison en est que la psychanalyse apporte de surcroît à l'institution psychiatrique une observation des forces inconscientes en jeu chez les patients et chez les membres de l'équipe.

## 2.4 La psychothérapie comme humanisme

D'un côté, il y a les différents projets qui sont organisés selon des possibilités prédéterminées, des arrangements, des principes d'action définis : sur le plan du traitement médicamenteux, de la réadaptation (à l'intérieur et à l'extérieur du service, le domaine professionnel, la question du logement, l'aspect économique, *etc.*) et sur le plan social (relations familiales, relations avec les pairs). D'un autre côté, il y a une tentative permanente de comprendre la façon dont les choses sont perçues par le patient, quelle signification personnelle leur donne-t-il à un niveau conscient et inconscient, afin de situer dans la relation avec lui ce qui surgit de la position unique du sujet. Dans la langue lacanienne, l'ordre du service, les différentes subdivisions, les différentes activités, la découpe du temps, constituent la dimension symbolique du service. Le service crée un ordre symbolique très clair dans lequel se positionne chaque patient à sa manière : l'accueil, la résistance, la non prise en compte, la déconnexion, le clivage, et ce style particulier change en fonction du membre de l'équipe qui se trouve devant lui. La lecture des différentes réponses face à l'ordre du service constitue une part importante dans le processus thérapeutique du service et elle est un point crucial dans la conversation, un point de désaccord qui vient des différentes approches qui coexistent dans la psychothérapie psychanalytique au sein de l'équipe.

Par exemple, citons le cas d'une patiente âgée d'une trentaine d'années qui fréquente le service depuis de nombreuses années, parfois pour de courtes hospitalisations parfois pour de plus longues, souvent suite à un passage à l'acte suicidaire. Sa

dynamique avec le service est caractérisée par une alternance entre deux positions, soudaine et surprenante, selon le point de vue du personnel soignant. D'un côté, elle manifeste un mépris total des règles du service, des exigences comportementales vis-à-vis des règles de vie commune dans le service (les chambres non-fumeurs, le maintien de l'hygiène, le lever à une certaine heure, l'adhésion au traitement médicamenteux, *etc.*), et une non-participation aux activités du service. Et de l'autre côté, elle passe à une organisation interne soudaine, à l'acceptation et au respect des règles du service, à l'entrée dans les activités du service et à sa participation à ces derniers, à la prise de médicament, à son engagement dans la parole avec le médecin référent. Tout cela se fait avec un projet très « clair » et accepté par elle mais toujours en lien avec sa sortie du service et de l'hôpital. Lorsqu'elle se situe dans une position déconnectée du service, une voix d'une partie de l'équipe s'élève, demande de mettre l'accent sur « les limites », de lui imposer des exigences de la réalité, qui vient d'une lecture de ses comportements qui serait un mépris de l'équipe ou une volonté de contester la position d'autorité. Par exemple, on ne l'autorise pas à rester au lit au-delà d'une heure tardive en la levant du lit puis on ferme à clé la porte de sa chambre. Il existe une lecture parallèle qui voit dans la fixation de limites une façon de contrer l'abandon, de réaliser une fonction maternelle qui la soutiendrait et corrigerait les premières expériences d'abandon que cette femme a subies tout au long de son enfance. Dans cette lecture, on accompagne la fermeture à clé de la chambre par une parole qui lui est adressée lui disant qu'on ne l'abandonne pas. Une autre voix de l'équipe qui s'est exprimée lors d'une de ses hospitalisations fut l'idée de lui permettre de régresser. Cela veut dire qu'on pouvait lui permettre d'être dans le service sans aucune demande de fonctionnement ou de réhabilitation mais d'être en lien par un contact régulier avec le thérapeute référent dans l'espoir que, dans ce

contexte, elle pourrait se positionner différemment. Cette proposition repose sur le concept théorique de Kohut, il s'agit de l'approche relationnelle selon laquelle le processus thérapeutique peut et doit permettre la régression du patient vers des liens de dépendance primaire dans lesquels on rétablit les besoins primaires du patient et, dans le lien thérapeutique, on peut faire « une correction » des échecs qui ont eu lieu dans le passé, à l'aide de l'Autre, à partir de l'Autre primaire.

Pendant la période où l'on procède à ce positionnement avec la patiente, des conflits ont surgi au sein des membres du personnel soignant, en particulier parmi le personnel infirmier qui, comme nous l'avons dit, croient beaucoup dans les soins quotidiens prodigués aux patients et se trouve avec ces derniers dans une interaction constante autour des actes quotidiens comme le lever, le sommeil, les repas, la douche, la prise de médicament, *etc.* Pour l'équipe thérapeutique médicale et psychologique, le fantasme en œuvre derrière cela est que l'équipe infirmière a « à faire avec » la réalité, elle doit supporter le patient, sa négligence, son attitude négative alors que le personnel médical et psychologique se trouve, lui, à une autre place inatteignable, déconnectée de ce qui passe dans la réalité avec ce patient, prenant des décisions à partir d'une pensée « abstraite » à distance de ce qui se passe dans le service et avec l'équipe infirmière. Ce type de conflit se répète de différentes manières et avec différentes forces dans le service. Il incarne une réplique aux critiques formulées depuis la montée du mouvement antipsychiatrique et se développe sur la question de la réhabilitation et la guérison. L'approche psychanalytique de la psychose est considérée comme une approche condescendante, détachée et ségrégative.

Dans la dichotomie qu'a fait le directeur de l'hôpital lorsqu'il parlait des conditions des patients dans la réalité d'un côté et l'approche psychanalytique de l'autre, la

psychanalyse est considérée comme prenant part à l'ensemble des autres approches ségrégatives et déconnectées, qui ne traitent pas le patient comme un semblable, parmi ceux qui mériteraient une considération égalitaire et respectueuse.

Dans un commentaire à la fin de l'entretien, le directeur de l'hôpital souligne que ce point fut l'une des raisons qui l'amena à prendre la direction de l'hôpital. Contrairement à ses prédécesseurs, le directeur actuel n'est pas psychanalyste et les critiques qu'il avait à l'époque était que les chefs de service s'occupaient davantage de la psychanalyse (ils partaient en rendez-vous à l'institut de psychanalyse par exemple au milieu de leur travail) et moins du travail en lui-même, des patients eux-mêmes et de l'état des services.

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'une des incarnations du mouvement antipsychiatrique en Israël fut le développement d'une approche de réadaptation et de rétablissement mettant l'accent sur une approche humaniste orientée par les Droits de l'Homme et les droits civils. Dans le cadre de la loi de l'an 2000 sur « la réadaptation des personnes handicapées dans la communauté », fut établi un conseil national pour la réadaptation des handicapés mentaux, composé de vingt-trois représentants des huit différents ministères du gouvernement, des professionnels, des universitaires ainsi que deux représentants d'associations représentantes d'usagers et deux représentants des familles. Sa mission est de servir d'organe consultatif auprès du ministre de la Santé pour ce qui concerne la question de la réadaptation des handicapés mentaux. En 2003, ce conseil national a rédigé un rapport intitulé « Convention pour la reconstruction de la personne avec un handicap mental dans la communauté ».

Et voici le contenu de cette convention<sup>108</sup> :

- Reconnaissance des différences entre les personnes dans l'accueil de leurs valeurs et de leurs croyances et des possibilités d'en changer,
- Droit fondamental à la liberté et au choix de la personne tout au long du processus,
- Nécessité d'acceptation des valeurs et de la responsabilité réciproque entre l'individu et la société dans le processus de réhabilitation,
- Droit pour toute personne à la réalisation de soi dans son usage du potentiel personnel, dans les tâches de la vie dans une grande variété de domaines, et dans une référence qui lui est personnelle et individuelle,
- Mise en pratique et dialogue interpersonnel entre tous les acteurs de la réadaptation (la personne, la famille, le professionnel de la réadaptation le thérapeute et les partenaires) au cœur du processus,
- L'approche personnelle et individuelle de chaque personne vise à permettre à tout moment d'optimiser le potentiel inhérent à chacun, en concordance avec ses valeurs, ses croyances, sa culture, ses possibilités et ses capacités, ainsi que ses limites,
- Obligation de créer l'accessibilité et la disponibilité à une variété d'opportunités et de structures d'accueil dans la communauté pour permettre à la

---

<sup>108</sup> Le conseil national pour la réadaptation des handicapés mentaux dans la communauté [disponible en ligne sur le site du ministère de la Santé : <https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/MentallyDisabledRehabilitation/Pages/default.aspx>]

personne en réadaptation un choix éclairé parmi les structures qui lui seraient appropriées, possibles, pour faire exercer ses droits civils,

- La confrontation à des handicaps psychiatriques crée généralement le besoin de recevoir des réponses appropriées pour un même handicap afin de permettre la continuité et l'intégration de la personne dans la communauté,

- Le conseil s'engage à fournir un large éventail de réponses (dans les domaines de l'emploi, du logement, des activités sociales et de loisirs, des conseils et guidance aux familles ou à l'entourage).

On peut voir que l'accent est mis sur une perception du patient comme être humain égal parmi les semblables, ayant des droits, et qui a la possibilité de choisir son destin en conscience. Du point de vue de l'idéal, c'est le mode de réalisation rêvé des Lumières, à partir du XVII<sup>ème</sup> siècle en Europe. La psychanalyse a été inculquée et est inculquée encore aujourd'hui précisément sur ce point, sur le fait qu'elle ne traite pas le patient comme conscient de lui-même, comme s'il n'avait pas la capacité d'un jugement légitime sur sa vie.

On retrouve dans les services de psychiatrie cette tendance humaniste, avec une accentuation sur les Droits de l'Homme et les droits civils du patient dans la considération de son autonomie faisant partie de son intelligence, de ses possibilités à décider pour sa vie, aussi dans des situations psychiques extrêmes. En conséquence, les directives du ministère de la Santé envers l'équipe soignante empêchent cette dernière d'attenter à la liberté des patients, acte qui pourrait arriver par la propre angoisse de l'équipe.

#### 2.4.1 Entre la dimension clinique et l'humanisme

Cependant, lorsque le personnel soignant, et en particulier le personnel infirmier, qui a à faire avec la vie quotidienne des patients du service, réagit, fonctionne, s'adresse aux patients uniquement avec la volonté de maintenir le respect et l'autonomie provenant des valeurs démocratiques, indubitablement, il y a un manquement à la dimension clinique du lien dans l'interaction. C'est précisément la dimension clinique de l'interaction, c'est-à-dire sur quoi devrait se régler la réponse d'un membre de l'équipe en lien avec un patient, à partir de sa propre représentation mentale du patient et bien sûr de la position du patient lui-même par rapport à sa situation clinique, qui pourrait empêcher ou qui permettrait de réduire les situations d'agressivité ou de passages à l'acte du patient. Parfois, en effet, c'est précisément la réaction réglée sur l'idéal démocratique qui peut amener au déclenchement de conflits et de l'agressivité. Par exemple, un patient a été reçu dans le service alors qu'il se trouvait dans un état paranoïde virulent. Tout en étant accompagné jusqu'au service, il exigeait une sortie immédiate en pensant qu'il était le premier ministre et qu'on lui avait fait du tort en l'amenant à l'hôpital. Tout en se présentant comme menaçant et agressif, il exigeait de la part du personnel l'entourant (infirmiers et infirmières, médecins) de parler sur le champ au directeur de l'hôpital. Il s'agit là d'un tournant, car la réponse du personnel soignant peut influencer ce qu'il va se passer à ce moment-là. Elle pourrait soit entraîner la situation vers un acte violent soit la contenir de telle sorte que le patient acceptera d'entrer dans le service de façon plus paisible. Avant de continuer avec cet exemple, nous mentionnerons ce qui se passe dans la psychose selon la psychanalyse.

Une des choses qui se produit dans la psychose, selon Lacan, est le rejet de la dimension symbolique, de la loi. Pour le sujet psychotique, le grand Autre n'existe pas de la même façon que pour le sujet névrotique, pour lequel la présence de l'Autre est à la fois abstraite et solide. On peut dire que le sujet psychotique vit dans un monde moins abstrait que celui-là, dans un monde peuplé de petits autres ou de grands Autres, eux-mêmes perçus comme de petits autres. Autrement dit, les frontières sont floues, c'est aussi le cas dans d'autres conceptualisations théoriques liées à la psychose. Les frontières entre le grand Autre et le petit autre se retrouvent nébuleuses.

On peut dire que le sujet psychotique convertit les relations symboliques en relations imaginaires. La difficulté qui en découle, en particulier dans les cas aigus, est que, dans les relations imaginaires, on y situe l'agressivité et la violence. Comme nous l'avons déjà souligné, l'imaginaire, chez Lacan, se réfère à tout ce qui provient d'une production mentale basée sur les images. Elles se rapportent à la façon dont le moi se construit, au lien entre le sujet et son corps, et au lien au semblable, comme basé sur le lien du sujet à l'image de son propre corps. Car la relation entre le moi et sa constitution sert de prototype pour les relations entre le moi et ses semblables, c'est ce qu'on appelle le petit autre. Lacan prend la dialectique du maître et de l'esclave de Hegel comme un paradigme pour la relation entre le moi et le semblable.

Lacan en tire un certain nombre d'implications pour la relation aux autres, aux semblables, qui provient de la dimension imaginaire : premièrement, on parle de relations duelles dans lesquelles on suppose des corrélations, une complémentarité et une réciprocité. Deuxièmement, il existe une dimension transitive dans l'interaction, c'est-à-dire qu'il y a un flottement entre l'agent de l'action et l'objet de l'action, et on

peut distinguer dans la psychose cette caractéristique, de façon encore plus visible, de confusion ou de flou complet entre le moi et l'autre, dans le cas où le corps perd ses limites et que le point de référence à la parole, à l'affect, n'est pas clair. Par exemple, une personne se mettra en colère contre quelque chose et éprouvera plutôt le fait que c'est l'autre qui est en colère contre lui. Troisièmement, les relations sur ce plan-là sont basées sur l'identification et elles créent la tendance à se faire comprendre et à être comprises. La parole est basée sur la tendance que l'autre comprendra ce qui est dit, comme si les choses étaient entendues de la même place d'où elles sont émises, tendance impossible car cette place-là ne pourra jamais être partagée avec un autre. Le destinataire, quand il se situe dans l'axe imaginaire, essaie de comprendre les éléments de la parole à travers son propre moi, ses valeurs, ses idéaux, son affect, et parfois, face à un manque de compréhension, il y a la tentative de compléter le manque par l'imaginaire.

Enfin, les relations de l'axe imaginaire favorisent les processus de comparaison, de rivalité et d'agression. Selon Lacan, à la base des relations entre le moi et le semblable, se trouve une rivalité de l'ordre d'un « c'est toi ou moi », « je détermine ou tu détermènes », « c'est toi qui as ou c'est moi qui ai » quand nécessairement l'un se fait au détriment de l'autre. Ce qui régule la rivalité dans les relations duelles, c'est le symbolique, c'est-à-dire, la fonction du droit et du tiers.

Revenons à l'exemple cité ci-dessus à ce stade de notre avancée. Si les membres de l'équipe répondent à partir du « rationnel » en expliquant à ce patient-là où il se trouve, qu'il doit prendre maintenant ses médicaments, et que ses droits sont tels ou tels ; de la même manière, en considérant le discours du patient sur le fait qu'il est le premier ministre comme un discours « délirant », comme un discours insensé, en

essayant de parler à la raison d'une personne au-delà de ses idées délirantes, il y a de fortes chances que cela conduise à un passage à l'acte violent du patient qui pourra entraîner sa contention physique. Aussi, se positionner comme celui qui comprend les angoisses du patient, qui est empathique à sa condition désagréable d'être hospitalisé, *etc.*, ne prend pas en compte ce qui se dit dans les pensées délirantes. La compréhension et l'empathie dans ces situations sont perçues comme la jouissance de l'Autre et même, cela peut alors entraîner une transition vers l'acte et la contention physique.

Cependant, si la conversion de la relation symbolique en relation imaginaire dans la psychose est prise en compte, alors dans l'intervention avec le patient, l'équipe s'efforcera de maintenir la dimension symbolique dans la situation du patient. Il s'agit alors de lire l'exigence du patient de parler immédiatement au directeur de service comme un appel à la fonction symbolique du gestionnaire, et ce dernier le remplira pour le patient si, d'une part, il occupe cette place, il incarne le semblant du directeur, mais d'autre part il apparaît comme divisé, en tant que personne soumise à la loi et non incarnée, comme un petit autre au même titre que le patient. Le responsable arrive, invite le patient à son bureau pour discuter de ses besoins, de ses exigences. La conversation se déroule comme un discours démocratique lorsque le directeur prend très au sérieux le patient, comme premier ministre. Le résultat a été un apaisement du patient et son consentement à recevoir des médicaments. Il s'agissait d'un exemple d'intervention avec un patient inconnu, à un point critique à l'entrée du service.

Depuis l'année 2017, l'hôpital Shalvata a organisé des cycles d'ateliers de formation appelée « Désescalade » d'une durée de plusieurs heures pour les équipes des différents services. Les ateliers ont été construits selon le modèle anglais de l'institut

NICE (*National Institute for Health and care Excellence* qu'on traduit en français par l'Institut National pour la santé et le soin d'excellence).

La mission de NICE est d'améliorer les résultats pour les personnes ayant recours au NHS (*National Health Service* qui est le service national de santé) et à d'autres services de santé et de l'action sociale en produisant des orientations et des conseils fondés sur *l'evidence-based medicine* (la médecine fondée sur les preuves) pour les praticiens du domaine de la santé, de la santé publique et de l'action sociale.

Il s'agit d'élaborer des standards en termes de qualité et des mesures concernant la performance pour ceux qui fournissent et font les commandes aux services de santé, de santé publique et d'action sociale<sup>109</sup>.

L'organisation construit des modèles, des principes d'action et des techniques d'intervention pour prévenir les comportements agressifs et violents. Les lignes directives donnent une image de l'institution idéale en termes de ressources (quantité de personnel, les espaces physiques, les moyens matériels, la gestion du temps) ainsi qu'une image du thérapeute idéal. Ces recommandations ne sont pas pragmatiques dans la plupart des situations médicales d'urgence, comme y est soumis un service de psychiatrie, dans lequel les ressources sont toujours en manque, mis en tension par le dépassement de leurs capacités d'accueil pour deux raisons principales qu'est la multiplicité des patients ayant besoin de soins intensifs en lien avec une insuffisance constante dans le fonctionnement tel qu'il devrait être.

Il existe plusieurs approches dans l'intervention de « Désescalade », certaines faisant usage de la théorie de la communication et d'autres, de l'analyse situationnelle ou

---

<sup>109</sup> Disponible en ligne : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>

encore d'autres, proposent de travailler sur les émotions et l'état d'humeur du patient. Toutes ces approches mettent l'accent sur la nécessité d'identifier des signes et des symptômes de colère et d'agitation, d'approcher la personne d'une façon calme et contrôlée, en offrant des possibilités de choix et en préservant la dignité du patient.

Le but des méthodes de « Désescalade » est d'aider à créer une alliance thérapeutique positive avec le patient et de favoriser la coopération du patient dans le processus thérapeutique, ce qui facilite la gestion des conflits entre l'équipe et les patients ainsi que l'apaisement des épisodes d'attaques agressives.

Si on observe bien toutes les recommandations que NICE met en place pour prévenir la violence dans les institutions psychiatriques, on ne peut que remarquer qu'il s'agit d'une liste d'exigences pour la construction de l'institution idéale, que ce soit dans les conditions physiques qu'elle offre (espace de vie, architecture) que dans le ratio entre l'effectif du personnel et des patients. Même en ce qui concerne l'équipe elle-même, cela revient à l'exigence d'être de bons professionnels. L'atelier a été construit sous une forme d'une fourniture « d'outils » pratiques pour identifier les situations d'escalade de la violence et de techniques pour gérer les situations à partir de principes énoncés ci-dessus. Le résultat dans la pratique a été de déclencher une pression sur l'équipe infirmière pour qu'elle réduise le nombre de contentions physiques, comme une mesure d'inclure cette « Désescalade » mais sans soutenir cet effort par un apport supplémentaire en personnel, sans réduire la charge de travail dans le service ou sans l'ouverture à un dialogue sur l'au-delà de la boîte à « outils ». Dans l'exemple que nous avons traité précédemment, on peut voir qu'une intervention basée sur des principes psychanalytiques ou une pensée psychanalytique ne contredit pas les principes de fonctionnement des programmes de « Désescalade », au contraire,

elle permet leur réalisation. Cependant cela se pratique non pas à partir d'un point technique, mais à partir d'une position éthique.

On ne peut pas dissocier cette démarche de l'ambiance du discours public autour des services de psychiatrie fermés. En 2016, un comité dédié du ministère de la Santé a recommandé l'interdiction totale d'attacher les patients dans les hôpitaux psychiatriques. Le comité a été créé suite à une série de reportages journalistiques. En mai 2016, a été révélée l'histoire d'une patiente, attachée pendant 24 jours consécutifs dans le service psychiatrique de l'hôpital Sheba à Tel Hashomer, ainsi que l'histoire de quinze autres patients hospitalisés en isolation depuis des années à l'hôpital Sha'ar Menashe. S'en est suivie une pression publique pour arrêter les contentions physiques dans les services dans la perspective de prendre en compte les valeurs de la dignité humaine et de la liberté. Une image de lieux violents et sombres avait émergé dans les médias. Dans ce contexte, le ministère de la Santé a fait adopter un plan<sup>110</sup> pour réduire progressivement les contentions physiques et a promis une allocation budgétaire dédiée de la part des ministères des Finances et de la Santé pour le domaine hospitalier psychiatrique de façon à augmenter le nombre de services, de personnel et favoriser la formation professionnelle.

L'attente du ministère de la Santé, telle qu'elle est ressentie par les équipes, en particulier par l'équipe infirmière, c'est qu'il y ait, après la fin de ces ateliers, une diminution immédiate du pourcentage de contentions et une augmentation de la satisfaction des patients dans les sondages<sup>111</sup>. Cette attente, ressentie comme une pression permanente, frappe le discours interne au service d'une grande culpabilité.

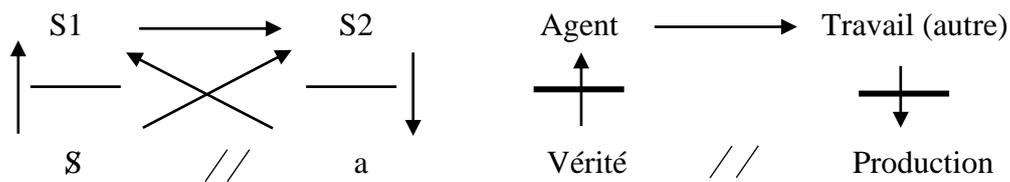
---

<sup>110</sup> [https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mental\\_interv.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mental_interv.pdf) [en hébreu]

<sup>111</sup> C'est une enquête menée par le ministère de la Santé au sein des services environ une fois par trimestre et elle constitue une composante importante de la note d'accréditation accordée à l'hôpital.

Lors d'une des réunions de l'équipe du service, cela a été discuté. On a pu formuler des choses sur le discours qui avait été créé, sur l'atmosphère de frustration du personnel soignant, son sentiment d'être abandonné pour affronter seul la violence tout en étant accusé de cette violence. Les effets immédiats de ces conversations au sein de l'équipe ont été un soulagement d'une part et la formulation d'une empathie pour le reste du personnel. D'autre part, cela a poussé à un passage à « l'action » commune qui se faisaient au nom d'un « partage des tâches », d'un « être ensemble » comme par exemple : en situation de violence, le personnel thérapeutique se mis à s'impliquer dans les interventions, on a pensé une répartition de la présence dans les espaces publics du service et dans le bureau des infirmiers, une participation plus large à l'application des règles du service, *etc.* Le sentiment de cohésion dans l'équipe s'est accru en conséquence, mais en même temps, il s'est doublé d'une construction imaginaire d'un « nous » contre « eux », c'est-à-dire nous le personnel et eux les patients, comme s'il s'agissait de deux camps. Cette dynamique imaginaire, animée par l'identification, vient à l'encontre du travail clinique qui est refoulé, c'est-à-dire que cerner le réel d'un patient en particulier met de côté la perception sur ce patient dans une perspective singulière et de la part de chaque membre de l'équipe de sa place particulière. Ce « nous » qui cependant protège, pousse aussi bien à l'action à partir de l'identification à l'idéal.

Dans la perspective de la psychanalyse lacanienne, le discours comme structure distingue les effets imaginaires et réels des agents dans le discours. Nous allons maintenant analyser la situation que je viens de décrire selon le discours du maître :



*Mathème du discours du maître*

S<sub>1</sub> est l'exigence du ministère de la santé et de l'hôpital qui demande à réduire les contentions conformément aux principes des droits de l'Homme. C'est le programme de « Désescalade ».

S<sub>2</sub> est l'agent de l'action, c'est-à-dire l'équipe essayant d'agir sur les patients selon les projets, c'est le savoir comme technique.

Le petit *a* est la rencontre de l'équipe avec les patients, soit l'inadéquation entre les exigences et la rencontre, autrement dit, il s'agit de la jouissance de l'équipe (frustration, culpabilité, colère envers la hiérarchie, la ségrégation entre « nous » et « eux »).

§ représente les patients dans leur dimension singulière, en tant que sujets de l'inconscient.

L'agent de l'action est le signifiant maître, celui qui anime l'action. Bien qu'on ne se situe pas dans une demande, un désir du chef de service, un désir du sujet qui se trouve mis en fonction, c'est quand même une exigence anonyme, bureaucratique, provenant du grand Autre. Cette exigence fonctionne sur l'équipe qui est tenue de fournir un produit qui serait une correspondance entre les chiffres, à savoir une diminution du pourcentage des contentions. Le reste de l'action, du point de vue de l'équipe, est la frustration dans la rencontre réelle avec les patients car il n'y pas de

concordance entre la rencontre et les demandes venant de l'Autre. C'est un sentiment de perte de la dimension humaine. Ce qui est refoulé et qui se trouve à la place de la vérité dans le discours, ce sont les patients traités comme des sujets de l'inconscient. Si on observe la ligne du bas dans le mathème du discours du maître (cf. figure ci-dessus), on y voit le lien du signifiant à la jouissance de chacun. Si nous observons la dernière ligne et faisons le lien entre eux, nous obtenons le mathème du fantasme et c'est cela qui est réprimé dans le discours.

$(\$ \diamond a)$

Fantasme

## 2.5 Espaces du dire

Un service est composé en espaces différents, du point de vue formel de la fonctionnalité d'une institution, chacun des espaces étant utilisé pour une fonction particulière correspondant à une spécialité ou à une définition de l'usage qui en est fait. Du côté des équipes, la division se fait selon les différentes réunions, chacune trouvant sa définition par ses objectifs et selon les espaces (la cuisine de l'équipe, l'infirmier, le bureau des infirmières, le bureau des thérapeutes, *etc.*). Du côté des patients, la division se fait autrement, selon les différents groupes et activités, chacun avec ses propres objectifs, et les différents espaces investis (les chambres, le sG. A. du service, la salle des fumeurs, la salle à manger, la salle des groupes, *etc.*).

D'un point de vue psychanalytique, tous ces espaces sont perçus comme des espaces du dire. C'est-à-dire qu'il y a un effort commun d'inclure différents espaces de manière à permettre des effets de la parole, de façon à établir un discours pour le sujet. L'accent est mis ici sur la possibilité que cela puisse se produire sans que cela ne se produise pourtant systématiquement.

En annexe<sup>112</sup>, on trouvera des schémas des différents espaces pour les patients et le personnel. Ce sont des données datant de 2019.

Il y a deux autres activités pour l'équipe que j'ai initiées. Ces activités faisant partie de ce travail de doctorat sont des activités ayant lieu à l'hôpital. La première est une présentation de malades et une conversation avec une psychanalyste lacanienne, Diana Bergovoy, qui vient de l'extérieur du service pour un forum auquel participent

---

<sup>112</sup> Cf. Tableaux en Annexe 2

deux équipes (service A et service B). La présentation a eu lieu une fois par mois pendant un an et demi.

La deuxième activité est un groupe de supervision entre pairs pour le secteur des travailleurs sociaux de l'hôpital et des centres ambulatoires. Le groupe se réunit une fois par mois en présence de Neri Wadler, psychanalyste lacanien et moi-même. Nous développerons ces points par la suite. Nous allons maintenant discuter d'un certain nombre d'espaces importants.

### 2.5.1 Le groupe du service, le grand groupe<sup>113</sup>

La supervision se fait par le chef de service et la psychologue responsable. Le groupe est dit ouvert, selon la modalité que nous appelons « train » (soit un groupe dans lequel les participants peuvent changer au cours de l'année). Les séances ont lieu le jeudi de 11h à 11h45 tout au long de l'année. Y participent tous les patients hospitalisés, les patients des soins de jour et l'équipe du service.

L'objectif du groupe est de créer une rencontre pour traiter les questions de vie commune dans le service au cours duquel les participants, patients et professionnels, peuvent amener librement divers sujets.

Le déroulement de la réunion s'organise ainsi. Lors de la réunion, on commence par une prise de contact et une présentation des nouveaux patients. On fait aussi la transmission des informations actualisées qui concernent l'ensemble des patients. Le travail est orienté sur les sujets définis comme essentiels (par exemple, en cas de décès d'un patient, événement exceptionnel dans le service). On construit des

---

<sup>113</sup> Cf. Le livret d'accueil du service, 2019.

réponses dans la mise en lien des personnes, patients et professionnels, présentes dans le groupe. C'est un moment de rencontre directe avec le chef de service.

Le groupe du service est, en fait, le seul moment dans la semaine où il y a une réunion au grand complet organisée en présence de tous les patients et du personnel présent. Le groupe se caractérise par une grande souplesse, une parole directe entre les participants. L'équipe y participe au même titre que les autres personnes présentes.

La conversation sur les contenus amenés dans le groupe se tient dans un *post group* qui dure 15 minutes, à la fin de la séance et avec seulement la participation de l'équipe du service. Toutes les trois semaines, une analyse des pratiques<sup>114</sup> y a lieu, animée par un psychanalyste de l'hôpital.

Lors d'évènements particuliers, des comptes-rendus individuels écrits sont inclus dans le dossier des patients. Les questions générales considérées comme importantes sont concentrées sur la page générale du rapport et ainsi, elles sont communiquées à l'ensemble du personnel du service.

Le groupe du service est appelé dans le monde de la thérapie « un grand groupe » et il est organisé comme une réunion communautaire. Ce groupe est probablement le seul marqueur qui ait survécu dans la culture du service psychiatrique de l'ère de la communauté thérapeutique des années cinquante. Ce genre de groupes du service existe dans tous les services psychiatriques en Israël. La communauté thérapeutique a vu dans le développement de la capacité du patient à prendre une part active à la vie de la communauté et à mener des interactions enrichissantes et positives avec les

---

<sup>114</sup> En Israël, il y a un courant institué dans la communauté psychanalytique qui s'appelle « psychanalyse de groupe ».

autres membres de celle-ci, comme l'axe central du travail thérapeutique. La réunion de la communauté en particulier, et la communauté thérapeutique en général, se sont développées à partir d'une combinaison d'idéologie psychanalytique et d'idéologie socialiste, dont l'accent et l'action thérapeutique étaient dirigés contre la double ségrégation à laquelle le patient psychotique est soumis, soient la ségrégation mentale et la ségrégation sociale. Lors de cette réunion, la communauté aspirait à une expression émotionnelle la plus libre possible tout en examinant les conflits et les problèmes quotidiens de la communauté et des individus qui y vivaient. Lors de cette rencontre, la communauté tente de créer une langue commune qui permettrait de surmonter des expériences difficiles d'isolement et de détachement dont souffre une grande partie de ses membres.

Aujourd'hui, le groupe du service, le grand groupe, a été vidé de sa signification idéologique, bien qu'il conserve toujours la langue et les caractéristiques d'une rencontre de la communauté. Le paradoxe dans le service aujourd'hui est que si on considère le service comme une communauté alors c'est une communauté qui encourage ses membres à ne pas en faire partie avec le raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Dans le passé, les communautés thérapeutiques offraient un cadre de vie global sur le long terme (par exemple, le fameux hôpital de Saint-Alban en France). Cependant, le groupe du service tient à la vie du service et à la fonction thérapeutique de celui-ci, ou on pourrait dire, au potentiel thérapeutique qui lui est inhérent tout comme au potentiel destructeur qu'il peut contenir.

Toutes les différentes théories sur la thérapie de groupe sont unanimes sur le fait que le grand groupe réveille des effets de peur, d'angoisses et de pensées de l'individu face au groupe, chaque théorie décrira ces angoisses selon ses concepts. Dans la

relation d'objet, la théorie parlera d'angoisses primaires et très primitives, c'est la peur d'extinction (Bion, Mélanie Klein), la peur de la séparation et du morcellement (Balint), la peur de la perte d'objet et de la perte de soi (Winnicott, Kohut). Finalement, la rencontre avec l'autre est une rencontre de chacun avec soi-même puisque les angoisses et les peurs proviennent du sujet lui-même. En conséquence, des processus de défense se mettent en place rapidement aidant la personne à se sentir comme faisant partie du groupe et à apaiser la tension qui surgit en elle. Bion (1961) propose une variété de mécanismes qui surgissent dans un groupe et rendent floues les difficultés individuelles qui y apparaissent. On peut détester un ennemi commun (ce qu'il appelle *fight* ou *basic assumption fight*), on peut accepter l'autorité de l'animateur et supposer qu'il sait tout, qu'il est un père protecteur (*basic assumption dependency*), on peut garder un esprit d'espoir que quelque chose de bien se passe dans le groupe et en peu de temps, ce sera pour le bénéfice de tous, par exemple, dans les liens de personnes qui se lient d'amitié en son sein et que de ce lien, quelque chose de bien se produira (*basic assumption pairing*). Le point commun entre toutes ces *assumptions* est qu'elles forment un groupe et réduisent l'anxiété ou le stress de rencontrer l'autre. La formation du groupe et le sentiment d'appartenance par le mécanisme d'identification sont des mécanismes de défense les plus fondamentaux pour le sujet en général, que ce soit dans la névrose ou la psychose.

L'un des problèmes avec les grands groupes dans les services de psychiatrie est que le modèle de travail, la perception qui guide l'orientation et la conceptualisation de cet espace en général ne prennent pas souvent en compte les différences dans le travail pour les groupes spécifiques accueillant des patients psychotiques. On peut diviser l'orientation dans le travail avec les groupes en trois modèles principaux.

Le premier est psychoéducatif, et il vise à réduire les symptômes considérés comme un trouble dans les groupes auxquels appartient le patient. Selon cette position thérapeutique, les hallucinations, les délires et les autres symptômes psychotiques sont considérés comme des symptômes d'une maladie qui doivent être supprimés ou éradiqués et non comme une forme de communication. Dans les groupes qui fonctionnent selon un tel modèle, les changements de comportement ont tendance à être encouragés par des interventions éducatives qui poussent les patients à essayer d'adopter un processus d'*encapsulation* de la psychose et d'identification à un « moi » adapté. Les groupes de ce type ont tendance à créer des normes qui limitent le degré d'expression des affects des patients et mettent l'accent sur le développement de la capacité du patient à identifier les symptômes de sa maladie.

Le deuxième modèle, le plus courant en thérapie de groupe en général, est le modèle dynamique qui repose principalement sur la conceptualisation de Bion. Selon cet auteur, il existe un certain nombre d'hypothèses de base (ce qu'il appelle *basic assumptions*) qui déterminent la dynamique du groupe : il y a un inconscient de groupe, dit collectif, par lequel les membres du groupe sont agis et par lequel ses membres s'expriment directement. La dynamique du groupe conserve le processus de défense face à l'angoisse menaçant le groupe de façon constante. Le rôle de l'animateur dans un groupe dynamique est de mettre à jour, par l'interprétation et sa présence, les mécanismes de défense et les courants inconscients qui opèrent dans le groupe. C'est aussi le cas pour les groupes dont les participants se situent sur le spectre psychotique. L'idée thérapeutique est de faire usage du groupe comme d'une arène dont la visée est la transformation du noyau psychotique et l'encouragement à l'épanouissement psychologique des patients. Pour ce faire, les groupes doivent

survivre à des explosions d'affects primitifs intenses et découvrir ou créer du sens à partir des matières premières souvent perçues comme dénuées de sens. Dans le cadre conceptuel de la relation d'objet, on suppose que les parties rejetées qui ne sont pas passées par une intégration sont renvoyées sur les autres participants, sur l'animateur lui-même ou sur le groupe en tant qu'objet, établissant différentes versions des *basic assumptions* du groupe. Si ces drames sont correctement contenus et exprimés, il y a une chance pour que les membres du groupe réussissent, grâce à l'empathie pour l'autre et aux fonctions qui leur sont imposées dans le groupe, à réintrojecter de manière moins « toxique » ce qui a été rejeté tout en évoluant vers une position plus dépressive et une expérience d'eux-mêmes et des autres en tant d'objets entiers.

Le ou les animateurs qui adopteront la fixation d'objectifs psychothérapeutiques dans le grand groupe du service peuvent rencontrer un certain nombre de difficultés importantes. Il y a un potentiel de prise de contrôle du discours dans le groupe par un ou deux patients difficiles imposant un discours violent et dépressif de telle sorte que l'équipe et les patients se retrouveront piégés dans une logique de groupe psychotique d'une part et dans des tentatives infructueuses de la corriger d'autre part. Cela amplifie la tendance naturelle du grand groupe au chaos et à la régression<sup>115</sup>.

Une troisième approche du groupe dans le service, qui a été encouragée ces dernières années dans divers hôpitaux en Israël et est utilisée dans les services à l'hôpital de Shalvata, est l'approche sociothérapeutique. Le point de vue sociothérapeutique déplace l'orientation thérapeutique du groupe des patients eux-mêmes vers le service en tant qu'organisation active. Cette approche examinera les relations entre les

---

<sup>115</sup> LIPGAR. R. M. "Guide to patient- staff Group Meeting: A sociotherapeutic approach". *Group Dynamics : Theory, Research and Practice*, 1999, Vol 3, N° 1, 51-60.

différents groupes du service différenciés selon des critères sociologiques (sexe, âge, *etc.*) et l'interaction entre eux, afin d'examiner l'impact de ces facteurs sur la tâche principale de l'organisation, à savoir le soin aux patients. L'équipe, qui est chargée d'offrir des services thérapeutiques de manière sécurisée et bénéfique, et les patients responsables de l'utilisation des dits-services, sont dans une interaction quotidienne qui les oblige à coopérer et à essayer de communiquer correctement et efficacement afin de remplir cette tâche commune. La réunion de service, dans laquelle il a y une rencontre directe entre le groupe du personnel et le groupe de patients, est une mise en place qui permet de discuter des questions critiques, comme par exemple sur la façon dont nous vivons et travaillons ensemble, comment nous gérons notre tâche commune et l'état d'interdépendance entre les deux groupes principaux. L'hypothèse est que cette position permet de créer un ancrage dans la réalité, même dans des conversations très chargées telle que des événements d'agression dans le service, des vols, un décès de patients, un changement dans le personnel, *etc.*, grâce à un focus sur un discours de groupe dans les moments où la puissance d'affects intenses s'expriment, ce qui clarifie et éclaire de manière collective les fonctions de l'équipe et des patients dans l'organisation autour des missions communes pertinentes. Avec la création d'une structure claire et permanente de la réunion qui est basée, comme nous l'avons indiqué, sur le positionnement de l'animateur, une partie des processus cachés du grand groupe peut être régulée sans abandonner une conversation profonde et significative. La capacité des différents groupes du service, écrit Lipgar dans son article cité précédemment, à s'écouter les uns les autres avec empathie offre une base thérapeutique pour un travail plus approfondi mais elle a également une valeur thérapeutique significative en soi. Une conversation relativement concrète sur les préoccupations quotidiennes partagées par le personnel et les patients permettra

également de créer un aménagement de la parole entre les groupes et constitue une base pour un apprentissage commun. L'effet de la création d'un tel aménagement pour la parole peut être très large et améliorer l'efficacité thérapeutique du service de psychiatrie ainsi que le sentiment de protection et de sécurité du personnel et des patients qui y vivent.

Ce modèle est celui d'un discours démocratique, dans lequel chaque membre est un membre d'une communauté civile et la conversation est toujours dirigée vers la valeur symbolique de la parole. C'est-à-dire que la parole représente un sujet dans le langage, soit un signifiant. Chacun peut exprimer ses affects mais en tant que citoyen de la communauté et selon les règles du discours communautaire.

Dans la perspective de la psychanalyse lacanienne, la fonction centrale du groupe du service, ainsi que celle du service de psychiatrie dans son ensemble, dans sa variété d'espaces mis à disposition, est la création d'espaces de parole qui permet aux sujets d'accomplir pour chacun la fonction symbolique forclosée. En ce sens, la troisième approche citée, celle de la sociopsychothérapie opérant actuellement dans le service, vise précisément la place de la fonction symbolique et se conforme ainsi à la perspective psychanalytique lacanienne. Le but est de créer une certaine distance entre les mots et les choses – il s'agit d'essayer de ramener les mots à leur fonction symbolique en créant un espace tiers – le groupe et le discours qui sont destinés à chacun de ses membres. Par exemple, si quelqu'un dit au groupe qu'il sait qu'il y a des gens qui le persécutent, en particulier des membres arabes de l'équipe, on peut créer un espace de parole qui se concentre sur le discours lui-même, sur le sentiment de sécurité dans le service, sur la confiance accordée à l'équipe, sur les valeurs d'égalité et contre le racisme, *etc.* C'est un endroit dans lequel les choses peuvent se

dire sans que les mots prennent la valeur de la chose – comme une personne en particulier qui le persécuterait – mais gardent leur valeur de mots. En ce sens, le groupe maintient sur chacun des membres du groupe la fonction du grand Autre. C'est un maintien qui engendre des règles auxquelles tout un chacun est soumis, des règles qui ne sont pas arbitraires, la dimension de jouissance de l'Autre étant réduite.

Lorsque le travail de groupe est axé sur la fonction symbolique, on peut distinguer deux effets thérapeutiques saillants sur lesquels l'approche sociopsychothérapeutique peut également mettre l'accent, l'un des deux étant un effet modérateur c'est-à-dire qu'il y a une réduction de l'intensité et de la menace du discours qui se développe dans le groupe. Le groupe peut se conduire dans un calme relatif et ne pas dégénérer en agressivité et en violence. La diminution de l'agressivité et de la violence dans le groupe du service fermé est toujours une possibilité à portée de main et c'est un discours orienté vers le groupe au détriment d'un discours en face à face qui peut éventuellement restreindre cette possibilité.

Le deuxième effet est que le groupe fait exister une fonction de réflexion, ce qui augmente la capacité de penser et d'observer les choses. Il est plus facile de penser à quelque chose quand cela se présente comme moins menaçant. Le sujet est alors capable de distinguer que, peut-être, il n'y a pas d'assimilation entre ce qu'il dit et ce qu'il est mais qu'il est représenté par son discours. L'orientation dirigée vers le discours lui-même aide à introduire une certaine dialectique – transformer les mots en objets de réflexion et d'observation – à travers la référence aux autres membres du groupe en tant que membres égaux. La possibilité de relativiser s'installe là où, autrefois, il y avait la certitude.

En termes d'orientation, il y aurait à abandonner les *basic assumptions* sur l'inconscient collectif et les affects latents car une position interprétative ne fait qu'intensifier la jouissance de l'Autre et favorise les liens duels.

Une fonction supplémentaire, dans la perspective lacanienne, est la fonction de l'écriture. Dans le service, deux types d'écriture peuvent être caractérisés, d'abord le dossier administratif, c'est celui des présences, des rapports des réunions dans le dossier personnel du patient, les résumés de l'admission, les résumés de la sortie, les événements exceptionnels -comme par exemple : « a exprimé des contenus suicidaires lors de la réunion du groupe [...] a explosé sur l'équipe [...] des hallucinations ont été relevées ». Ce sont des notes qui donnent la signification de position de maître au service lui-même, comme cela est le cas dans certains écrits dans lequel le sujet n'est pas présent. Et ce sont des écrits qui ont pour visée une communication minimale entre le personnel, principalement pour un transfert d'un secteur à un autre.

Un autre type d'écriture est la prise de note des signifiants dans le discours, au sein du service. Jean Oury, à la suite de Freud et de Lacan, appelle cela « la fonction scribe »<sup>116</sup>. Quand Freud décrit l'inconscient, il utilise la métaphore d'un cahier qui permet une double inscription : la représentation est inscrite dans le système conscient et dans le système inconscient en même temps. Pour que l'écriture soit possible, une base doit être présente, quelque chose qui permette de graver. Autrement dit, chaque fois qu'il y a une action du signifiant en tant qu'il représente le sujet pour un autre signifiant, et qu'il doit y être ajouté, lié au corps, alors la fonction d'écriture se met au

---

<sup>116</sup> OURY, J. « Le corps et ses entours : la fonction scribe », *Corps, psychose et institution*, 2007, Paris : Érès, p. 21-27. [Disponible en ligne : <http://www.revue-institutions.com/articles/lafonctionscribe.pdf>]

travail. C'est une question logique. Ouri ajoute : « Autrement dit, pour qu'il puisse y avoir inscription, ça nécessite une possibilité de surprise, de coupure. »<sup>117</sup>

Le groupe peut être utilisé pour les sujets qui y participent comme un support d'inscription. Souvent, il a été surprenant de voir comment le discours d'une patiente par exemple, Meirav, a soudainement gagné beaucoup de sens et de valeur. Meirav est une patiente de 30 ans, diagnostiquée d'une schizophrénie désorganisée qui a passé la majeure partie de sa vie dans les services de psychiatrie. La plupart du temps, elle restait dans le service, silencieuse, occupée à ses pensées, dans son monde ou semblait détachée, non attachée à la parole, dépourvue de sens. Mais dans le groupe, Meirav disait quelque chose à tout le monde, quelque chose sur sa douleur humaine et on pouvait la voir sous un nouveau jour. Citons un autre exemple, Ruben, un patient qui répétait inlassablement, sans s'arrêter, au personnel ou aux patients qu'il rencontrait en chemin, pourquoi il n'aurait pas dû être ici et qu'on lui avait volé l'argent qui lui revenait de la part du ministère de la Défense, qu'il devrait être à Paris et non dans ce lieu pour criminels et toxicomanes. A certains moments, dans le groupe, le discours répétitif, vide comme il pouvait l'être, recevait un corps et se reliait à son histoire personnelle, à son père au Maroc en particulier, pour articuler quelque chose de nostalgique pour un autre lieu et une autre vie qu'il avait eue, ce qui créait l'identification et le dialogue avec lui. Il apparaissait pendant quelques instants comme un sujet présent et représenté par ce qu'il disait. Ses signifiants prenaient du volume dans le service, dans le discours de l'équipe, en lien avec les autres patients.

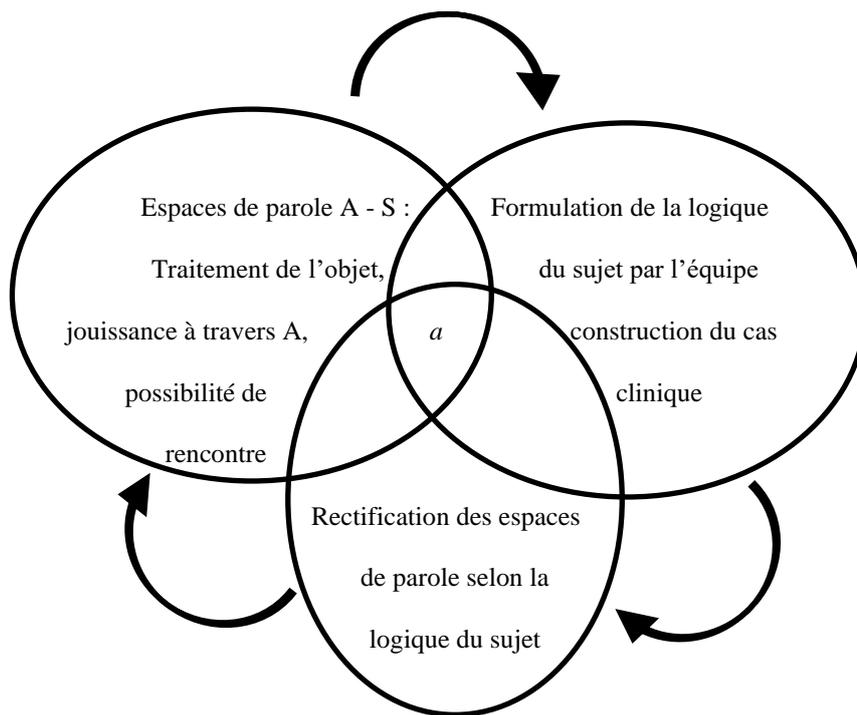
---

<sup>117</sup> OURY, J. *Ibid.*

Le groupe est un espace qui permet une coupure de l'*automaton* de chacun, la création d'un espace vide dans lequel l'Autre se prépare comme support à l'inscription subjective.

### 2.5.2 La liberté de circulation

Dans les institutions qui ont fonctionné et fonctionnent actuellement selon l'orientation de la psychanalyse, les différentes activités, telles que l'atelier cuisine, l'atelier jardinage, le groupe sur les médicaments, les groupes des relations familiales, *etc.*, ne sont pas conçus comme des thérapies mais comme des ateliers ou des activités qui reposent d'une part sur le désir de leur initiateur (un membre du personnel), sur son intérêt personnel pour un sujet en particulier et d'autre part, l'intérêt que les participants aux ateliers comme moyen de traiter une jouissance envahissante, de ce qui ne va pas dans le corps, en relation avec le langage. L'inscription subjective est possible en se déplaçant dans les différents espaces de l'institution. Le mouvement est rendu possible précisément grâce à la différence entre chaque espace, entre chaque activité qui repose sur un symbolique sérieux. Par exemple, un groupe d'art puise dans l'intérêt de son initiateur pour l'art et il se montre fidèle au sérieux du domaine, au langage qui le définit (par les techniques, les matériaux à disposition, l'Histoire, les idées, *etc.*) Du point de vue de la psychanalyse appliquée à l'institution, c'est le cœur du travail thérapeutique. Dans divers espaces, quelque chose du sujet est formulé ou quelque chose du sujet apparaît, une forme d'usage pour mettre en ordre quelque chose. – Une même chose particulière est perçue puis formulée par l'équipe autour d'un patient et elle revient en retour dans l'espace comme une forme d'intervention, de positionnement, de réponse afin de soutenir cette construction du sujet.



A l'hôpital aujourd'hui, les différentes activités doivent être organisées selon la logique de la « thérapie en... », chacune de ces activités étant centrée sur les objectifs de ses idées définies selon le domaine et la profession. Par exemple, pour l'atelier jardin, l'objectif du groupe est la stimulation sensori-motrice, la sortie dans la cour de l'hôpital, l'encouragement dans le fonctionnement autonome pour les tâches de jardinage, l'évaluation des capacités des patients en fonction de la performance professionnelle du groupe, l'amélioration des compétences interpersonnelles et la capacité de travailler en équipe. Dans le groupe de psychodrame, l'objectif du groupe est de créer un espace de jeu spontané à travers lequel on peut se connaître soi-même, connaître l'autre et en retirer une certaine satisfaction, de renforcer la capacité d'expression de soi et de coopération, d'exploiter les forces qui soutiennent la

créativité de chacun<sup>118</sup>. Quels que soient les objectifs thérapeutiques formulés pour chaque groupe, l'espace de rencontre avec un tel mode de positionnement, peu importe combien les objectifs peuvent se présenter comme bons et désirables, passe à côté de la dimension particulière des participants. Et cela ne veut pas dire qu'ils ne fonctionnent pas, qu'ils ne soient pas efficaces, mais il restera toujours dans un généralisme, doté d'une tâche aveugle sur la chose qui met en fonction chaque sujet de façon singulière.

S'il y a quelque chose que la psychanalyse peut apporter au travail de l'institution psychiatrique, en tant qu'institution, c'est précisément sur le point de jonction, sur l'orientation des différentes rencontres. Cela touche à l'orientation des réunions d'équipe.

### 2.5.3 Les réunions d'équipe

Les réunions d'équipe sont l'une des composantes essentielles du travail de l'institution en tant qu'institution, dans ce qui distingue une institution thérapeutique d'un cabinet privé. La nature du discours dans les réunions d'équipe, la langue commune ou non, les différents objectifs de chaque réunion détermineront le style de l'institution, c'est-à-dire son orientation clinique. Par exemple, pour un service de psychiatrie dirigé par un directeur qui ne croit qu'au langage médical, dont la langue commune de l'équipe ne serait que le langage DSM ou CIM, l'acte de l'équipe, la création des liens avec les patients, les décisions concernant l'admission ou la sortie des patients dans le service recevront alors leur orientation de cette variante médicale du Messie. On peut dire que les réunions d'équipe sont l'incarnation d'un discours

---

<sup>118</sup> Cf. le livret d'accueil.

idéologique qui passe par le corps, en particulier celui qui siège à sa tête, celui qui les anime. Une approche pour les réunions d'équipe consiste à s'identifier avec le discours de la science, sachant que ce qui oriente ce discours, c'est le savoir de la profession de chacun des participants à la réunion. Une autre approche est l'hypothèse que, comme dans les théories relevant des thérapies de groupe, il y a des choses refoulées dans la dynamique de l'équipe qui appartiennent ou qui sont liées à ce qui est refoulé par les patients. Ainsi, dans les réunions d'équipe, il s'agit pour nous d'analyser la dynamique de groupe de l'équipe pour permettre à l'équipe à la fois d'être un meilleur « contenant » pour les patients et aussi de comprendre quelque chose de la vérité des patients dans leur ensemble. Le principal problème de cette approche est qu'elle se concentre sur les relations imaginaires entre les membres du personnel, ce qui provoque, de structure, des drames, des sentiments de culpabilité, encourage à des identifications différentes comme des – identifications au secteur, aux patients comme groupe, à l'idéal, *etc.* L'équipe peut être captivée par un drame interne, un drame détaché du réel du patient. Dans le service par exemple, une fois par mois, la réunion d'équipe est consacrée au discours de l'équipe se concentrant sur les liens entre les professionnels. De ces échanges peuvent émerger des décisions mais, à mon avis, elles reposent sur une réponse à la détresse qui découle de ce discours qui veut libérer de la culpabilité. Par exemple, un infirmier se plaignait d'un manque de communication entre les infirmiers et les thérapeutes des autres secteurs, il disait qu'il se sentait seul face aux patients et en conséquence, il fut décidé que les thérapeutes participeraient à différentes tâches relevant habituellement des infirmiers, qu'ils seraient présents dans l'espace public du service (salon, comptoir des infirmiers, couloirs) et qu'ils participeraient aux contentions. C'est une poussée vers l'identification à l'idéal « d'être bon » aux yeux du reste de l'équipe.

Dans l'approche psychanalytique appliquée à l'institution, l'hypothèse est qu'à l'origine du discours autour d'un patient en particulier se trouve le non-savoir, l'énigme, et c'est par le discours conjoint à l'expérience de l'équipe avec le patient que quelque chose de l'énigme du patient se formulera, apparaîtra et pourra donner une orientation à la position de l'équipe à son égard.

Il s'agit d'une différence subtile que l'on peut voir dans la pratique de présentation de cas de malades qui existe dans tous les services de psychiatrie, ou dans la plupart d'entre eux. Un thérapeute référent présente un patient par son anamnèse, les points clés de son histoire, comment il arrivé à l'institution, son histoire concernant les soins qu'il a peut-être déjà reçus et ce qui s'est passé pour lui jusqu'à son admission dans le service. La différence se trouve dans la focalisation, ce sur quoi le discours se concentre, sur ce quoi il sera guidé. Qu'est-ce qui provient du discours du patient ou du savoir théorique du thérapeute ou du contre-transfert du thérapeute ou encore de définitions médicales ? Bien sûr, tout cela s'exprime dans la pensée mise en commun et constitue le matériau du discours, cependant, il y a une boussole qui en déterminera la lecture, ce qui sera mis au centre et ce qui figurera en marge. Pour la psychanalyse, ce qui oriente le discours, c'est le réel du sujet et la façon dont il se présente.

Le chef de service formule la fonction de présentation de cas comme suit :

« Il y a ici différentes fonctions, tout d'abord, il s'agit de comprendre qui est le patient, d'entendre parler de sa vie, comment il a grandi, ce qu'il a vécu. Autrement dit, qui est cette personne au-delà de ce que nous voyons maintenant dans cette phase d'hospitalisation. C'est vraiment faire connaissance avec la personne. Cela permet ainsi de connaître le patient d'une autre manière. Il existe aussi une fonction

pédagogique, l'équipe apprend les uns des autres sur la manière de penser les données que nous recevons, comment les stagiaires ou les étudiants apprennent à faire des entretiens, comment ils créent un lien avec un patient, c'est extrêmement important.

Pour le patient, l'entretien avec un thérapeute devant le service répond, je pense, à un besoin de reconnaissance. Je pense que c'est un lieu où quelqu'un en position d'écoute pourrait être dans un certain contact avec la souffrance d'un patient, qui l'aurait par exemple menée à la tentative de suicide. Et, cette chose trouve une signification en elle-même, cela ne veut pas dire qu'on en fait forcément quelque chose, que cela induit des changements dans le processus d'hospitalisation. »

On peut voir comment la fonction de l'espace, si on considère la présentation de cas comme un espace du dire, est liée à l'éthique de la lecture de ce même espace. Pour le chef de service, en tant qu'il anime le discours, en détermine l'orientation, maintenir une dimension de non-savoir et de surprise par « faire connaissance avec le patient d'une autre manière » comme une fonction thérapeutique et orientée est ce qui permet l'existence de cet espace.

Les membres de l'équipe qui sont invités à assister à ces entretiens les considèrent de façon univoque comme ayant une fonction de réflexion qui leur permettrait de percevoir chaque patient dans leur ensemble. Cependant, ils les considèrent davantage comme un idéal vers lequel aller. En pratique, il y a quelque chose qui manque, quelque chose qui empêche cette fonction d'exister : « Chez nous, j'aurais aimé que la discussion soit plus large, prenne plus de temps. Souvent, nous avons très peu de temps pour cette discussion élargie. Je pense que, souvent, des professionnels avec le plus d'ancienneté font la discussion dans leur tête, ils comprennent des choses mais ils

parlent très peu. Un effort supplémentaire est nécessaire pour faire exister la conversation, je pense que le temps de la conversation devrait aussi donner plus de temps pour les questions. Pour les gens, il faudrait plus de temps. »<sup>119</sup>

Ou encore, « je pense que, souvent, il y a des choses à dire qui ne sont pas dites, quand par exemple il y a une élaboration sur le patient, qu'on ressent quelque chose ou qu'on pense quelque chose au cours de l'entretien ou au cours de ce qui arrive. Je pense à des réflexions qui ne sont pas rassemblées et qui ne sont pas dites parfois en raison d'une préoccupation d'ordre statutaire – qui à mon avis n'est pas si importante –, ou parce qu'on a l'impression que ça n'ajoute pas grand-chose à la conversation. Mais je pense que ce serait beaucoup plus intéressant d'entendre ce que les gens pensent et ressentent, quelles associations d'idées leur viennent, que de faire consister un *statu quo*. »<sup>120</sup>

La forme du discours, les signifiants qui orientent le discours et le temps se répètent comme des éléments qui ouvrent ou ferment un espace en tant que fonction réflexive et thérapeutique, qui permettent au sujet d'apparaître et de se déplacer dans la chaîne des signifiants, ou inversement, de se fermer et de stagner sous des signifiants maîtres.

#### 2.5.3.1 La réunion approfondie de cas de patients

Cette réunion n'est pas commune à tous les services de psychiatrie en Israël, pas même dans la plupart d'entre eux. Elle s'est développée dans cet hôpital, dans ce service, à partir de l'orientation de l'équipe référente en psychothérapie. Il s'agit d'une conversation approfondie portant sur deux ou trois cas de patients complexes,

---

<sup>119</sup> Dr. G. A. directeur adjoint du service.

<sup>120</sup> Mme I. la psychologue responsable de la formation avec le plus d'ancienneté dans le service.

nécessitant une réflexion approfondie de toute l'équipe, visant à affiner et à formuler les questions diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation qui font dilemme. Lors de la réunion, on y apporte des cas dont leur thérapeute référent souligne la complexité ou le dilemme. Chacun des patients est présenté, puis une conversation est menée et différentes indications sont formulées en réponse.

« Une fois, lors de la visite du médecin, on décida de ne pas faire entrer les patients mais de s'asseoir ensemble avec les dossiers des patients et de réfléchir à leur cas. Nous, toute l'équipe ou une grande partie d'elle, avons pensé et parlé des patients. Mais en fait, nous n'avions jamais eu l'occasion de parler d'un patient en profondeur, il s'agissait de passer en revue tous les patients, [...] Prendre le temps de parler d'un patient est quelque chose qui permet de penser le cas et parfois, ce n'est pas seulement à un patient en particulier, on peut penser au traitement et à la façon dont il est conduit dans la thérapie, on peut penser d'une façon qui permet de s'arrêter sur des points de butée... De mon point de vue, c'est un outil qui permet de ne pas être prisonnier des concepts, qui permet de subvertir le concept en quelque chose qui se questionne plutôt que de parler dans un langage thérapeutique que l'on peut très facilement transformer en une sorte de discours vide ou de parole automatique. Mais le silence et l'écoute associative des uns par les autres permet de soulever quelque chose qui n'existait pas auparavant, qui est nouveau, par exemple un nouveau concept, qui aura aussi besoin bien entendu d'être questionné et donc, les cas de patient qui sont apportés en réunion peuvent revenir à nouveau et de façon infinie si on traite la question de cette façon. »<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Dr. C. K. Le chef de service.

Dans cette réunion, la discussion n'est pas structurée et les thérapeutes qui présentent les cas soulèvent principalement leur propre difficulté qu'ils rencontrent dans un traitement particulier. Souvent, il peut y avoir un long silence jusqu'à ce que l'un des participants fasse entendre une pensée qui lui vient à l'esprit. Cela peut être par exemple, une autre expérience qu'il a eue avec le patient, ou un partage de sa difficulté, ou un point se concentrant un instant sur ce qui se passe dans le prise en charge de la famille du patient, ou encore une idée au début de sa conceptualisation, *etc.* Toute l'équipe a noté à quel point cet espace est important et productif pour elle-même.

« L'élaboration, c'est de l'or, en particulier celle de l'équipe du service, c'est une équipe où chacun s'exprime et moi, je veux entendre ce que chacun a à dire. Ceux qui parlent, je veux entendre ce qu'ils ont à dire, c'est pour moi formidable, très précieux. »<sup>122</sup>

La discussion ouverte pour l'équipe, qui est maintenue dans sa forme grâce au positionnement de celui qui anime, qui par sa présence, préserve l'éthique du non-savoir, l'écart qui permettra aux choses d'apparaître, permet aussi le dénouage des identifications, à la séparation entre ce qui appartient au thérapeute et ce qui appartient au patient.

« La résistance [dans le traitement] fait souvent partie des composantes structurelles de la personnalité des thérapeutes, et je pense que c'est très significatif. Chacun y met de ses propres difficultés, s'il y a une difficulté au niveau des limites avec le patient par exemple, dans ces cas-là, si on a l'impression d'être le seul à pouvoir aider, on

---

<sup>122</sup> Dr G.A. chef-adjoint du service.

peut vivre une expérience d'omnipotence qui n'est pas souhaitable. Il peut y avoir des choses cachées au sein de l'équipe, des choses qui peuvent surgir, une identification qui pourrait se faire avec une partie particulière du traitement par exemple et ensuite, entraîner une difficulté à entendre, une difficulté qui peut se prolonger et alors, quelque chose peut être dit à ce sujet, peut se résoudre et aider le soignant et toute l'équipe à se positionner différemment. » <sup>123</sup>

Par exemple, dans une présentation faite par un thérapeute, on décrit une grande difficulté dans les séances thérapeutiques avec un patient. Ces rencontres prenaient le tour d'une conversation psychothérapeutique selon la formation du thérapeute, avec du silence et de l'attente à l'égard de la parole du patient. Le patient, dans ces conversations-là, était très agressif, en colère, accusateur, paranoïaque et terminait la plupart des rendez-vous avec une colère envers le thérapeute. Il s'était avéré que la même chose se produisait dans les groupes dynamiques, des groupes à la conversation ouverte. Cependant, dans les ateliers de jardinage et de cuisine, les intervenants ont témoigné d'autres choses, sur le fait qu'il y participait et qu'un dialogue avec lui autour du travail commun était possible. Ma position dans l'équipe était de relever cette logique-là, au-delà des différentes interprétations sur ce cas, et de réfléchir à la manière dont on pouvait réduire pour lui les espaces de parole ouverts et élargir les interactions autour d'un objet, l'activité manuelle épuisant quelque chose de la jouissance de l'Autre pour lui.

---

<sup>123</sup> Dr G. A. chef-adjoint du service.

### 2.5.3.2 *La visite des médecins*

La visite des médecins consiste en une évaluation hebdomadaire de chaque patient par le personnel soignant et sous la supervision du médecin sénior. Les participants sont tous des membres de l'équipe du service présents à ce moment-là. Un médecin, un infirmier et un ergothérapeute sont des participants indispensables. Cette réunion permet une approche organisée et structurée pour que le patient rencontre toute l'équipe qui travaille avec lui ; pour former les internes à l'évaluation du patient dans un suivi hebdomadaire, pour formuler des conclusions et donner des indications pour les voies du traitement. Les patients entrent chacun leur tour dans le bureau. L'examen clinique de base est effectué par le médecin sénior, le reste de l'équipe (y compris les internes et les étudiants) participe librement à cette évaluation. Après l'examen clinique du patient, une brève conversation a lieu lors de laquelle se formulent des conclusions thérapeutiques. Pour certains patients, une discussion complète à but pédagogique est menée<sup>124</sup>.

Le modèle sur lequel est basé la visite des médecins trouve son origine dans la médecine générale. Le médecin passant de lit en lit dans le service avec l'infirmière et les internes examine l'état du patient, les médicaments qu'il reçoit, lui demande en quelques mots comment il se porte au regard de sa problématique et décide éventuellement d'une évaluation décisionnelle pour la poursuite du traitement. Un tel modèle convient-il à un service de psychiatrie ? Quelle est la fonction de la visite des médecins dans ce service ?

---

<sup>124</sup> Cf. le livret d'accueil.

« Je connais l'histoire sur la façon dont, je pense, cela a été construit, en tant que lieu permanent où le patient peut parler au médecin, avec toutes les significations que prend le terme de médecin. Il faut dire que ce lieu s'est développé ici parce qu'il y avait le sentiment que les patients voulaient tout le temps parler à un médecin.

Sachant que le patient a un thérapeute référent et que le thérapeute donne beaucoup de réponses, et que par exemple, il a déjà un traitement médicamenteux, s'il n'a pas de problème somatique, alors pourquoi demande-t-il à parler au médecin ? Pourquoi y a-t-il le besoin de parler à un médecin ? Car en effet, il y a ce besoin de parler à un médecin.

Donc c'est ce point-là qui a soutenu la construction et le maintien de la visite du médecin. C'est-à-dire qu'il y a un jour dans la semaine où tout le monde a la possibilité pendant quelques minutes de s'entretenir avec un médecin, de ce qu'il voulait dire au médecin toute la semaine et cela a un effet apaisant.

Je pense que secondairement, c'est devenu aussi un lieu où certains membres de l'équipe peuvent réfléchir ensemble au cas du patient, observer aussi son fonctionnement, entendre les projets de sortie, quel lieu de rééducation a été envisagé pour lui. C'est comme si c'était une autre sorte de communication au sein de l'équipe. C'est donc un lieu où une fois par semaine, on se pose et on réfléchit... à partir de ce point-là qui était de donner l'opportunité de parler au médecin, ce point-là qui est important... parce que je pense que cette expérience d'être traité par les médicaments et par ce qu'ils viennent signifier au patient, je ne parle pas seulement des médicaments de manière concrète, de quelque chose qui pénètre dans votre corps, mais de quelque chose qui est vécu comme ayant une influence qui vous change, qui

vous contrôle, qui vous est extérieur et qui est donné par quelqu'un d'autre. Cette expérience-là amène le besoin pour le patient de savoir ce qui lui arrive, ce qu'il vit, et il y a aussi la dimension du doute, le patient se dit peut-être qu'il traverse des choses que le médecin ne sait pas, auxquelles il n'a pas suffisamment réfléchi. Il y a un besoin d'être vu et d'avoir le sentiment que quelqu'un protège sa vie. C'est une des fonctions de la visite des médecins. »<sup>125</sup>

Ce qui guide le chef de service, on le voit dans les différents espaces de réflexion en équipe, c'est d'une part de maintenir la place symbolique du médecin, appartenant à la fonction du médecin, maintenir la fonction symbolique de l'espace, mais d'autre part, c'est aussi de ne pas s'identifier au discours médical. Ce qui oriente la pensée, c'est le patient, au centre, considéré comme une énigme commune à tout le personnel.

La dimension de la reconnaissance (ce que le chef de service appelle « être vu ») et celle de la protection (« avoir le sentiment que quelqu'un protège sa vie ») attribuées au point de vue du patient permet de dire que, dialectiquement, cette réflexion permet de maintenir le semblant du médecin qui consiste à incarner la fonction de celui qui protège et qui voit, qui donne une justification rétrospective de la pratique autour d'un trou, autour du non-savoir et permet au médecin lui-même et aux autres personnes de l'équipe de se placer dans le « faire du bien ».

« Si pendant la visite du médecin, j'arrive à dire quelque chose sur ce qui est difficile pour le patient, on voit que ça touche, on voit que ça apaise, c'est un bon sentiment de constater que ça a pris un sens, que cela a touché ou apaisé, ça me rend fier. Je sens

---

<sup>125</sup> Dr H.H le chef du service.

que j'ai fait quelque chose de bien ou que je suis quelqu'un de bien et ce n'est pas un sentiment toujours présent ici dans le service. »<sup>126</sup>

Ce sentiment, cette protection est nécessaire afin de préserver la fonction symbolique du médecin et plus largement, à régler un Autre plus discret à travers la construction de la variété des espaces. Cependant, il s'agit d'une ligne mince nécessitant une critique constante de l'équipe elle-même concernant la question de savoir si elle maintient bien la fonction de l'espace, si elle y fait exister une vraie réflexion, si on ne se laisse pas glisser comme un automate ou si on ne se laisse pas prendre dans une identification au discours médicopsychorééducatif sans espace.

« Je pense que la visite des médecins est un lieu important pour le patient, il sent qu'on le voit mais parfois il sent un peu le semblant de la situation. Le patient vient souvent me dire "on ne me voit pas" c'est comme si on l'avait vu et maintenant il y a toute une semaine où on ne le verra pas. »

Cela se reflète également dans la double observation du service de psychiatrie en tant que famille, telle qu'elle est pensée initialement par la clinique du modèle de Tuke où le traitement moral au sein de l'abri est organisé selon le modèle de la famille bourgeoise avec le père, la mère et les enfants. Les « enfants » étaient censés, comme dans la famille, recevoir une « éducation » par les parents. Ce sont cela, les fantômes du service qui s'aperçoivent dans la langue parlée dans le service, dans les diverses interprétations des réclamations qui sont faites contre le personnel soignant ainsi que dans l'observation de la part de l'équipe des patients et d'elle-même.

---

<sup>126</sup> Dr G.A. chef-adjoint du service.

### *2.5.3.3 Entretien avec un malade*

Dans le cadre de ma présence en tant qu'analyste lacanien dans le service et dans le cadre de ce travail de recherche lui-même, j'ai initié un certain nombre d'actions afin d'amener le discours psychanalytique lacanien dans le service et dans l'hôpital en général. Avec l'aimable participation de la psychanalyste Diana Bergovoy, responsable de la section clinique de Tel Aviv, nous avons mené des entretiens avec des patients et une discussion ; une fois par mois pendant un an et demi.

Cette pratique est une façon d'instituer l'exercice de la non-compréhension, c'est une façon d'introduire le discours analytique au sein de l'institution. Tout d'abord, il s'agit de créer des conditions de non-savoir, non-compréhension pour que quelque chose puisse se produire, quelque chose qui puisse avoir des effets pour le sujet. Les sujets sélectionnés étaient des cas qui posaient des questions et des difficultés à l'équipe.

Il peut s'agir de difficultés diverses qui doivent être bien définies pour essayer de trouver une réponse ou ouvrir sur des questions qui jusque-là n'avaient pu être mises en mots. Il s'agit d'une mise en pratique de la doctrine analytique afin d'ouvrir à la logique du cas clinique. L'élaboration clinique n'est pas une simple introduction de la référence à la psychanalyse en tant que doctrine, c'est une lecture constitutive de cette clinique même. Loin de se réduire à des placages théoriques sur les cas, elle a pour visée de transformer le travail, de causer des effets dans la pratique quotidienne.

Cette activité a provoqué deux réactions notables : premièrement, l'intérêt et l'utilisation du discours analytique autour du cas comme facilitateur dans une intervention ultérieure avec le patient. La seconde, une plainte que le discours est incompréhensible de la part de l'équipe qui exprimait un manque de concepts pour

comprendre de quoi il s'agissait et comment cela se rapportait à notre travail. La principale difficulté était de tenir la position de non-savoir et de non-compréhension. Il est ressorti que ce qui fait tenir l'activité, c'est le transfert vers moi-même et le désir du chef de service. La frustration de certains membres du personnel a indiqué qu'il n'y a pas de langage commun lorsque nous parlions des cas.

#### *2.5.3.4 Atelier d'enseignement*

Cette rencontre a été créée à l'initiative de la psychanalyste Neri Wadler et de moi-même. Il s'agit d'un groupe à destination des travailleurs sociaux hospitaliers et des centres de soins ambulatoires associés à l'hôpital, dans le but de promouvoir le discours analytique dans l'hôpital en général et dans le secteur auquel nous appartenons en particulier. Le groupe se réunissait (et le fait toujours) une fois par mois. La structure de l'atelier est construite selon le modèle des séminaires cliniques : un thérapeute présente un cas autour d'un point central, envoie à l'avance le texte sur le cas aux participants qui font des réponses à partir de leur perception clinique et de leur formation. C'est le participant présentant le cas qui ouvre la conversation libre dans le groupe.

L'axe de travail est inscrit comme suit : chacun, selon son domaine de spécialisation, son intérêt, formulera et transmettra aux participants « l'impossible » qu'il rencontre dans son travail professionnel, dans son service ou le centre où il travaille. L'impossible sera la boussole du travail. Qu'appelle-t-on en fait l'impossible ? C'est quelque chose qui force sa répétition sur le thérapeute et sur le travail thérapeutique et qui ne laisse pas d'espace pour les manœuvres et la réflexion. Une partie de l'effort dans les séances sera de formuler et d'évoquer par écrit l'impossible lui-même, l'impossible interne, soit celui qui n'est pas lié à une contrainte de telle ou telle

« réalité » dans le travail de chacun d'entre nous dans le domaine pertinent à son travail.

Le groupe a réuni environ 15 à 18 participants de différents services de l'hôpital. Au départ, certaines personnes du groupe ont opposé le fait que la structure était trop « rigide », qu'il « n'y avait pas de place pour parler librement » même qu'on « les faisait taire ». En lien avec la travailleuse sociale responsable de l'hôpital, nous avons insisté sur cette structure accompagnée d'un « ce n'est pas à partir d'une rigidité mais bien à partir du sérieux » que nous avons invité chacun et chacune à considérer son travail en lien avec sa propre orientation théorique et thérapeutique, sans pour autant obliger à une orientation en particulier. Ce qui est important c'est que ce soit bien formulé autour de la rencontre avec l'impossible pour le cas en question, rencontre avec le non-savoir. Ce groupe créa de l'ébullition autour de lui dans l'hôpital et fit naître de l'intérêt pour lui.

Le signifiant du « sérieux » est lié à Shalvata en tant que lieu même où les professionnels prennent au sérieux leur travail, eux-mêmes et les patients. Ce sérieux, décrit comme intentionnel ou comme un effet de l'orientation psychanalytique du lieu.

« Ils ont toujours dit que c'était un endroit [Shalavata] dans lequel il y avait un très bon lien entre les gens, dans lequel on s'adressait aux gens de façon humaine et respectueuse, dans un lien chaleureux. Cela veut dire qu'il y avait là une aura qui tournait autour de ce nom, celui de Shalvata dans lequel on entend la notion "paix intérieure"<sup>127</sup>. Plus tard, alors que j'étais déjà arrivée et que j'avais commencé mon

---

<sup>127</sup> On peut traduire de l'hébreu "shalva" par "paix intérieure".

observation, j'ai compris qu'à la base de cet hôpital était la psychanalyse. Tous les chefs de service étaient analystes et en fait, il se destinait à la société élitiste israélienne... C'était très agréable d'y venir travailler. Tout le monde était très bien habillé. Je veux dire qu'il y a cette impression de gens qui se respectent eux-mêmes, respectent la population avec laquelle ils travaillent, ils aiment travailler, quand ils viennent travailler, ils s'habillent très bien. Il y avait quelque chose de très agréable dans la situation<sup>128</sup>. »

Prendre au sérieux la parole de l'autre, du patient, ainsi que les interventions, les réponses du thérapeute, c'est ce qui sous-tend l'éthique de la psychanalyse.

---

<sup>128</sup> Mme E.H. est responsable du secteur des travailleurs sociaux à l'hôpital.

### **3 TROISIÈME PARTIE : Témoignages et dialogues**

#### **3.1 La méthodologie**

La méthodologie de l'étude consiste à faire passer des entretiens au sujet du travail institutionnel aux membres de mon équipe pendant leur journée de travail. J'ai décidé de faire passer les entretiens à mes collègues pour deux raisons. En effet, lors de nos rencontres, je suis apparu d'une part comme une personne connue, faisant partie intégrante de l'équipe et du lieu autorisant un certain transfert envers moi en tant que collaborateur dans le service et par ailleurs, mon statut et les sujets abordés m'ont permis un positionnement d'externe au service et ont surpris les personnes interrogées.

Cette forme extime, d'externalité intérieure, de faire passer les entretiens a introduit un espace de conversation ouverte, qui a permis de révéler un aspect de la position subjective de chacun par rapport à leur travail et par rapport au service. Aussi, l'analyse des entretiens prend en compte mon transfert vers les personnes interviewées en tant que collègues et membres de l'équipe.

Au total, j'ai mené huit entretiens semi-ouverts avec les figures clé de l'hôpital et du service, comme par exemple, celui qui dirige l'esprit du service et son atmosphère. Chacun a d'abord été interrogé sur lui-même, sur ses raisons et ses manières d'arriver au métier qu'il exerce et plus particulièrement, à l'hôpital Shalvata. J'ai demandé quelles étaient leurs impressions et pensées sur l'hôpital Shalvata avant de rejoindre l'équipe de l'hôpital. Puis, ils ont été interrogés sur ce qu'est la psychose à leurs yeux,

quelles sont les composantes thérapeutiques présentes dans une institution par rapport à une pratique en cabinet privé, quelle est l'écoute et la signification qu'ils donnent aux discours de leurs patients, ce qui peut faire un obstacle aux composantes thérapeutiques et ce qu'ils pensent devoir changer.

## 3.2 Analyse des entretiens

On a pu observer, à travers l'ensemble des entretiens, que pour cette équipe, les fonctions thérapeutiques reposent sur la psychothérapie orientée par la psychanalyse. Afin de répondre aux questions posées lors des entretiens sur ce qu'est la psychose, que sont les composantes des traitements dans le service et ce qui oriente la rencontre avec le patient, toutes les personnes interrogées se sont appuyées sur les idéaux de leur formation psychothérapeutique, c'est-à-dire sur l'incarnation de l'orientation psychanalytique dans l'institution, comme ce qui précisément, guide leur réflexion et leur pratique.

### 3.2.1 Le service comme moratoire

« Parfois, pour être guéri, vous devez vous rendre dans un endroit différent de votre lieu habituel. »<sup>129</sup>

La psychanalyse freudienne est basée sur l'idée de l'autre lieu, *Schauplatz*, qu'on traduit en français par « l'autre scène » et qui, en fait, est un autre nom de Freud pour désigner l'inconscient. C'est une métaphore qui exprime que l'inconscient se trouve dans les signifiants d'un lieu. On peut dire que l'hôpital permet un renversement pour ceux dont l'autre scène est devenue une réalité, une scène dans laquelle la division se situe entre le lieu et le lieu de l'Autre. C'est précisément la division qui permet le mouvement, le changement, la dialectique entre les lieux. L'hôpital en tant qu'autre lieu incarne un grand Autre qui donne un nouveau nom au sujet se situant entre les

---

<sup>129</sup> Dr. S.K. directeur de l'hôpital.

deux. Et c'est dans le passage entre les discours que Lacan place aussi la psychanalyse et le transfert.

« Venir ailleurs, c'est avant tout se mettre dans la fonction de "malade" ou dans celle du "guérisseur" et cela signifie aussi un moratoire par rapport à toutes les autres fonctions qui parfois ne vous permettent pas d'entrer dans un processus de guérison. Donc, quand vous êtes ici, vous n'êtes ni père, ni frère, ni même un fils... Vous n'êtes pas non plus un employé... Vous êtes ici dans la fonction de guérisseur. Et dans la maladie mentale, l'identification concrète entre l'endroit où vous êtes et la fonction que vous incarnez est parfois une chose très libératrice. »<sup>130</sup>

La condition dans le service pour que le moratoire existe est la composante d'un « faire tenir » qu'il y a dans le service. Dans la langue de Winnicott, il s'agit de la fonction de « mère-environnement » qui désigne le travail d'un Autre consistant à prendre soin des besoins essentiels du patient qui arrive dans le service à l'état imaginaire d'un enfant, à arranger pour lui le temps et le lieu.

« Le service a une très grande fonction de maintien, ce qui est quelque chose que l'institution, avec toutes ses lacunes, fournit aussi. Vous êtes maintenu par le fait que vous êtes en pyjama, par le couloir, par la porte, par le personnel et les heures bien définies de repas, de sommeil, de prise de médicaments. Et ceci a une fonction.

Une deuxième fonction est celle de l'observation, c'est-à-dire une fonction d'organisation de la vie, pas seulement le lien, qui ce à quoi invite la psychothérapie, mais organiser la vie, c'est une fonction de regard sur l'avenir, tout cette fonction de

---

<sup>130</sup> Dr. S.K. directeur de l'hôpital.

rééducation, cette intensité avec laquelle vous pouvez gérer votre crise, plusieurs fois par jour. »<sup>131</sup>

On peut dire que ce sont différentes formes à considérer pour faire exister le grand Autre pour le patient, pour le maintien et dans la dimension réflexive. Cette dimension ouvre à la dimension du temps symbolique pour le sujet. Le temps symbolique, c'est le temps divisé, de l'avant et de l'après, du passé et du futur.

L'introduction d'un temps et d'un lieu dans une institution restitue quelque chose de cette dimension perdue dans la psychose et permet son inscription dans un discours. Le moratoire est un lieu de passage, et dans le passage d'un endroit à un autre, un moment particulier se crée. C'est le moment où ce qui a précédé n'est plus et ce qui est à venir n'a pas encore pris sa place. C'est un moment critique, un moment sans temps symbolique où l'existence d'un certain ordre, de la structure elle-même dépendent et se situent face à une présence vide. C'est précisément à cet endroit qu'apparaîtra l'objet, qui est absolu pour chacun, avec la possibilité de l'inscrire de nouveau et d'une autre façon dans le discours.

### 3.2.2 Transfert au service

« Le but est, entre autres, de considérer le service comme un thérapeute, de savoir comme nous avons besoin de notre ensemble à nous, à l'aide d'une réunion, et vraiment, de mettre le service en position centrale de thérapeute. »<sup>132</sup>

L'une des questions posées aux membres du personnel lors de ces entretiens était la suivante : quelle est la fonction de l'institution, en tant qu'institution, par rapport au

---

<sup>131</sup> Dr. G. A. directeur adjoint du service.

<sup>132</sup> Dr. I. I. chef adjoint du service.

traitement ? Y a-t-il une composante thérapeutique qui s'ajoute au-delà de la concentration de différents traitements en un lieu unique, le service ? L'un des concepts clés de la psychanalyse appliquée à l'institution psychiatrique est le transfert vers l'institution. Cependant, que signifie ce transfert vers une institution ? Au départ, c'est l'investissement subjectif de chacun des individus présents dans le lieu : son apparence, la volonté de la changer, d'y laisser sa marque, penser au lieu, c'est-à-dire toutes les caractéristiques liées à la transformation d'un lieu quelconque en une maison. Cependant, le service psychiatrique n'est précisément pas une maison, aucun des occupants du lieu n'a décidé de la décoration intérieure, ou même dans quel bureau il sera installé, il n'y a pas, comme c'est le cas dans une maison, une séparation entre un espace privé et un espace public. La plupart des lieux sont publics, y compris les chambres. La seule chose privée serait la table de nuit, verrouillée par une serrure privée à laquelle reste attachée la clé. Alors, puisque le service psychiatrique n'est pas un lieu qui invite ceux qui y viennent à en faire leur chez-soi, à s'y installer, il est au contraire, un lieu qui véhicule le message de transition, de non-établissement, une invitation à y être pour pouvoir en partir. Il y a des tentatives en Israël d'utiliser la soi-disant « architecture thérapeutique » comme faisant partie d'un effort à transformer le service de psychiatrie en un lieu de guérison, une architecture qui, dans sa perception, véhicule un message de calme, d'un espace libre, d'un flux, d'une protection et de loisirs. Pourtant, du fait de tout cela, il soutient les processus naturels de guérison.

Cette composante environnementale est une condition nécessaire et préalable à toute approche thérapeutique, bien qu'elle ne soit pas une condition suffisante. On peut en conclure que l'environnement dans lequel se trouve le patient reflétera, véhiculera un

lien de respect et d'humanité tel qu'il est perçu et articulé dans chaque culture et dans chaque époque.

Une autre composante du transfert vers l'institution fait référence à la présence de l'institution dans la relation entre le patient et le thérapeute. Il existe une dialectique entre le personnel et le général, à la fois de la part du patient et du thérapeute. Un patient qui arrive dans le service ne connaît pas l'identité de son thérapeute référent, il ne connaît pas non plus ses médecins, ne s'adresse pas à un thérapeute en particulier en lui supposant des connaissances, comme c'est le cas en libéral. Le service dans son ensemble, avec chacun de ses intervenants, se voit attribuer le statut de sujet supposé savoir, c'est-à-dire comme quelqu'un qui a su m'aider, répondre à ma souffrance (c'est le cas quand il y a une demande de soin). Du côté du personnel soignant, chacun des thérapeutes doit se défaire de son sentiment narcissique par rapport à son savoir du patient, sans renoncer à en faire son patient. Qu'est-ce que cela signifie ? D'une part, afin de permettre un transfert avec un patient en particulier, le thérapeute doit le traiter comme son patient, et il se considère comme celui qui porte sa parole dans les réunions d'équipe. D'autre part, la réunion d'équipe a une fonction de séparation pour chacun des membres par rapport aux connaissances que le thérapeute croit avoir acquises par rapport au patient. Les thérapeutes rencontrent à ces moments leur partialité au sein même de la diffusion du transfert pour le patient sur l'ensemble du personnel.

« Je pense que le service est un endroit qui se situe entre le personnel et l'impersonnel, cela veut dire qu'il y a un lien personnel, il y a ici les thérapeutes, des infirmières et des infirmiers qui donnent les médicaments, il y a là le thérapeute avec lequel tu parles, et il y a d'autres patients. D'un autre côté, c'est un lieu qui peut tout

aussi bien être impersonnel, je pense que c'est une fonction qui est aussi significative du point de vue de la diffusion de l'attachement, c'est une sorte de lien qui peut être à la fois personnel et impersonnel. »<sup>133</sup>

Dans ce mouvement de balancier, le transfert se construit sur le personnel, c'est-à-dire par un contact personnel avec un soignant référent, avec une infirmière, avec un médecin en particulier, dans lequel se déroulent les transferts pulsionnels, les fantasmes sur un membre de l'équipe spécifique, qui sur cette base peut permettre un lien d'attachement sur le lieu lui-même, même si à l'hospitalisation suivante une partie de l'équipe aura changé. Parfois, pour les patients qui retournent à l'hôpital plusieurs fois, le service est devenu une sorte de maison, un lieu prévisible et familier, on sait qui on rencontrera, qui est le membre de l'équipe qui recevra le patient. Il est une sorte de station de halte, un passage avant le prochain changement.

« Pour de nombreux patients, c'est une maison, ce qui signifie qu'il y a beaucoup de patients qui viennent à l'hôpital en général, et au service en particulier, comme pour se rendre dans un endroit familier. Pour arriver à un endroit où [le patient] connaît les gens, c'est surtout pour le côté personnel. Le fait qu'il connaisse certains des patients, qu'il s'agisse d'un environnement non étranger et non menaçant. Par exemple, une patiente qui a dû déménager d'un lieu de vie à un autre est passée, entre les deux, par le service. Il était très clair qu'arriver dans le service prenait la signification d'arriver dans un endroit familier. Cela comptait, bien qu'à première vue, les conditions ici soient moins bonnes et que les exigences peuvent être, à certains égards, plus grandes.

---

<sup>133</sup> Dr. H. H. chef de service.

La liberté, elle, est réduite. Mais cette patiente avait le besoin de se rendre à cet endroit qu'elle connaît bien et de ce lieu, elle pouvait passer à l'inconnu. »<sup>134</sup>

Afin de permettre le transfert diffracté et un transfert au lieu en tant que ce qui permet au sujet de faire, peut-être, son chemin différemment avec le réel qui l'assaille, qui l'inonde et le place dans l'Autre, chacun des intervenants se situe de manière égale, sans différence, dans une réunion d'équipe, face à la parole du patient, face au non-savoir et face à ce que le patient construit concrètement dans le service d'une part. D'autre part, il revient à chacun des membres de l'équipe de savoir tenir une place définie, sans faire d'obstacle aux autres qui peuvent prendre des places définies et construites selon les lignes transférentielles qui se sont formées dans le lien de transfert du sujet particulier.

La psychanalyse d'orientation lacanienne n'invite pas seulement à penser le transfert au service du côté du sujet comme signification, comme signifiant, c'est-à-dire du côté de l'action de l'aliénation, mais le transfert vers l'institution, vers le service. C'est aussi ce qui permet un traitement de la pulsion, de l'objet, c'est-à-dire du côté de l'action de séparation.

Pour le sujet déconnecté du discours, le sujet psychotique, c'est par la présence d'un thérapeute en particulier, par le contact avec un membre de l'équipe en particulier qui permet, parfois qu'un lien social se crée, lien pouvant être à l'occasion le seul qui relie le sujet à l'humanité. Quelques fois, en plus du transfert au lieu et à des membres particuliers de l'équipe, il y a la possibilité de liens sociaux avec d'autres patients, alors que, lorsque le sujet est en dehors de l'hôpital, il est déconnecté, il est comme un

---

<sup>134</sup> Dr. H. H. chef de service.

objet-déchet du monde. Pour les sujets dont le corps ne cesse de se désintégrer, comme c'est le cas dans les schizophrénies typiques, désorganisées, c'est par le transfert qu'il est possible, peut-être à un sujet de trouver en la personnalité d'un membre particulier de l'équipe, un miroir, un moyen de rassembler de nouveau son corps par une identification spéculaire. Pour le sujet qui souffre d'un excès de jouissance de l'objet qui se trouve « dans sa poche », le service, grâce à ses mouvements dans les différents espaces de la parole occupés par du personnel soignant au désir non anonyme, permet un dépôt en son sein, une sorte d'organe supplémentaire qui concentre la jouissance se trouvant en dehors du corps.

L'un des obstacles à cette orientation de l'équipe est la relation hiérarchique qui ont lieu dans un service de psychiatrie. Tous les services psychiatriques en Israël ont une structure hiérarchique claire : le chef de service est un psychiatre, les praticiens hospitaliers (PH) sont des médecins également, les psychiatres sont des chefs de clinique, les psychologues suivent la hiérarchie suivante : principal, senior, ancien, jeune, étudiant interne, *etc.* La structure hiérarchique va au-delà de ce qui, par sa nature, crée une focalisation imaginaire dans la relation entre les membres de l'équipe par rapport au pouvoir (qui a le plus d'espace, qui a la voix la plus entendue, qui a des privilèges, qui est subordonnée à qui, *etc.*). La structure, sans analyse et sans désir de celui qui est au poste des responsabilités, d'aller à l'encontre de la structure elle-même, produit une croyance imaginaire dans la connaissance. Cela signifie qu'il y a ceux qui savent et ceux qui ne savent pas, que le discours de ceux qui ont le pouvoir est un discours objectif.

### 3.2.3 Donner à la parole une valeur

« L'approche psychanalytique dans le service consiste en priorité à prendre en compte la parole du patient, son expérience subjective et s'adresser à lui en tant que personne, avec une histoire, avec un passé, un présent et un futur et non seulement en tant que psychose. »<sup>135</sup>

L'approche humaniste en psychiatrie, et à la suite de la psychanalyse dans tous ses courants, a amené sur la scène de la rencontre entre le patient et le thérapeute un ordre éthique consistant à écouter la parole du patient et à y chercher un sens, comme partie intégrante du processus thérapeutique. En ce sens, l'inconscient implique que nous y soyons à l'écoute. Lacan a ajouté à la phrase « non sans le discours analytique »<sup>136</sup>. Il ne fait aucun doute que la valorisation du discours du sujet est une condition du travail thérapeutique en service de psychiatrie comme en cabinet privé et peu importe qu'il s'agisse de psychose ou de névrose. Mais comment comprendre cet impératif éthique, comment l'élaborer ?

Ce qui est ressorti des entretiens, c'est l'importance pour l'équipe de se rapporter au discours du patient, de comprendre son parcours de vie, ce qu'il a vécu dans sa vie, ce que les choses signifient pour lui. Cette importance a deux sources : d'une part, toutes les personnes interrogées se réfèrent à leur formation analytique, à la formation orientée par la psychanalyse en tant que sur quoi repose leur travail. La perception théorique que chacun a formulée pour lui-même oriente son écoute thérapeutique : « la psychose est une réponse à ce qui lui est arrivé dans la vie », « ce que fait le traitement, c'est que l'on donne au patient les conditions et plus tard, on améliore sa

---

<sup>135</sup> Dr. I. T., Chef du service ouvert.

<sup>136</sup> LACAN, J., « Télévision », *Autres Écrits*, Seuil : Paris , 1974, p. 26-27.

capacité à parler de lui-même. C'est par le fait qu'une personne se trouve en thérapie et parle, s'entend et se parle à lui-même. Parfois, on lui renvoie sa propre réponse, parfois non, c'est cela, le travail le plus significatif ». « Il ne faut jamais renoncer à essayer de comprendre ce qui se cache derrière le discours du psychotique... Nous avons un rôle à jouer dans cette tentative d'être la fonction qui transforme le matériau (la parole) en ce qui permet de penser et de rêver. »

Il semble que pour l'équipe de ce service, l'orientation analytique, dans toute sa variété, est perçue comme des plus significatives et ainsi, elle vise aussi à mettre en valeur la parole du patient. Toute l'équipe a fait des liens avec certains moments significatifs pour eux dans leur rencontre avec les patients, des moments de rencontre ayant produit un effet de vérité. Ils ont parlé d'un sentiment que l'interprétation a réussi à capter quelque chose de la vérité énoncée et qui a pu ancrer dans la réalité psychique du patient et dans la relation thérapeutique, c'est-à-dire dans le transfert.

« Je me souviens que dans les premiers mois d'internat, j'avais eu une patiente que j'appréciais beaucoup, et elle disait qu'elle voulait faire une conférence de presse, je me souviens de ce moment où je lui ai dit qu'elle a peut-être l'impression qu'on ne l'entend pas ou quelque chose comme ça. Tout cela s'est relié : autant du côté de ce que j'en avais compris que de son côté, avec ce qu'elle avait formulé. Aussi, chez elle quelque chose s'était apaisé. C'est une vraie connexion qui s'est établie. »<sup>137</sup>

Qu'est-ce que le Dr. I. I. a fait dans cette petite vignette clinique ? En fait, on peut voir comment elle a aidé cette patiente, grâce à un acte de nomination et de traduction, à réduire la jouissance écrasante où la métaphore délirante avait échoué.

---

<sup>137</sup> Dr. I. I. Directrice adjointe du service.

S'appuyant sur un lien transférentiel, la patiente a reçu un changement dans la signification de son *X* délirant en *Y* de la langue publique au sens conventionnel du lien social. Le sujet peut compter sur le thérapeute pour ce travail de nomination et de traduction qui ne s'arrête jamais et cette transformation a un effet apaisant.

Il semble que pour l'équipe de ce service, l'orientation analytique, dans toutes ses nuances, est perçue comme extrêmement significative et vise donc également à valoriser la parole du patient.

La deuxième source de l'importance de donner de la valeur à la parole du patient est que les thérapeutes peuvent se voir positivement, bons, humains, comme ceux qui traitent le patient dans son statut d'homme dans son ensemble et de manière égalitaire. Ils s'adressent à eux dans la dignité et comme ceux qui peuvent donner un sens à leur action. C'est-à-dire que donner une valeur à la parole peut servir de protection contre les sentiments d'impuissance, de désespoir et d'incompréhension de la part du thérapeute. C'est pour cela que Lacan a ajouté la condition du discours analytique, étant donné que donner de la valeur à la parole du patient peut amener à une compréhension imaginaire opérant au service de la défense narcissique, qui existe toujours. Le discours analytique, en tant que structure, préserve le non-savoir qui sous-tend chaque cas, à l'un par un. La psychanalyse lacanienne met l'accent, non seulement sur la valeur accordée à la parole comme forme d'herméneutique mais aussi, elle est orientée vers le réel du sujet, vers la jouissance se situant au-delà de l'herméneutique.

« L'analyse s'occupe très spécialement de ce qui ne marche pas ; c'est une fonction encore plus impossible que les autres [...] elle s'occupe de cette chose qu'il faut bien

appeler par son nom, [...] et qui s'appelle le réel. [...] Et comme le réel, c'est ce qui ne marche pas, ils sont en plus forcés de le subir [...] Il faut pour ça qu'ils soient vachement cuirassés contre l'angoisse. »<sup>138</sup>

Le discours analytique, c'est pour l'équipe une mise en œuvre des concepts analytiques pour construire la clinique. C'est une lecture constitutive de cette clinique même. Cela signifie aussi que donner de la valeur à la parole implique de construire la série de points de repère qui, pour le sujet, font rencontre avec le réel, rencontre qui peut conduire à un passage à l'acte.

À notre avis, il y a une confusion entre l'approche humaniste et l'orientation psychanalytique. Quand l'humanisme devient une fin en soi, qu'il est aux commandes de la rencontre thérapeutique alors que la psychanalyse ou la psychothérapie serait un outil pour réaliser le but humaniste, alors la psychanalyse perd de sa puissance et de son efficacité en tant que traitement.

#### 3.2.4 L'angoisse face à la psychose

« En tant qu'individu, face à une pathologie particulière, vous devez faire face à des sentiments de désespoir, de frustration et de peur, des sentiments très difficiles que la pathologie du patient produit en vous ou fait résonner en vous. Quand on fait ça, en tant qu'équipe, on peut puiser dans des ressources complètement différentes que celles qu'on a à un niveau individuel... »<sup>139</sup>

L'institution psychiatrique et en particulier le service de psychiatrie viennent apporter une réponse en équipe, en groupe, à des phénomènes, des états mentaux des sujets

---

<sup>138</sup> LACAN, J., "Conférence de presse du Dr. Lacan, le 29 octobre 1974 au Centre culturel français", *Lettres de l'Ecole freudienne*, n°16, p.11.

<sup>139</sup> Dr. S. K. directeur de l'hôpital.

qu'aucune réponse personnelle d'un thérapeute ou d'un autre, ou même parfois de plusieurs thérapeutes en même temps, ne pourrait apporter. On parle dans les cas de passages à l'acte suicidaires ou agressifs, dangereux, de mélancolie catatonique, de situations de perte totale de tout intérêt pour la vie, d'automutilation grave, d'utilisation massive de substances actives — drogues, alcool — conduisant à une agression extrême ou à une pulsion de mort imparable. Dans tous ces cas-là, et il y a d'autres cas différents et variés que je n'ai pas énumérés ici, comme la décompensation de la jouissance, la décompensation de la pulsion de mort vers l'intérieur ou vers l'extérieur, il y a l'équipe qui se tient face à cela, qui rencontre ce réel non voilé. Le Dr. S. K. poursuit ainsi :

« J'agis ici avec des patients avec le sentiment, disons, d'une capacité que je n'aurais jamais eue si j'avais agi en tant qu'individu, et je travaille beaucoup par ailleurs en tant que thérapeute en libéral devant des patients très complexes, alors je connais très bien la différence, mais dans certaines situations, c'est important de faire appel à toute la communauté des thérapeutes. »

Tous les membres de l'équipe interrogés ont noté la difficulté mentale causée par la rencontre avec les situations difficiles dans le service ; difficultés qui ne peuvent être supportées qu'au sein de l'équipe et avec l'aide de l'équipe. La consolidation du groupe, le recours à une communauté à laquelle chacun de ses membres s'identifie, à ses valeurs, à ses idéaux, à son action entendue comme « bonne », à la croyance en sa capacité et plus encore, font partie des mécanismes de défense initiaux décrits par Freud, permettant à l'individu de faire face à l'impuissance initiale inhérente à la rencontre avec le danger. Freud appelle tous ces processus de l'identification. Grâce à l'identification, chacun des membres de l'équipe, du chef de service au stagiaire, peut

croire en un pouvoir plus grand que sa propre capacité de pouvoir contenir, faire face à ce qui rend impuissant le thérapeute individuel. Cette croyance est, entre autres, ce qui donne de l'espoir à l'équipe et aux patients lorsqu'ils arrivent avec un transfert positif dans le service.

Cependant, l'identification de groupe est une arme à double tranchant. D'une part, elle est nécessaire à l'existence du personnel soignant du service en tant qu'équipe, mais d'autre part, si la seule protection des membres de l'équipe est dans l'identification, cela peut conduire à un discours imaginaire entre *ils* (les patients) et *nous* (le personnel), et en fait une préoccupation interne sans fin pour l'équipe elle-même, conduisant à une déconnection au cas particulier. Cela peut parfois conduire à un passage à l'acte de l'équipe contre les patients s'appuyant sur la dynamique de l'équipe. L'identification pousse vers une unification, vers « une loi pour tous », « nous ressentons tous cela », « nous devons tous agir ainsi devant les patients », « nous devons tous nous entraider ».

La psychanalyse lacanienne offre une perspective supplémentaire, pour ainsi dire complémentaire, obtenue par un mouvement de demi-tour du discours. Le discours analytique n'est pas un discours indépendant, il s'appuie sur les autres discours et révèle leur vérité au sens psychanalytique du terme. La psychanalyse propose le discours lui-même comme un outil pour faire face à la détresse de la rencontre avec le réel.

La possibilité de s'appuyer l'un sur l'autre au sein de l'équipe pour supporter la détresse, la difficulté de rencontrer les différentes formes de la pulsion de mort, est nécessaire. La possibilité de rire ensemble après une confrontation avec un patient

agressif et menaçant, la possibilité ouverte d'exprimer la peur, le désespoir, le bouleversement et plus encore, devant nos collègues est nécessaire. Cela peut être lors des réunions d'équipe, dans des conversations dans les couloirs ou pour les étudiants et les stagiaires, dans les séances de supervision et d'analyse de pratique. Cependant, on ne peut pas penser que le travail se résume à cela, à ce que l'équipe maintienne sa « fonction contenante ». Si l'atmosphère contenante est ancrée dans la plus haute idéologie humaniste, elle n'est cependant pas séparée du discours clinique, du discours essayant de saisir, de cadrer le réel d'un sujet particulier sinon, l'équipe peut aussi sombrer dans une observation d'elle-même imaginaire qui se déconnecte de la clinique elle-même. S'appuyer sur le discours veut dire qu'on fait du réel une question clinique commune.

Freud, suivi de Lacan, ont été très clairs en ce qui concerne l'angoisse de l'analyste. Tous deux ont souligné qu'elle existe toujours dans la rencontre de l'analyste avec la clinique, mais qu'elle n'est pas la boussole pour diriger le traitement de celui qui fait une demande, de l'analysant. L'analyste se doit de porter son angoisse dans sa propre analyse. Lui, comme chaque membre de l'équipe et chaque patient, arrive avec son fantasme personnel et se cogne au réel à travers le fantasme. Dans le service aujourd'hui, les réunions d'équipe font usage d'un certain type d'analyse, dans lesquelles l'intervenant peut partager les angoisses de son travail dans le service. C'est une limite délicate et imperceptible qui se trouve entre le discours clinique dirigé par la structure du discours lui-même et la parole issue du fantasme de chacun. C'est une limite qui, si on la franchit, il devient bien difficile de se repérer où on en est.

### 3.2.5 Question préliminaire à tout traitement possible en institution

Si dans « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Lacan place la question du transfert dans la psychose comme une question à laquelle il faut répondre pour faire un traitement, quand il s'agit de la question préliminaire du traitement en institution, on peut faire l'hypothèse que ce n'est ni la question du transfert ni celle de l'approche théorique en psychothérapie mais plutôt la question des droits de l'Homme et les conditions physiques de l'hospitalisation ainsi que le système juridique encadrant les relations entre soignants et patients qui soient la question préliminaire.

En mai 2018, le Service du contrôle d'État<sup>140</sup> publie un rapport d'audit sur le système d'hospitalisation dans les hôpitaux publics de la santé mentale. Le Service du contrôle d'État mène l'audit dans le contexte de trois grandes réformes de la santé mentale<sup>141</sup>. La « réforme structurelle » dans laquelle le ministère de la santé a réduit le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques d'environ 6800 lits en 1988 à 3500 lits en 2015 (soit une diminution d'environ 50%); la « réforme de la réadaptation » dans le cadre de la réadaptation des handicapés mentaux dans la loi communautaire de l'an 2000 selon laquelle le ministère fournit des services de réadaptation à environ vingt mille personnes handicapées mentales dans la communauté; et la « réforme de l'assurance » dans le cadre de laquelle la responsabilité financière de la prestation des services psychiatriques a été transférée aux caisses d'assurance maladie en juillet 2015.

---

<sup>140</sup> Le Service du contrôle d'État est la principale institution en Israël d'audit de l'État. L'auditeur procède à un audit externe de l'éventail des actions des ministères, des collectivités locales et de divers organismes publics (les organismes audités) pour s'assurer que leurs actions sont menées conformément à la loi, à une bonne administration, à la pureté morale et conformément aux principes d'efficacité et d'économie.

<sup>141</sup> <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2018-68c-207-nefesh.pdf>

Les dépenses nationales globales de santé sont faibles en Israël par rapport à la moyenne de l'OCDE. Il en va de même de la part des dépenses nationales de santé mentale dans les dépenses nationales totales de santé. Ces dépenses étaient de 2,8% en 2015, inférieures à la fourchette de dépenses dans les pays de l'OCDE situées entre 5 et 18% en 2013.

Le rapport de l'audit aborde un certain nombre de sujets centraux qu'il examine. Nous en citerons ici cinq qui ont été discutés en équipe.

Le premier sujet est celui de la congestion dans les services de psychiatrie et la pénurie des services dédiés. En effet, dans de nombreux hôpitaux psychiatriques, il y a une surpopulation chronique. La surpopulation augmente les effets de violence et des situations où les patients n'ont pas leur propre lit dans le service et donc la nuit, ils sont obligés d'être placés à l'improviste dans d'autres services et pendant la journée, ils n'ont pas de lit pour se reposer. Cette situation est insupportable, elle diminue les chances de guérison et elle peut même aggraver la situation médicale. Elle cause beaucoup d'inconfort au patient hospitalisé et porte atteinte à sa dignité en tant que personne et à ses droits en tant que malade.

Le deuxième sujet est l'hospitalisation des patients à double facteur de morbidité (drogue/alcool et maladie mentale). Dans la plupart des hôpitaux psychiatriques du pays (comme ce fut le cas à l'hôpital Shalvata), il n'y a pas de service conçu pour traiter les patients avec une comorbidité. Cela encourage parfois d'autres patients du service à consommer de la drogue et de l'alcool à l'encontre du règlement des hôpitaux et participe à l'atmosphère de violence dans les services. Le traitement de ces patients n'inclut pas de programmes de réadaptation ordonnés de sorte que les

malades sortent de l'hôpital sans être sevrés de leur dépendance et y retournent souvent.

Le troisième sujet est l'hospitalisation de détenus dans les services psychiatriques. Entre 2006 et 2016, le nombre de demandes est passé de 1350 à environ 1800 (soit une augmentation de 33%). Les ordonnances d'hospitalisation représentent 25% des hospitalisations. Il y a une tension intrinsèque en présence d'un détenu dans un service de psychiatrie, qui arrive souvent accompagné de surveillants pénitentiaires et de menottes. Cela augmente le niveau de violence dans le service et atteint au sentiment de sécurité des autres patients.

Le quatrième sujet concerne le personnel soignant de l'hôpital psychiatrique. Dans le système médical, il existe une pénurie de psychiatres qui rend difficile la dotation thérapeutique en psychiatres. Dans le système infirmier, il a été constaté que le rapport entre le ratio du nombre de soignants et de patients en Israël est bien inférieur à ce qui est habituel dans les pays occidentaux. En journée, il est de un sur quatre en Occident contre un sur huit en Israël. En nuit, il passe de un sur quatre contre un sur vingt, respectivement. En ce qui concerne le système paramédical, le ministère de la santé et la Commission de la fonction publique n'ont pas établi de normes pour les professions paramédicales dans les hôpitaux psychiatriques de sorte que chaque hôpital est géré en fonction du nombre d'emplois qu'il avait par le passé. De plus, cette norme n'a pas changé au fil des années bien que les besoins aient augmenté.

Le dernier sujet est le modeste choix d'activités de loisirs possibles. Le ministère de la Santé n'a pas défini de principes dans l'organisation du temps des patients, y compris ce qu'ils pourraient faire pendant leurs nombreuses heures de loisirs. Il n'a pas

répondu à leurs besoins particuliers qui concernent à la fois la nécessité d'avoir un emploi et de réduire la violence et pour les enrichir, et améliorer leurs compétences pratiques. Ainsi, chaque hôpital établit son propre emploi du temps en fonction de sa perception de l'importance et de ses moyens. Dans certains services d'hospitalisation, les patients se promènent sans action et sans but, en fumant, de sorte que le personnel soignant et les autres patients sont parfois provoqués et cela dégénère rapidement en violence.

Il est impossible de ne pas entendre la détresse des équipes face à ces difficultés. Ce sont des difficultés qui ne trouvent pas leur origine dans une orientation thérapeutique ou une autre mais d'abord dans la politique de l'État, dans la politique de la gestion de l'État en matière de santé publique. Ce sont des problèmes structurels qui déterminent la position du thérapeute dans le discours et déterminent le sort de la parole ainsi que le sort des interventions. Lorsqu'un détenu arrive, les thérapeutes et le service dans son ensemble, prennent pour ce dernier la signification du procès et de la prison. Lorsqu'un trafiquant de drogue arrive avec l'intention de vendre ses produits dans le service, le service devient la police et l'équipe, des détectives.

« Personnellement, j'ai du mal avec les choses qui me sont imposées, une partie du travail ici m'est imposée, je ne veux pas m'en occuper, les gens qui trichent viennent ici, je veux dire, sans psychopathologie mentale. Ils ne viennent pas pour un traitement, ils viennent pour d'autres intérêts comme consommer de la drogue, ce qui est plutôt le problème des personnels médicaux et infirmiers. C'est ainsi qu'ils se sentent comme des prisonniers, ils arrivent dans le service avec de l'angoisse, de l'appréhension. Et c'est quelque chose qui affecte ou altère parfois notre capacité en tant que corps thérapeutique qui soigne, lorsque nous nous occupons de toutes ces

choses dans les demandes de traitement. Par exemple, les indications et toutes les sortes de choses qui viennent du tribunal produisent une très grande charge. Des gens viennent pour toutes sortes de raisons. C'est différent d'arriver aux soins en voulant un traitement et arriver en n'en voulant pas, ils veulent je ne sais quoi d'ailleurs, consommer des drogues ou d'autres choses.

C'est un problème structurel que nous devons accepter. Cela nuit également à d'autres patients. Je vais donner un exemple, un de mes patients a été contenu il y a quelques jours. Il est sous ordonnance d'hospitalisation d'office mais je pense qu'il n'a jamais été psychotique, je pense qu'il veut détourner les rouages du système pour ne pas se retrouver en prison, c'est un délinquant. Ici, il a été contenu pendant quatre heures. Il a été très violent envers l'un des patients, mais on ne contient pas par punition, on fait une contention comme traitement. Je n'étais pas présent ce jour-là et le stagiaire a écrit que le patient était psychotique, mais je ne le pense pas. Il y a ici un usage criminel du système. Alors comment entrer en thérapie et y être ? C'est autre chose dans ce cas-là. C'est utilisé à notre détriment. Et ce n'est pas quelque chose qui peut être résolu. Ce sont des choses auxquelles nous devons continuer à faire face. »<sup>142</sup>

Voici un fait arithmétique banal : lorsque nous sommes occupés à rédiger des avis juridiques, nous ne sommes pas occupés à autre chose comme parler avec un patient. Le temps est limité. Au-delà de la réduction du temps disponible pour les soins, une autre difficulté se dévoile, celle de l'équipe à se positionner comme objet d'usage, c'est-à-dire comme objet sans l'identification enveloppante, celle du « bienfaiteur » qui permet à chaque intervenant de se dire « je prends soin, je suis là pour soigner ».

---

<sup>142</sup> Dr. I. I. directrice adjointe du service.

La psychanalyse, dans le sens freudo-lacanian, appelle en effet le praticien à se positionner dans un statut d'objet d'usage par la relation transférentielle. C'est ce que veut dire Lacan lorsqu'il décrit la place de l'analyste dans le discours en place de l'objet *a*. C'est une représentation de la dimension pulsionnelle de l'analysant. Cela exige le consentement et la concession narcissique de l'analyste pour lui permettre de donner son être pour un certain usage. Lorsque l'usage de la logique analytique est étendu à une institution, l'utilité de la relation transférentielle est alors étendue à l'ensemble de l'institution et la question est, quel est l'usage initial que ce sujet fait de l'institution ? Ainsi, l'intervention, le positionnement sera conforme à la réponse formulée par l'équipe. Si l'usage d'un sujet particulier, par exemple, une personne qui arrive pour recevoir un avis psychiatrique pour échapper à la punition, le service se positionnera alors comme ne coopérant pas avec cette jouissance-là, même au prix d'une confrontation. Mais en même temps, il proposera un autre discours qui pourra peut-être toucher à la cause.

Lacan formule trois concessions auxquelles l'analyste renonce dans la situation analytique pour permettre le traitement.

*« Disons que dans la mise de fonds de l'entreprise commune, le patient n'est pas seul avec ses difficultés à en faire l'écot. L'analyste aussi doit payer :*

*- payer de mots sans doute, si la transmutation qu'ils subissent de l'opération analytique, les élève à leur effet d'interprétation ;*

*- mais aussi payer de sa personne, en tant que, quoi qu'il en ait, il la prête comme support aux phénomènes singuliers que l'analyse a découverts dans le transfert ;*

*- oubliera-t-on qu'il doit payer de ce qu'il y a d'essentiel dans son jugement le plus intime, pour se mêler d'une action qui va au cœur de l'être... »<sup>143</sup>*

---

<sup>143</sup> LACAN. J [1966] "La direction de la cure et les principes de son pouvoir", *Écrits*, Seuil : Paris, p. 587.

Payer de son jugement le plus intime, c'est se donner à l'usage des liens du transfert aussi dans le lien au sujet qui fonctionne à l'encontre de toutes les valeurs, d'idéaux, de normes sociales acceptées, c'est agir sur le fantasme dans une acceptation des liens de transfert. C'est précisément l'appui sur le discours analytique qui oriente l'équipe du service en ce qu'il permet la séparation entre, des fantasmes, ce qui revient à l'intervenant et ce qui revient au patient ; c'est une désidentification et la place du tiers dans les liens avec les patients, même s'il s'agit d'un homme qui arrive dans le service, de force, pour jouer du système et du service.

En outre, il ne fait aucun doute que le fait de mélanger ce type de patients, qu'ils soient détenus, criminels, toxicomanes, *etc.*, affecte grandement l'atmosphère du service car ce type de population nécessite un lien plus strict, plus fermé, dans les réponses apportées et en conséquence, l'ambiance générale, pour tous les patients, devient plus stricte et plus fermée. Et comme il est indiqué dans le rapport du Service du contrôle d'Etat, la solution à cela est d'installer des services dédiés à cette fonction.

Un signifiant supplémentaire récurrent au cours du dialogue avec l'équipe, lié à ce qui constitue un obstacle au travail thérapeutique dans le service, est le « manque de temps », le « pas de temps ». Le manque de temps a deux maîtres qui le gouvernent, l'un étant le ratio entre le personnel et les patients, la charge objective de travail de chacun des membres de l'équipe en lien à la surpopulation du service.

« Ce qui est parfois difficile dans le service, c'est qu'il y a une certaine congestion qui dépasse la capacité d'accueil du service.

Dans ces endroits-là, on se trouve à une place où on expérimente une folie trop intense. On quitte le service avec un certain sentiment de surcharge qu'on ressent physiquement et mentalement, on ressent la puissance terriblement grande de l'agressivité, qui a lieu lors des contentions par exemple. Il y a quelque chose de décourageant.

Et quand chaque membre de l'équipe se trouve dans une situation où il doit aussi y survivre, à un niveau très concret de la chose, il y a soudainement trois ou quatre patients, puis cinq, six patients qui deviennent agités et on doit faire d'autres tâches. En tant qu'individu, on ne peut pas survivre, il n'y a pas la disponibilité d'avoir, par exemple, un quart d'heure pour parler avec un collègue ou pour recevoir à deux la famille d'un patient.

Le travail collégial en équipe est quelque chose qui permet une certaine distance de réflexion et parfois, on perd nos capacités de réflexion parce que les conditions ne sont pas réunies. Ce que je dis c'est que ces conditions sont fragiles, elles ne sont pas quelque chose qu'on ne peut pas faire reposer ici et dire : ça sera fait parce qu'on sait comment travailler. Elles peuvent se rompre très facilement. »<sup>144</sup>

Le deuxième maître, c'est la bureaucratie, c'est le maître de la note, de la documentation, c'est l'exigence en cours et croissante de la part de l'hôpital à la suite des exigences du Ministère de la santé de documenter et standardiser les processus de travail et de traitement dans les services. L'exigence de la standardisation documentée crée une situation paradoxale ; d'une part, elle provient d'une volonté — l'idéal — d'offrir un traitement humain et de qualité à tous les patients, c'est-à-dire être bon (et

---

<sup>144</sup> Dr H.H., le chef du service.

derrière cet idéal se cache aussi la défense juridique du système médical). Pour cela, et cela se voit notamment chez l'équipe infirmière, les soignants sont amenés à interagir avec les patients selon des protocoles, accompagnés de formulaires à remplir, d'un logiciel informatisé qui surveille la réalisation des opérations. De cette façon, environ un tiers du temps de l'infirmière ou du médecin est consacré à remplir des formulaires, des rapports, de la documentation, *etc.*

« Par exemple, toute cette histoire de la gestion juridique des patients lors d'hospitalisation sous contrainte, prend beaucoup de temps. Il y a une journée entière, tous les jeudis, où un interne ne doit pas être dans le service mais descendre en commission<sup>145</sup> avec les patients, le personnel infirmier aussi doit accompagner les patients, les patients eux-mêmes ne se trouvent pas donc pas dans le grand groupe [qui a lieu ce jour-là]. Au cours de la semaine aussi, il faut préparer des lettres pour la

---

<sup>145</sup> La commission psychiatrique est un comité dont la fonction est de discuter des prolongations d'hospitalisation pour les patients qui ont été hospitalisés à la demande d'un psychiatre de secteur ou sous contrainte. La commission réunit trois membres. Le président de la commission est un juriste ayant le grade de juge du tribunal de la paix (juge des libertés et de la détention). Les deux autres membres de la commission sont des médecins-psychiatres experts, dont l'un appartient à la fonction publique hospitalière et l'autre non. Les deux médecins ne font pas partie du personnel de l'hôpital où se tient la commission.

La commission a le pouvoir de discuter et de décider de la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte ou de la sortie obligatoire de l'hôpital.

Si le psychiatre de secteur a ordonné l'hospitalisation forcée du patient, le patient peut faire appel de cette décision auprès de la commission psychiatrique et sa demande sera examinée dans les cinq jours. Une ordonnance d'hospitalisation est valable jusqu'à sept jours et peut être prolongée par une autre visite chez le psychiatre de secteur pendant sept jours supplémentaires. Si le patient, malgré le traitement médical qu'il reçoit, met encore la vie d'autrui ou de lui-même en danger, il verra sa demande présentée devant la commission psychiatrique en appel. L'hospitalisation forcée se poursuivra jusqu'à ce que l'état mental du patient permette sa libération. La commission psychiatrique peut prolonger la durée d'hospitalisation du patient en hospitalisation sous contrainte pour une période maximale de trois mois. Au terme de ces trois mois, la commission peut prolonger l'hospitalisation pour des périodes allant jusqu'à six mois à chaque fois.

Chaque commission demande la présence du patient et de son avocat. Pour l'audition devant la commission, le patient peut et a le droit d'être représenté par un avocat au nom du Défenseur public du ministère de la Justice. L'avocat représente les intérêts du patient en matière de lois, en termes de protection des droits de l'individu et du patient, et non en matière médicale. L'équipe médicale doit être présente même si le médecin référent à l'hôpital n'a pas la possibilité de prendre des décisions au sein de la commission.

Les membres de la famille et les accompagnants du patient peuvent demander à comparaître devant la commission. Le patient peut s'adresser à la Cour d'appel et faire appel de la décision de la commission.

commission, et moi aussi, je dois descendre à la commission. Je me demande quel est le but de cela ? Qu'est-ce que cela nous donne ? A qui ça profite ?

Je m'amuse de l'idée que ça n'arrivera pas ou que ça sera quelque chose de beaucoup plus réduit. Ils perdent du temps et de l'énergie plutôt que de faire des choses que je considère comme des lieux thérapeutiques beaucoup plus importants. Alors que je passe du temps à rester assis et à écrire ou à lire cinq lettres pour la commission et à être sous la pression du temps, en me demandant si oui ou non j'ai écrit ce qu'il fallait, bref, à me préoccuper de cela, on ne fait pas de groupe de supervision pour les thérapeutes parce qu'on n'a pas le temps ! J'aurais voulu qu'il y ait des lieux de réflexion sur ce que nous faisons dans le traitement, pas seulement au sein de l'équipe mais dans le traitement lui-même. »

La psychanalyse sur divers courants théoriques, c'est-à-dire, la psychothérapie, est orientée vers la fonction réflexive, à la fois dans les thérapies individuelles et dans le travail d'équipe. L'ensemble de l'équipe thérapeutique dans ce service, le service n°5 de l'hôpital Shalvata, a été attiré par le champ thérapeutique à travers sa passion pour la psychanalyse. Les médecins, les psychologues, les travailleurs sociaux, les art-thérapeutes, tous sont venus à leur place de thérapeutes et en particulier les thérapeutes de l'hôpital Shalvata par leur passion et leur curiosité envers la psychanalyse au sens large. Quand cette passion rencontre l'exigence de standardisation du maître de réduire le temps de leur pensée (dans les réunions, les supervisions) au profit d'une « efficacité », d'une « rentabilité » et d'un encadrement, alors l'équipe, chacun des membres de l'équipe, perd la même flamme qui initialement l'avait motivé. Dans le langage courant dans le domaine de la santé, on lui donne le nom de « burn out ».

Suite au désir fort et au positionnement du chef de service, la psychothérapie a été adoptée par chacun des membres de l'équipe comme le signifiant idéal, ce à quoi ils aspirent. C'est un signifiant qui se situe au-delà du traitement, au-delà du désir d'aider et de traiter. C'est un signifiant qui indique un manque dans le lien au savoir et préserve le désir d'apprendre et de questionner davantage. Il s'agit pour chacun d'estimer l'écart entre sa propre cause particulière, son désir, et la cause freudienne, l'éthique de la psychanalyse comme signifiant idéal. Le produit qui devrait en résulter est un enseignement conjoint sous forme de séminaires théoriques, d'écriture, de séminaires cliniques, *etc.* Grâce à l'enseignement partagé, l'équipe crée une rencontre entre les concepts et la pratique, la pratique étant l'expérience unique d'un cas. Ce faisant, l'expérience devient un texte lisible. Mais cela est possible à condition qu'il y ait un langage commun, des concepts communs utilisés par les membres de l'équipe dans leur recherche qui prend la forme d'une enquête et dans leur communication. On peut remarquer que dans le service, il y a un manque de langage commun en même temps qu'il y a un effort constant du chef de service à produire un lieu de parole qui laisse toujours ouvert un lieu de non-savoir, d'enquête dirigée par les concepts de la psychothérapie. Le danger à plusieurs reprises dans les services est que le seul langage commun parmi les membres du personnel est le langage médical. Le discours est alors réduit.

Si tel est le cas, les conditions préalables au traitement de la psychose en institution sont d'une part, l'existence de conditions physiques d'écoute – du temps libre –, espace dédié, variété de lieux symboliques différents, c'est-à-dire qu'il y ait des activités différentes et variées orientées vers l'Autre (sport, art, ateliers divers, rééducation, *etc.*) ; et d'autre part, il est nécessaire que l'équipe s'intéresse aux

patients à partir d'un signifiant idéal commun ne découlant pas d'un idéal du lien humaniste ou des Droits de l'Homme, mais de l'éthique de la psychanalyse qui s'efforce de trouver le sujet particulier issu de la parole et des interactions dans le service et de son objet pulsionnel, dans une position de non-savoir. Le résultat qui découle de cette position est un lien humaniste en tant qu'il vient de surcroît.

## **4 QUATRIÈME PARTIE : La place du sujet dans l'institution**

### **4.1 Présentation de cas 1 : Dima**

#### 4.1.1 Son histoire

Dima décrit un désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie déjà depuis un âge très jeune, principalement, depuis l'âge de 15 ou 16 ans. Il a 26 ans, il est fils unique de sa mère, né en ex-URSS et il est arrivé en Israël avec elle en 1999 quand il avait 9 ans. Ses parents ont été mariés trois ans avant sa naissance. Ils s'étaient rencontrés à l'université. D'après ce que dit la mère, le père buvait beaucoup d'alcool et sous influence alcoolique, il était très violent envers elle et portait des coups à des objets. Elle raconte avoir découvert cela seulement quand ils se sont mariés et qu'ils ont commencé à vivre ensemble. Quand Dima avait un an et demi, ses parents se sont séparés et depuis, il n'a plus aucun lien avec son père. Les parents de la mère, depuis, l'ont soutenu et l'ont aidé à élever Dima. Autour de l'adolescence, Dima raconte qu'il restait assis face à l'ordinateur, écrivant des phrases sur internet, essayant de contacter son père, sans succès. Il faisait ça parce qu'il se sentait « sans orientation », « je ne savais pour quoi vivre, je ressentais comme un énorme trou dans la poitrine, je sentais que je n'appartiens à rien et j'étais très seul. » La mère décrivait Dima comme un bébé « difficile, têtu et exigeant » puis comme un enfant « intolérant à la frustration, n'acceptant pas les limites et donc, y réagissant par des crises de colère, tout à fait comme aujourd'hui où c'est encore le cas. » Dima parle de sa mère comme celle qui l'a abandonné chaque fois à cause d'un nouvel homme, il raconte que ses

compagnons pouvaient le violenter, le frapper et l'humilier, parfois en secret et que la mère n'avait jamais cherché à l'en protéger. Ce sont des plaintes qu'il lui a déjà adressées. Sur sa carte nationale d'identité, à la place du père est écrit le nom d'un homme arabe, un homme qui a été un compagnon de la mère et qui a utilisé le fait d'être le soi-disant père de Dima pour avoir l'autorisation de rentrer en Israël. La mère pourrait être prise comme la petite copine de Dima, c'est une femme plaisante et très belle, Dima s'en plaint souvent et même devant elle. Dans la description de Dima par la mère, on peut trouver quelque chose de sa position vis-à-vis de Dima, quelque chose de son sentiment de « trop » par rapport aux demandes de son fils. La mère a laissé Dima dans la maison de ses parents, où ils habitaient à l'époque, jusqu'à ses 7 ans. Dans ses descriptions aujourd'hui à propos de son enfance, Dima dit que « toujours, je me suis senti seul, que je donne du bon et je ne reçois que du mauvais » et il dit aussi « il y a chez moi deux parties, une partie sensible qui est vite touchée et une autre psychopathe. Quand la partie sensible est touchée, le psychopathe apparaît. » Je développerai plus tard le point à partir duquel il commence à parler et à construire ses souvenirs d'enfance.

#### 4.1.2 Histoire du trouble

Il s'est bien intégré à l'école, a acquis un bon niveau d'hébreu en quelques mois et s'est fait des amis parmi les petits israéliens de son âge avec lesquels il est resté en lien jusqu'à l'âge de 16 ans. Au lycée, il s'est orienté vers une spécialité en électronique qui lui plaisait. Il a un certain talent dans le domaine de l'informatique jusqu'à aujourd'hui, bien qu'il n'ait pas réussi le baccalauréat car il a commencé à désertier l'école à partir de la classe de seconde. A partir de l'âge de 16 ans, il s'enfermait à la maison pour jouer à des jeux sur l'ordinateur toute la journée. Pour

cette période, il se décrit comme très perdu « un zéro que d'autres exploitent » et parle du fait qu'il est tombé amoureux d'une jeune fille qui l'aurait rejeté après quelques rendez-vous et à la suite de quoi, il se serait renfermé un peu plus. Autour de 16 ou 17 ans, il commence à fumer du cannabis. Il a dit plusieurs fois, à propos de son usage de drogue : « j'ai commencé à fumer parce que la vie n'a pas de sens pour moi, je sentais un énorme trou en moi comme ce que je ressens aujourd'hui... J'ai toujours été un enfant sensible cherchant un père et quand j'ai découvert les drogues, j'ai découvert un père que je n'avais pas. Quand je fume, je vois un corbeau noir qui mange tous les insectes de mon sang et il me donne de la force et quand je ne fume pas, il disparaît et je m'affaiblis. »

En 2009, il a été impliqué dans un acte de vandalisme alors qu'il était ivre, – il est entré par effraction dans un sG. A.de coiffure. Soulignons que sa mère travaille dans un sG. A.de coiffure. Il a été blessé lors de cet événement, a été arrêté et il a été assigné à résidence. A cause des suites de l'arrestation et de sa blessure, son entrée à l'armée fut retardée. Dans la même période, un autre événement, à caractère sexuel, survient du fait que sa petite copine le quitte. Cet événement le rend coupable au point d'entendre des voix lui intimant l'ordre de mourir pour punir cet événement sexuel.

C'est ainsi qu'il commence à consommer du cannabis quotidiennement, il se trouvait alors dans un état aigu de psychose pendant tout le temps de son service militaire jusqu'à ce qu'on l'en libère à cause de cela. Le jour de sa sortie de l'armée officialisée par un officier de la santé mentale, il menace de mort sa mère et son compagnon au couteau et se fait hospitaliser pour la première fois en hospitalisation d'office (HO). Depuis son hospitalisation en HO fin 2014, il y a une répétition : sa psychose s'aggrave sous l'usage de cannabis, il y a des menaces et des explosions contre sa

mère et son compagnon et aussi, dans les cas très aigus, contre d'autres personnes dans la rue. Cela occasionne donc une alternance d'hospitalisations (en HO ou HDT) et de consommation de cannabis.

#### 4.1.3 Hospitalisation et progression du traitement

A l'occasion d'une hospitalisation forcée en 2016 qui a duré plus de quatre mois, il s'est passé quelque chose d'autre : il a commencé à parler et je me suis intéressé à ses pensées et à son enfance. On se rencontrait deux fois par jour, trois jours par semaine, même les jours où il était très perturbé, riant et menaçant, je descendais avec lui dans la cour pour fumer une cigarette et converser. J'ai demandé à l'équipe soignante de contenir son agressivité verbale et de lui donner la permission de descendre avec moi, même quand il était très mal. En outre, il y avait une position claire du service qu'il y resterait un certain temps, du moins tant qu'il fumait des drogues ou qu'il y avait la suspicion qu'il fumait à l'hôpital ou chez lui en permission. J'insistais sur le fait que cette position était celle du service et non la mienne et que moi, j'étais de mon côté soumis aussi à la loi, ne pouvant rien décider. Après chaque phrase confuse, je l'invitais toujours à des éclaircissements. Dans ces moments-là, il me faisait des reproches, me menaçait en disant qu'à l'instant où il sortirait du service, il prendrait une arme et tuerait tout le monde. Après une période tempétueuse de quelques mois, il commença à parler du fait que quand il fume, il « reçoit des forces surhumaines » et quand il se sent persécuté, il se sent au centre du monde et sa vie est remplie de significations et « quand je suis sobre, comme tout le monde, je suis un zéro, on profite de moi, c'est comme si j'avais touché au monde prochain et maintenant on me dit que tu dois vivre comme tout le monde, sans raison, c'est l'enfer, je ne veux pas de ça. » Il a commencé à raconter ses souvenirs d'enfance avec un sentiment d'injustice,

qu'on ne l'avait pas protégé, qu'il s'était senti délaissé, comme un objet déchet dont personne ne veut. Pendant nos rencontres, il me faisait écouter la musique qu'il aime et on en parlait, je l'ai encouragé à commencer à écrire. Il écrivait avec une certaine fièvre et me lisait de longs poèmes avec des éléments fantastiques, certains composés à partir de souvenirs d'enfance et d'autres des voix qu'il entendait, dans un style de rap. Par la suite, il apprit à utiliser une application d'écriture pour la musique et il composait, puis chantait ses poèmes devant moi. Pendant le traitement, je me suis positionné comme quelqu'un qui n'y connaît rien, qui ne recommande pas particulièrement qu'il aille faire une cure de désintoxication de drogues, mais qui s'intéresse seulement à l'influence subjective de la drogue sur lui.

La systématisation de son délire a commencé avec une voix de femme qui l'encourageait et lui disait des mots d'amour et par un sentiment d'être un envoyé messianique dont dépendait la guérison du monde par la voie de ses pouvoirs spéciaux. Ensuite, la voix de la femme lui disait de se tuer et il a commencé à se sentir persécuté principalement par les compagnons de sa mère. Il entendait que le compagnon violait sa mère et voulait la tuer, il se sentait *violé par l'œil*, par ce dernier, pendant la nuit et il sentait que son corps était mangé, que des extra-terrestres avaient échangé des organes de son corps. On pourrait dire que c'est une version psychotique paranoïaque de l'Œdipe.

C'est pour cette raison que pendant l'hospitalisation, j'ai fait des rendez-vous avec lui et sa mère pour essayer de créer une certaine distance entre eux. Les conversations se déroulaient sous le signifiant de l'indépendance de Dima, le fait qu'il quitte la maison et de la distance qui pouvait être mise aussi à l'intérieur de la maison.

A la fin de l'hospitalisation, il accepta de continuer le traitement psychique dans un cabinet privé et je l'ai adressé à un collègue qu'il a continué à voir pendant six mois. Pendant cette période, il a travaillé dans une entreprise informatique, mais il l'a ensuite quittée après quelques mois et s'est senti perdu, vide et très seul. Il continuait à fumer, à entendre des voix qui lui ordonnaient de mourir. Il fut hospitalisé deux fois de sa propre volonté pour se faire désintoxiquer mais il ne parvint pas à tenir. Il fumait et buvait de l'alcool pendant les vacances, il me racontait cela, il ne l'a jamais caché. Pendant une période, il venait me voir pour des conversations non formalisées (du point de vue du fonctionnement du service) une fois par semaine et me parlait de la perte ressentie quand il ne pouvait plus être dans cette situation remplie de significations et de force qu'il y avait auparavant et qu'il n'y avait plus rien qui puisse venir répondre au trou noir au centre de son être.

L'hypothèse est que dans la psychose, la drogue arrive comme une réponse, comme pour remplir un espace déserté par l'identification avec une certaine caractéristique du Père. Je le formulerais autrement, à la place où il y aurait dû avoir quelque chose, un signifiant, un mot du Père sur lequel on pourrait s'identifier et qui donnerait une direction, comme une réponse à la question : comment vivre, que faire avec son corps. A la place de cela, il y a une satisfaction pulsionnelle venant du réel sous la forme de la drogue. Dans la psychose, au moins selon l'orientation psychanalytique, au début il y a « un désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie »<sup>146</sup>. Freud appelait cela « une détresse primordiale ». Tout ce que nous voyons comme signes positifs de la psychose viennent traiter ce désordre premier.

---

<sup>146</sup> LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *Écrits*, Seuil : Paris, 1966, p. 558.

En ce moment, il est hospitalisé depuis quatre mois, en HO, puis avec son accord et puis encore en HO. Pendant cette hospitalisation, il a exprimé la volonté de faire une cure de désintoxication dans une institution spécialisée pour changer sa vie. Il le formule ainsi : « j’aurais voulu qu’il y ait quelque chose d’écrit, un document, pas seulement mes pensées, qui auraient prouvé que c’est bien moi », « je veux arriver à des choses réelles dans ma vie, apprendre, travailler... » Au même moment, il commence à écrire un livre de science-fiction basé sur ses expériences psychotiques et ses souvenirs d’enfance. Il a déjà écrit trois chapitres, il a demandé à montrer son travail à toute l’équipe du service. J’ai encouragé cela. Il a accepté d’entrer dans une démarche de désintoxication dans le service où il se trouvait hospitalisé en ne fumant plus de cannabis dans le service. Il a attendu pendant un mois la date d’un entretien d’admission pour l’institution de désintoxication puis le jour où il a reçu une date, il a demandé d’être libéré de l’hôpital par peur et par angoisse à l’idée du transfert de l’hôpital vers ce centre. Après, il est revenu sur sa décision, a révélé qu’il avait fait usage de drogues à la maison et on lui demanda de sortir de l’hôpital à cause de la consommation des drogues. Il a demandé à rester en service fermé de l’hôpital jusqu’au fameux entretien au centre de désintoxication afin de se protéger. Il a été admis, mais ensuite refusé parce qu’il était sous traitement à base d’oxygène pour traiter de lourds maux de tête. Après ce refus, il a recommencé à consommer du cannabis dans le service et est entré en crise aiguë de psychose. Maintenant qu’il est stabilisé, il a fait une réclamation – une demande au service – dans le contexte d’une hospitalisation, de trouver un travail et de continuer à fumer du cannabis. L’équipe a partiellement accepté, c’est-à-dire à l’accompagner dans sa recherche d’emploi à la condition de ne pas fumer pendant cette période.

Il semblerait qu'il ait fait usage de la drogue comme un substitut à un signifiant qui lui donnait une signification. Avec les démarches qu'il a entreprises, fumer ne fonctionne plus pour lui de la même façon, il a compris la fonction de la drogue comme substitut. Comme il n'y a rien de symbolique ou d'imaginaire qui puisse venir à cette place maintenant, il se tient face au trou.

#### 4.1.4 Discussion

Le cas de Dima démontre un certain nombre d'éléments dans les usages thérapeutiques possibles d'un sujet particulier qui peuvent être faits dans le service de psychiatrie. Au début, Dima est hospitalisé plusieurs fois sans qu'on puisse y voir un effet subjectif. C'est seulement à partir d'une hospitalisation en 2016 qui dura 4 mois qu'un lien thérapeutique a pu se créer avec des effets subjectifs. Qu'est-ce qui a permis cela ? Tout d'abord, la durée. L'élaboration d'un lien s'est faite sur plusieurs mois. Ensuite, l'usage du lieu et du temps sont des formes d'interventions interprétatives, tout comme la mise en acte de la présence du thérapeute : la scansion des rencontres courtes, mais nombreuses dans la journée, trois fois par semaine. Et enfin, l'intérêt porté à la parole de Dima dans la diffraction du transfert entre moi-même et le service afin d'établir le service comme grand Autre.

A partir de ce point-là, Dima commence à parler et à déplier à la fois son système délirant et son histoire pleine de souffrance, relative à « un désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet »<sup>147</sup>. Grâce à la thérapie, il commence à construire les événements majeurs de son histoire familiale, tout en

---

<sup>147</sup> LACAN, J., "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose", *Ecrits*, Seuil : Paris, 1966, p. 558.

s'ouvrant dans le service à la possibilité d'autres espaces de parole qui prennent une autre fonction pour lui.

Il formule la source de sa difficulté et le début du désordre ainsi « j'ai commencé à fumer parce que la vie n'a pas de sens pour moi, je sentais un énorme trou en moi comme ce que je ressens aujourd'hui... J'ai toujours été un enfant sensible cherchant un père et quand j'ai découvert les drogues, j'ai découvert un père que je n'avais pas. » Dima parle de la drogue comme un substitut au signifiant qui était censé être pour lui.

Il continue : « Quand je fume, je vois un corbeau noir qui mange tous les insectes de mon sang et il me donne de la force et quand je ne fume pas, il disparaît et je m'affaiblis. »

On peut lire la métaphore délirante du corbeau comme un effort de la part de Dima pour construire un Nom-du-Père qui donnera une valeur phallique à sa vie. On peut aussi voir dans les passages à l'acte à l'adolescence, sous l'influence de l'alcool, des tentatives d'identification en rapport à la figure du père tel qu'il apparaît dans le discours de la mère comme « alcoolique et violent ». Au cours du traitement, les rencontres en présence de la mère, au-delà de la création d'un tiers dans la relation duelle, il eut des tentatives de trouver dans le discours de la mère des signifiants supplémentaires à propos du père qui n'allaient pas dans le sens de la destruction et de la pulsion de mort, des signifiants qui pouvaient faire un nouage entre Dima et la vie, et la société.

On peut voir comment le service, en plus du transfert à son thérapeute référent au début, devient pour lui un espace du dire, dans lequel il utilise diverses réunions telles

que la réunion de service, l'atelier d'art, l'atelier cuisine, *etc.*, afin de disperser le transfert. Il répète le contenu qu'il évoque lors des rencontres avec le thérapeute devant d'autres thérapeutes mais en les traitant différemment, dans un contexte différent. Dans le groupe du service, il se positionne comme l'antagoniste principal qui se heurte et se rebelle contre le père, il fait usage de chansons qu'il écrit pour s'introduire auprès des filles du service et dans la cour de l'hôpital. Grâce au transfert, il utilise le service pour y mettre un écart entre lui et l'objet, comme un Autre à travers lequel il peut trouver une porte de sortie vers la société : « travailler, apprendre », avec la drogue.

## 4.2 Présentation de cas 2 : Noa

Ce cas a été présenté par Yael Kidron, travailleuse sociale et psychothérapeute, et le Dr H. H., le chef du service, lors d'un séminaire commun à l'hôpital Esquirol, en France, en 2017.

Dans ce cas, nous présenterons Noa, une patiente traitée dans le service. Nous présenterons la complexité de son traitement, qui va des difficultés de son traitement, aux questions médicales qui se sont posées et au message clair et constant qui motive le service depuis sa création, selon lequel le service est son lieu de résidence et sa maison. Cette position permet une régression et par là, une dépendance vis-à-vis du personnel soignant et du service qui prend la fonction d'un environnement maternel.

Le lien entre Noa et le département dure depuis trois ans, depuis l'ouverture du service. Elle a été diagnostiquée d'un trouble de l'alimentation et d'un trouble de la personnalité limite. Elle est hospitalisée au sein du service depuis un an et demi et se rend à ses séances de psychothérapie trois fois par semaine.

Il n'est pas facile de décrire le traitement de Noa, les forces sentimentales qui dépendent de son traitement, le maintien de son lien avec l'équipe pluridisciplinaire qui s'occupe d'elle, la force des sentiments qui envahit l'intimité, les rêves, les pensées et les perceptions de ceux qui l'accompagnent dans son traitement.

Même quand l'un d'entre eux s'éloigne du service, il semble qu'elle soit constamment présente avec nous. L'amour, l'espoir, la haine, la colère, la dévotion, le désespoir et

la culpabilité font partie de son traitement ; la transition entre la vie et la mort et l'affect d'anxiété qui va avec, accompagnent son traitement.

Le personnel soignant, influencé par le lien fort qui existe avec Noa, l'engagement profond à son égard et la capacité de maintien et l'union entre toutes ces différentes parties permettent au service de lui donner un environnement maternel.

Il y a en Noa quelque chose qui encourage au maintien du lien et de l'effort pour celui-ci. Quelque chose qui reconstitue l'environnement dynamique d'un orphelinat. Elle sait comment encourager et entretenir une tendresse autour d'elle, de la même façon qu'elle se détruit et s'isole une fois qu'elle a perçu un sentiment de compréhension et de connexion.

A travers le lien créé dans le département, il semble que Noa revive en elle-même le désir d'unité et de retrouvailles avec l'objet duquel elle a été séparée, quand elle était plus jeune. Elle demande constamment si nous allons l'aimer, même si elle se fait du mal ou nous blesse. Elle aspire à comprendre qu'elle a une place parmi nous, sans aucune condition préalable. Et avec cela, une fois qu'elle se sent dépendante du service, elle se sent si faible et vulnérable que seule la colère envers elle-même constitue une voie possible vers la délivrance.

#### 4.2.1 Son histoire

Noa a 26 ans, elle est célibataire, elle est née en Europe de l'Est. Sa mère biologique l'a abandonnée à sa naissance et elle a été transférée dans un orphelinat. Autant que nous le sachions, les conditions de vie à l'orphelinat, tout comme les conditions de l'abandon et la privation de nourriture, furent physiquement difficiles. Pendant son séjour là-bas, il semble qu'elle a contracté une hépatite B.

A l'âge de deux ans et demi, elle fut adoptée par un couple d'Israéliens sans enfant.

Au moment de son adoption, la mère de Noa avait 45 ans et son père 47.

Il existe un dossier d'adoption, mais Noa a choisi de ne pas l'ouvrir. Elle dit qu'elle n'était pas intéressée de savoir des choses sur ses parents biologiques, mais elle exprimait le désir de voyager et de visiter l'orphelinat dans lequel elle avait grandi.

Noa a vécu avec ses parents en Israël jusqu'à sa sixième année, ensuite la famille a déménagé aux États-Unis en raison du travail du père. De ses souvenirs de petite enfance, elle se souvient d'une maison remplie de pleurs et de disputes. Dans son souvenir, une partie de ces disputes tournaient autour de son échec scolaire. Sa mère lui reprochait de ne pas réussir à l'école et comme punition, elle l'envoyait se faire battre par son père.

A l'âge de dix ans, Noa fut victime d'abus sexuel par des enfants âgés entre douze et quinze ans, et qui étaient des enfants de l'entourage de ses parents. Quand ces abus furent découverts, les parents réagissent par une inquiétude mêlée de colère envers elle, et de peur qu'elle ait pu transmettre l'hépatite aux autres enfants. C'est à ce moment-là qu'apparurent un inconfort physique et des troubles de l'alimentation. Elle prit l'habitude de s'affamer et de se faire vomir.

A l'âge de treize ans, elle commence à s'automutiler. La première fois, elle s'était disputée avec sa mère et pendant cette dispute, sa mère l'a griffée. En réaction, elle approfondit la blessure, espérant qu'elle serait remarquée à l'école. Après cela, elle commença un traitement psychologique aux États-Unis.

Quelques semaines avant son quatorzième anniversaire, la famille retourna en Israël.

La mère avait manifestement souffert d'une pneumonie obstructive et de difficultés

respiratoires qui ont empiré, une fois arrivée en Israël. Plusieurs jours après leur arrivée dans le pays, la mère fut hospitalisée dans un hôpital général. Quelques jours après, elle en sortit ; après un temps très court, elle eût une autre attaque entraînant un choc anaphylactique. L'événement se produisit de nuit, à la maison, alors que Noa et son père étaient présents et témoins de la perte de conscience de la mère. La mère fut amenée à l'hôpital dans un état de coma et décéda quelques jours plus tard.

Avant sa mort, alors qu'elle était inconsciente, Noa s'assit à côté du lit de sa mère, lui parla, puis s'assit avec elle pendant trois jours consécutifs. Sa mère mourra exactement un jour avant le jour du quinzième anniversaire de Noa.

Les souvenirs de Noa concernant la mort de sa mère sont remplis d'auto-accusations et d'un sens de lourde responsabilité, parce que sa mère avait été libérée de l'hôpital contre l'avis des médecins et selon sa version des faits, parce que c'est elle qui avait insisté que sa mère rentre à la maison.

Le soir de l'attaque, Noa se souvient avoir eu une dispute avec sa mère et elle avait eu l'impression, après cette dispute, que sa mère avait perdu connaissance et mourut suite à cela. Noa dit que sa famille était revenue en Israël à cause d'elle, parce qu'elle n'avait pas assez bien fait à l'école aux États-Unis et qu'elle voulait rentrer. Elle ressent une lourde responsabilité pour cette série d'évènements et se sent coupable de la mort de sa mère. Noa se considère souvent comme « une égoïste qui ne pense qu'à elle-même, qu'elle donne la nausée, qu'elle pue et qu'elle est mauvaise. »

Après la mort de sa mère, elle s'est sentie seule, et elle sentait son père comme un étranger, il était comme déconnecté. Elle sentait que son père l'accusait de la mort de

sa mère, et qu'il l'évitait. Instantanément, elle se sentit orpheline à nouveau, abandonnée par ses deux parents adoptifs.

Noa parle de sa relation avec ses parents d'une façon clivée. Elle se souvient de sa mère comme une personne très importante, elle s'en souvient comme avoir été « tout » pour elle, et que leur relation était fermée et ouverte. A l'inverse, son père dit que sa mère lui faisait du mal, en lui demandant la perfection et l'excellence et en la punissant de tout ce qui n'était pas satisfaisant de son point de vue.

Sa relation avec son père est décrite comme étant proche au début de son adolescence, mais ensuite, ils ont commencé à s'éloigner l'un de l'autre et elle a commencé à le craindre. Pendant les années qui ont suivi la mort de la mère, le lien avec le père fut réduit à des visites pendant les week-ends et les vacances, à son domicile à Tel Aviv.

Noa parle de ses vacances avec son père comme silencieuses et déconnectées, chacun étant occupé à ses propres activités. Six mois après la mort de sa mère, elle tente de se suicider pour la première fois et est hospitalisée pour la première fois.

#### 4.2.2 Hospitalisation

Depuis lors, au fil des années, elle a été hospitalisée plus de quarante fois dans notre institution. Au fil des années, ses hospitalisations suivant des automutilations, étaient pour certaines sous contrainte et d'autres, pour lesquelles elle était d'accord mais dont elle sortait assez vite.

Sa première hospitalisation se passa dans le service pédiatrique de notre hôpital. A la fin de son hospitalisation, elle alla vivre dans un foyer de vie où elle resta pendant trois ans, jusqu'à la fin de ses études secondaires, puis elle alla dans un autre foyer les

trois années suivantes, puis dans un autre où elle resta quatre ans jusqu'à son hospitalisation actuelle.

Avant l'actuelle hospitalisation, qui est la plus longue à ce jour, Noa avait quitté le foyer de vie où elle vivait depuis plusieurs années pour aller vivre avec son père dans son appartement.

Juste avant son départ, elle avait commencé un atelier d'art-thérapie, atelier où seules les personnes ayant des talents artistiques très élevés sont admises.

Elle commença à se former au théâtre et à la comédie. Simultanément, elle abandonna le traitement psychologique qu'elle suivait de façon assidue depuis deux ans, ainsi que le programme TCD (thérapie comportementale dialectique) de thérapie cognitive et comportementale qu'elle était sur le point de terminer.

Dans le cadre du programme TCD, le père a suivi une guidance parentale. Noa a expliqué que le lien avec son père s'était renforcé depuis cette guidance, il serait moins en colère par rapport à son comportement, et s'efforceraient davantage de la comprendre et de ressentir de l'empathie envers elle. Quelques mois plus tard, alors qu'elle vivait avec son père, elle accepta l'hospitalisation.

#### 4.2.3 Progression du traitement

Pendant les hospitalisations, il était très difficile de la voir se faire du mal. Noa pouvait se blesser avec n'importe quoi dans le service. Cela pouvait être des lames tranchantes volées à l'atelier d'ergothérapie, une bouteille de parfum cassée ou tout autre objet trouvé par hasard. Par exemple, elle pouvait se blesser, puis elle marchait aux côtés des patients et du personnel soignant, son sang ruisselant sur son bras, ou tripotant sa blessure, arrachant les points de suture d'une nouvelle blessure, *etc.*

Lorsque nous essayions de l'empêcher de le faire ou de lui retirer l'objet coupant, elle se débattait comme un animal blessé. Ces différents comportements difficiles conduisaient souvent à une contention de ses tentatives tout en essayant d'arrêter la folie de l'autodestruction, ou tour à tour avec un conflit avec le personnel soignant, après quoi elle quittait le service dans un état de colère, sortait de l'hôpital et retournait au foyer. Après plusieurs jours au foyer, une dispute arrivait, elle quittait les lieux et revenait à nouveau dans le service, et cela se répétait ainsi. La situation était telle qu'elle n'avait pas de lieu permanent pour vivre et qu'un lieu servait d'abri temporaire à l'autre lieu. A cette époque, la communication avec Noa était très restreinte, elle parlait rarement et n'essayait pas de communiquer. Quand elle parlait, sa langue se perdait dans des méandres, son vocabulaire était pauvre, au point qu'elle avait parfois l'impression d'avoir une intelligence très faible ou qu'elle était superficielle ou vide, sans aucune possibilité de prendre les choses en considération en profondeur pour elle ou pour les autres.

Afin de prévenir des départs inattendus du service et de créer un lien plus constant, un accord a été conclu avec elle qui était le suivant, lorsqu'elle s'automutilait gravement, elle serait limitée pour une courte période de temps jusqu'à ce qu'elle se soit apaisée. En outre, la restriction serait accompagnée d'une « contention » pendant laquelle un membre de l'équipe soignante resterait avec elle dans sa chambre et essaierait de lui parler. La raison de cet accord, conclu avec son consentement, était d'arrêter l'escalade du ravage et de prévenir tout désaccord autour de la question de la restriction.

A cette époque, Noa était considérée comme une patiente très difficile à gérer. C'était surtout parce qu'elle perdait son sang-froid et explosait très rapidement, et en raison

de l'automutilation grave et des disputes laissant le personnel soignant impuissant. Le lien créé avec elle était impersonnel, anonyme, sans visage, peut-être similaire à celui qu'elle avait à l'orphelinat. Une grande partie de la communication entre Noa et le personnel soignant concernait la mise en acte de l'expérience d'abandon. La question de jusqu'où mettre le seuil de tolérance face à ses difficultés de comportement augmentait au fil du temps. Quand en aurions-nous assez et quand choisirions-nous de la « jeter » de l'hôpital ?

A ce moment-là, nous pensions que Noa avait besoin de sentir que l'hôpital était un endroit sûr pour elle. Il a été décidé qu'un message serait transmis par le personnel soignant disant que son admission dans le service d'hospitalisation et de traitement était inconditionnel. C'est-à-dire qu'elle resterait dans le service aussi longtemps qu'elle le voudrait et qu'il ne pouvait y avoir de menace d'expulsion en cas de mauvaise conduite avec le personnel soignant. Tout cela comportait cependant une condition unique : nous ne pouvions la garder si une menace réelle mettant en jeu sa vie pesait sur elle.

Après deux ou trois fois où elle s'était mise sérieusement en danger et avait été transportée en dehors du service vers un hôpital général, son comportement d'automutilation avait diminué et le lien avec le service avait changé. Le lien avait lentement évolué et était devenu personnel, parfois avec des sentiments intenses et chaleureux de compréhension et parfois distants et agressifs. Noa commença à être plus communicative et elle se présentait sous le jour d'une jeune fille très intelligente avec une profondeur émotionnelle. Sous son apparence déconnectée, une extraordinaire capacité à distinguer les nuances est apparue, ainsi qu'une aptitude à remarquer les situations émotionnelles subtiles et les états des autres patients et du

personnel soignant. Même parmi l'équipe, la capacité de l'aimer et de prendre soin d'elle a pris forme de sorte que tout besoin d'établir des contentions avait complètement cessé.

En même temps, parallèlement à la fin des restrictions et après qu'elle ait commencé à parler davantage, chaque tentative de se blesser devenait plus dangereuse. Noa a commencé à avaler des objets de plus en plus dangereux, elle a avalé une batterie, elle a avalé plusieurs fois des débris de verre et des ongles de pouce, et plusieurs fois, elle a bu des produits comme des parfums et des détergents. Au cours de ses tentatives, elle s'est généralement inquiétée de ce que ces objets pouvaient causer en termes de lourdes atteintes à l'intérieur de son corps, elle en souffrait jusqu'à ce qu'une sérieuse infection ou une importante perte de sang se produisit et à ce moment-là, elle tomba dans le coma, elle répondait à son vœu de rencontrer sa mère. Selon ses dires, ce n'est qu'avec le coma qu'elle pourrait parler à sa mère, lui poser des questions et seulement alors, elle pourrait renaître.

A ses côtés, en tant que personnel soignant, nous devions nous aussi digérer des objets non absorbables, avaler des débris de verres, des piles et ne pas mourir à cause d'un lait empoisonné.

Il semble que chaque fois, elle avait besoin de mesurer à nouveau combien elle était désirée, elle s'énervait et blessait son corps, et c'était ainsi qu'elle évaluait dans quelle mesure il était possible de la supporter. Il est évident que chaque fois qu'elle blessait son corps, elle essayait de nous blesser, nous, et de compromettre le lien avec le traitement. C'était aussi évident que sa prise en compte d'un lien dévastateur, violent et sadique défiait le traitement chaque jour et soulevait des questions et des difficultés

de la part du personnel soignant. Dans ces moments-là, le personnel soignant était dans le besoin d'être soutenu afin de maintenir et de poursuivre son traitement.

Noa a de nombreuses capacités. Elle est étonnamment douée en peinture. Elle a des talents en théâtre et elle est extrêmement créative. Elle exprime parfois ces capacités mais seulement pour une courte période de temps. Ainsi la plupart du temps, elle l'exerçait peu. Plusieurs fois, elle avait dit qu'elle ne voulait pas parler car après avoir parlé à quelqu'un de quelque chose qu'elle voulait, c'était le contraire qui se produisait. « Si je souhaite que quelque chose de bien se produise, par exemple, aller quelque part et faire quelque chose, ou être en contact avec quelqu'un, c'est le contraire qui se produira une fois que j'en aurai parlé. Par exemple, quand je rentre chez moi et que je dis que je ferai quelque chose ce week-end-là, je ne quitte jamais mon lit... »

« Si je vous dis que je ne me ferai plus de mal, alors je quitte la pièce, j'irai me faire du mal, contrairement à ma parole... »

Ces derniers mois, Noa a tenté pour la première fois de se renseigner sur sa mère biologique. Elle se demande quel genre d'éléments physiques et mentaux lui ont été transmis par sa mère. Elle est allée voir le dentiste qui la traite depuis longtemps. Lors d'une de ses dernières visites, le dentiste lui a dit que l'état de ses dents pouvait être le résultat des produits psychoactifs fumés ou bu par sa mère pendant sa grossesse. C'est ainsi que sa mère biologique devint un être vivant et présent dans son corps, après y avoir pénétré sans aucune restriction ni possibilité d'être ignoré.

Simultanément, Noa a commencé à exprimer son souhait de tomber enceinte « par erreur » sans prendre aucune responsabilité, ni sans revendiquer la propriété de

l'enfant qui grandirait en elle. Selon ses dires, si elle tombait enceinte, elle ne se blesserait pas pour ne pas tuer le bébé. Elle ne boirait aucun détergent ni n'avalait aucun débris de verre afin de ne pas blesser ou tuer l'enfant qui se développerait en elle. Cette idée, qui la liait tellement à la vie et pouvait impliquer à des stades précoces sa capacité à s'aimer elle-même et à se supporter, s'effaça très vite. Elle ajoute immédiatement après qu'une personne comme elle ne pouvait pas être mère et qu'elle donnerait donc l'enfant pour adoption dès sa naissance. Dans ces moments-là, elle se sentait confuse et disait que des choses se passaient à l'intérieur de son corps mais qu'elle ne savait pas quoi.

« Je ne sais pas qui je suis, suis-je bonne ou mauvaise, je ne sais pas, j'aimerais être à nouveau la Noa que j'étais avant tout cela... »

Ces dernières semaines, elle a commencé à apporter des photos. Selon elle, c'était à cause d'une de mes remarques sur l'absence de photos de sa mère... alors qu'elle disait qu'elle était tout pour elle, qu'elle parlait de ce qu'elle signifiait pour elle, mais que cette description manquait d'image...

Elle apporte trois photos :

La première photo a été prise à l'âge d'un an et demi, à l'orphelinat. Selon ses dires, c'est sur la base de cette photo que ses parents adoptifs l'eurent choisie à distance. Selon elle, ils lui avaient dit que sur la photo, ils pouvaient voir une fillette forte, intelligente et manipulatrice. Quand je lui ai demandé ce qu'elle voit sur cette photo, elle m'a répondu qu'elle voyait une enfant terrifiée dont l'espace vital privé avait été pénétré. Une autre photo qu'elle a apportée a été prise le jour de son adoption.

La dernière photo était celle de sa mère. Une jolie jeune femme. Dans le cadre du traitement, elle exigea que je garde les photos avec moi, et je les ai gardées dans une boîte sur la table de mon bureau du service.

C'est à la fin d'une séance qu'elle m'a montré les photos, au dernier moment, pour éviter d'en discuter. Et on aurait dit qu'on jouait à résoudre une énigme, comme si on reconstituait un puzzle, une photo... A qui appartient-elle ? Elle veut savoir qui parmi l'équipe soignante a vu les photos, qu'est-ce qu'ils en ont pensé ou en ont dit, quand ils les ont vues. Elle veut connaître notre opinion sur la façon dont nous la voyons.

Que demande-t-elle à travers les photos, – vivre ou mourir ?

Demande-t-elle une reconstitution d'une photo d'elle-même qui lui permettrait de fonctionner et de vivre ?

#### 4.2.4 Discussion

Le cas de Noa montre comment le service fonctionne comme un lieu, comme un autre en tant que grand Autre, où elle peut se constituer comme sujet, en plus du transfert envers la thérapeute et les autres intervenants du service. Qu'est-ce qui réussit à se nouer chez Noa ? Il semble que le drame de Noa se déroule dans la dialectique du désir de l'Autre, c'est-à-dire entre le désir de l'Autre comme désir anonyme où, là, elle se place comme un objet abandonné, un objet déchet, et le désir de l'Autre comme un désir particularisé envers elle, qui permet une subjectivation tout en invoquant la pulsion de mort. L'équipe thérapeutique, lors des discussions sur le cas, a pu formuler l'axe central autour duquel tournait l'impossible rencontre pour Noa, au-delà de tel ou tel diagnostic la concernant. On peut voir que le point sur lequel le changement a opéré fut lorsque l'équipe orienta son intervention sur le lien avec le

service par la phrase suivante : *nous sommes ta maison*. La stabilisation a ouvert un mouvement de va-et-vient pour Noa, allant de signes d'amour à des signes de rejet. Et dans ce mouvement, se constitue le sujet.

On voit qu'à travers le service, Noa se construit un moi, une coquille imaginaire pour ce corps qui ne parvient pas à atteindre une forme imaginaire et émerge de manière réelle. Nous voyons qu'elle s'ouvre soudainement, elle s'habille bien, elle se teint les cheveux, elle dessine des autoportraits. Il lui manque le semblant avec lequel elle pourrait apparaître devant l'Autre, non pas comme un objet résiduel. Par exemple, Lacan montre que pour James Joyce, dans le séminaire portant son nom, l'absence de l'anneau imaginaire dans le nœud borroméen a été compensée par l'écriture. Ce faisant, il s'est fait un nom, un moi, dans l'écriture. L'effet obtenu d'un voile imaginaire déposé sur le réel, pendant la cure, permet parfois au sujet d'être plus ouvert à la construction d'un symptôme, au sens analytique du terme. Noa fait également des tentatives à travers l'art, pour se construire un moi. Ce qui s'exprime sur le plan narcissique, dans son lien au jeu théâtral, à la peinture, *etc.* est en réalité un point mégalomane présent dans la psychose lorsque le sujet s'identifie à un personnage au grand destin, comme « être une actrice célèbre » par exemple. Cependant, ces tentatives échouent et elle ne s'organise pas autour d'un délire mégalomane, elle se cogne à ces choses-là à chaque fois de nouveau, à la jouissance de l'Autre et à elle-même en tant qu'objet déchet. Grâce au transfert, Noa parvient (en partie) à localiser la jouissance chez l'Autre, représentée par les différents thérapeutes du service en déposant des peintures dans divers bureaux, chez divers thérapeutes. Elle disperse le regard qui juge, qui l'épie, dans les espaces du service et transforme le service en maison, en une partie d'elle-même. Elle ne fait pas ça spécialement pour

s'en séparer, comme cela est soulevé à la fin du texte sur le cas, mais plutôt pour lui permettre de supporter le regard et pour se construire un corps.

On peut voir à quel point il fut important, dans le travail avec Noa, de diffracter le transfert entre les différents intervenants du service, qu'ils soient la thérapeute référente, le chef de service qui était impliqué dans le traitement lors de séances à plusieurs et dans la fonction paternelle qu'il a incarnée, l'atelier d'art-thérapie, l'atelier d'ergothérapie. Noa a besoin de tout un ensemble de praticiens pour se construire comme sujet doté d'un corps. Ce n'est qu'à travers le discours partagé au sein de l'équipe qu'il a été possible d'orienter l'intervention de cette manière.

Plus tard, ce qui n'est pas indiqué dans le cas est que Noa s'est trouvée une solution permanente entre le service comme maison, à partir duquel elle peut aller et venir. Elle a acheté un appartement en face de l'hôpital, qui surplombe le service depuis le balcon. L'équipe est allée lui rendre visite chez elle plusieurs fois, elle venait elle aussi régulièrement dans le service, plusieurs fois par semaine, dans des périodes plus ou moins bonnes, elle dormait aussi quelques jours dans le service puis rentrait chez elle. De cette façon, à une distance qui lui permet de voir le service, elle a pu maintenir le regard régulier du service sur elle. C'est-à-dire que lorsqu'elle observait le service, le service avait un œil protecteur sur elle.

### **4.3 Présentation de cas au forum de l'hôpital<sup>148</sup> : Or**

Le cas ci-dessous a été présenté au forum de l'hôpital en 2017, avec la contribution de toute l'équipe de l'hôpital en ce qui concerne l'opinion donnée et la discussion sur le cas.

Or, 35 ans, est un homme grand. Il est le plus jeune de ses frères, né dans une famille aux nombreux enfants. Ses parents sont des religieux pratiquants, mais Or et son frère ne pratiquent plus la religion.

Je connais Or – et avec moi toute l'équipe du service –, depuis l'ouverture du service en 2014. Avant son hospitalisation dans notre service qui s'est faite en raison de son numéro de carte d'identité nationale, il avait été hospitalisé dans d'autres services de divers hôpitaux. Jusqu'à présent, il y a eu pour Or de nombreuses et fréquentes hospitalisations, plus de douze au total.

#### **4.3.1 Son histoire**

Il est né après une grossesse ordinaire et un accouchement normal. Son développement fut classique. Selon ce que rapportent ses parents, des difficultés dans les apprentissages qui apparurent au fil des années ne furent jamais diagnostiqués. Jusqu'à la classe de troisième, il était scolarisé dans une école religieuse, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il devienne laïc, à la suite de ses grands frères. Il passa alors dans une école laïque pour le lycée, où il a relativement bien réussi. Après avoir fini ses douze années de scolarité, il réussit son baccalauréat en une seule fois. Sur le plan des

---

<sup>148</sup> Réunion regroupant toute l'équipe l'hôpital ayant lieu une fois par mois durant laquelle un service présente un cas difficile qui nécessite une consultation externe supplémentaire.

amitiés, il décrit une situation excellente, – entouré d'un certain nombre d'amis proches et soutenant. Après le lycée, il est entré à l'armée, a fait son service militaire comme combattant pendant les trois années obligatoires. Il a fait principalement son service militaire à Gaza, pendant une période intense du point de vue militaire et a fait l'expérience d'une mise en danger quotidienne de sa vie. Au cours de son service, il a été exposé à un certain nombre d'évènements difficiles dont le plus important fut celui de l'infiltration de terroristes sur le lieu où il était en service. Au cours de l'infiltration, deux de ses camarades furent tués ainsi qu'un lieutenant-colonel. Or revient souvent sur cet événement. Pour lui, il y a deux points importants dans cet événement : l'un au moment de l'infiltration des terroristes, Or décrit qu'il était le seul de son équipe qui soit sorti en courant avec tout son équipement (arme et gilet) en direction de l'événement, pendant que les autres de ses amis étaient restés enfermés dans leur chambre. Or décrit qu'il a choisi de passer par les chambres, les unes après les autres, pour vérifier qu'il n'y avait pas de terroristes et pour appeler ses amis. Il n'a donc pas couru directement vers le lieu des tirs. Arrivé dans la salle des opérations, le lieu où il s'était trouvé pendant l'heure d'avant alors qu'il était de garde, il trouva ses amis gisant sur le sol, déchiquetés par les tirs. Il décrit qu'il a fermé la porte, s'est assis sur le sol et s'est mis à pleurer jusqu'à ce que son commandant le lève et lui dise qu'il fallait qu'il aille sécuriser l'avant-poste. Le deuxième point crucial, au cours de l'événement, fut au moment de la poursuite des terroristes. Alors qu'il était dans un véhicule blindé, une grenade tomba près de sa tête. Or fut contraint de rester près de la grenade jusqu'à ce qu'elle soit neutralisée par des démineurs. Deux questions le tourmentent sans arrêt : l'une est de se demander comment est-il possible que tous ses amis qui étaient des combattants furent restés dans leur chambre et ne soient pas sortis se battre ? La seconde posait que, s'il ne

s'était pas arrêté dans les chambres au passage, il serait aujourd'hui probablement mort parce que son arme s'était enrayée.

Après l'événement, il a décrit une période de plusieurs mois de dépression selon ses mots, mais il a continué à fonctionner normalement et n'a fait part de sa situation à personne. Après la fin de son service militaire, il a travaillé comme agent de sécurité dans divers endroits et organisé un voyage à l'étranger avec des amis. La période entre la fin de son service militaire et le voyage est décrite par sa famille comme une période bonne et stable au cours de laquelle il a eu une routine de travail, il a commencé à s'entraîner de façon intensive en salle de sport et a également passé du temps avec ses amis. Peu de temps après de son service militaire, sa copine d'alors rompit avec lui, il s'agissait pour lui de la première histoire d'amour de sa vie.

A l'âge de 24 ans, il a pris l'avion comme il l'avait prévu pour l'étranger avec des amis. Au cours du voyage, il a commencé à consommer massivement du cannabis. Peu de temps après le début du voyage, il a été impliqué dans un accident de voiture, où il fut blessé au point que son rétablissement prit environ un mois. Il décrit que l'accident s'était produit le lendemain de sa rencontre avec quelqu'un chargé d'enquêter sur cet événement d'infiltration des terroristes dans lequel il avait pris part malgré lui. Or décrit qu'il était important pour lui de lui expliquer le manque de précision que contenait l'enquête et ce qu'il s'était vraiment passé selon son propre point de vue. Il décrit qu'il en fut très troublé. Lors d'une des séances de psychothérapie, il dit qu'après cette conversation avec cet enquêteur, il a voulu mourir.

Environ deux mois après son retour en Israël, il fut hospitalisé pour la première fois dans le cadre d'une première décompensation psychotique.

#### 4.3.2 Histoire du trouble

Comme nous l'avons indiqué, quelques semaines après l'événement traumatique qui avait eu lieu à l'armée, il a décrit se sentir déprimé, pleurer beaucoup et avoir des difficultés à dormir. A cette période, il était en couple avec une jeune femme depuis environ huit mois, c'était en fait la première relation amoureuse et sexuelle de sa vie. Sa copine de l'époque avait décidé de mettre fin à la relation avec ces mots : « parce qu'elle ne pouvait pas être avec quelqu'un qui pleure et qui est triste tout le temps à cause de ces choses-là. » Il dit qu'après que sa copine le laissa tomber, il a senti que l'intensité de la dépression s'était amplifiée et que des pensées suicidaires apparaissaient dans lesquelles il voulait mourir tout en protégeant ses amis. Il n'a pas demandé d'aide à ce moment-là. Mais il a commencé à s'entraîner de façon intensive en salle de sport pour « être un homme ». L'entraînement en salle de sport, s'intéresser de près à sa nutrition autour de la question d'une vie saine devint le point central autour duquel il organisait sa vie. Il atteignit le niveau de ce qu'on appelle les *body builder*.

En 2010, le déclencheur de sa première hospitalisation fut une dispute avec une personne qu'il connaissait et qui l'avait méprisé sur le plan de sa « masculinité ». Cette même personne l'avait agressé en lui brisant une bouteille en verre sur la tête. Quand Or a appelé la police, et qu'il ne reçut pas la réponse qu'il voulait, il menaçait le standardiste et fut arrêté pour cela. Au poste de police, il était apparemment dans un état psychotique, il a provoqué des policiers et s'est battu avec eux.

#### 4.3.3 Déroulement de l'hospitalisation

Dès sa première hospitalisation dans notre service, le tableau clinique qu'il présente à son entrée est le même qu'aux admissions qui auront lieu par la suite : il arrive dans un état psychotique aigu, accompagné d'un comportement agressif et violent qui nécessite parfois une contention physique dans le cadre de conflit violent et difficile. Le plus souvent, l'hospitalisation se fera sur une ordonnance d'hospitalisation obligatoire ou une ordonnance du tribunal. Les seules fois où il fut hospitalisé avec son consentement furent après une tentative de suicide ou un moment précédent une tentative de suicide.

En ce qui concerne l'actuelle hospitalisation (en 2017), il a été admis par l'accompagnement *manu militari* d'infirmiers sur une ordonnance d'hospitalisation d'urgence obligatoire provenant du service des urgences d'un autre hôpital. Il s'était rendu là-bas pour entrer dans l'unité de traitement des victimes post-traumatiques du ministère de la Défense, après être sorti de l'hôpital deux semaines plus tôt. Selon la lettre qui accompagnait son transfert, il s'était comporté avec une violence physique envers l'équipe et les autres patients, et il avait besoin de contention et de médicaments sédatifs.

Au cours des hospitalisations, l'état psychotique diminuait progressivement dans son intensité, d'abord uniquement sur le plan comportemental puis dans un deuxième temps, l'intensité des contenus psychotiques diminuait ainsi que le niveau de tension. Il se mettait à coopérer avec l'équipe médicale et de réadaptation, participait à des groupes thérapeutiques et à des séances d'art-thérapie individuelle. A chaque hospitalisation, la diminution de l'état psychotique s'accompagnait d'une recrudescence de symptômes post-traumatiques (cauchemars, pensées intrusives,

miction au lit pendant la nuit, excitation excessive, diverses douleurs dans le corps apparaissaient...). S’y ajoutaient la dépression et la volonté de mourir. Entre 2012 et 2014, il ne fut pas hospitalisé. Il travaillait alors comme agent de sécurité non armé dans un immeuble de bureaux. Il a ensuite contacté un psychiatre dans le privé, agréé pour prescrire le cannabis médical<sup>149</sup> avec la certitude qu’il souffrait d’un trouble de stress post-traumatique et que le médicament adapté devait être le cannabis. Or cacha son diagnostic de schizophrénie au psychiatre et réussit à recevoir la prescription. Ainsi, depuis l’obtention de son permis de fumer du cannabis, durant toutes ses hospitalisations, il exigeait de l’équipe du service qu’on lui donne « son médicament », le cannabis. Ses premières hospitalisations étaient généralement de courte durée, – jusqu’à un mois, – et d’une fréquence élevée, il était généralement libéré après une réunion du comité psychiatrique quand l’état psychotique aigu s’était apaisé et que le danger avait diminué.

En 2014, il a été hospitalisé pour la première fois sur décision du tribunal pour une période de six mois après avoir été accusé d’être l’auteur d’agressions et déclaré inapte à participer à son procès. Au cours de cette hospitalisation-là, parce qu’elle avait été ordonnée par la loi et pour un temps assez long, pour la première fois, un lien significatif pu s’établir avec lui. Grâce à ce lien qui s’était établi, il partagea le fait qu’il fumait pendant l’hospitalisation et que cela l’aidait. Au cours de l’une des hospitalisations, lors d’une conversation dans l’équipe, il fut décidé d’essayer d’être dans une position qui, d’un côté disait que nous voyions que l’herbe le soulageait pour les symptômes résultant du stress post-traumatique mais qu’en même temps, l’herbe

---

<sup>149</sup> En Israël, il existe un nombre restreint de psychiatres autorisés à délivrer une autorisation pour l’usage de cannabis médical sous l’étiquette du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

intensifiait son état psychotique et nous nous opposions par principe à ce qu'il continue à fumer du cannabis. L'idée était que le chef de service et les psychiatres traitants représentaient la position d'un père qui dit non, qui interdit, mais qui ferme les yeux. En même temps, il y eut la tentative de remplacement pharmacologique par un médicament antipsychotique qui pourrait peut-être le protéger de façon plus efficace d'une nouvelle décompensation psychotique aiguë qui pourrait être causée par les effets du cannabis.

Ce fut ainsi lors des hospitalisations suivantes, d'abord il arrivait, toutes les semaines ou les deux semaines, dans un état aigu qui s'apaisait au bout d'un moment, puis il revenait parler et partager des activités dans le service. Lors d'une des hospitalisations, après qu'il se montra violent et agressif, il fut décidé de changer la position du service par rapport au fait qu'il fumait du cannabis. Il s'agissait de lui dire non au cannabis pendant l'hospitalisation de façon très claire, avec l'explication que fumer aggravait son état de façon évidente. Ainsi, Or restait enfermé dans le service jusqu'à ce que le test de THC donne un résultat négatif. Or était très en colère, il accusait l'équipe du service de le maltraiter, de le priver de « son médicament ». En même temps, il acceptait et s'engageait à ne pas fumer dans le service. En revanche, dès qu'il sortait de l'hôpital, il en sortait pour, entre autres, pouvoir fumer du cannabis chez lui.

#### 4.3.4 Déroulement du traitement

Je commence le traitement avec Or dès sa première hospitalisation dans notre service. Afin de créer le contact avec lui, quand il arrivait dans un état aigu, je créais d'abord de brèves interactions avec lui principalement pour maintenir un dialogue autour de ses revendications concrètes, toujours comme tiers, dans une sorte de séparation et de

présence dans le lien au service, auquel je suis subordonné et dont je dois obtenir l'autorisation. Il a donc été convenu avec le chef de service ou le psychiatre en charge de son hospitalisation à ce moment-là qu'il incarnait la « voix » du service, la loi, et moi, je me positionnais comme un partenaire, un médiateur, un petit autre qui le soutient. Une fois que l'état psychotique aigu et violent d'Or se réduisait, il cherchait le lien, il était présent aux temps de rencontre, il demandait de plus en plus de conversations. D'un côté, dans les conversations, il entretenait une interaction instrumentale dans laquelle il demandait de plus en plus de choses (des sorties, des conditions spéciales, la permission de fumer du cannabis, de l'aide à l'obtention d'une prescription, *etc.*) et lorsqu'on ne lui répondait pas, il réagissait avec colère. Lorsque, dans ces situations, on tentait de partager avec lui les limites de sa condition, il les rejetait complètement et s'accrochait à tel ou tel récit dans lequel l'autre l'avait fait réagir de manière violente. En cela, il incarne une position paranoïaque dans laquelle les échecs viennent de l'Autre et non de lui-même. Lorsque, dans l'interaction, il n'y avait pas de revendication concrète mais une conversation ouverte, il se sentait immédiatement très vulnérable et se trouvait souvent inondé émotionnellement jusqu'aux larmes. Il y avait des contenus mélancoliques dans lesquels il se sentait comme un déchet du monde : « Je suis nul, je ne peux rien faire, quelle fille voudrait d'un type comme moi... Tout le monde à l'âge que j'ai a déjà une voiture, un travail, une femme et moi, je suis enfermé dans une chambre et même des films, je ne peux pas en voir... Je préférerais mourir. » De plus, il revenait à plusieurs reprises sur l'infiltration à l'armée, il décrivait un sentiment de culpabilité d'un côté de ne pas avoir sauvé la vie de ses amis et d'un autre côté, il disait que s'il avait couru en direction des tirs, il serait directement mort après parce que son arme s'était enrayée et cela, il ne l'a découvert qu'après. Ce conflit imminent a été vécu comme

insupportable pour lui. Au cours des conversations qui ont eu lieu au cours des nombreuses hospitalisations, Or a construit un récit sur son identité ainsi qu'un délire paranoïaque systématisé qui se cristallisait progressivement. Or se considère comme un soldat blessé dont l'État est censé s'occuper. Il faut noter qu'il se trouve actuellement dans un processus pour réclamer le statut de handicap auprès du ministère de la Défense et cela depuis plusieurs années. Or a construit son identité comme un soldat, ce qui l'a tenu, apparemment, c'est une identification imaginaire à la fonction de « soldat » avec des significations de héros et de celui qui protège les autres. Dans son discours, il s'est heurté, pendant son service militaire, à l'effondrement de l'idéal, de l'armée comme un Autre idéal. Lorsque cela est venu se mettre en échec, pour lui, au cours de l'événement, cela a fait naître l'idée du protecteur, gardien, sauveur et de cela a résulté la décompensation psychotique. Pour cette raison, il s'est tourné vers des emplois dans la sécurité, avec toujours le désir de mourir en sauvant les autres. Cette identité s'exprime dans les contenus psychotiques grandioses dans lesquels il se dit être le prochain Messie chrétien à sauver le monde. Le choix porté sur un Messie chrétien, et non pas juif, est lié au rejet complet du père qui est décrit par lui comme « un zéro, en manque de personnalité, faible, stupide, etc. » Notons que le contenu psychotique a évolué petit à petit vers la pensée délirante d'être un Messie ou une divinité. Par exemple, en 2014, alors qu'il avait déménagé à Nahal Oz à proximité de Gaza, et que les trois adolescents ont été enlevés et assassinés<sup>150</sup>, il était sûr que sa présence là-bas empêcherait une éventuelle attaque terroriste contre la colonie et un meurtre de masse de civils israéliens. Il décrit que les

---

<sup>150</sup> Durant l'été 2014, trois adolescents juifs ont été enlevés et assassinés provoquant une période de grands émois en Israël.

douleurs physiques ont débuté entre 2013 et 2014 et ont été interprétées comme des signes divins.

Par conséquent, le projet de rééducation a essayé de prendre en compte les caractères d'identification inclus dans les pensées délirantes. Ainsi, lors d'une de ses longues hospitalisations, après avoir recueilli son consentement, l'unité de rééducation de la sécurité sociale accepta d'essayer de l'accompagner par l'intermédiaire de son service de ressources humaines, à trouver un travail dans le milieu ordinaire dans le domaine de la sécurité ou dans celui du service à la personne âgée puisque pour lui, le service aux personnes âgées était inclus dans la signification de « sauver l'autre ». Cependant, le projet de réadaptation ne se concrétisa pas parce qu'Or souffrait d'une blessure narcissique difficile et qu'elle n'était pas compatible avec ses désirs et la façon dont il percevait les choses (par exemple, il ne pouvait retourner au travail tant qu'il n'avait pas récupéré son permis de conduire, ou qu'il ne pouvait pas supporter qu'on le voie dans la rue s'occupant d'une personne âgée car alors il serait ridiculisé). Tout écart par rapport à la manière dont il voyait comment l'autre devait se comporter était perçu comme mépris et humiliation.

Dans nos conversations, revenait encore et toujours un récit fermé qui ne laissait aucune place ni à quelqu'un qui viendrait le satisfaire ni à l'autre. En même temps, Or créa un lien significatif dans le traitement. A travers le discours thérapeutique du service, il a été parfois possible d'introduire une dialectique sur les positions restreintes qui composaient son monde.

En ce qui concerne sa famille, il n'avait aucun contact avec la plupart de ses frères. Il y avait des pensées délirantes de persécution autour de l'un des frères, lui supposant

une orientation homosexuelle, ce qui suscitait chez lui des fantasmes insupportables dans lesquels il jouait le rôle d'une femme dans la relation sexuelle. Avec les autres frères, il se pose en victime, comme quelqu'un qui est négligé et a été abandonné, il vient vers eux avec des exigences financières et quand il n'obtient pas de réponse, il coupe simplement le lien avec rage. Les relations avec ses parents sont caractérisées par des relations de dépendance qui se déplacent sur un continuum entre demande et rejet, lorsqu'on ne répond pas à ses exigences concrètes, il réagit par de la colère. Les parents peuvent décrire des périodes pendant lesquelles des liens de terreur avaient cours à la maison.

Lors des hospitalisations, un certain nombre de rencontres eurent lieu avec la famille, durant lesquelles le besoin s'est fait sentir d'une intervention familiale globale qui permettrait un changement de position dans les liens au sein de la famille. L'idée était essentiellement d'aider les parents à se positionner devant ses exigences et ses assauts, à modérer ces liens de dépendance. Une série d'entretiens eurent lieu avec les parents ainsi que des rencontres en présence d'Or. Pourtant, les parents y prirent part de façon très restreinte. Les parents se trouvent, d'une part, en forte identification avec le récit d'Or et sa position de victime et, d'autre part, ils ont peur de lui fixer des limites claires, de s'imposer et de lui imposer leurs besoins. On a eu l'impression qu'ils avaient besoin d'un soutien constant et de la présence du service ou de l'hôpital. L'adressage à un groupe de familles de l'hôpital s'est fait du fait du transfert personnel qui s'était créé. Avec eux, nous avons fait une rencontre avec la thérapeute du centre familial de l'hôpital de façon à ce qu'un lien personnel leur permette d'y participer. Tant qu'Or était hospitalisé, les parents se rendaient aux rendez-vous du groupe familial et quand Or sortait, c'était une sortie aussi pour les parents.

Dans l'une des dernières hospitalisations, Or avait été admis sur un ordre du tribunal. A cette occasion, dans le but de renforcer la relation avec le service et de réduire la consommation de cannabis d'Or, j'ai demandé au cadre de santé de faire à Or diverses exceptions dans le service pour tout ce qui concernait son intérêt pour la musculation et son corps : par exemple, il pouvait mettre dans sa chambre du matériel sportif pliant, prendre une coach sportive pour des cours dans la cour de l'hôpital à partir d'un programme organisé par l'hôpital, on lui permettait un régime alimentaire particulier, le tout à condition à ce qu'il s'engage à ne pas fumer de cannabis durant l'hospitalisation. Il s'y est tenu pendant environ trois mois et son état s'est stabilisé. Après sa sortie à la maison pour des vacances, son état s'est détérioré en quelques jours, il se montra très agressif envers l'équipe, l'a menacé et même agressé, a refusé le traitement médicamenteux jusqu'à ce qu'on lui rende le cannabis. Il se trouvait dans un état psychotique très aigu avec un contenu paranoïde mégalomane. Il fut décidé de le contenir, après qu'il eut eu refusé avec véhémence de prendre ses médicaments mais, en raison de sa grande taille et de sa grande puissance, il fut nécessaire de s'y mettre à vingt membres de l'équipe, de faire sortir toutes les autres personnes du service et d'organiser à l'avance les conditions de la contention. Au cours de la conversation avec l'équipe, il fut décidé que je me présenterais comme le partenaire de cette contention en raison de ma position de thérapeute personnel. J'ai tenté de le convaincre de prendre son traitement médicamenteux pour ne pas arriver à cela. Ce fut la première fois dans mes rencontres avec lui que j'eus peur pour ma propre sécurité d'une façon très réelle. La contention fut très difficile pour Or et pour le personnel qui en avait pris part. Je me sentais brisé et désespéré, le reste de l'équipe

ne savait plus quoi faire. En raison de son agressivité puissante et dangereuse, Or fut transféré à l'hôpital Sha'ar Menashe, dans l'unité des malades difficiles<sup>151</sup>. Quand il est revenu dans notre service après quelques mois pour continuer son hospitalisation, alors qu'il était hospitalisé dans le cadre d'une hospitalisation obligatoire, deux choses se sont produites : l'une était que le délire systématisé s'était cristallisé en un système solide et la deuxième fut que ma personne et celle du chef de service firent leur entrée dans le système du délire comme un point central paranoïaque.

Selon lui, le service et la police le surveillaient constamment avec des caméras et des enregistrements ainsi que divers agents, mais ce n'était pas pour lui faire du mal mais pour le protéger. En tant que Messie chrétien, il menait des actions persistantes pour protéger Israël, promouvoir des projets, lever des fonds auprès de l'Union Européenne pour construire dans chaque maison un bunker qui protégerait les citoyens d'Israël. On aurait dit que, lorsqu'il était revenu, quelque chose s'était apaisé en lui, comme s'il était rentré chez lui.

Au moment où le cas a été présenté au forum de l'hôpital, la question centrale qui fut présentée par le service était comment sortir du cercle vicieux entre l'équilibre et la détérioration comme résultant de l'usage du cannabis en tenant compte que pour Or, l'expérience de dépression et d'humiliation qu'il ressentait dans sa vie comme elle se présentait à ce moment-là, était insupportable pour lui, au point de le rapprocher d'un passage à l'acte suicidaire.

Pour le moment, il apparaît qu'Or a trouvé une solution dans la cristallisation du délire comme une protection contre l'effondrement qui le ferait tomber dans le trou,

---

<sup>151</sup> L'unité pour malades difficiles (UMD) à l'hôpital Sha'ar Menashe est un service dans lequel des patients, dans le cadre de leur maladie, sont l'objet de violences incontrôlables.

contre l'acte suicidaire et aussi que le service est une continuité de sa maison, un endroit qui le protège. On peut considérer sa maison et le service comme un seul espace dans lequel ont lieu des mouvements entre ces lieux.

#### 4.3.5 Discussion

Dans ce lieu, l'hôpital psychiatrique, où l'urgence est le pain quotidien, il y a urgence à ce que le sujet, qui arrive dans le service, reçoive un certain accueil, une certaine réponse face à la décompensation psychotique qui le menace ou l'assaille déjà.

Il ne s'agit pas simplement de faire un usage du pouvoir de la parole et du sens pour obtenir des effets de guérison. L'accueil qu'on réserve à Or, c'est celui de le laisser parler, sous les auspices de la loi et à la condition qu'il y ait de la présence du praticien pour en répondre. C'est approcher le réel d'Or en bonne compagnie d'un discours réglé, le discours analytique. On voit d'abord comment le travail est centré sur les conditions possibles d'un lien par de « brèves interactions » dans les moments où il est très agité par sa jouissance et où la parole n'a que peu de place possible. S'intéresser de près à « ses revendications concrètes », c'est-à-dire, se positionner d'emblée à l'écoute du sujet et non pas, dans une position *ready made* qui consisterait à balayer tout ce que le fou dit, à penser que, puisqu'il délire, ça n'existe pas et on pourrait même le raisonner, l'aider à « critiquer son délire ». C'est bien à partir de ses idées délirantes que se trouve une voie de sortie pour lui, la construction d'une solution plus stable, – « la tentative de guérison » disait Freud –. Il s'agit qu'Or sache qu'on l'écoute précisément là-dessus. C'est ainsi que le service lui permet d'installer du matériel de sport dans sa chambre et de le laisser « se faire un corps » comme on dit en psychanalyse à l'aide de la musculation et du coaching. Ce qui a permis un apaisement mais qui malheureusement n'a pas tenu dans le temps parce que c'est un

travail sans cesse à refaire à nouveau. La jouissance du psychotique est sans limite, elle se répand partout à l'extérieur du corps et quand elle ne peut pas s'appuyer un peu sur l'hôpital, c'est l'explosion dans l'espace public. Il est arrêté, il a des ennuis avec la police, la justice. Il arrive même à l'UMD. Et quand il revient dans le service, son délire est solidement systématisé : il se reconnaît comme le Messie chrétien et on le surveille pour le protéger. Il a intégré dans son délire l'idée que le service est là pour le protéger, joue une fonction littérale de « garde-fou ».

Aussi le cas d'Or présente une façon de faire avec la position d'extimité du praticien à l'hôpital. C'est à la fois un partenaire pour le sujet tout en posant des mots sur la subordination de chacun à l'ordre du service. C'est une façon de se décompléter en tant qu'Autre, d'avoir cette marge de manœuvre qui se situe entre un décalage par rapport au discours du service, tout en évitant ce qui pourrait s'interpréter du côté du patient comme une volonté de jouissance. C'est une façon de faire exister le Nom-du-Père qui limiterait la jouissance de chacun. Pour cela, il existe dans le service une mise en série des diverses fonctions constituant l'équipe pour la circulation et la diffusion du transfert. Il y a la position du chef de service comme « la voix du service, la loi » – voix qui ne doit pas se faire trop vociférante par ailleurs –, l'équipe infirmière aux côtés du quotidien du patient, et le praticien, avec ce que le patient apporte de ses revendications, comme un petit autre qui le soutient.

A mon avis, il y a un moment où il aurait été possible de signaler une erreur de maniement du transfert suite à une identification au sein même de l'équipe. L'exigence que tous les soignants participent aux contraintes physiques, que le soignant référent fasse également partie de l'équipe face au patient, ne découlait pas d'indications concrètes dans le cas d'Or, mais d'un dialogue interne dans l'équipe lié à la relation

imaginaire exacerbée dans la dynamique du personnel. Nous pouvons voir que j'ai perdu ma position de partenaire dans le transfert. Ceci est un exemple de la logique différente existant entre une action issue du discours analytique et une action issue d'idéaux institutionnels de bonté et d'égalité.

On pourrait aussi parler longuement de la question du passage à l'acte chez ce sujet car elle est la question cruciale pour l'hôpital qui se sent désarmé face à la répétition des actes. Ce cas démontre qu'avec l'état aigu du patient, le sujet s'éclipse complètement et le passage à l'acte arrive en boucle.

Ensuite le lien paraît se faire sur le mode de la revendication. On pourrait se poser la question si ça touche un point de certitude puisqu'il se justifie par la suite que la colère vient parce que l'autre « l'avait fait réagir de manière violente ». Fixé à une position de méprisé, d'humilié dans le monde, il ne peut que réagir violemment à cela. Si on ne reconnaît pas qu'il est une victime alors c'est qu'on le méprise et qu'on l'humilie.

Sans revendication, il y a l'apparition d'une mélancolie, « il se sentait très vulnérable », ému jusqu'aux larmes, à laquelle répond sûrement une mégalomanie sous le nom de « protecteur-gardien-sauveur » qui le soutient et qui peut s'anéantir d'un seul coup.

Nous pouvons voir que la conversation en institution est précieuse car elle porte la signification qu'il n'y a pas de savoir préétabli. Au contraire, on se place aux côtés du patient dans son cheminement, on tisse du savoir au fur et à mesure autour d'un trou qui ne se referme jamais. Ce n'est pas d'ailleurs un *happy end* dans ce cas, comme d'autres nombreux cas qui font partie de la vie du service. La psychanalyse n'est pas

une promesse, mais elle est une position éthique qui met le pire devant ses yeux, comme le nom d'un des séminaires de Lacan « Ou pire ... ».

Le pire, c'est lorsque la jouissance déborde de tous les côtés, à la fois du sujet en question et à la fois de l'équipe.

## Discussion et Conclusion

Mon travail à l'hôpital Shalvata a commencé en 2014 après avoir travaillé pendant environ quatre ans à l'hôpital public d'Arbabanel. Lors de la transition d'un hôpital à l'autre, je suis passé par un bouleversement, j'ai pu soudainement voir et expérimenter qu'il y avait une autre possibilité dans le monde de la psychiatrie institutionnelle. J'ai pu constater que l'institution psychiatrique peut être orientée, non pas seulement par un discours médical ségréatif, mais aussi par un discours psychodynamique qui cherche à penser le patient et le discours lui-même. La question qui a surgi en moi portait sur ce qu'il y avait de particulier dans cette institution, dans ce service où je travaillais. Qu'est-ce qui le distingue du monde des hôpitaux psychiatriques en Israël ? J'ai voulu savoir quelle place occupait la psychanalyse, au sens large, dans l'hôpital en général, dans ce service en particulier, et si c'était la présence de la psychanalyse qui participait à la différence d'approche.

De même que l'analyse personnelle est un lieu d'externalité et de réflexion dans la vie elle-même, cette étude a été pour moi un lieu d'externalité et de réflexion au sein même du travail. En outre, j'ai dû quitter mon poste dans le service afin de terminer cette recherche. Ce fut comme si je devais être dans un lieu complètement extérieur pour pouvoir vraiment observer cette expérience d'un service psychiatrique fermé. Il y a là quelque chose de semblable au processus d'enquête phénoménologique, tel qu'elle fut formulée par Husserl et Merleau-Ponty ; ce fut un moment entre parenthèses qui permit aux formes d'apparaître comme des étincelles jaillissant du feu.

La question qui a guidé la recherche était de savoir si la psychanalyse, dans une orientation freudo-lacanienne, pouvait guider la pratique thérapeutique dans un service de psychiatrie, si la psychanalyse pouvait donner des possibilités dans la pratique médicale, de rééducation, dans l'action d'aide, dans toute l'activité existant dans le service de psychiatrie d'un hôpital dans lequel on prend en compte et on fait une place à la clinique du sujet. Cela parle de la possibilité de s'écarter d'un point de départ des différents modes de retour dans le réel de la pulsion, de l'objet *a* dans le contexte de la vie institutionnelle. Est-ce que l'observation de la pratique d'un service de psychiatrie en Israël, au travers de lunettes qu'est la psychanalyse d'orientation lacanienne, pourra éclairer quelque chose de la vérité de cette pratique, et par conséquent y ajouter ou l'ouvrir sur de nouvelles possibilités ? Et tout cela pourrait permettre de meilleurs soins.

L'idée était, non pas d'examiner s'il y a la possibilité d'une pratique psychanalytique d'un psychanalyste particulier au sein d'une institution psychiatrique aux côtés d'autres professionnels comme, par exemple, le médecin, l'infirmier, le psychologue ou le travailleur social, *etc.* mais d'examiner si l'hypothèse de la psychanalyse peut éclairer la variété des différentes fonctions du service. En parallèle, il y a le fait que chaque membre de l'équipe conserve son style particulier, la façon dont il est présent, ses responsabilités provenant de la définition de sa fonction et aussi de son intérêt pour un domaine particulier.

La psychanalyse appliquée à une institution psychiatrique en tant que telle indique que l'équipe doit construire un objet commun de travail à l'aide d'un langage conceptuel commun qui captera les points critiques de l'expérience en lien avec chacun des cas et orientera ses interventions.

A la fin de son allocution sur les psychoses de l'enfant tenue en conclusion de journées sur ce thème organisée par Maud Mannoni, Lacan termine sur la question suivante :

« Quelle joie trouvons-nous dans ce qui fait notre travail ? »<sup>152</sup>

Cette question est surprenante car elle n'aborde pas le devoir moral, ni les idéaux thérapeutiques, que ce soit une théorie ou une autre, ni la connaissance, mais le désir de chacun face à son action au sein de ce lieu appelé institution thérapeutique. Trouver de la joie à travailler avec ceux qui crient leur souffrance.

Tout au long de l'Histoire, de nombreux noms ont été donnés à la folie, à des personnes, – des hommes, des femmes et des enfants dont les corps se sont dispersés, qui ont fui devant un persécuteur sans répit, qui ont consumé leurs forces devant la pensée qu'ils étaient dotés de forces surnaturelles, et plus encore. Autour d'eux, ont été construits, des histoires, des légendes, des murs de protection, on les a blâmés, persécutés, expulsés et il y avait aussi ceux qui ont réussi à entendre leur souffrance et ont essayé de les aider. L'hôpital psychiatrique est un lieu saturé de souffrance, les gens y viennent, volontairement ou de force, piégés dans une danse cruelle avec la pulsion de mort, dans ses diverses formes, chacun dans son cercle de l'enfer. On peut peut-être comparer les cercles de l'enfer chez Dante aux différentes modes de la pulsion de mort, de la souffrance humaine.

Quelle est la réponse à ce cri douloureux ? C'est ce que la peinture « Le Cri » de Munch capture avec précision. D'abord, il s'agit de subvertir le cri en appel, c'est-à-dire en demande adressée à quelqu'un, un appel adressé à la demande d'aide, dans

---

<sup>152</sup> LACAN, J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001, p. 369.

l'espoir qu'on y trouve là une réponse. C'est là notre travail, être le lieu de la réponse à ce qui nous est adressé.

Ainsi, Lacan demande quelle joie trouvons-nous à nous installer à la place de ceux qui répondent à la souffrance qui nous est adressée. Souligner la joie du travail met l'accent sur la présence réelle et physique de celui qui se tient là à la place de la réponse, avec ses passions, son désir, sa joie et sa jouissance. Le dialogue avec l'équipe de thérapeutes du service comme avec les figures clés de l'hôpital ne s'oriente pas nécessairement vers des perceptions théoriques, vers une « doctrine » de l'équipe, mais précisément vers la forme réelle de présence en tant que preneurs de cette place de réponse. La première partie du travail a décrit les différentes réponses à la folie à travers l'Histoire, par l'exclusion, l'incarcération, l'exorcisme – (la réponse religieuse) –, puis la réponse médicale recherchant la cause objective dans le corps et intervenant sur le corps comme réponse. Ensuite, il y eut un traitement moral en réponse à un regard organique, ce traitement moral commençant à y apercevoir des facteurs psychologiques comme cause. Et enfin, l'approche antipsychiatrique qui situa la cause de la folie dans la société en elle-même. Chacune de ces réponses, s'étant construite à partir de la localisation de la cause, selon la logique de la cause objective, a tenté de donner une réponse objective. Il ne fait aucun doute que les réponses objectives à la souffrance de la folie ou, pour utiliser le terme contemporain, de la maladie mentale, ont fait d'énormes progrès grâce aux traitements pharmacologiques, aux thérapies psychiques et de réadaptation.

La psychanalyse est entrée dans l'arène, dans le fil des réponses, mais avec une logique différente à propos de la causalité psychique. Nous avons montré que Freud a localisé l'objet cause dans la division subjective, comme un objet structurellement

perdu. L'objet se situe, toujours insaisissable, dans l'écart se situant entre le sujet et le monde, dans un lieu extatique. Nous avons montré que la causalité psychique, soit l'inconscient, est une instance implacable à la dimension subjective irréductible, au-delà de la personnalité. Il s'agit d'une causalité irrépessible, une causalité qui s'appuie sur le dire du sujet. L'expérience analytique, la causalité psychique, est une expérience de discours. Il s'agit de placer le sujet dans l'acte même de parler.

Lacan a ajouté à cela la structure du discours lui-même et a soutenu que c'est la structure du discours qui détermine la position du sujet ainsi que le destin de la jouissance. Par conséquent, dans le présent travail, nous avons examiné le discours du maître contemporain, comment il s'exprime dans le service, comment il affecte le travail du service lui-même au-delà d'une perception thérapeutique particulière.

La présente recherche a montré que l'hôpital avait une histoire commune avec le développement de la psychanalyse en Israël et qu'ils sont étroitement liés. L'une des caractéristiques de l'hôpital, telle qu'elle est couramment nommée en Israël, est la présence de la psychothérapie comme approche thérapeutique et à la suite de cela, le lien humaniste aux patients.

L'une des conclusions de la présente étude est que l'humanisme dans sa version juridique, c'est-à-dire, en tant que Droits de l'Homme, est devenu l'idéal commun des services de psychiatrie autant qu'il dirige les équipes thérapeutiques. Cependant, et paradoxalement, elle a conduit à des résultats contraires à cause de la standardisation du traitement. C'est précisément l'usage de la psychanalyse comme idéal commun qui a conduit à un lien humaniste et respectueux, parce qu'elle considère cette position-là comme un effet de surcroît.

Mais nous avons montré qu'il y a une confusion entre l'approche humaniste et l'orientation psychanalytique. Quand l'humanisme devient une fin en soi, qu'il est aux commandes de la rencontre thérapeutique, que la psychanalyse ou la psychothérapie serait un outil pour réaliser le but humaniste, alors la psychanalyse perd de sa puissance et elle ne sert plus pour l'équipe comme défense contre l'angoisse. L'approche humaniste est une condition nécessaire mais non suffisante, pour que la psychanalyse soit un discours utilisé pour guider la cure dans un service, il s'agit de s'appuyer sur le discours analytique, ça veut dire qu'on fait du réel une question clinique commune. Toutes les réunions d'équipe sont basées sur l'idée qu'il n'y a pas de savoir préétabli mais qu'on se place aux côtés du patient dans son cheminement, on tisse du savoir au fur et à mesure autour d'un trou qui ne se referme jamais. La psychanalyse appliquée à la thérapeutique dans un service psychiatrique, ce n'est pas une affaire de cadre, de *setting*, mais bien une affaire de discours.

Il est devenu très clair que la psychanalyse au sens large, c'est-à-dire la psychothérapie, fait partie de la façon de penser de l'équipe de ce service et combien la psychanalyse est aussi un objet d'aspiration, un objet d'enquête, de curiosité pour chacun des membres de l'équipe. Cependant, il est ressorti de l'analyse qu'il manquait à l'équipe du service un système conceptuel commun, un langage commun à travers lequel on pourrait donner un cadre au réel de la clinique proprement dite et orienter les interventions des praticiens. L'usage de la psychanalyse dans un service psychiatrique ne signifie pas que tous les membres de l'équipe, ou la plupart d'entre eux, croient en la psychothérapie en tant qu'outil avec lequel ils abordent la rencontre thérapeutique. On peut voir que cela se produit dans le service actuel. On peut dire que cela ne suffit pas, ce qui est exigé c'est l'établissement d'un discours dont le cœur

est l'éthique de la psychanalyse. Pour cela, le chef de service, par sa présence, se doit de maintenir une dimension de non-savoir tout en animant le discours, se divisant ainsi et ne s'y érigeant pas en maître. De plus, il est requis de construire une série de points de repère qui, pour le sujet, font rencontre dangereuse avec le réel.

La psychanalyse lacanienne suppose le réel, c'est-à-dire l'objet contre lequel le sujet se cogne sans aucune capacité de symbolisation, lorsque le corps vit une expérience qui ne peut être dite, nommée. Ce sont tous les phénomènes pour lesquels le service constitue un foyer et une adresse, que ce soit la détresse insupportable ressentie dans le corps, la violence pulsionnelle qui explose, les injonctions hallucinatoires, *etc.* L'hypothèse est, comme nous l'avons montré, que les symptômes lient au corps, la parole et ce qui ne peut se dire, soit la jouissance en considérant le symptôme comme une façon particulière pour une personne particulière de traiter le réel. Ainsi, l'orientation pratique dans l'institution est telle qu'il s'agit de traiter le symptôme du sujet avec respect et de tenter de l'accompagner dans la recherche d'une solution plus efficace, qui lui permettrait de mieux s'entendre avec l'autre, de modérer la jouissance, de mieux s'entendre avec son corps et cela se fait à partir des indications que nous donne le sujet. Les rencontres au sein de l'équipe, orientées selon l'éthique de la psychanalyse sont des tentatives toujours renouvelées d'inscrire les inventions, les solutions et les obstacles du sujet pour traiter ce qui est insupportable pour lui et l'inscrire sous forme logique. La formulation de la logique nécessite ainsi des interventions à partir d'une position particulière, ou l'invention d'espaces spéciaux comme le sont les ateliers. C'est un effort constant pour distinguer un sujet de son comportement et d'un discours qui semble parfois dénué de sens.

Il a été constaté qu'une autre condition pour transformer le service de psychiatrie en espace thérapeutique fut l'allongement du temps consacré à l'étude et à la formation de l'équipe par des séminaires, des groupes de formation, des présentations de cas avec des discutants extérieurs, qui furent inclus dans le calendrier du service pour l'équipe. La frustration constante de l'équipe provient de l'écart entre le désir d'avoir un discours clinique, une étude commune qui ancrera le travail quotidien et l'exigence ainsi que la pression constante sur la production, l'accomplissement de tâches, qui enlèvent du temps au discours, écrase le désir de l'équipe et par conséquent, les espaces du service perdent de leur fonction thérapeutique.

Ce travail a également été influencé par des forces structurelles qui poussent à la réduction du discours et à la réduction de la pensée. Dans le programme d'origine de la recherche, étaient prévus deux autres entretiens avec des figures clés de l'équipe infirmière du service. Mais à chaque fois, les temps pour ces entretiens ont dû être reportés par « manque de temps » pour finalement ne pas avoir lieu du tout. On peut l'interpréter comme un redoublement de la séparation entre l'équipe infirmière et le reste de l'équipe du service qui n'est pas impliqué de façon égale dans les espaces de discours et de pensée.

L'existence d'un discours de réflexion orienté par une éthique commune est une lutte constante et quotidienne dans la réalité face aux forces puissantes pour réduire ces espaces. Un désir décidé et constant est requis pour maintenir cette éthique, principalement de la part de l'équipe dirigeante.

En outre, si on revient à la question sur quelle joie trouvons-nous dans notre travail, une réponse est dans l'orientation donnée par le directeur de l'hôpital, le Dr S. K. ,

dans la satisfaction narcissique d'être bienveillant, dans les succès thérapeutiques, dans l'amélioration de l'état du patient. C'est une réponse qui est toujours correcte, mais si on ne se contente que de celle-ci, on est également voué à une frustration constante car elle dépend de définitions prédéterminées à propos du point où le patient est censé arrivé et s'il n'y arrive pas, il en ressort de la déception. La psychanalyse d'orientation lacanienne offre une autre réponse, par son intérêt constant pour l'inconscient, pour le réel du sujet et dans une position de non-savoir. C'est précisément l'intérêt constant pour l'inconscient, pour la vérité du sujet, pour son réel au-delà de l'individu qui permet de conserver une dimension constante d'espoir tout en respectant pleinement la réalité de celui qui se trouve en face de nous, sans hiérarchie, sans bon ni mauvais, même quand il s'agit des situations les plus difficiles et de la mort. Au travers de cette curiosité que Lacan appelait le désir, réside la joie et l'espoir.

Dans une recherche ultérieure, il serait intéressant d'axer la recherche sur l'influence de la recherche sur l'équipe, si la présentation de concepts psychanalytiques, les entretiens, l'établissement de différents ateliers ont eu un effet sur la pratique dans le service, sur la manière dont le discours est orienté dans le service.

## **Annexes**

### **Annexe 1 : Entretiens**

Dr. S. K. - Directeur de l'hôpital de 1998 à 2019

*Psychiatre senior, directeur de l'hôpital Shalvata*

*Date de l'entretien : 19/03/2018*

Interviewer : Pouvez-vous dire quelques mots sur vous-même et votre rôle?

Dr. S. K. : Oui. Je suis directeur de l'hôpital Shalvata depuis plus de 18 ans. Je suis psychiatre, je me suis spécialisé en psychiatrie à Hadassah Jérusalem. J'ai travaillé comme psychiatre dans le système militaire de santé mentale la plupart des années. J'étais chef du service de santé mentale à l'IDF (armée israélienne) avant d'être nommé directeur d'hôpital. J'ai une formation managériale, j'ai un master en administration publique et j'essaie de combiner formation managériale et formation professionnelle dans mon poste actuel.

Interviewer : Quand avez-vous rencontré ou êtes-vous confronté pour la première fois à ce que je l'appellerai psychose ou le vieil usage du mot "folie"?

Dr. S. K. : Ah ... la question est de savoir quand ai-je réalisé que c'était de la psychose ou de la folie?

Interviewer : Oui.

Dr. S. K. : J'ai grandi dans un quartier du sud de Tel Aviv dans les années 1950, un quartier qui comptait des immigrants du monde entier, dont une grande partie étaient

des survivants de l'Holocauste ou des réfugiés d'autres pays en détresse. Et avec le recul, je pense que le nombre de personnes que nous qualifierions de normales aujourd'hui était une minorité. Je veux dire que le nombre de personnes qui avaient quelque chose d'inhabituel dans le quartier était incroyable. Et je comprends aujourd'hui que certains d'entre eux étaient psychotiques. Mais dans l'atmosphère de l'époque, même des choses très étranges étaient absorbées et attribuées à des traumatismes, des crises, des épreuves, des pertes de famille, le fait que les gens venaient détachés de toute réalité, mais c'était une chose très, très normale dans l'environnement. Par exemple, vivait en dessous de nous un voisin qui était un homme très, très gentil et doux d'esprit, mais nous savions qu'une fois tous les quelques mois, il traversait une crise psychotique, était hospitalisé dans un hôpital psychiatrique et revenait, et cela semblait être une chose très logique. Dès l'enfance, je ne me souviens plus de quel âge, dès mon plus jeune âge on savait que quelque chose n'allait pas chez Menachem et qu'il devait parfois se rendre à l'hôpital, parce que sa tête....

Il y avait beaucoup de personnages, les fous du quartier, et chacun portait aussi un surnom et une caractéristique. Il y en avait un que nous appelions "le soldat britannique" car il marchait en uniforme et faisait de très longues marches, traversait Tel Aviv à une heure régulière le vendredi après-midi, nous pouvions régler notre horloge pouvait être en fonction de sa marche. C'était une personne étrange et un peu effrayante.

C'était un environnement saturé, saturé de cas, dans l'ensemble, ils étaient tous très intéressants et certains d'entre eux étaient définitivement des personnes avec des diagnostics et des patients dans des établissements psychiatriques, et ce n'était pas effrayant, ce n'était donc pas du tout inhabituel.

Mais ma première rencontre avec la psychiatrie est vraiment beaucoup plus intéressante. C'est une longue histoire et il vous faudra beaucoup de temps pour la transcrire, si vous voulez. Quand j'étais dans ma première année de faculté de médecine, j'avais alors 20 ans et à la recherche d'un emploi pour les vacances d'été. Je suis allé dans un bureau de travail pour universitaires qui s'occupait également du placement des étudiants et leur ai demandé de m'organiser du travail pour les mois d'été. Je ne pouvais pas encore travailler dans les hôpitaux à ce stade, mais l'homme qui était là, m'a regardé et m'a dit, regardez, vous êtes un étudiant en médecine, il y a quelque chose que j'aimerais que vous essayiez et il m'a fait une très longue introduction sur l'endroit où il m'envoyait et j'étais sûr qu'il m'envoyait lavez des corps ou quelque chose de ce goût là.

Finalement, il m'a expliqué qu'il me proposait d'aller travailler à l'hôpital Abarbanel, en tant qu'assistant infirmier et que je n'aie pas peur, que je ne me décourage pas. Il me semble qu'il était beaucoup plus menacé que moi par cette idée. Et il m'a vraiment envoyé travailler à Abarbanel, comme infirmier auxiliaire, et j'ai passé toutes les vacances d'été là-bas. C'était ma première rencontre avec un hôpital psychiatrique, avec l'institution.

Ce fut une rencontre fascinante et horrible. Je veux dire que j'ai été placé dans un service fermé pour hommes, j'y ai sans aucun doute vécu des expériences formatrices. Les hospitalisés appartenaient à un groupe de personnes très dangereuses de manière générale, une grande partie d'entre eux étaient reliés à la justice, il y avait une terrible pénurie d'espace, c'était l'été, et la nuit nous devions disposer des matelas dans une cour, il y avait un très grand patio, sur toute la longueur de la cour et sur ces matelas,

les patients dormaient, dans ce patio ouvert, car la chaleur dans les chambres était insupportable et il n'y avait pas assez des lits.

Pensez donc à cette scène, en fait la plupart des patients dorment la nuit à l'extérieur, à l'intérieur d'un patio du service. C'était dans les années 1970, donc dans la préhistoire d'Israël et ... j'ai continuellement essayé de me donner des explications sur ce qui se passait ici, quelle était la signification de ce régime. Le personnel plus expérimenté m'a donné toutes sortes d'instructions sur la façon de se comporter. Par exemple, on m'a appris que si je devais amener un patient d'une salle à une autre, je devais toujours le suivre. Si vous marchez devant lui, vous ne voyez pas ce qui se passe. Laissez le patient marcher devant vous. Voilà le genre de choses qu'ils m'ont donné de leur pratique, de leur manière de traiter les patients.

Je dois dire que je n'ai vu aucune violence dans ce service, ni entre les patients ni entre le personnel et les patients, c'est très surprenant. Les conditions étaient terribles, l'attitude était probablement un peu condescendante et aliénante, mais il n'y avait pas de violence, juste les conditions.

Et j'aime toujours raconter aux gens l'une des expériences les plus grotesques que j'ai vécu là-bas, il y avait très peu d'activités pour les patients, je ne me rappelle pas qu'il y ait eu de l'ergothérapie, et une fois par semaine, je pense, il y avait une activité qu'ils appelaient "danse". J'imagine que c'était une sorte de loisir, une activité de bien-être qu'ils prenaient soin de faire pour les patients, ils l'appelaient danse.

Pour la "danse", ils emmenaient un groupe de patients, probablement un groupe de patients sélectionnés, je ne sais pas comment ils choisissaient, un service d'hommes, en défilé, un membre du personnel en tête, un à l'arrière, et cette étrange procession

qui ressemblait à un dessin de Brueghel, marchait vers le centre hospitalier. Un groupe similaire de patientes hospitalisées dans le service des femmes venait de l'autre côté.

Les deux groupes se réunissaient sur une place centrale de l'hôpital, comme une esplanade, puis quelqu'un allumait un phonographe. Ce phonographe jouait de la musique propre à la danse, du tango ou quelque chose du genre, et les patients dansaient. Une sorte de truc qui n'avait rien à voir avec quoi que ce soit, c'était en début d'après-midi, en milieu de journée, ils dansaient quelques danses, comme ça et je ne comprenais même pas s'il y avait ou non communication verbale, qu'ils se connaissaient ou non, mais ils dansaient. Certains ont juste regardé en l'air, certains dansaient d'une manière très maladroite, mais dansaient peut-être une demi-heure et puis après une demi-heure ils ont dit que ça suffisait, on fermait le phonographe et chaque groupe retournait de la ou elle venait dans le même ordre de procession exemplaire. C'était l'activité de loisir. Fellini n'aurait pas pu le faire mieux que la réalité. C'était donc la première expérience, c'était une expérience très répugnante.

Interviewer : Et quelle impression cela vous a-t-il vraiment donné, qu'avez-vous pensé de vous-même?

Dr. S. K. : La vérité est que la psychiatrie et la psychologie m'intéressaient beaucoup, j'hésitais beaucoup à faire des études de psychologie ou de médecine, comme beaucoup de gens qui ont fini par se tourner vers la psychiatrie, à cause de l'intérêt pour l'esprit, ses modes de fonctionnement, à cause de l'Holocauste de mes parents évidemment, les rôles pour lesquels ce contexte m'a façonné.

Je voulais vraiment prendre soin de l'esprit, mais cette rencontre m'a donné le sentiment que ça n'existait pas vraiment. Je veux dire pas dans ce système, c'était très loin de tout ce que j'aurais pu imaginer. Bien sûr, je n'ai pas vu de médecins, je n'ai pas vu de psychologues, j'étais juste une force auxiliaire, je n'assistais pas aux réunions du personnel, je ne voyais pas s'il s'y passait autre chose.

De mon point de vue, c'était un endroit avec des gens très étranges, très malades. Les personnes les plus étranges étaient les personnes qui soignaient les patients, dans l'ensemble des gens très simples et concrets. Mais comme j'avais déjà une certaine expérience sur le terrain et que j'étais moins inquiet, l'année suivante j'ai commencé à travailler à l'hôpital Kfar Shaul à Jérusalem. Je me suis rendu compte que c'est un domaine dans lequel il était assez pratique de travailler en tant qu'étudiant, car dans d'autres spécialisations, je devais attendre la fin de la troisième année, alors qu'ici j'étais déjà accepté en deuxième année d'études, j'avais l'opportunité de subvenir à mes besoins et j'en avais vraiment besoin.

J'ai donc commencé à travailler à l'hôpital Kfar Shaul, c'est un sujet pour un autre livre, dans un service très chronique, très difficile, où je faisais des nuits seul avec 25 patients gravement malades, et assez rapidement je me suis mentalement adaptée à cela. Je veux dire que c'était OK pour moi, mais je me souviens que j'ai appris l'étrangeté des patients, je pouvais imiter chacun d'eux, ses déclarations étranges, son comportement, c'était une façon de faire face. Il y avait des patients atteints d'autisme chronique qui avaient des gestes très typiques et j'ai développé un assez bon talent pour imiter les gestes des patients.

Puis à un certain stade de mes études de médecine, quand j'étais à l'hôpital Talbieh de Jérusalem, je me suis vraiment demandé si la psychiatrie était faite pour moi ou non.

Interviewer: Vous vous êtes alors interviewé avec vous-même, pour savoir qu'est-ce que c'est que ça?

Dr. S. K. : Les psychotiques ou atteint de la folie?

Interviewer : Oui, oui.

Dr. S. K. : Nous l'avions déjà étudié, en médecine, nous en avons déjà eu beaucoup... Nous avons suivi un cours de psychopathologie, j'étais l'un des seuls à l'école, dans ma classe, à être venu à ce cours. C'est incroyable, imaginez une classe, une école de médecine qui compte environ 130 diplômés, et il y a un cours de psychopathologie qui est un cours optionnel, et cinq d'entre eux viennent au mieux, pour des cours.

J'avais une compréhension clinique raisonnable, par rapport à un étudiant bien sûr, puis je suis arrivé à cet endroit, Talbieh, qui était un endroit surréaliste . Si tout ce que je t'ai raconté jusqu'ici est grotesque, Talbieh était vraiment surréaliste. Je raconte cela aux gens aujourd'hui simplement, aux jeunes, et ils ne comprennent pas comment cela pouvait exister.

Le directeur de l'hôpital était un homme qui parlait très vulgairement, d'une manière qu'il est difficile d'imaginer un homme de la rue parler de cette manière. Il appelait les femmes autour de lui «Puba» (pute en russe), et les étudiants «bite». C'était comme ça qu'il s'exprimait. C'était le personnage . Il pensait que c'était très amusant et que c'était très bien qu'il puisse appeler les gens comme ça, même des patients.

Nous n'avons tout simplement pas compris. Dans les services de chirurgie interne où on se comporte avec respect, tout à coup être dans cette situation où nous voyons un professeur respecté, parler, se comporter de manière insensée.

Ensuite, nous arrivons à la clinique, on nous assoit avec la responsable de la clinique qui fait un entretien à un patient et elle est assise avec nous et devant elle, le malade, et elle fume sans discontinuer, ce qui n'est pas la chose la plus extrême. Le plus extrême, c'est qu'elle jette ses cendres derrière son dos sur le sol, un cendrier est posé sur la table, mais cela ne l'intéresse pas. Vous regardez, vous voyez tout le sol, dans la salle de soins, c'est une grosse saleté. Vous regardez et vous pensez, que se passe-t-il ici? De quel côté se trouve la psychose? Comment ce que je vois peut-il vraiment exister?

Parfois, on me dit que j'imagine que c'était comme ça, que la directrice de la clinique fumait et jetait ses cendres par terre et nous faisait toutes sortes de remarques étranges. Tout ce qui se passait là-bas était hors de ce monde, tout. Ce qui se passait dans le service fermé, les salles sans poignée, la façon de les verrouiller était que tout le personnel avait une poignée qui permettait de sortir, si en tant qu'étudiant vous étiez enfermé dans le service, c'était juste effrayant et désagréable. La visite des médecins à côté des lits d'hôpital se passait comme l'ordre du commandant de l'armée, chaque patient attendait à côté de son propre lit et le chef du service passait de l'un à l'autre, comme dans la file d'attente et les patients étaient debouts et la visite se faisait aussi debout, comme vraiment ... avec très peu d'intérêt. Un régime tellement choquant.

Puis arriva la réunion hebdomadaire du personnel de l'hôpital dans le bureau du même directeur et soudain vous vous retrouvez dans l'Europe de la Renaissance de Mozart.

Ambiance calme, tout le monde assis dans la salle, et soudain, deux serveuses entrent, habillées de blanc avec un chevron, et distribuent du thé à tout le monde dans des tasses en porcelaine, et des fraises à la crème. C'est le point culminant, à l'extérieur, il y a des patients dans un état catastrophique, une terrible négligence, et soudain, dans cette salle, tout le monde discute calmement en refaisant le monde, on parle de psychanalyse, de philosophie, on mange des fraises à la crème, boit du thé dans des tasses en porcelaine, on parle à voix basse. Suis-je dans un film ?

Et à la fin de cette période, j'ai réalisé que je ne savais pas encore quel genre de médecin je serais, pas un psychiatre.

Interviewer : Est-ce qu'il y avait une correspondance pour toi entre ce que tu as appris et la manière de traiter ces patients?

Dr. S. K. : Non, non ... Personne n'a enseigné comment traiter les patients psychiatriques. Écoute, ce que nous avons appris là-bas à l'époque, c'était, les premiers principes de la pensée analytique, qui était alors la pensée dominante.

Interviewer : Donc, tu as appris lorsque tu as étudié la médecine, et en matière de psychopathologie, tu y as étudié la pensée analytique.

Dr. S. K. : Pendant ces quelques semaines à Talbieh, qui était d'ailleurs une institution avec une très forte orientation psychanalytique, à leurs yeux, ils étaient d'abord analystes, et ensuite psychologues et psychiatres. Nous avons étudié la théorie psychanalytique, nous avons étudié les mécanismes de défense, nous avons étudié les théories psychanalytiques de la psychopathologie, certes, mais cela n'avait rien à voir avec la pratique. Rien. La pratique était que les patients étaient ligotés et injectés.

Il y avait deux mondes qui ne sont en aucun cas connectés. Et cela m'a éloigné de la psychiatrie je pense, pendant très longtemps. J'ai continué à travailler pour gagner ma vie en tant qu'assistant dans un service psychiatrique à "Hadassah", mais il était clair pour moi que je voulais me spécialiser dans une profession plus sérieuse, qui se prend plus au sérieux que la psychiatrie, du moins comme j'ai vu la psychiatrie. Ces rencontres ont été très dissuasives.

Interviewer : Est-ce que ces rencontres t'ont touché par rapport à ta position ou ce que tu pensais de la psychanalyse?

Dr. S. K. : Oui, je pensais que c'était de l'hypocrisie. Absolument. Je pensais que c'était insensé que des gens qui parlent à un niveau de compréhension et de profondeur de vie aussi élevés vivent en paix avec la pratique négligée et misérable dans laquelle ils travaillent avec des patients qui ne s'améliorent jamais, avec très peu de moyens qui peuvent être donnés aux patients.

Il faut également se rappeler que nous parlons d'une époque où l'antipsychiatrie était à son apogée, "One Flew Over the Cuckoo's Nest" est sorti en 78, et c'était un boom, c'était le film le plus réussi de tous les temps, à cette époque, dans toute l'histoire du cinéma, il a remporté je pense six Oscars. De manière très concrète, comme exprimant ce qui se passe dans le monde, c'était un film très anti-establishment, dans sa perception, et la psychiatrie était le modèle le plus approprié de l'establishment contre lequel se battre.

Alors, je dirais que pour surmonter l'énorme aversion que la société ressentait alors pour la psychiatrie, il fallait beaucoup de force que la plupart des diplômés en médecine n'avaient pas du tout. Très peu de personnes dans mon cycle s'intéressaient

à la psychiatrie, pensaient que c'était une carrière digne. Au contraire, beaucoup pensaient que c'était, comment dire, une voie pour des gens qui auraient du mal à réussir dans d'autres domaines. Les plus capables vont vers des professions plus sérieuses.

Je me souviens qu'à la fin quand j'ai choisi la psychiatrie, j'ai reçu beaucoup de réactions très intéressantes et mitigées. Il y avait certainement des amis qui m'ont dit "pourquoi vas-tu faire ça ? Tu peux être un médecin sérieux". Mais il y avait aussi ceux qui venaient me dire : "Regarde, la vérité c'est que moi aussi j'ai toujours été attiré par ce domaine, mais je n'ai pas osé, je n'ai pas osé dire que c'est ce que je veux, je n'ai pas osé y aller". Et il y avait quelque chose de très bon dans cette exposition, qui m'a donné beaucoup de force pour aller en psychiatrie malgré tout. C'était définitivement entrer dans la profession malgré tout.

Interviewer : Qu'as-tu ressenti quand le mouvement anti-psychiatrique est arrivé en Israël ?

Dr. S. K. : Je vais ouvrir un climatiseur si ça te convient.

Interviewer : Bien sûr.

Dr. S. K. : Écoute, dans le mouvement anti-psychiatrique, il se doit de quelques nuances. Ah ... Laing était vénérée, Laing était une idole à notre époque. Tous ceux qui ont lu "The Divided Self" étaient ébranlés au plus profond de leur âme. Laing a écrit plus de poésie que de philosophie et il aurait pu remplir les stades s'il le voulait.

Et nous la lisons comme la pensée la plus originale, la plus intéressante et la plus fascinante. Et en fait l'idée que la psychose peut être une alternative choisie à cette

horrible chose appelée normalité, comme nous le nierions ... Laing a vraiment romancé le psychotique, romancé le patient.

Il y avait quelque chose de très attrayant, la permission était d'être d'accord avec cela, et nous, nous avons tous compris qu'il y a une sorte d'exagération poétique ici, disons, dans la manière dont il décrit le patient, mais le message était que la psychose est quelque chose qui nécessite une compréhension, par opposition au message pathologique qui disait toujours que c'était une maladie, une distorsion, une panne du cerveau. Laing, et il n'y avait pas beaucoup de modèles, d'ailleurs, d'autres explications de la psychose. Le modèle psychanalytique de la psychose n'est pas un modèle efficace, disons. La psychose comme protection ou la psychose comme désintégration, cela ne veut pas dire grand-chose.

Laing a proposé un modèle de choix, un modèle de retraite, un modèle de convergence, qu'il a séduit ... ce n'est pas non plus quelque chose qui se comprend vraiment, ce n'est pas vraiment un modèle, mais des idées jetées en l'air.

Szasz a toujours été un démagogue, tout le monde savait qu'il était un démagogue, c'était un provocateur, un provocateur brillant. De venir dire dans les années 50 et 60 qu'il n'y a pas de maladie mentale, que c'est un mythe et que la psychothérapie est un mythe, et que tout est une imposture, que tous les psychiatres sont des charlatans. Cela ne peut être pris au sérieux.

Alors c'étaient les journalistes, la vérité est que nous ne connaissions pas du tout Foucault à cette époque dans le pays. Je pense que son livre a été traduit en hébreu beaucoup plus tard. Ce n'est donc pas quelque chose qui était accessible ici, pas dans les années 70 et je ne pense pas non plus dans les années 80. Je me souviens qu'à

l'époque, il y avait une très grande attirance pour quelques autres choses dont on entend moins parler aujourd'hui.

Il y avait une énorme attraction pour la Gestalt, nous appelions tous Fritz Perls, et nous étions tous intéressés par la Gestalt, c'était une mode très forte, et d'un autre côté, il y avait une très grande opposition dans les traitements paradoxaux, dans Milton et Erickson, dans, toutes sortes de choses qu'elles expriment, en fait le sentiment de frustration et la recherche constante de ce métier de quelque chose qui lui permette d'être soudainement efficace et efficiente, comme un médecin rêve toujours de l'être.

Interviewer : Il y a quelque chose tout au long de ta carrière, dans ton travail avec les patients, auquel tu as pensé et pour lequel tu as ensuite changé d'avis théorique, sur la manière de travailler avec les patients, sur qu'est-ce que la psychose?

Dr. S. K. : Oui, Tout

Interviewer: Pouvez-vous me dire de quoi en quoi?

Dr. S. K. : Je ne pense pas que ce soit de quoi en quoi, je pense que ... euh ... tu commences à être réel dans ton travail quand tu sais comment remettre en question tout ce que tu pensais comprendre. Quand tu comprends que ce que tu sais et comprends vraiment est fragile, que c'est minuscule par rapport à ce qu'il faut vraiment comprendre, et que toutes les compréhensions sont parfois vraies et parfois fausses et partielles, et que rien de ce que nous comprenons n'est complet. Je pense que c'est quelque chose qui m'a pris des années à accepter et vivre avec, parce que vous êtes toujours à la recherche d'une sorte de cadre explicatif, toujours à la recherche d'un paradigme.

Et je ne pense pas qu'il y ait aujourd'hui de paradigme pour l'esprit, sur la façon dont il fonctionne dans l'état normal et comment il fonctionne en psychopathologie, aucun de nos paradigmes ne fonctionnent vraiment. Je pense que notre classification a échoué, et elle sera sûrement effacée dans le futur et remplacée par quelque chose de complètement différent, car la façon dont nous façonnons réellement la phénoménologie de la profession, même si c'est la base la plus basse du concept, est également très très inefficace.

Je pense que nous avons d'énormes limites dans nos méthodes de guérison et il me semble que lorsque vous apprenez à un professionnel à s'y faire, et à ne pas s'en apitoyer, à ne pas regretter notre compétence perdue, alors tu commences à voir des gens utiles dans le métier, vous commencez à faire tomber les prétentions, la grandeur qui les a amenés à devenir des professionnels, euh ... tout à coup ils écoutent, tout à coup une autre ouverture apparaît .

Interviewer : Écoutez quoi? Les patients ? L'équipe ?

Dr. S. K. : Les patients, eux-mêmes, ils développent soudainement une vision plus critique du matériel qui leur a été enseigné, de la détermination qu'ils voient soudainement autour d'eux, et surtout d'eux-mêmes. Et ils développent une sorte de flexibilité qui est nécessaire. La psychothérapie m'a appris quelque chose que si j'étais un pur psychiatre biologique, je n'aurais jamais appris.

Et c'est de ne pas voir votre patient tout le temps de la même façon. C'est de comprendre que chez votre patient et comme chez toi, il y a beaucoup de différences et beaucoup de choses sont cachées, et tu ne les verras pas si tu ne t'ouvres pas à les voir. Je veux dire si tu ne le vois que comme un schizophrène, j'aime toujours faire cet

exercice avec les internes lors de mon séminaire, je leur dis: "Ne m'amenez pas au séminaire pour un nouvel entretien de patient, un patient que personne ne connaît, amenez à l'entretien le patient que vous connaissez le mieux et depuis le plus longtemps dans le service. "

Ils l'interrogent pendant 40 minutes, et cela les étonne toujours à nouveau, nous ne le connaissions pas, nous ne savions pas qu'il avait de telles possibilités, de telles vues, et tant d'autres choses. Il se passe la même chose pendant un tête-à-tête avec votre patient, si de temps en temps tu ne t'arrêtes pas et te demandes où sont les nouvelles capacités de mon patient.

Interviewer : J'essaie de comprendre ce qui vous guide, quel est votre modèle de thérapie? Et en tant que directeur d'un hôpital psychiatrique. Par exemple, le fait de voir le patient différemment, chaque fois au cours de la conversation, a-t-il quelque chose de guérisseur, c'est-à-dire, y a-t-il quelque chose qui aide ?

Dr. S. K. : Je ne sais pas ce qui aide, et je comprends très peu la guérison, même si je suis sûr que cela arrive. Je pense que mon travail n'est pas de guérir, mais d'aider le patient à guérir. Aidez les processus de guérison à se faire et à se produire et parfois nous réussissons mieux, parfois nous réussissons moins. Je pense d'ailleurs que nous réussissons généralement dans une certaine mesure. Je veux dire, je pense que si nous faisons un bon travail thérapeutique, nous réussissons dans certaines choses. Mais vous devez vous demander ce qu'est le succès ? C'est-à-dire que si vous optez pour le succès dans des critères d'aspirations médicales, ou de quelque norme externe de santé, ou de bonheur, alors notre profession est très très frustrante.

Mais si vous optez pour des critères de faire face, d'acceptation de soi, euh ... de faire la paix avec la réalité, de chercher à s'améliorer, d'espérer, alors la thérapie fait beaucoup.

Interviewer: Qu'est-ce qui aide un patient à guérir, comme tu le dis, dans un service?

Dr. S. K. : Tu souhaites accéder à la partie institutionnelle.

Interviewer : Les deux, c'est-à-dire, on peut se poser la question: Qu'est-ce qu'il y a dans l'institution qui aide le patient à guérir?

Dr. S. K. : Terriblement intéressant. La semaine dernière, il y a eu un cours donné par des candidats qui s'appelle "collègues experts", en avez-vous entendu parler ? "Collègues experts", c'est des personnes qui font face à des maladies mentales et suivent un cours afin de soutenir d'autres patients. Et je les ai rencontrés, je devais leur donner une conférence sur l'hospitalisation psychiatrique, et je leur ai demandé, pour quelle raison faut-il hospitaliser des gens dans un hôpital psychiatrique?

J'ai entendu toutes sortes de choses de leur part, ils croyaient surtout que l'hospitalisation psychiatrique était plus nécessaire que je ne le croyais. Pour être honnête. Parce qu'il n'y a presque aucune action de guérison que vous faites à l'hôpital que vous ne pouvez pas faire en dehors de l'hôpital, comme des patients qui donnent des médicaments et qui ont des conversations et des activités thérapeutiques partout. Les gens ne devraient pas être ici, dormir avec d'autres patients et manger la nourriture de l'hôpital pour guérir. Et en plus de la fonction de garde que certaines personnes, une surveillance dont les gens ont besoin, d'autres, à part cela, c'est très difficile, comme pour justifier l'institution.

J'imagine que c'était la pensée de ceux qui pensaient que l'institution psychiatrique devait sortir du monde. Parfois, je ne suis pas sûr que ce ne soit pas vrai. Il est possible que dans un monde avec d'autres moyens et capacités, l'institution psychiatrique n'ait pas du tout besoin d'exister.

Ah ... une des patientes m'a dit, ce n'est pas que de la surveillance ou autre dont j'avais besoin, j'avais besoin d'hospitalisation parce que j'avais besoin d'un endroit où venir me soigner. En fait, c'était une magnifique définition. Parfois, être guéri doit venir d'un endroit différent de votre lieu habituel.

Je pense que cette fonction est très importante. Aller ailleurs, c'est d'abord être dans le rôle de « malade », ou dans le rôle de « guérisseur », et cela signifie aussi un moratoire par rapport à tous les autres rôles qui parfois ne permettent pas de passer par un processus de guérison. Donc, quand vous êtes ici, vous n'êtes pas père, vous n'êtes pas un frère, vous n'êtes pas un fils de, vous n'êtes pas un employé de, vous êtes ici dans le rôle d'un guérisseur.

Et dans les maladies mentales parfois l'identification concrète de cela, avec l'endroit où vous êtes et le rôle dans lequel vous devez être, est une chose très libératrice. Je l'ai vu avec nos patients en dehors de l'hôpital, qui pendant très longtemps se sont mélangés dans un état de maladie désespérée, ils sont venus à l'hôpital et ont soudainement senti une formidable libération du fardeau, un certain soulagement, maintenant je ne suis libre que pour moi, seulement pour la maladie.

Ce moratoire est aussi la raison pour laquelle nous avons très peu de suicides au sein de l'hôpital, par rapport au nombre de nos patients qui ne veulent pas vivre, qui sont des suicidaires, le nombre de suicides à l'hôpital est minime. Nous avons beaucoup de

suicides avant hospitalisation, après hospitalisation, pas pendant, et pas parce que nous surveillons. Pour être honnête, tu le sais très bien, nous ne surveillons quasi pas. Il y a beaucoup d'opportunités, mais le patient est ici dans le moratoire, il donne de l'espoir, maintenant il n'y a pas besoin de mourir, maintenant il n'y a plus besoin de faire quoi que ce soit, on peut maintenant attendre autre chose ou passer par autre chose. Et c'est un rôle très, très important. C'est une première chose.

Deuxièmement, cela nous permet d'agir en tant que communauté par rapport à nos patients et par rapport à notre autogestion, notre gestion en tant que thérapeutes. Agir dans une communauté signifie des choses complètement différentes que d'agir en tant que non-communauté.

Interviewer : Vous pouvez développer cela, qu'est-ce que cela signifie?

Dr. S. K. : Ah ... Je voudrais utiliser des termes de dynamique de groupe, et je dirais que la réalité thérapeutique c'est faire face à une sorte d'ego collectif créé au sein d'un département, au sein d'une équipe et même au sein d'une institution. Autrement dit, l'évaluation de la réalité, la perception de la réalité est formée non seulement par vous en tant qu'individu, mais par vous en tant qu'individu au sein d'une équipe qui évalue ensemble la réalité et développe ensemble les moyens de la gérer.

Et si en tant qu'individu face à une pathologie particulière, vous devez faire face à des sentiments de désespoir, de frustration et de peur, des sentiments très difficiles que la pathologie du patient produit en vous ou résonne en vous. Lorsque vous faites cela au sein d'une équipe, vous obtenez des ressources complètement différentes qui vous permettent de faire face.

Et cela n'a pas d'importance d'ailleurs dans l'équipe si vous êtes stagiaire, si vous êtes dans les stades de formation du métier, ce qui signifie que vous êtes expérimenté et que vous êtes aux commandes et que vous devriez être celui qui décide. J'agis ici en relation avec des patients avec le sentiment, par exemple, d'une capacité que je n'aurais jamais eue si j'avais agi en tant qu'individu devant des patients, et je travaille beaucoup en tant que thérapeute indépendant devant des patients très très complexes et je connais très bien la différence, mais dans certaines situations, on a besoin de toute la communauté thérapeutique avec soi.

Interviewer : Quelle est la position du thérapeute qui, selon toi, permet ce que tu as appelé, les conditions pour guérir? Quelle est la position du thérapeute ?

Dr. S. K. : Ah .. Je pense que la chose la plus exhaustive est l'optimisme, c'est une position qui croit en la possibilité de, tout le reste est une question d'attitudes. La position fondamentale est une position selon laquelle vous croyez que vous et le patient irez vers quelque chose de plus académique et que les échecs font partie du processus.

Dans cette position, il faut bien sûr développer des capacités pour maintenir cet optimisme, mais je pense que vous améliorez l'optimisme par rapport au patient et vous pouvez plonger avec lui dans les endroits les plus noirs et les plus menaçants.

Interviewer : Vous dites plonger avec lui?

Dr. S. K. : Oui.

Interviewer : J'en déduis que l'optimisme doit venir avec la présence.

Dr. S. K. : Écoute, nous n'en avons pas parlé, l'optimisme est la position du thérapeute, mais l'optimisme ne crée pas encore la capacité du thérapeute à accompagner le patient dans le processus, tout cela est dû à ses capacités de mentalisation, s'il y a une chose que la théorie dynamique nous a apprise, c'est que vous avez besoin d'une attention très sophistiquée, au patient et à vous-même, pour faire un processus de thérapie.

Vous avez besoin d'une position d'optimisme et vous devez être pleinement attentif à votre patient et à vous avec votre patient afin de faire quelque chose avec lui. Et l'attention n'est jamais complète. Cette attention est toujours pleine de distractions, qui doivent être traitées ou apprises, et c'est l'art de la thérapie.

Interviewer : Vous avez évoqué plus tôt vos premières expériences dans des institutions qui vous ont apporté un certain dégoût. En fait, que manquait-il là-bas ? Selon vous, existe-t-il aujourd'hui ?

Dr. S. K. : Oh, je pense que si je n'avais pas vu d'autre part aussi , si je n'avais pas aussi vécu des expériences d'excitation thérapeutique positive, je ne l'aurais probablement jamais surmonté. Alors bien sûr, il y avait d'autres choses qui étaient à la fois passionnantes et formatrices dans mes expériences au fil des ans. Des patients qui ont beaucoup touché mon cœur, des patients qui ont réalisé des processus passionnants.

Je m'en souviens d'une en particulier qui, je pense que c'est grâce à elle que la pensée, la possibilité, l'option de l'optimisme est née en moi. Ah ... et ... écoute, Lorsque nous entrons dans la profession médicale, nous y allons pour des besoins narcissiques.

Parfois, ce sont des besoins très sains, mais ce sont toujours des besoins qui incluent le besoin d'être celui qui sait tout et du moins à tes propres yeux, d'être bienveillant.

Et bien sûr d'autres choses comme gagner une certaine appréciation, au moins de soi-même. C'est très naturel. Et si la psychiatrie le fournit de manière aussi avare, il est très difficile de survivre dans ce métier. Si vous n'avez pas d'expériences de succès, s'il n'y a aucune satisfaction narcissique, c'est juste du désespoir et de la frustration. Il est impossible de survivre dans une telle profession.

Mais dans une profession où l'essence même sont des voies longues et difficiles, vous devez enseigner aux gens, apprendre aux gens comment ils vivent la réalisation de l'objectif ou l'approche de l'objectif. C'est complètement différent du chirurgien qui pratique des opérations ou du traumatologue qui fait de la réanimation ou de quiconque qui a quatre fois par jour la possibilité de se sentir merveilleux.

En psychiatrie et dans toutes les professions thérapeutiques, c'est une manière différente, c'est une expérience différente. On doit profondément trouver cet endroit où on se connecte, ou on se dit qu'on a accompli aujourd'hui quelque chose de ce qu'on voulait de soi-même pour la journée. Et ça, c'est très très compliqué, car bien sûr il faut être connecté à la réalité de son patient, qui est parfois dans la même douleur, dans le même désespoir, dans la même souffrance, jour après jour, et vous êtes là avec lui, et vous ne voyez pas où cela mène, et vous devez être celui qui tient pour lui la lampe de poche de l'optimisme et bien souvent il faut se demander comment procéder.

Interviewer : Vous avez souligné à plusieurs reprises l'attitude complexe envers le savoir. Que devrait être la position du thérapeute à tes yeux, son attitude face au savoir?

Dr. S. K. : [Silence] J'essaie de formuler une réponse qui exprime le mieux ce que je pense. Je pense que la phrase juste à dire est que nous ne savons pas assez, même si nous ne savons pas assez, cela ne signifie pas que nous devrions abandonner le savoir, mais que nous devrions l'accumuler et l'acquérir et le reprendre sans répit, car nous n'avons rien d'autre. Le peu qu'il y ait, c'est le savoir qu'il y a.

Interviewer : Faites-vous référence au savoir de quelque nature que ce soit?

Dr. S. K. : De toute sorte, savoir scientifique et connaissance des différentes théories de l'esprit, et connaissance des façons d'agir et de la connaissance de soi-même, et des connaissances humanistes générales et de la compréhension philosophique. Tout savoir qu'il y ait. Le problème très difficile dans notre profession est la discussion incessante sur ce qu'est la connaissance pertinente, n'est pas une simple discussion, je ne sais pas si nous pourrions y entrer maintenant. Et il est clair que toutes les connaissances ne sont pas pertinentes équitablement, et il est évident qu'il existe des discussions et des doutes sur ce qui est plus pertinent que quoi, et tout ne peut pas être pertinent et que nous approfondirions, utiliserions et saurions tout. Mais euh ... mais nous devons essayer de comprendre tout ce que nous pouvons.

Interviewer : Le discours du patient entre-t-il également dans l'une des connaissances?

Dr. S. K. : Le discours du patient Ah ... regarde, il y a quelque chose qui est presque devenu un cliché, d'apprendre du patient. Oui, bien sûr, quand j'ai parlé plus tôt de

connaissance, ce n'est pas à ça que je faisais référence, la parole du patient est un matériel que nous utilisons, c'est une autre chose.

Il est étonnant de voir à quel point notre profession est une profession verbale, quelle que soit la façon de l'appréhender, on n'a pas encore développé suffisamment de façons d'utiliser le langage et d'utiliser la verbalisation à ses fins. J'aime parfois, pour mon plaisir, m'intéresser aux gens qui parlent de techniques de communication, d'influence, de langage corporel, de techniques de persuasion, on découvre la richesse de l'usage d'un langage qui existe et que nos professions n'ont pas encore appris à utiliser.

Je pense que non seulement ce que dit le patient est de la connaissance, mais aussi ce processus qui crée en lui la capacité de dire, à mes yeux c'est une chose très grande et significative en thérapie.

Qu'est-ce que la thérapie à mon avis? Ce que fait la thérapie, c'est qu'on donne au patient les conditions et plus tard on améliore sa capacité à parler lui-même. Tout le reste c'est des directions, c'est moins important, le fait qu'une personne est assise en thérapie et parle, qu'elle s'entende et se parle. Parfois on lui fait un peu écho, et parfois non, c'est le travail thérapeutique le plus significatif.

Donc pour le patient, tout ce qu'il dit, c'est la connaissance, c'est le matériel. Je pense qu'un patient en thérapie entend et se souvient très peu de ce que vous lui dites, c'est pour la plupart, ce sont aussi les choses sans importance. L'important est ce qu'il entend lui-même.

Interviewer : J'aurai encore une dernière question, sur d'un autre sujet, pour comprendre en quoi tu as participé et ce que tu sais aussi sur l'histoire de cette institution , quoi, comment, etc ... Comment cette institution s'est développée, comment elle affecte. Je ne sais pas comment le formuler, comme une sorte de pensée planant dans l'air dans le monde de la psychiatrie, que Shalvata est une institution, un hôpital spécial, différent. Quelle est cette différence ? J'imagine que c'est en quelque sorte lié à son histoire et à la façon dont il a évolué.

Dr. S. K. : Oui, sauf que moi, bien sûr, la majeure partie de son histoire, je n'étais pas ici, et je n'ai pas été éduqué ici.

Interviewer : Oui, oui, oui.

Dr. S. K. : Alors ... mais tu sais ...

Interviewer : Il y a quelque chose qui j'imagine passe dans les murs, je ne sais pas comment le dire.

Dr. S. K. : Cette image existait même quand j'étais jeune médecin et pas ici, et que je ne connaissais pas du tout cet endroit, cette image que c'est un endroit spécial, élitiste et psychanalytique. Cette réputation a définitivement atteint Jérusalem. Ah ... Je me demande pourquoi.

Quand j'étais interne à l'hôpital Hadassah, j'ai voulu étudier dans une école de psychothérapie à Tel Aviv. Et l'entrevue d'admission était ici, dans ce bureau, passe par Braha Gaon, alors directrice intérim de l'hôpital, le directeur étant alors à l'étranger, et Avner Elitzur, ils ont fait un comité d'admission ici. Je savais à peine comment arriver. Ils m'ont interviewé, et je n'ai pas été reçu.

Peu importe pourquoi. C'était très étrange pour moi de revenir ici en tant que manager. Un lieu où j'ai vécu, si je puis dire, une telle expérience d'exclusion, mais il a quelque chose de symbolique en termes de caractère du lieu et de son attitude face au monde. Il se pourrait très bien que ce que j'ai retenu de cet endroit, c'est que c'est l'endroit qui ne vous accepte pas si facilement. Il y a peut-être eu des récits à ce sujet. Et mon entrée ici aussi ...

Interviewer : Merci, vraiment.

Dr. H. H. - Chef de Service n°5 depuis 2014

*Psychiatre senior, enseignant dans la spécialité de psychiatrie à l'université de Tel Aviv.*

*Date de l'entretien 01/03/2018.*

Interviewer : Eh bien, je n'ai pas pu acheter un vrai magnétophone, ce n'est pas si confortable avec ça. [Toux] Donc, vous êtes le chef de service.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Et vous êtes psychiatre. Depuis combien de temps êtes-vous psychiatre ? quelques années ?

Dr. H. H. : Combien de temps ? Je suis ... euh ... 25 ans, psychiatre.

Interviewer : Et à ... et à Shalvata ?

Dr. H. H. : 25 ans.

Interviewer : 25 ans ?

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Vous avez commencé l'internat...

Dr. H. H. : L'internat ici, oui, disons moins de trois ans quand j'étais psychiatre à l'hôpital général Meir à Kfar Saba.

Interviewer : D'accord. Et vos positions, votre opinion sur ce qu'est la psychose, ont-elles changé au fil des ans ?

Dr. H. H. : Oui, oui.

Interviewer : Pouvez-vous détailler ce que vous pensiez autrefois, et comment c'est aujourd'hui ?

Dr. H. H. : Ah ... J'essaie de recréer ma perception d'antan, mais ah ... ah ... je pense que ... ah ... je percevais à l'époque la psychose était comme quelque chose ah ... ah ... dichotomique par rapport... Pour ... nous, nous appelons l'état normal, un état qui n'est pas psychotique. Ah ... je veux dire ... je l'ai perçu comme quelque chose qui a une sorte de ah ... un monde intérieur qui s'exprime de manière psychotique et ... dans une large mesure, une sorte de détachement de la réalité. Si j'essaie de le définir en termes psychiatriques, cela signifie que la personne n'est pas connectée à la réalité, c'est-à-dire comme si son rapport à la réalité n'avait pas de sens, qu'il se fie fortement à certains fantasmes ou choses que le cerveau produit ou que l'esprit produit.

Et ... aujourd'hui je le vois comme une sorte de continuité, je veux dire que ... c'est une forme d'expression de l'esprit, qui d'une manière ou d'une autre est constamment présente chez tout le monde, mais pour telle ou telle raison que je ne sais pas définir.

[Répondre au téléphone - ne sera pas transcrit].

Je reviens à ce que j'ai dit avant de voir la psychose plus aujourd'hui comme quelque chose qui est ... c'est une continuité, c'est quelque chose qui est réellement présent chez tout le monde tout le temps, et pour telle ou telle raison j'ignore momentanément comment le définir, les gens dans un état psychotique ah ... ah ... expriment ces parties aussi de manière ouverte et une autre chose, un autre point qui est essentiel à mes yeux et qui est un changement dans la perception que j'avais à un stade antérieur, c'est que la psychose n'est pas détachée de la réalité, que c'est une certaine absorption de la réalité, à un certain niveau, c'est une autre communication avec la réalité .

Ah ... cela nous semble souvent étrange mais si vous l'écoutez et que je pense que c'est quelque chose que j'ai appris à écouter, alors je peux très souvent voir aussi les parties très connectées à la réalité et peut-être même parfois dans la psychose il y a un

radar qui capte les choses dans la réalité, par rapport à cette personne, celle qui est dans l'état le moins psychotique, l'absorbe moins.

Interviewer : Vous dites « si vous l'écoutez ».

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Vous avez appris à l'écouter.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : D'accord, vous pouvez développer un peu plus cela, qu'est-ce que c'est "l'écouter" ?

Dr. H. H. : Ah ... je ... Ah ... Je vais essayer de répondre à cela de plusieurs manières, je pense qu'une manière d'apprendre est ah ... Dans le sens où j'ai moins peur de l'écouter, je pense qu'un jeune thérapeute a plus de difficulté à écouter les endroits où quelque chose, à l'intérieur d'eux-mêmes, est désagréables pour l'âme, que la plupart des gens s'éloignent de ce ... du contenu psychotique, cela a souvent l'air ridicule, cela a l'air honteux, cela a l'air effrayant.

Ah ... vous pouvez probablement penser à d'autres choses que cela évoque et donc il y a une tendance, je parle en mon nom, je veux dire j'avais tendance à l'éloigner, comme quelque chose qui appartient au patient et qu'il n'est pas connecté ... Vous pouvez accepter qu'il soit malade et ce sont ses pensées, mais je ne pourrais pas me connecter authentiquement et essayer d'écouter ce que ce que la personne dit dans son contenu psychotique.

Et je pense que cette acceptation qui est aussi une acceptation émotionnelle par essence, je ne pense pas que ce soit juste quelque chose de théorique. Les zones psychotiques font partie de la psyché chez moi-même et tout le monde, ce qui me permet d'écouter le contenu, même s'il semble déformé, même s'il vient d'une manière

difficile à digérer, disons fait une sorte de caricature de ce qui nous est perçu comme réalité.

Voilà donc une façon dont je peux parler de l'écoute. Une deuxième façon est de comprendre ou apprendre, c'est un peu en difficulté à le définir, mais il y a un besoin d'écartier nombre de choses sur le côté pour voir la chose pure.

Pur n'est peut-être pas le mot exact, mais quelque chose qui ne peut se révéler d'une autre manière, plus simplement : par exemple, quand il y a des patients, dans la maniaque-dépression, c'est plus facile de le voir, qui doivent se mettre dans une situation particulière pour exprimer quelque chose en eux, qu'il 'était impossible d'exprimer d'une autre manière, à part dans la folie.

Puis, quand la folie s'en va, ils ne peuvent plus dire ce qu'ils ont dit auparavant d'une manière claire. Peut-être qu'ils peuvent le dire de manière cachée, mais la folie leur permet de dire quelque chose clairement.

Interviewer : Vous avez été à Shalvata toutes ces années ?

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Et quelle est votre perception de la psychose, et qu'est ce qui dans ta formation a influencé cette perception ?

Interviewer : Ce qui a fait le changement c'est Shalvata, je pense du moins au début, l'impression que j'ai eue, je ne sais pas si c'est comme ça que j'ai été éduqué, mais l'impression que j'ai eue est que la psychose ou le patient psychotique est inaccessible ou qu'il n'était pas pertinent d'investir dans la psychothérapie psychanalytique dans le patient psychotique. Cela peut être une psychothérapie limitée et bien sûr, il y a un contenu dynamique dans la psychose aussi. Disons en psychothérapie, on s'abstenait de donner aux internes des patients psychotiques. Même aujourd'hui, dans une large mesure, c'est toujours comme ça. Je pense que ce qui a fait le changement pour moi,

c'est en fait la rencontre avec certains théoriciens et pas forcément la formation à Shalvata.

Interviewer : Je veux dire que vous avez également étudié dans une école de psychothérapie ?

Dr. H. H. : J'ai aussi étudié dans une école de psychothérapie. A l'époque où j'étudiais, il n'y avait pas de cours qui touchaient à la psychothérapie avec les psychotiques. Aujourd'hui, par exemple, oui, il y en a. A l'époque, on s'occupait moins des psychoses. Je pense que depuis que j'ai commencé à enseigner dans une école de psychothérapie et par ailleurs, il y a quelque chose dans l'enseignement qui demande aussi de comprendre ce que tu enseignes, et j'ai donc été convaincu de la place de la communication qui passe à travers la psychose.

Mais aujourd'hui quand je regarde en arrière, il y avait des professeurs à Shalvata ou des psychiatres, je parle des psychiatres, à Shalvata, qui disaient ces choses, mais c'était plus dur pour moi de les écouter, car il y avait aussi ceux qui disaient le contraire, il y avait ceux qui disaient, ca c'est de la schizophrénie ou de la psychose, donc la place de la psychothérapie ici est limitée.

Il y avait aussi toutes sortes de vagues et d'influences environnementales, je pense que j'appartiens à une génération où le traitement dans les hôpitaux psychiatriques, le traitement en psychanalyse est devenu de nos jours très inacceptable. Tous ceux qui étaient au moment où j'ai commencé les stages d'internat, les chefs de service étaient des psychanalystes, presque tous. Il y avait un directeur d'hôpital qui était psychanalyste, il y avait plusieurs responsables à l'hôpital qui étaient des psychanalystes, mais avec l'influence de la psychiatrie américaine et des parties biologiques et pharmacologiques, ou le message disant que c'est quelque chose qui

n'apporte pas de résultats, ne conduit pas à des résultats significatifs, a commencé à s'infiltrer.

Et donc je pense que la voix principale était qu'il n'y a pas trop d'intérêt à investir dans un hôpital psychiatrique en psychothérapie dynamique pour les psychotiques, mais plutôt à l'investir ailleurs et à les traiter d'une autre manière.

Interviewer : Bien que vous disiez qu'au début, les responsables et le directeur de l'hôpital étaient psychanalystes, la pratique était toujours celle de la psychothérapie, c'est-à-dire, parler à des gens qui ne sont pas psychotiques et la pratique était plus orientée vers la psychiatrie américaine même s'ils en étaient les directeurs.

Dr. H. H. : L'hôpital a commencé comme une section de traitement pour les patients qui sont les patients les moins difficiles de la région. Et oui, tout se faisait avec des analystes et les traitements étaient analytiques et traitaient aussi des gens mais qui n'étaient pas psychotiques, les psychotiques étaient à Geha à ce moment-là.

Quand je suis arrivé, quand j'étais à l'hôpital, c'était déjà une division géographique et non plus par gravité clinique. Je veux dire que l'hôpital comptait beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie ou de patients psychotiques. Il y avait aussi des troubles de la personnalité, il y avait d'autres problèmes aussi, mais la majorité était sans aucun doute des patients schizophrènes et ensuite aussi les mêmes analystes qui étaient déjà une génération relativement plus âgée, qui a grandi dans un hôpital et a été éduquée dans un hôpital n'a pas appliqué les traitements psychanalytiques à l'intérieur d'un hôpital, on n'a fait aucun traitement psychanalytique pour personne ici.

On faisait des thérapies psychodynamiques, mais surtout pour les troubles de la personnalité, pour ainsi dire, ou pour des patients, pris au cas par cas, psychotiques. Et c'était tout à fait acceptable que pour la formation d'un psychiatre, pour la partie psychodynamique de sa formation, chaque psychiatre doive faire deux traitements

psychodynamiques, pendant le temps que j'ai fait l'internat, il les recevait de son cabinet privé, soient des patients non psychotiques et ceux qui n'étaient pas du tout hospitalisés.

Aujourd'hui, un grand nombre de cas de psychothérapie sont ceux qui ont débuté à l'hôpital, dans des situations psychotiques, et qu'il y a une certaine impression qu'il est possible de faire un travail psychodynamique et donc que l'interne continue et que cela aussi, cela devient aussi sa formation en thérapie psychodynamique.

Interviewer : Comment, comme vous le dites à propos des thérapies psychodynamiques, la référence concerne principalement les thérapies individuelles, c'est-à-dire un patient et un thérapeute.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Un patient et un thérapeute, dans un bureau.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Vous êtes aujourd'hui chef de service. Votre formation psychodynamique, psychanalytique, influence-t-elle ou dirige-t-elle quelque chose de votre travail dans la direction du service ?

Dr. H. H. : Ah ... je pense que oui, je veux dire j'ai le sentiment que ça pourrait être faux ou biaisé, j'ai le sentiment que très euh ... je pense que la connaissance psychanalytique, psychothérapeutique, alternativement, permet d'amener des patients et de les regarder d'une manière différente et je pense que ... j'ai au moins l'impression de les regarder différemment, pas avec les yeux diagnostiques, je veux dire que c'est la schizophrénie, c'est bipolaire et ainsi de suite.

Cela existe bien sûr en arrière-plan, je ne veux pas présenter un tableau dans lequel ce n'est pas important pour moi, c'est très important, c'est important dans un sens thérapeutique, c'est aussi important dans une certaine position que vous développez

de manière pronostique ce qui va se passer avec ce patient, quelle position vous avez dans le contre-transfert lorsque vous définissez un patient schizophrène ou le définissez comme un trouble de la personnalité ou le définissez comme bipolaire ou encore, pas malade.

Je pense que ces choses ont des significations, des significations que, que je le veuille ou non, elles s'infiltrent. Je le pense aussi et je suppose que cela ressort aussi, que regarder un patient n'est pas avec les lunettes de ... du ... diagnostic mais de ce qu'est son histoire, de ce qui le stresse, ou de ce qui le réveille... Qu'est-ce qui est impossible à supporter pour lui ?

Et je crois aussi que les interventions, je n'appellerais pas ça le traitement, les interventions, permettent souvent une sorte d'apaisement des situations, que peut-être dans un autre endroit où il n'y a pas ... où il n'y a pas cette pensée, la réaction était différente, la réaction était pharmacologique, la réaction était d'une autre pensée. Je pense que c'est, oui, quelque chose qui est ... euh ... je ne sais pas, je veux juste croire ou croire ou ... que c'est, oui, quelque chose qui a des effets.

Interviewer : Quel est le lien, pensez-vous, entre les gens sont hospitalisés dans un service psychiatrique et la loi ? De nombreuses fois, quelqu'un est hospitalisé pas à cause de quelque chose d'inhérent à sa situation, mais à cause des conditions sociales, et dans cette condition, l'hôpital reçoit l'autorisation sociale de recevoir ces gens là.

Dr. H. H. : J'espère comprendre la question, mais je répondrai d'après ce que je comprends. Je pense qu'une partie de cela est certainement quelque chose qui s'appelle l'incompétence de la société, et dans la société, cela peut être la loi et cela peut aussi être la famille, qui ne peut pas accepter le patient, ou la situation, ou le comportement tel qu'il est, et doit donc l'éloigner d'une certaine manière par le service psychiatrique.

Je pense qu'une partie importante est aussi que quelque chose des patients eux-mêmes veulent être loin de la société... Il y a une sorte de sentiment que la société, appelons-le ainsi, il y a une sorte d'oeil qui les regarde d'une manière qui est désagréable, et il y a des choses qui sont agréables à faire ou qui peuvent être faites dans un service fermé en dehors de tout et ne peuvent pas être faites à l'extérieur.

Je pense que c'est quelque chose que vous ... Je le vois pour ainsi dire, avec l'expérience de nombreux patients qui se tiennent jusqu'au moment où ils arrivent à l'hôpital, et une fois dans un hôpital, ils se permettent de se comporter d'une manière qu'ils ne s'étaient pas autorisés jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Interviewer : Je voudrais vous demander, qu'est-ce qui a vraiment la fonction sociale de ce que vous décrivez, avec les raisons, de la famille ou de la personne elle-même, dans son propre rapport à la société ? Que pensez-vous, en tant que chef de service et aussi comme ce que vous avez dit plus tôt du rôle, du changement de votre perception et du rôle thérapeutique dans l'utilisation de la psychothérapie, quel est le rôle, quelle est la thérapeutique dans le service qui est différente d'un cabinet privé ?

Dr. H. H. : Donc je pense qu'en réalité, d'un côté, c'est à cet endroit qu'il peut y avoir quelque chose qui ne peut pas l'être ailleurs, je pense qu'il y a quelque chose de thérapeutique. Ah ... et ... à propos de cela, d'une autre manière, se comporter à sa guise de la manière la plus folle, mais à côté de cela, il y a une très, très grande puissance qui vous arrête, il y a les parties totalitaires du service, je pense qu'un homme se permet de tout faire, parce qu'il sait qu'il y a des contraintes, il sait qu'il y a une très, très grande force qui l'arrêtera.

Et ... cette duplication, je pense, a un pouvoir thérapeutique très très fort, vous pouvez exprimer quelque chose d'une part, et l'exprimer d'une certaine manière aussi confiant dans le sens où ce n'est pas ... il y a une limite à sa destructivité, disons-le ainsi.

Maintenant, au-delà de ça, il y a quelque chose de thérapeutique dans le service, qui est la réflexion, mais que ce n'est pas la réflexion d'une seule personne, ni de deux, nous l'appellerons comme ça, c'est-à-dire qu'un patient avec un thérapeute c'est penser à deux, et dans une certaine mesure il n'a pas de tiers, même s'il y a des supervisions. Et dans le service, les différents angles sous lesquels on voit le patient et chacun voit l'un et l'autre permettent finalement de voir quelque chose qui ne peut pas être vu à l'extérieur du service. C'est le service qui voit des choses qui ne peuvent pas être vues dans le cadre de la thérapie.

Interviewer : Cela ne pourrait pas être vu du point de vue des thérapeutes ?

Dr. H. H. : des thérapeutes. Finalement aussi des patients, mais ça ... le thérapeute assis seul dans le bureau, euh ... il lui est difficile de voir les identifications par exemple, son inconscient, son flou avec le patient et où il n'ose pas faire certaines démarches car c'est difficile pour lui. Et une équipe peut dire, attendez, vous devez faire quelque chose avec qui ... vous devriez le faire, il suggère, y réfléchit, soulève cette possibilité, c'est quelque chose qui une force du service, il est peut-être à mes yeux l'une des choses les plus importantes où la pensée de certaines personnes est très différente de celle du duo, thérapeute et patient.

Interviewer : D'accord. Je pense que vous devez déjà y aller.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Et nous développerons ce point plus loin ... c'est le cœur du sujet.

Merci beaucoup.

[Fin de l'enregistrement 0:29:44]

Interviewer : Ouais, je pense que c'est ... c'est bon, ça enregistre maintenant.

Dr. H. H. : D'accord, magnifique, d'accord.

Interviewer : En fait, vous ... c'est une suite de la dernière fois.

Dr. H. H. : Rappelez-moi, c'était il y a longtemps.

Interviewer : C'est vrai, c'était il y a longtemps. Ah ... la dernière fois nous avons parlé un peu de l'histoire, un peu de Shalvata.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Cette fois, j'aimerais que nous parlions du service.

Dr. H. H. : D'accord.

Interviewer : Comment voyez-vous, qu'est-ce qu'un service psychiatrique à vos yeux ?

Dr. H. H. : Je pense que c'est ... un endroit qui a des fonctions à donner. La fonction est peut-être très très claire, c'est que quelqu'un vient et est dans un état d'esprit très, très perturbé, que ... il n'y a aucun moyen de le traiter, non, mais il est très difficile de le traiter en dehors d'un service, parce qu'il est très perturbé, parce qu'il ne dort pas la nuit et est soit agressif, soit il a ce genre de comportements qui ne peuvent pas être tolérés au sein de la famille, de la société, etc.

Ah ... ou lui-même ne peut pas supporter le ... ce qu'il traverse en dehors d'un hôpital, donc un service est un lieu qui est un lieu, pour toutes ses significations. Même dans les significations physiques très, très initiales d'un endroit où l'on peut se comporter comme on ne se conduit pas ailleurs, cela ... un endroit où il y a de la nourriture sans que vous ayez à la préparer, et il y a ... euh ... un lit pour dormir et ainsi de suite.

Ah ... au-delà de ça peut-être plus loin, je pense qu'un service c'est aussi ah ... ah ... un endroit qui est entre ah ... entre être personnel et quelque chose d'impersonnel, je veux

dire qu'il y a ... il y a un lien personnel, il y a des thérapeutes ici, il y a des infirmiers et infirmières ici qui vous donnent le médicament, il y a le thérapeute à qui vous parlez ici, il y a d'autres patients. Et d'un autre côté c'est un lieu qui peut aussi être impersonnel, je pense que c'est une fonction qui est aussi significative, en quelque sorte disperser le ... l'attachement ou le ... je ne sais pas, peu importe comment vous le définissez, on ne rentrera pas trop dans les mots ... dans les définitions. Une sorte de relation qui peut être à la fois personnelle et ne pas l'être.

Je pense que c'est quelque chose qui soulage beaucoup de choses, cela enlève la responsabilité à beaucoup de choses, cela enlève la responsabilité de ... disons que parmi les choses les plus banales, c'est un sentiment de destructivité que parfois une personne ressent, le besoin qu'il ressent, il y a donc quelque chose qu'un service permet.

Ah ... [silence] et peut-être un peu dans la même ligne, c'est aussi ah ... un endroit qui est, est ... détaché de certaines lois ou ordres du monde ordinaire. Je veux dire d'une part, il a des arrangements très rigides, il y a un lieu très totalitaire dans le service, il est aussi vraiment perçu comme un endroit très très très difficile. D'un autre côté, euh ... dans une large mesure, ces lois-là sont des lois qui deviennent des lois qui sont à l'extérieur, et non pas des lois que la personne elle-même doit porter, appliquer, prendre en considération, « je le fais, je ne le fais pas ».

Ah ... ah ... [silence]. Maintenant, je pense qu'en plus, pour beaucoup de patients c'est ... euh ... c'est une maison, je veux dire qu'il y a beaucoup de patients qui viennent à l'hôpital en général, et au service en particulier, comme pour se rendre dans un endroit familial. Pas forcément pour les fonctions dont j'ai parlé plus tôt, mais pour aller quelque part ... il connaît les gens, surtout dans la partie personnelle. Le fait qu'il

connaît certains des patients, que ... ah ... celui qui l'entoure ah ... n'est ni étranger ni menaçant.

Ah ... parce qu'ils viennent vraiment se reposer ce que ... je veux dire, pour donner un exemple, une histoire de maladie que je viens d'écrire, une patiente qui a déménagé de ... a déménagé, elle a dû déménager dans un foyer, d'un endroit ... d'un foyer à une autre, et en chemin, elle est venue au service et qu'il était très clair que se rendre dans le service était pour se rendre dans un endroit familier. Bien qu'à première vue, les conditions ici soient moins bonnes et ... les exigences peuvent à certains égards l'être ... elles sont plus grandes et la liberté est réduite. Mais ... il y avait le besoin de se rendre à cet endroit qui est familier et de partir de là pour se déplacer, pour faire la transition vers un endroit inconnu. C'est ce à quoi je pense en ce moment.

Interviewer : Qu'est-ce qui permet au ... Vous avez donné toutes sortes de fonctions thérapeutiques.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Qu'est-ce qui permet au service d'avoir des fonctions thérapeutiques ? Au-delà du rôle social que vous avez mentionné, cette société ne peut pas contenir ou les gens eux-mêmes ne peuvent pas contenir des comportements ou ... je veux dire certaines émotions à l'extérieur.

Dr. H. H. : Qu'est-ce qui permet cela dans le service ?

Interviewer : Qu'est-ce que ... c'est-à-dire la question est de savoir si ce que vous avez dit précédemment existe par lui-même, du fait qu'il y a un service, qu'il y a des murs, des pièces et ... ou qu'il y a quelque chose qui pour permettent les fonctions thérapeutiques ?

Dr. H. H. : Oui. A ce propos, je pense qu'il y a quelque chose qui permet les fonctions thérapeutiques, il y a les murs et les pièces, c'est oui quelque chose qui a aussi un

sens. Parce que c'est peut-être moins évident mais il y a un comptoir qui est un comptoir d'infirmières, que c'est un endroit qui est un endroit mais pas un endroit qui a des gens, tout le temps, la plupart du temps. Un lieu où de nombreux patients se promènent, autour du comptoir. Ah ... à première vue, c'est parfois comme demander quelque chose de concret, mais souvent, c'est autour du comptoir. Je vois, les gens voient souvent des patients autour du comptoir, sans rien avoir à dire, assis et attendant là, vous entendez ce de quoi on parle avec quelqu'un d'autre.

Comme un centre du lieu où vous n'êtes pas assis seul, il y a les ... murs du ... lieu de l'ergothérapie, qui est aussi un endroit où ... vous ... avez ... il ... Un endroit familier, et vous n'êtes pas seul.

Ah ... au-delà je pense que c'est un endroit qui a une très grande permanence, euh... la disponibilité, du moins à première vue, d'un soignant 24 heures sur 24, jour et nuit, dans ... euh ... quand il est, c'est quelque chose qu'il n'a pas, il n'a pas chez lui.

Même à la maison vous vous demandez si je devrais ... Je peux réveiller le ... Je ne sais pas quoi, ma mère ou mon père, pour demander quelque chose ou pas, que ce soit légitime ou non. Parfois, ils ne sont pas chez eux. Comme s'il y avait une permanence permanente du lieu, ici.

Ah ... et aussi ce à quoi elle pouvait s'attendre, qu'il soit plus grand que n'importe quel autre endroit auquel je puisse penser ... ah ... disons peut-être qu'une synagogue ou des lieux religieux est quelque chose qui peut être pensé qui est très, très prévisible et très répétitif et très cérémoniel. Et il y a ici des rituels que vous pouvez anticiper et ils ne ... ne changent pas. Donc le ... l'heure d'aller au lit, les heures des repas, les heures de distribution des médicaments, les ... changements d'astreintes, euh ... quand les soignants viennent, quand les soignants partent.

Disons, certaines activités ont une sorte de permanence. Cette chose, je pense qu'elle, elle ... est très importante, et quand le patient est bouleversé et parfois il est bouleversé, parce que les membres du personnel sont parfois absents ou que les horaires ont été modifiés. Ces choses provoquent toujours beaucoup de troubles à l'intérieur ... chez les patients qui ... il y a des patients qui atteignent un état tellement désorganisé qu'ils sont incapables d'absorber cette permanence, qu'elle ne ... ne les pénètre pas. Ils ne savent pas du tout qu'il y a des groupes, ne savent pas qu'il y a du ... si l'ergothérapie est ouverte maintenant, ou pas maintenant.

Et cette expérience est ... elle tremble aussi. Mais la majorité, la majorité des patients qui connaissent le ... cet ordre, cette permanence est, oui, significative. Ah ... ce qui le rend possible, je pense en grande partie à ce que j'ai défini plus tôt, le ... le fait que l'endroit soit personnel et impersonnel, c'est que ... il y a beaucoup de personnel. C'est peut-être pour dire quelque chose ici qui est évident, c'est la capacité ... quand il y a des intensités de euh ... de très grandes émotions, et qu'il y a des endroits comme ça ... une personne, un seul soignant, ou même un couple de parents ou une famille, sont incapables de contenir.

Ah ... ah ... Je dirai peut-être, peut-être que les choses sont évidentes mais peut-être pas. Dites que si je ressens un quelconque sentiment de haine envers un membre de la famille, et qu'il éprouve cette haine, même si elle ne se manifeste pas de manière dramatique, c'est quelque chose qui est très difficile à tenir, à contenir, à éloigner et à démanteler. Et quand il y a beaucoup de personnel, il y a toujours ou, espérons-le, toujours quelqu'un qui peut regarder les choses de côté et faire une sorte de ventilation de ces choses. Ou ... la désorganisation dans le sens d'y penser, de la comprendre, de voir comment on peut se déplacer de ces lieux.

Ah ... et même à un niveau très concret, je veux dire si euh ... si un patient me déteste et que je le déteste, à un moment donné, je peux lâcher prise, je peux m'en aller, sachant qu'il y a quelqu'un d'autre qui va l'attraper. Ce qui ne peut pas arriver dans un traitement qui n'a pas... beaucoup de thérapeutes. Je pense que c'est quelque chose qui produit le lieu personnel et impersonnel dont on a parlé plus tôt.

Quoi de plus ?

Interviewer : Que pensez-vous que cela nécessite en termes de positionnement de l'équipe ? Je ne fais pas de distinction pour le moment.

Dr. H. H. : Euh ... [Silence] Je pense que c'est un gros support de ... d'une équipe, euh ... Je ne suis pas sûr de répondre à cette question, mais pas mal, disons. Je pense qu'il y a toujours du potentiel dans tout un groupe qui travaille ensemble de sentir que ... que vous êtes en dehors du groupe ou que vous vous sentez humilié. Que ça doit être une très grande expérience pour les patients, qui se sentent humiliés, humiliés, ils ont été marqués, ils ... et ... et ... très facilement cette expérience peut passer au personnel.

Ah ... que ... euh ... disons qu'un membre du personnel par exemple, ah ... sent qu'un patient l'a rabaissé, ou qu'il y a eu une sorte de dispute comme ça et qu'il a été laissé seul dans ... dans ce truc ou que même quelqu'un d'autre peut lui dire ah. ... oui, tu n'avais pas à lui parler comme ça, tu étais ... il y a des critiques, que ce truc devient ah ... ah ... dans un langage simple il y a des scissions au sein de l'équipe, donc il ne le fait pas ... l'équipe ne peut pas exister en tant que fonction thérapeutique.

Attends, fais une pause [non transcrit - parle à la porte]

J'ai brisé ma ligne de pensée ... euh ... alors je disais, je pense qu'il devrait y avoir un sentiment d'appartenance au sein de l'équipe. Et quand une équipe ou une partie de l'équipe ne sent pas d'appartenance, qu'elle n'est pas dans le discours du groupe, alors il est difficile de faire un travail thérapeutique.

[Silence] Je n'ai pas d'autre réflexion à ce sujet pour le moment. Rappelez-moi la question, comment avez-vous exprimé la question ?

Interviewer : J'ai demandé ce qui est attendu de l'équipe et quelle position est requise de l'équipe pour remplir ses fonctions thérapeutiques ?

Dr. H. H. : [Non transcrit : parle à un patient].

Interviewer : Ce que vous avez dit plus tôt est quelque chose que vous, en tant que chef de service, vous devez prendre en compte.

Dr. H. H. : Oui, oui. Ah ... j'entends la question de la position, d'être dans une certaine implication lointaine. Je pense qu'il est très différent de ce que l'on pourrait penser dans tout traitement de psychothérapie de ... combien vous êtes dans le monde de votre patient, dans le contexte, combien vous maintenez également une sorte de position observatrice ou distante. Même dans un service, vous devez maintenir un certain équilibre entre un contact étroit avec le patient, avec les patients et une sorte de distance.

Je ne sais pas si vous, vous savez, mais il y a eu une discussion dans le service.

Je reviens un instant à l'endroit du lieu lui-même. Il y a eu une discussion ou même une décision que le comptoir des infirmières devrait être un comptoir fermé, parce que nous sommes des services fermés, il y aura donc un bouclier et les infirmières, infirmiers et infirmières assis ... derrière un comptoir isolé, que ... il y a du verre trempé et peut-être que vous les voyez mais il n'y a pas de contact direct.

Interviewer : Ce qu'on appelle « l'aquarium ».

Dr. H. H. : L'aquarium. Oh euh ... dire qu'une sorte de cloison comme cette partie du service est ouverte, avec les portes ouvertes et une partie du service est fermée ou euh ... la question de savoir si un membre du personnel se promène dans le service ou si les patients viennent voir le personnel, même pour obtenir des médicaments, se

déplacent-ils avec le chariot des médicaments aux patients, à la chambre des patients, où ils sont assis ou lorsque les patients arrivent au comptoir et ... euh ...

Je pense que c'est ... à mes yeux ça arrive un peu trop peu, je veux dire la tendance très naturelle est de se taire, de rester à l'écart, elle ... de ne pas être en contact avec le quotidien des patients ou avec les moindres parties euh ... qui menacent d'être en contact avec le patient.

Par exemple, jamais on ne penserait ou peut-être que si, s'asseoir dans le fumoir avec des patients ou s'asseoir dans le hall avec des patients. Pour le fumoir, disons que l'excuse est que je ne veux inhaler la fumée. Mais s'asseoir dans le hall avec des patients est une sorte d'intimité qui comporte une menace. La question est de savoir si c'est une menace seulement pour les thérapeutes ou peut-être est-ce bilatéral. C'est une question qui se pose de temps en temps.

Interviewer : Quelle est la menace ?

Dr. H. H. : Ah ... la menace est de ... je pense surtout de perdre l'autorité qu'une équipe a en tant qu'équipe, en tant que quelqu'un qui est, a des décisions, est l'adulte, est l'adulte dans le sens où il décide et il détermine le ... le permis et l'interdit, le bien et le mal. Ah ... et être assis avec un patient dans le hall, euh ... d'ailleurs, je pense que je devrais donner l'exemple, dire que je suis passé par le hall récemment et que j'ai vu un patient assis avec les pieds posés sur la table, une sorte de table basse comme ça, et je lui ai dit de baisser les jambes, dans une sorte de déclaration parentale. Et si je m'assois dans le hall, alors peut-être que moi aussi j'ai envie aussi de mettre les pieds sur la table. Vous êtes au même endroit non seulement physiquement, mais aussi dans les significations symboliques de l'endroit, Il est également au même endroit que les patients. Et j'espère qu'ils ne regardent pas la télévision ensemble, comment je parle aux patients, à quel point je suis exposé, etc.

Ce truc, c'est qu'il y a de la vie en arrière-plan du service, il est tout à fait clair que ... lorsque nous regardons les patients, comment ils se comportent, pas seulement ce qu'ils sont assis et nous disent, face à face, comment ils se comportent, avec qui ils sont assis, comment ils parlent, qui ... euh ... ne sais pas quoi ... comment ils sont habillés, qui est assis avec des amis, qui n'est pas assis avec des amis. Ils nous voient, certains plus, d'autres moins, c'est tout à fait clair.

Mais à côté de ces endroits très exposés, il y en a aussi, avec une certaine distance. Ça pour moi c'est un peu trop gros, je pense que si ça l'était, ça modérerait le ... euh ... le sentiment du ... euh ... la très grande humiliation d'être patient, ça modérerait ça.

Interviewer : Donc, la distance crée un sentiment d'humiliation, peut ...

Dr. H. H. : Ah ... oui, oui. Une grande proportion de patients dit très clairement qu'ils ne veulent pas du médicament et qu'ils ne veulent pas être ici. Maintenant, je suis sûr qu'une partie de cela est une déclaration qui a également d'autres niveaux de désir de traitement et de désir d'être ici, mais je pense que le contraire aussi, les patients qui viennent ici, soi-disant, sans consentement, et en raison d'une demande d'aide et de traitement, il y a aussi de la haine pour cet endroit. Du ... du traitement.

Ah ... et ils ont tendance à oublier ça. Je dirai en mon nom, j'ai tendance à oublier que même un patient qui demande de l'aide et veut être ici et même parfois il est difficile de le faire sortir d'ici, veut qu'il aille et il ne le fait pas, il n'est pas prêt à partir. Donc le côté a aussi une haine pour ... cette position d'être dépendant de quelqu'un d'autre, d'avoir besoin de quelqu'un d'autre. C'est un endroit dont il n'est pas facile pour les patients de se déplacer, d'être dans un endroit dont nous n'avons pas besoin, nous sommes dans la position des donateurs, des décideurs, des ... euh ... ceux qui ont une certaine liberté, ne dépendent pas de ...

Interviewer : En ce qui concerne la question de la position, alors fondamentalement, si j'ai bien compris, il est nécessaire de ne pas être constamment dans la position de l'aide, du possesseur de la connaissance, du possesseur du pouvoir, du décideur.

Dr. H. H. : Oui. Il y a ... il y a de la mobilité en son sein. Je pense que, oui, parce que c'est une équipe composée de beaucoup de gens, ce qui permet de démanteler le transfert, en l'occurrence, le directeur des soins infirmiers, c'est celui qui dit "c'est permis c'est interdit". C'est une sorte de voix paternelle de la loi et de l'ordre, et une autre infirmière peut s'asseoir avec les patients et leur faire du vernis à ongles, et leur parler de la mode et des vêtements et ...

Je dis, j'ai aussi un souvenir des services ouverts qui étaient autrefois dominants à l'hôpital, de ... d'une infirmière assise la nuit avec un patient et où les choses intimes surviennent, qui nous ont donné des informations, ce n'est peut-être pas juste à dire, peut-être ensuite, cela a été utilisé pour la thérapie, mais ce n'est pas seulement ça, je veux dire qu'il y a eu une sorte de conversation comme ça ... la nuit où deux personnes étaient assises, euh ... qu'il y avait quelque chose d'égalitaire, que vous pouviez parler et toucher à certains endroits que la thérapie dans le service ne touchait pas. Et même s'il touche, il touche d'une autre manière.

Interviewer : Le traitement dans le service, vous voulez dire les conversations du patient ...

Dr. H. H. : Même pour les conversations, un patient comprendra que dans une conversation, il peut dire quelque chose de très, très intime ou très, très personnel, mais c'est une déclaration qui vient du lieu du savoir que je raconte quelque chose au thérapeute que ... tout reste dans le traitement, c'est-à-dire avec toutes les significations. Reste dans le traitement, qui est ... quelque chose que je lui confie et il ne sera pas réciproque. Ah ... et dans cette position assise, non seulement dans ... un

peu différente de la position du thérapeute et du patient, mais c'est une position d'assise deux personnes dans le hall, la nuit, une chaise à côté d'une autre et en buvant quelque chose ensemble, c'est une position différente. [Silence] Et elle aurait probablement dû l'être, je pense que ça aurait été bien si elle était plus ...

Interviewer : Cela signifie créer plus d'espaces de ce type qui permettent des rencontres.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Comment voyez-vous les ... vraiment les différents espaces qui existent dans le service ? Qu'il s'agisse de médecins en visite, de présentations étendues de cas, quelle en est la fonction ?

Dr. H. H. : Ah ...

Interviewer : Je n'en ai mentionné que quelques-uns, mais je me réfère à tous.

Dr. H. H. : Ah ... regardez, la visite du médecin c'est ... c'est ... J'ai une sorte d'histoire de la façon dont elle a été construite, euh ... un endroit où il y a ... où le patient peut parler au médecin, avec toutes les significations des médecins .... Inutile de dire qu'il s'est développé ici au moins, je veux dire que ce n'est pas qu'il n'y en a jamais eu dans d'autres endroits auparavant, mais il s'est développé ici à partir du sentiment que tout le temps, les patients veulent parler à un médecin.

Même s'il a un thérapeute et que le thérapeute donne beaucoup de réponses et ... il prend le même médicament pendant un mois et nous n'avons rien changé au médicament, et il n'a aucun problème physique, alors quelle est l'histoire de parler à un médecin ? Pourquoi avez-vous besoin de parler à un médecin ? Mais il est nécessaire de parler à un médecin, euh ... avec toutes les implications de ça.

Maintenant, euh ... et cette chose vient juste d'en faire la construction. Je veux dire qu'il y a un jour dans la semaine où chacun a la chance de parler au médecin pendant

quelques minutes, de ce qu'il voulait parler au médecin toute la semaine, et cela s'est fait très, très tranquillement ... Je pense dans ce sens.

Ah ... je pense que deuxièmement, ce sera aussi un endroit où certains membres du personnel pensent ensemble au patient, regardent également son fonctionnement, aussi ... pour le moment, il y a une infirmière régulière présente, donc l'infirmière sait aussi et est mise à jour sur ce qui se passe avec le patient, elle obtient une photo qui passe ensuite à l'ensemble du personnel infirmier, de ce qui se passe avec le patient, c'est-à-dire si ... quelles sont les réflexions sur son traitement médicamenteux, quelles sont les réflexions sur les plans de le faire sortir, que veut-il ... quel endroit pour la réadaptation. Comme s'il s'agissait d'une sorte de communication au sein de l'équipe, la clinique du travail se tient là et est soulevée, une réflexion rééducative surgit.

Et c'est comme un endroit où une fois par semaine nous nous asseyons et réfléchissons, à quoi ... comment progressons-nous dans la thérapie. Vraiment, la chose originale était de donner une chance de parler au médecin, que ... c'est important. Je suis toujours prêt à ce qu'une partie des choses sont complètement comprises par vous, mais je vais le dire, car je pense que cette expérience de ... être traité avec un médicament avec tout ce que cela signifie, je ne pense pas que le médicament... je ne parle pas seulement du médicament de manière concrète, que ... ce quelque chose a pénétré dans votre corps, quelque chose qui est vécu comme vous changeant, vous prenant le dessus, extérieur à vous, et cela est donné par quelqu'un d'autre, il y a un besoin que ce quelqu'un sache, sache ce qui m'arrive avec mon expérience, ce que je traverse, comme si ce n'était pas le cas. ... qu'il y a toujours ce doute aussi, que peut-être que je traverse des choses et que le médecin ne le sait pas, il n'y a pas assez pensé, c'est une sorte de besoin d'être vu, pour qu'il y ait quelqu'un qui me sauve la vie. C'est une fonction de visite chez les médecins.

Ah ... la fonction de l'extension, ah ... J'ai moi aussi été partenaire dans son développement historique. En fait, il y avait une visite chez le médecin, mais les patients n'y allaient pas, mais se tenaient avec les dossiers des patients et pensaient aux patients. Nous avons pensé aux patients, nous avons pensé ...

Interviewer : à une visite simple

Dr. H. H. : une visite simple, oui. Ou nous avons fait asseoir toute l'équipe ou une grande partie de l'équipe, et avons parlé des patients. Mais en fait, il n'y a jamais eu l'occasion de parler en profondeur à un patient, mais plutôt de passer en revue les patients et ... et ce n'est pas le cas, cela permet de penser jusqu'à une certaine limite. Et ... et prendre le temps coûte très, très, très cher, et bien sûr, il y a beaucoup de patients qui ont besoin de beaucoup de choses urgentes. Mais prendre le temps de parler d'un patient est quelque chose qui permet de penser au patient, et parfois il ne s'agit pas seulement du patient en particulier, parfois il s'agit même de penser au traitement et à la façon dont il est conduit dans le cadre du traitement, en y pensant d'une manière qui ... Ils sont faciles à voir. Ah ... quand vous ne donnez pas le temps.

Dans mon esprit, c'est en fait très très euh ... un outil qui permet ..., c'est la possibilité de ... de ne pas être captif de concepts, de tout concept pour en faire quelque chose de poser des questions Et ne pas parler dans un langage thérapeutique que l'on peut très facilement transformer en une sorte de discours vide ou de parole automatique, mais le silence, le ... L'écoute associative les uns des autres permet de faire grandir quelque chose qui n'était pas là auparavant, qui est nouveau, un nouveau concept, qui bien sûr devrait faire poser des questions et ainsi, le patient peut revenir encore et encore et encore et encore car en fait c'est infini.

La présentation de cas, euh ... ça ... il y a quelques, quelques choses ici, je veux dire quelques fonctions. Tout d'abord vraiment ... encore une fois, d'une manière ordonnée,

d'entendre la longue histoire du patient, de comprendre qui il est, d'entendre parler de sa vie, comment il a grandi, ce qu'il a vécu. Comme si qui est la personne, qui est la personne au-delà de ce que nous voyons actuellement dans cette phase d'hospitalisation. Pour le ressentir de manière non médiatisée, dans une sorte de conversation comme celle-ci qui est un peu plus ... d'entendre qui vous êtes et de ne pas vous dire de faire cela, de devoir évoquer ces médicaments, de devoir entrer en ergothérapie, de ... ne pas savoir ... vraiment savoir la personne.

Maintenant, cette ... cette expérience du patient, de s'asseoir devant beaucoup de monde, ah ... c'est toujours étonnant pour moi de nouveau que les patients la traversent généralement bien, je pense, j'espère que je ne fais pas d'hypothèses pour moi-même, je pense que ... Les patients veulent aussi ce lieu de projection, d'être vu, d'être vu par le personnel. Bien que parfois il y ait aussi des parties qui ne veulent pas montrer, c'est assez évident.

Ah ... c'est aussi une fonction pédagogique. Ah ... comme si nous voyions des données, entendions l'histoire et voyions le patient, et de cela nous en déduisons des conclusions ou soulevons des pensées, je pense qu'il y a aussi un apprentissage mutuel, pour voir comment les autres ... quelles conclusions ou quelles pensées les autres personnes sortent à partir cette image. Et cela apprend aussi beaucoup aux gens au début, je pense que c'est ce qui enseigne le plus aux gens au début.

Interviewer : Pour le patient, y a-t-il de la valeur ? Je veux dire ... est-ce la reconnaissance ?

Dr. H. H. : Je pense que c'est que ... je peux dire non ... très souvent, après avoir présenté un cas, je vois le patient sous un jour différent de ce que je l'ai vu auparavant ... avant de présenter le cas, même si je l'ai vu, même si je l'ai rencontré, nous avons fait une admission dans le service et j'ai des sentiments à son sujet.

La présentation du cas le montre d'une manière ou d'une autre ... sous un autre jour. Et cette chose a aussi de la valeur pour le patient, cela signifie vraiment voir plus de l'ensemble et pas seulement une partie de celui-ci. Je pense que pour certains patients, c'est vraiment une sorte d'expérience qu'ils sont écoutés, que le personnel écoute ce qui leur arrive, qui ils sont.

[Frapper à la porte - ne sera pas transcrit]

Nous avons parlé des différentes fonctions ... de l'extension, de la présentation d'un cas et de la visite d'un médecin et de la présentation d'un cas, de la signification de celui-ci devant l'équipe, de la manière dont l'équipe connaît le patient de cette manière d'une manière différente, de la manière dont l'équipe apprend les uns des autres comment penser les données, comment les stagiaires ou étudiants apprennent comment interviewer, comment contacter un patient, c'est très, très important.

Je, je dirai que j'ai tendance à l'oublier un peu mais je me souviens à quel point cette chose était pour moi quelque chose de, terriblement, terriblement significatif, le cas montre et voyez comment ... comment dire que les gens plus expérimentés interviewent un patient, ce qu'ils regardent, comment ils pensent. Ah ... c'est un peu perdu maintenant, car les pièces de théâtre sont à l'époque de l'acte et puis les internes sont dans le service pour faire, les psychiatres sont dans l'acte, il faut faire.

Et pour le patient, cette chose, je pense, répond à un besoin de visibilité. [Silence] C'est de l'attention, je veux dire qu'il y a des patients, il y a eu des périodes de patients récurrents, ça ne sert à rien de l'introduire à nouveau, on le connaît déjà, euh ... qu'est-ce qui pourrait être nouveau ? Ah ... et il y a des patients qui peuvent être invisibles.

J'ai un tel patient en tête en ce moment, parce que c'est un enregistrement, je ne dirai pas le ... le nom, mais euh ... nous le connaissons terriblement calme, terriblement calme, il n'est pas psychotique, il était déjà dans le service, nous connaissons son

histoire. Et il est aussi sur la voie de sortie bientôt, il est en ce moment et il sera bientôt libéré parce qu'il n'y a rien qu'il ... je veux dire qu'il a fait une tentative de suicide parce que euh ... il ... et l'a regretté après cela et s'est tourné vers le traitement, parce qu'il ne voit pas bien, il est seul et c'est un homme très limité.

Maintenant, cette chose peut venir terriblement terriblement tranquillement dans un service, par tout le monde, il va bien, il ne va pas se suicider maintenant, et évidemment ça lui fait un peu peur et aussi ... euh ... il ne voulait pas à la fin, mais il y avait une douleur terrible terriblement forte d'être seul, personne ne l'avait ressenti, il est venu dans le service avec quelque chose de détendu d'être dans le service en présence du service. Je pense que vous présentez un cas, c'est un endroit où euh ... quelqu'un peut-il dire, n'importe lequel des auditeurs aurait pu être en contact avec la douleur qui a conduit au suicide. Et cette chose a un sens en soi, non ... pas forcément euh ... faire quelque chose avec qui change quelque chose pendant le ... pendant l'hospitalisation.

Interviewer : Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans le service ?

Dr. H. H. : Bonne question ...cela peut aller dans plusieurs directions. Ah ... [silence]. Il y a eu une dernière période qui a été relativement difficile, qui ... c'était difficile pour moi mais bien sûr ... ce n'était pas seulement difficile pour moi, que ... je vais le dire en quelques mots simples qu'il y a ... une congestion qui dépasse la capacité que le service peut contenir.

Il y avait aussi beaucoup de patients qui sont venus, le personnel aussi affaibli d'une manière ou d'une autre, pour toutes sortes de raisons le personnel peut être en période de faiblesse. Soit parce que quelqu'un est en congé, soit parce que quelqu'un est frustré ou parce que le manager a d'autres charges et qu'il est moins disponible, soit

que ... il y a tellement de mélange de trop de jeunes et de nouveaux et moins de personnes âgées qui peuvent les accompagner comme ça.

Et ... dans ces endroits, vous ... vous êtes dans un endroit où vous vivez la folie avec trop d'intensité, de quitter le service avec un sentiment de surcharge, vous ressentez physiquement et mentalement le ... le ... dites les intensités L'horrible grandeur de l'agressivité, le fait que les patients sont limités, qu'il y a quelque chose de décourageant à vous sentir que vous avez déjà atteint un certain point et que le patient s'aggrave à nouveau ou ...

Et ... une terrible difficulté ... et il est extrêmement difficile d'unir l'équipe et de tenir ah ... se tenir la main d'une manière symbolique. Ah ... et quand chacun des détails de l'équipe est à un point où il devrait aussi survivre, encore une fois à un niveau très concret, vous avez généralement trois ou quatre patients et du coup vous avez cinq patients ou six patients, et certains d'entre eux sont tumultueux et vous devez faire d'autres tâches En tant qu'individu, vous ne pouvez pas survivre, vous n'avez pas les références du ... ne sais pas, du quart d'heure pour parler à un autre membre du personnel ou vous asseoir à deux avec la famille d'un patient.

Je veux dire que cette chose est délicate, et je pense qu'il peut facilement passer au-delà de la capacité de tenir ... c'est comme euh ... parfois il y a le sentiment que ... toujours, avec qui nous sommes et avec les pouvoirs que nous avons et avec la compréhension que nous avons ces choses, nous pouvons, savons comment le tenir, en parler et s'en remettre, je pense qu'il arrive toujours à des endroits où l'on a l'impression que tout est renversé, inondé aussi. C'est donc une partie difficile.

Interviewer : Si j'ai réellement compris le travail de l'équipe ensemble, c'est quelque chose qui laisse une certaine distance à penser.

Dr. H. H. : Oui.

Interviewer : Penser au patient et penser à nous-mêmes.

Dr. H. H. : C'est vrai. Droite. Et parfois, vous perdez cette capacité, parce que ... parce qu'il n'y a pas de conditions. Je dis que ces conditions sont fragiles, elles ne le sont pas ... ce n'est pas quelque chose que vous pouvez vous reposer ici et dire ... ce sera parce que nous savons comment travailler. Ils sont très fragiles, ils peuvent très facilement se briser.

Interviewer : Changerais-tu quelque chose dans les différents espaces du service, de sa manière de fonctionnement actuel ?

Dr. H. H. : Euh ... Je peux vous dire quelque chose qui est un peu proche de la réponse, mais aussi proche. J'ai souvent des pensées sur toute cette histoire de la conduite légale des patients sous la contrainte, que cela prend beaucoup de temps, beaucoup de temps. Il y a une journée presque complète, tous les jeudis, où même un interne ne doit pas être dans le service et descendre avec les patients, le personnel infirmier doit également accompagner les patients, les patients ne sont pas non plus dans le groupe, également pendant la semaine, vous devez préparer des lettres au comité, vous descendez parfois au comité. Et je me demande à quoi sert cette chose, comme quoi ... qu'est-ce que ... qu'est-ce que ça apporte et à qui ?

Maintenant, il peut y avoir le point de vue d'un avocat, disons comment pouvez-vous même faire appel à cette chose que vous refusez à un homme la liberté, et vous n'y pensez pas, ne le regardez pas, ce qui lui est arrivé et ainsi de suite. Par contre, dans le lieu thérapeutique cette chose fait beaucoup de bruit au sein du traitement. C'est ma conviction, je pense que pour beaucoup de patients sans cette histoire de coercition, s'ils n'étaient pas arrivés dans ce lieu, ils décideraient quand même d'être dans le traitement, avec les objections au traitement.

Je m'amuse avec moi-même avec cette idée que ce ne soit pas ou que ce soit quelque chose de beaucoup plus limité, ne pas amener ça à des points qui prennent tellement de temps et d'énergie, plutôt que de faire de faire des choses que je vois comme des lieux thérapeutiques. Au lieu de m'asseoir et d'écrire cinq lettres, de passer cinq lettres au comité et d'être dans une sorte de pression d'une telle période de oui, j'ai écrit, je n'ai pas écrit et de m'occuper de ça. Ce que nous voulions faire, c'est un groupe de formation pour les thérapeutes senior, mais, il n'y a pas le temps de le faire.

Je voudrais donc avoir des espaces de réflexion où penser à nous-mêmes dans le cadre du traitement, pas seulement à l'équipe thérapeutique, mais aussi au traitement. Et j'aurais aimé qu'il y ait une plus grande fréquence des réunions du personnel, disons cette ressource de l'heure de cette réunion est divisée en trop de choses. J'aurais aimé qu'il y ait deux fois cela, qu'il soit possible de réfléchir à nous même dans le traitement et réfléchir à l'équipe. Et comme je vous l'ai dit, je souhaite qu'il y ait plus de friction entre le personnel et les patients.

Interviewer : Eh bien, je pense que cela suffit.

Dr. H. H. : Cela évoque des pensées très intéressantes dans cette conversation.

[Fin de l'enregistrement 1:03:26]

Dr. I. I. - Cheffe adjointe du service de 2014 à 2018

*Psychiatre senior, diplômée de l'institut de psychothérapie de Tel Aviv.*

*Date de l'entretien 12/03/2018.*

Interviewer : Alors, nous voulons en fait parler du service, de la psychose, etc. Dites-nous d'abord quelques mots sur vous-même, votre fonction, même si nous nous connaissons.

Dr. I. I. : Eh bien, je suis psychiatre. Je suis spécialiste depuis plusieurs années, je travaille ici en tant que chef adjoint du service. J'étais en congé de maternité, je reviens travailler maintenant. Je suis psychothérapeute en cabinet privé. J'y fais essentiellement des psychothérapies. J'aime beaucoup le travail dans le service. Je crois beaucoup dans le groupe de thérapeutes. On peut préciser que je crois dans le groupe de thérapeutes pour les psychopathologies graves.

Interviewer : Comment êtes-vous entré en psychiatrie ?

Dr. I. I. : J'ai toujours été très investie dans l'art toute ma vie, je ne sais pas si je l'ai dit mais au début, je me suis inscrit à Bezalel, j'ai pensé que j'étudierais l'art-thérapie plus tard et à la fin j'ai décidé que l'esthétique m'intéresse moins que le processus thérapeutique dans l'art, alors que je dessinais à l'époque.

Ah ... Je me suis inscrit en psychologie parce que j'ai décidé que je devais y parvenir par la partie scientifique. Aujourd'hui, je comprends que j'avais besoin de temps, et que je devais voyager. Je suis allée en Hongrie pour étudier, pour que finalement je revienne à la psychothérapie. J'avais besoin de ce processus, de ce temps, ce voyage et tout ce qu'il s'est passé à ce moment-là.

Interviewer : Et vous étiez en thérapie vous-même, avez-vous commencé ?

Dr. I. I. : Oui.

Interviewer : Même avant de commencer les études ?

Dr. I. I. : Euh ... pendant un moment, pendant une courte période, ce ne fut pas un traitement très significatif. J'avais 20 ans et quelques. Mais j'ai commencé une thérapie avant de commencer les études, et c'est plus tard que j'ai continué.

Interviewer : Quand avez-vous rencontré pour la première fois la folie ?

Dr. I. I. : Qu'est-ce qu'appellez-vous la folie ?

Interviewer : J'utilise intentionnellement ce vieux mot.

Dr. I. I. : D'accord, wow. Eh bien, je vais répondre honnêtement, qu'est-ce qui m'est venu à l'esprit, oui ? Quand mes parents ont divorcé, ils se sont séparés. La folie chez mes parents, ils étaient en lutte. Ce fut la rencontre avec la folie. Bien sûr, pas quelque chose de psychiatrique, oui ? Mais je parle de cette folie qui est sortie du conflit.

Interviewer : D'accord, c'est la première rencontre avec la folie, ce qu'on appelle la psychose, c'est lié à cela ?

Dr. I. I. : Je pense que ça a à voir avec mon positionnement devant cette chose-là, je veux dire, même si c'est autre chose, mais ... tu sais j'ai été exposé à une certaine folie dans un moment de crise d'une adulte, justement de la part de quelqu'un de "normatif".

Interviewer : Et la première rencontre avec la folie psychiatrique ?

Dr. I. I. : Pendant mes études, nous étions dans une sorte de service psychiatrique à Budapest. On a fait un entretien dans le cadre d'une recherche mais à cause des différences de langue et de culture, je ne pense pas qu'il y ait vraiment eu de rencontre. Rien ne s'est inscrit pour moi.

Et pour la première fois en tant qu'étudiante, j'ai fait mon mémoire final en thérapie cognitive des troubles de l'alimentation, ne me demandez pas pourquoi. Mais je suis

venu au service des troubles de l'alimentation à Tel Hashomer en tant qu'étudiante. Et je m'en souviens comme l'endroit le plus difficile. J'ai trouvé ça plus difficile qu'ici, c'est-à-dire, là-bas l'état sévère de ces jeunes filles, avec des troubles de l'alimentation, âgées de la vingtaine... Pour moi, c'était comme de rencontrer là-bas, je ne sais pas si c'est la folie dans le sens que tu dis, mais le sentiment qu'il est impossible de bouger de cette situation. La chance de guérison est très faible. J'ai senti le malade en cet endroit, la folie, que le malade est très très dur.

Et j'ai aussi senti là quelque chose qu'il y a comme un mélange entre le culturel, mais ça devient vraiment une maladie et une structure de personnalité. C'était déjà clair pour moi que c'était un mélange de ces choses-là, la culture et la structure de la personnalité. Finalement, ça arrive à un point dont il est difficile de sortir.

Interviewer : Et comment êtes-vous arrivée à vous occuper de la psychose ?

Dr. I. I. : Euh ... ici au début de l'internat.

Interviewer : Vous avez commencé votre internat ici ?

Dr. I. I. : Oui, j'ai fait ici un stage, pendant un mois mais je pense que la première rencontre avec la psychose fut au début du stage, lors de la rencontre qui consiste à s'asseoir devant quelqu'un. Je me souviens que j'avais eu une patiente qui était étudiante en médecine dentaire, et elle avait l'air normative et en même temps, elle disait des bêtises. Je ne croyais, je ne croyais pas qu'elle croyait en ce qu'elle disait. Ce fut une rencontre forte, j'ai pensé que c'était un spectacle, que ce n'était pas vrai. Je pense que cela m'est arrivé à certains moments au début du stage, vraiment lors de rencontres avec la psychose.

Interviewer : Et qu'avez-vous pensé, qu'est-ce que cela vous a fait ?

Dr. I. I. : Je n'y croyais pas, ça me paraissait étrange, je veux dire que je me sentais déconnectée de ça. Je ne me souviens pas pour le moment que ça m'a fait peur. J'ai

rencontré chez des amis des phrases comme ça, des médecins et des psychiatres, qu'il y a une certaine peur un jour d'entrer dans un état psychotique. Je n'ai jamais eu cette peur. Je veux dire que je ne l'ai pas rencontré en moi lors de mes rencontres avec les personnes psychotiques. Simplement, c'était difficile pour moi de l'accepter, de l'accueillir, être empathique, essayer de sentir quelque chose de quelque chose que le patient ressent. Ce point-là fut très difficile au début.

Interviewer : Qu'en avez-vous fait, de cette rencontre à laquelle vous ne croyiez pas.

Dr. I. I. : Qu'est-ce que j'ai fait ? Je ne sais pas, j'ai commencé à connaître les patients, à m'intéresser et à établir un lien.

Interviewer : Alors vous avez commencé le stage et quand avez-vous commencé pour vous-même la thérapie ?

Dr. I. I. : Ah ... Je suis retournée en thérapie quand je suis rentrée en Israël du stage.

Interviewer : Ce fut lié à quelque chose qui a eu lieu dans votre vie ?

Dr. I. I. : Oui.

Interviewer : Ou aussi en lien avec le début du stage ?

Dr. I. I. : Bien sûr, j'en ai parlé en thérapie, ces choses liées au travail et aux patients mais on va en thérapie pour des raisons personnelles.

Interviewer : Et qu'est-ce que la psychose pour vous ?

Dr. I. I. : Je pense que l'une des difficultés au début, lors de la première rencontre, c'est que je n'ai pas pu faire des liens. Je ne pouvais pas suivre le rythme émotionnel jusqu'à ce que la personne arrive à un point culminant. C'est comme si je me sentais déconnectée, que c'est quelque chose qui est déconnecté de l'être humain, de l'humain, vous avez demandé ce que j'ai fait, je pense que le processus a été de faire ces liens-là.

Interviewer : Le lien avec l'humain ?

Dr. I. I. : oui avec l'humain. Je me souviens que dans les premiers mois d'internat, j'avais eu une patiente que j'appréciais beaucoup, et elle disait qu'elle voulait faire une conférence de presse, je me souviens de ce moment où je lui ai dit qu'elle a peut-être l'impression qu'on ne l'entend pas ou quelque chose comme ça. Tout cela s'est relié : autant du côté de ce que j'en avais compris que de son côté, avec ce qu'elle avait formulé. Aussi, chez elle quelque chose s'était apaisé. C'est une vraie connexion qui s'est établie. Vous avez demandé ce qu'est la psychose?

Interviewer : Oui.

Dr. I. I. : Je pense que c'est une sorte de déconnexion des liens. Cela veut dire, sans aller dans les citations, mais une parole, des fragments d'une parole, sans qu'il soit digéré et traité. Une personne qui est dans un état psychotique très grave expérimente ces déconnexions-là.

Interviewer : Votre perception a changé au fil du temps, au fil des ans, par rapport à la psychose ?

Dr. I. I. : Je pense qu'au début c'était ... Je crois que c'est quelque chose de défensif, il y a une déconnexion, il y a aussi une déconnexion entre les patients du service et la vie à l'extérieur. Je n'ai vraiment pas de liens, même chez moi, mais avec les thérapeutes en général, que j'ai vus au début de mon cheminement, ne tiennent pas trop la vie, la complexité, tout ce qui va avec un patient qui vient de sortir de son hospitalisation. Alors oui, en ce sens-là, ça a changé. Aujourd'hui je fais avec plus de complexité, de choses non absolues, comme je le ressentais au début du ... euh ... stage.

Et même alors, dans le contexte de ce que je dis, il y avait quelque chose qui était très loin de moi. C'est comme j'ai dit, je ne pensais pas que je pourrais devenir folle. Mais aujourd'hui, je ne sens pas que c'est loin. En ce sens, il y a une expérience de

continuité chez l'être humain. Je pense que, en lien avec le début du stage, je ne sais pas si tu parlais de ça, car il y a aussi une signification de commencer l'internat, c'est un bouleversement.

Interviewer : Comment êtes-vous arrivé, comment avez-vous choisi Shalvata ?

Dr. I. I. : Ah ... en stage, il y avait la possibilité de faire 3 mois de stage là où on le choisissait. Alors j'ai fait chaque mois dans un hôpital psychiatrique différent parce que c'était évident que je voulais la psychiatrie. Et ici, il y a une expérience de respect pour la personne humaine, ce que je n'ai pas rencontré dans beaucoup d'autres endroits. Pas seulement en psychiatrie, mais en général. Il y avait quelque chose de très, très respectueux, j'étais alors dans le service n°3 à l'époque.

Interviewer : Il y avait quelque chose lié au désir de la psychothérapie qui était lié à un hôpital ou pas nécessairement ?

Dr. I. I. : Je le prendrais pour évident. Je veux dire qu'il était clair pour moi que ... que les médicaments sont quelque chose de très, très réduit et limité et ... oui, mais cela fait partie de cet honneur de voir l'être humain dans son ensemble et ... oui.

Interviewer : On parlait comme ça de Shalvata ?

Dr. I. I. : De psychothérapie ?

Interviewer : De ... oui.

Dr. I. I. : Oui. À la fois on en parlait comme ça mais aussi par quelque chose que j'ai ressenti.

Dès mon arrivée ici, j'ai été en contact avec beaucoup de choses dans le domaine de la thérapie, à une équipe multi-professionnelle. Je suis allé dans la salle n°3 qui était alors ... c'était un service ouvert et j'ai passé beaucoup de temps avec S. M., directeur de service, H. H. était son adjoint. Avec toutes les activités dans le service, avec le personnel. Oui, j'ai été entouré par cela et c'était clair que Shalvata, c'était l'endroit

incontournable pour cela. Quand j'étais à Geha, il y avait un style de discours tout à fait différent. J'étais à Beer Yaakov, c'était ... encore plus extrême.

Interviewer : Est-ce que ... depuis le début, vous vouliez faire de la psychothérapie ?

Dr. I. I. : Ouais, j'ai même pensé que j'étudierais l'art-thérapie après avoir terminé mon internat en psychiatrie, c'était mon plan. Je suis aussi allé étudier dans une formation, mais je suis partie au bout d'un an et demi pour étudier la psychothérapie, c'était ... mais oui ... pour moi ...

Interviewer : Pourquoi ?

Dr. I. I. : Pourquoi la psychothérapie ?

Interviewer : Oui.

Dr. I. I. : Je suis venue, je suis venue en psychiatrie dans le but d'un traitement psychologique, d'un traitement par la conversation. C'est quelque chose en quoi je croyais, je me promenais avec une certaine perception, je ne sais pas si je savais exactement ce que je crois.

Interviewer : Y a-t-il parfois un conflit autour de la place de la psychiatrie et de la psychothérapie par rapport au traitement ?

Dr. I. I. : Euh ... c'est une question qui est comme ... je ne sais pas, peut-être qu'on se la pose toujours, c'est comme, comme évident.

Oui, parce que je pense, la chose évidente est qu'il y a conflit, comme si la médecine est quelque chose qui sait avec le diagnostic alors que le traitement, c'est prendre en compte le doute. A la fin de l'internat, il faut faire un travail de thèse. Ma thèse était sur le schème scientifique en psychothérapie. Qu'est-ce que nous promettons ? Aujourd'hui, je n'aurais pas fait ce genre de travail mais à ce moment-là, j'ai été préoccupée par cette question.

Je pense qu'aujourd'hui un thérapeute qui se trouve avec un patient, par exemple pas dans le service, prend en compte beaucoup de choses différentes : ce qu'il sait, c'est-à-dire ce mouvement entre la psychiatrie et la psychothérapie est un mouvement qui se trouve dans le traitement lui-même. C'est le père et la mère. Les mêmes mouvements. Donc je ne pense pas que ce soit juste un conflit, je veux dire seulement un conflit, seulement deux extrémités qui ne se connectent pas, ça me relie aussi en tant que thérapeute.

Interviewer : Alors est-ce qu'il y a un exemple où vous avez expérimenté ce conflit, cette complexité ?

Dr. I. I. : Je pense que ça a changé au fil des ans. Quand j'étais interne, j'avais un patient en psychothérapie, au début de l'internat, il y a 6-7 ans, et j'ai dû lui donner un diagnostic. C'était très difficile pour moi de lui donner un diagnostic. C'était comme si je sentais que le diagnostic allait changer quelque chose, c'était comme si la psychothérapie, quelque chose de si dynamique, c'est un développement. J'ai vraiment eu une difficulté, j'ai senti que je ne peux pas lui donner de diagnostic. J'étais dans une très grande souffrance à propos de cette chose, pendant deux ou trois mois j'étais occupée avec ça. Comme si je sentais que c'était inapproprié.

Interviewer : Et aujourd'hui ?

Dr. I. I. : Aujourd'hui, je vais donner moins de sens à cela, je pense que ce jeune homme, je veux dire, c'était vraiment quelque chose de très enfantin et quelque chose de développement, et un processus de croissance, un traitement très lent, et cela a duré des années. Aujourd'hui, je pense que c'est moins important, on peut moins bousculer ma croyance en la thérapie et les processus et les choses qui sont inconnus. Je pense que par expérience, aujourd'hui je sais un peu plus de l'expérience et ... j'ai moins de

doutes, je peux moins être bousculée. Et même si dans la clinique, on parle aussi de médicament, on peut faire un travail thérapeutique de toute chose.

Interviewer : Avez-vous étudié la psychothérapie pendant l'internat ?

Dr. I. I. : Oui.

Interviewer : De plus, cela a affecté votre travail à l'intérieur de l'hôpital ?

Dr. I. I. : Oui, c'était très influent, c'est une observation ... aussi pour approfondir toutes sortes de théories, et à partir de là une observation des processus dans le service, y compris les traitements avec les patients dans le service. Ce n'est pas seulement l'internat, c'est aussi ce qui se passe ici. J'étais par exemple, dans un service ouvert, le n°2, au début du stage, et qu'il y avait un groupe de supervision que Dr. Treves a organisé avec une psychologue pour les stagiaires en psychologie et psychiatrie. Il y a toutes sortes de choses que j'ai faites à ce moment-là ont influencé ma pratique avec les patients très difficiles et très psychotiques.

Interviewer : Essayez de formuler cette manière d'observer.

Dr. I. I. : La façon d'écouter, je veux dire écouter à toutes sortes de niveaux, euh ... vraiment écouter ce qui n'est pas nécessairement quelque chose qui implique une action, disons médicale.

Interviewer : Par rapport au service, qu'est-ce qu'un service à vos yeux ?

Dr. I. I. : Ah ... pour moi un service c'est d'abord et avant tout "ensemble", ce qui est très significatif, tant pour les thérapeutes que pour les patients, je veux dire qu'il y a des situations très difficiles, que pour un patient il ne lui suffit pas qu'un thérapeute le fasse tenir, c'est quelque chose qui peut finir en catastrophe. Et je pense que les patients viennent au service quand ils ont besoin d'un groupe pour les faire tenir.

Je pense que cela permet vraiment des traitements ... même dans des situations très, très difficiles, on peut survivre. Une violence sévère qui n'est pas dirigée uniquement

contre le thérapeute, ou pas seulement le patient en souffre, mais c'est vraiment quelque chose qu'un groupe entier absorbe, la retient. Ah ...

Et pour moi personnellement ça permet, j'aime vraiment observer les processus, à la fois ensemble, mais aussi observer ce qui nous arrive dans le groupe, dans le service, et que ça revient ... je veux dire ce mouvement entre les choses dans l'esprit, et entre les gens, ces mouvements j'aime beaucoup beaucoup ... c'est quelque chose que j'ai rencontré ici au début et je l'aime vraiment, vraiment.

Interviewer : Qu'est-ce que vous voyez comme thérapeutique dans le service ? Quelles sont les conditions qui permettent le thérapeutique, quels sont les ingrédients thérapeutiques ?

Dr. I. I. : Vous le différenciez du traitement, de tout traitement ?

Interviewer : Je fais la différence entre le cabinet privé où on vient parler pendant une heure, parler une fois par semaine ou deux fois trois fois, et les services.

Dr. I. I. : Le service est là parce qu'il n'est pas possible de survivre d'une séance à l'autre... C'est-à-dire quand il faut quelque chose de plus soutenant pour vivre et le service permet cela. La question est, avons-nous besoin de lui ? Je pense qu'il y a des patients pour lesquels le service est comme une maison. Je veux dire qu'il y a des situations extrêmes, vous devez protéger cette vie. On a besoin du service pour que les traitements soient possibles. C'est-à-dire, par exemple, quelqu'un avec des troubles de la personnalité grave a besoin de la protection du service pour protéger le dyade thérapeute-patient.

Interviewer : Et ... continuez ...

Dr. I. I. : Ouais, à propos de la psychose, vouliez-vous poser une question spécifiquement ?

Interviewer : Non, non, continuez avec ce que vous vouliez.

Dr. I. I. : D'accord, j'essaie de penser aux patients psychotiques. Je pense qu'il y a quelque chose de protecteur. Souvent, vous savez, le transfert se fait vers le service ou une partie du personnel. Tout à l'heure, le compagnon d'une patiente est venu, un compagnon qui est l'objet d'une grande paranoïa. Mais le fait qu'il y avait avec moi le chef de service et une autre thérapeute, ça lui a permis d'être là. Vraiment, il y a comme une sorte de clivage très significatif. Ce qui compte c'est le "ensemble", qu'on travaille ensemble.

Interviewer : Pouvez-vous nous en dire plus ?

Dr. I. I. : Il y a une possibilité d'observer, c'est-à-dire que nous absorbons, il y a une agression envers un membre du personnel et il y a un clivage. Et qu'on sache respirer un instant puis qu'on observe, puis qu'on sache en faire du travail, qu'on y réfléchisse. On peut le faire entendre au patient d'une certaine manière. On peut comprendre à travers des processus ce qui se passe pour nous, ce qui arrive au patient, je veux dire qu'il y a une possibilité de vraiment faire le travail avec lui et de ne pas juste laisser les choses se passer.

Je pense qu'il y a des patients psychotiques, si on s'intéresse plus en profondeur à ce sujet, qui ça leur permet d'être, juste par le fait qu'il y a un service. C'est-à-dire, on peut être très agressif envers quelqu'un et exprimer d'autres choses avec quelqu'un d'autre. C'est vraiment ce que j'ai déjà dit, que pas juste un seul, un seul thérapeute fait tenir les lieux, ces bords, mais c'est un ensemble de personnes.

Souvent nous permettons, arrivons à dire quelque chose quand on est ensemble et qu'il est plus difficile de dire certaines choses individuellement. Il y a quelque chose qui protège, qui permet aux choses de se produire.

Interviewer : À votre avis, si nous nous penchons vraiment sur l'action qui est prise dans le service, est-ce qu'une position est requise autre que ce qui est demandé dans la pratique privée. Qu'est-ce que cela signifie en pratique ce que vous avez décrit ?

Dr. I. I. : Dans un entretien en face à face, tu veux dire ?

Interviewer : Pas nécessairement, pas seulement lors d'une séance en face à face.

Dr. I. I. : Je pense que ... de l'expérience que j'ai faite en apprenant à travailler ensemble, au début j'étais plus en solo, aussi en ... même au sein du service, je veux dire aujourd'hui je me sens beaucoup moins seule dans l'équipe qu'il y a quelques années. Je ne me sens pas seule.

C'est un changement qui demande à apprendre cet "ensemble" à ce "partager". Si tu traites quelqu'un de très dépressif, tu fais les choses seul, les difficultés seul, les processus. Tu fais tout, tout seul. Ici il y a un "ensemble" et cet "ensemble" est significatif et il faut savoir le concrétiser. Je veux dire parce que c'est important en thérapie pour nous, thérapeutes.

Interviewer : Que voulez-vous dire par "significatif"?

Dr. I. I. : Euh ... Je pense que cela permet de comprendre certaines choses, par exemple, ce qu'il faut traiter, ce qu'il ne faut pas traiter et faire remonter les choses difficiles. On peut vraiment dire que ça peut faire avancer les thérapies.

Le service permet beaucoup de choses, permet également des thérapies familiales, il permet des groupes d'égal à égal, c'est-à-dire qu'il existe toutes sortes de traitements thérapeutiques différents dont le patient peut faire usage. Il y a un patient qui peut avoir beaucoup recours un traitement thérapeutique particulier, moins un autre. En groupes, en séances en face à face, en groupes de nature différente. Une équipe multi-professionnelle, c'est-à-dire art-thérapie.

Interviewer : Selon vous, quelle est la fonction d'organisation du service, c'est-à-dire, le case manager, la visite des médecins, les groupes approfondis, tous les endroits structurés dans l'organisation du service.

Dr. I. I. : C'est une sorte d'ordre pour nous et pour ceux qui sont hospitalisés ici. Je crois que. C'est une bonne chose d'avoir un thérapeute référent pour chaque patient, quelle que soit la formation du thérapeute. Je veux dire, la méthode, ce que vous avez mentionné, la façon dont il a été décidé de travailler ensemble, qu'il y a des réunions du matin, qu'il y a une visite des médecins une fois par semaine, qu'après cela, il y a la réunion prolongée. Dans un autre service, nous avons également fait une réunion sur les médicaments. Je veux dire qu'il y a des choses qui élargissent les discussions sur les patients.

Interviewer : Cela, à votre avis, a-t-il également une fonction thérapeutique par rapport la gestion des patients au sein du service ?

Dr. I. I. : Ecoutez, je ne sais pas si cette structure, car on pourrait penser à chaque partie, mais je pense que la structure ou la construction de notre façon de travailler, a le but de considérer le service comme un thérapeute et ensuite, penser comment on le fait exister comme tel. C'est-à-dire, comment nous, en tant que thérapeutes, avons besoin de cet "ensemble". Nous avons besoin d'une réunion comme ci ou comme ça, et considérer le service comme le thérapeute référent. Qu'il y ait des séances en face à face, qu'il y ait des contacts avec l'équipe infirmière alors je pense que ce moule est adapté. Mais c'est quelque chose qui prend aussi du temps pour s'intégrer, l'apprendre, le comprendre, aussi lui permettre la libération. Disons que je ne suis pas là toute la semaine, il y a quelqu'un d'autre, je veux dire que ce n'est pas simple pour les thérapeutes de compter sur un autre et apprendre cet "ensemble".

Interviewer : Qu'est-ce qui vous pose des obstacles aux composantes thérapeutiques dans le service ?

Dr. I. I. : Un obstacle qui fait partie du service ?

Interviewer : D'après votre expérience, oui, quels sont les composants plus structurels et des choses dynamiques ?

Dr. I. I. : La barrière, ce sont les composants structurels de la personnalité des thérapeutes, je pense que c'est très important qui travaille.

Interviewer : Que voulez-vous dire ? Essayez d'élaborer.

Dr. I. I. : Chacun apporte ses propres difficultés, s'il y a une difficulté dans les limites avec un patient, par exemple une expérience omnipotente que moi seul peux aider. Il peut y avoir des choses cachées au sein de l'équipe, beaucoup de choses peuvent arriver, une certaine identification seulement avec une certaine partie du traitement ou avec un patient et ensuite des difficultés d'écoute ... des difficultés infinies.

Mais vous posez d'un point de sur structurel sur le service, personnellement j'ai du mal avec les choses qui me sont imposées, une partie du travail ici m'est imposée, je ne veux pas m'en occuper, les gens viennent ici que c'est peut-être plus le personnel médical et le personnel infirmier qui s'en occupent, mais ils sont comme des prisonniers. Ils viennent avec anxiété, et quand certains patients trichent, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de psychopathologie mentale, qu'ils ne viennent pas pour se faire soigner, qu'ils viennent pour d'autres raisons ici, ils viennent pour se droguer, par exemple.

Pourquoi est-ce que je le mentionne dans les problèmes structurels, qui est votre question, c'est parce que c'est quelque chose qui affecte ou parfois altère notre capacité en tant qu'organisme thérapeutique à traiter, lorsque nous traitons beaucoup de choses comme ça, dans ce genre de demandes de traitement.

Interviewer : Que voulez-vous dire, vous parlez du côté juridique ?

Dr. I. I. : Oui, des opinions, toutes sortes de gens qui viennent du tribunal, qui s'en occupent, c'est une très grosse charge et ... et des gens qui viennent pour toutes sortes de raisons, c'est différent de venir se faire soigner, de demander un traitement, qui ne veulent pas de traitement, mais ils veulent, ne savent pas quoi, faire usage de drogue ou toutes sortes d'autres choses.

C'est un problème structurel que nous devons accepter ... Je veux dire que, au cabinet, vous recevrez ceux qui veulent vraiment venir, il y a des conditions et ici, c'est difficile d'obtenir ces conditions. Il y a aussi un impact sur les autres patients. Par exemple, un de mes patients a été contenu il y a quelques jours. Il a été hospitalisé mais je pense qu'il n'a jamais été psychotique, je pense qu'il exploite le système pour ne pas être en prison, c'est un voyou. Maintenant, pour moi c'est difficile, j'ai un problème, car il a été contenu ici pendant quatre heures. Et il a été très violent ici envers l'un des patients, mais on ne contient pas comme punition, on contient seulement en tant que traitement. Il n'était pas psychotique. Je n'étais pas là ce jour-là, et le stagiaire a écrit qu'il était psychotique, mais je ne pense pas qu'il était psychotique.

Il y a une exploitation criminelle du système ici, alors comment pouvons-nous entrer dans cette affaire, et ce n'est pas comment nous y entrons, vous savez, entrer en thérapie et y être, c'est autre chose, c'est nous abuser. Et cela fait partie du problème que nous sommes ... non, ce n'est pas quelque chose qu'on peut résoudre. Ce sont des choses dont nous devons continuer à nous occuper.

Interviewer : Il y a quelque chose que vous feriez différemment, que vous pourriez comprendre différemment ?

Dr. I. I. : Écoutez, si je pouvais, je réduirais la charge, d'une manière très significative. Avec des espaces de réflexion, un espace pour respirer et observer les choses et faire un cheminement. C'est très difficile quand on est très occupé. C'est la chose la plus importante que je ferais.

Interviewer : Feriez-vous quelque chose, disons s'il y avait un peu plus de temps, feriez-vous quelque chose en équipe ou voudriez-vous structurer le travail du service autrement ?

Dr. I. I. : Oui, c'est quelque chose dont nous parlons beaucoup. C'est une chose très importante. Par exemple, si tous les thérapeutes qui traitent un patient au sein du service, pouvaient se réunir ensemble en petit groupe, autour de ce patient, pouvaient faire tenir davantage le traitement, réfléchir au traitement.

Souvent, on ne le fait pas. Voici maintenant une patiente qui est passée à la rééducation, mais on ne l'a pas dit à l'art-thérapeute. Elle a donc arrêté avec l'art-thérapeute et il n'y a pas eu de séparation. Je pense que c'est la charge, la charge affecte également cela. J'aurais voulu que ce soit différent. L'équipe semble manquer de parole, je ne sais pas comment cela peut être possible, mais il y a un manque de parole.

Interviewer : Si on entre à l'intérieur du discours de l'équipe, qu'est-ce qui l'oriente. Qu'est-ce qui l'oriente ou quels sont les principes qui guide le discours pour que ce soit un discours ? Comment caractériseriez-vous le discours ?

Dr. I. I. : Tout d'abord, il faut comprendre que nous sommes tous un seul thérapeute. Finalement les thérapeutes sont un thérapeute auprès duquel le patient a un transfert. C'est le transfert vers le service. C'est-à-dire une compréhension de cette chose. Dans le service, il y a plusieurs professionnels, vous n'êtes pas seuls, vous ne détenez pas tout. Toute l'interaction qui se produit, même avec les aide-soignants qui sont

significatifs, fait partie du transfert que le patient a dans le service. C'est une compréhension de cela, parler de ces choses.

De plus, que le discours soit respectueux, pas défensif, je veux dire ne pas entendre les choses comme des critiques, qu'il serait possible d'entendre et d'observer, euh ... c'est très difficile pour les thérapeutes. Ils ont parfois l'impression qu'on leur fait barrage... Je pense que c'est bien d'avoir des opinions différentes, que les thérapeutes apportent des points de vue différents, et d'accepter ça, c'est une bonne chose, ... surtout il y aura une certaine liberté de parole, il n'y aura pas de peur, il n'y aura rien pour réduire la parole.

Interviewer : Et donc un discours qui mène à une sorte de décision et d'action ou pas nécessairement ?

Dr. I. I. : Il y a des moments où vous avez besoin de l'action, et il y a des moments où vous n'en avez pas besoin. Parfois, le discours est vraiment la chose qui tient. Même si vous savez, nous n'avons pas parlé avec le patient, nous n'avons pas parlé au personnel. Cela a un sens, cela a une présence. Je pense que les discussions en équipe devraient généralement être d'en parler, pas nécessairement de réfléchir à ce qu'il faut faire.

C'est quelque chose qui viendra de lui-même. Il y a des situations qui doivent être, parce que parfois le traitement est dans les limites du cadre du service, et alors il y a effectivement une action. Parce que dans le service, c'est différent, disons, du traitement au cabinet privé, dans le sens où le patient est ici et vit ici. Donc, s'il y a quelque chose que nous pensons ... quelque chose que le patient a dit, a fait alors nous y réfléchissons, et que rien n'est fait, alors il y a action ici, parce que nous sommes à cet endroit. C'est quelque chose de différent de se trouver dans un cabinet et de parler

de choses et de ne pas réagir parfois à certaines choses, c'est différent. Parfois ici, on nous demande d'agir.

Interviewer : Je voulais poser une question spécifique sur la présentation du cas qui se trouve dans le service, quelle est la fonction de présenter le cas, pensez-vous pour vous, pour le personnel et quelle est la fonction pour le patient ?

Dr. I. I. : Pour moi, c'est un moment pour se rendre disponible pour mieux connaître, souvent des patients que je connais depuis des années et en fait je ne les connais pas. Je sais quelque chose, je me promène avec un certain récit, je veux dire un moment pour creuser plus profondément si je me prépare ou quand j'écoute des réunions, cherche et découvre des choses ah ... et aussi pour le personnel, je veux dire vraiment connaître, de nombreuses parties du patient, tout est pertinent mais aussi les choses qui le sont moins, les choses nécessaires disons, sont significatives en termes de diagnostic, pour faire un diagnostic ...

Parfois, la présentation d'un cas permet une certaine observation du cours de la vie, de l'évolution du trouble et ensuite il est vraiment possible de poser un diagnostic ordonné. C'est l'occasion d'examiner quels traitements le patient a reçu dans le passé, que ce soit un traitement médicament, psychologique ou de groupe. Sur tous les plans. Et on examine quoi, comment on peut l'aider autrement. Je veux dire ce qui a aidé ou n'a pas aidé. Ah ...

Pour le patient, c'est une question. C'est-à-dire si ce forum, comment il se sent en s'asseyant et en parlant de lui ? La question est aussi dans quelle situation il se trouve, quel sens il lui donne ? Cela lui donne-t-il un sentiment de reconnaissance, qu'il est regardé, qu'il est important, qu'il est pensé ou qu'il y a une lutte en lui, cela peut être un statut même s'il peut le vivre comme humiliant, que tant d'yeux qu'il ne connaît pas le regardent. C'est une question.

Pour nous, c'est aussi important de faire des entretiens, les étudiants, les stagiaires, tout le ... oui de voir quelqu'un faire un entretien et de voir différents styles d'entretien. Comment on peut résumer après, il y a quelque chose de très enseignant et de très académique.

Je pense que les fonctions sont très très différentes pour le service, le personnel et pour le patient. Il est intéressant de demander aux patients comment ils le vivent, c'est important. Il y a ceux qui aiment cette étape, et il y a des gens pour qui c'est très difficile.

Interviewer : La présente de cas a un format très spécifique. Que pensez-vous du format, de ce format particulier ?

Dr. I. I. : Tu veux dire devant le personnel du service ?

Interviewer : Oui.

Dr. I. I. : Faire deux fois par semaine ?

Interviewer : Non, je parle du format dans la présentation de cas.

Dr. I. I. : Comment écrivez-vous ? Histoire de la maladie ?

Interviewer : Oui. Sur la manière d'écrire et la discussion après. Le style de la discussion.

Dr. I. I. : Que faisons-nous dans le service ?

Interviewer : Oui, ce que nous faisons après le départ du patient.

Dr. I. I. : Ecoutez, le format est pour que ce soit un peu ordonné, je pense que les gens qui sont nouveaux dans ce monde, c'est difficile pour eux de s'organiser ... pourtant nous devons l'organiser de manière à ... comprendre quelle est la séquence de développement dans sa vie, dans quelle famille il a grandi. Donc le format permet de se concentrer sur ces choses, aussi les crises, quel caractère était les crises mentales, de faire un certain ordre.

La discussion chez nous ... Je n'ai pas passé beaucoup de temps à la présentation de cas, mais il ... Je pense qu'il ... Je voudrais qu'elle soit plus large, qu'il y ait plus de temps. Souvent, nous avons très peu de temps faire une discussion plus large. Peut-être aussi qu'il y ait quelqu'un qui résume les choses les plus jeunes de l'équipe.

J'ai l'impression que très souvent des personnes avec plus d'ancienneté font la discussion dans leur tête, elles comprennent quelque chose et très peu s'expriment...

On essaie un peu de le faire, mais pas assez à mon avis, pour faire une discussion ... Je pense que la discussion devrait aussi avoir du temps pour les questions, pour les gens, pour demander des choses. Il faudrait plus de temps.

Interviewer : Une dernière chose que je veux vous demander, avez-vous eu des rencontres de service avec des patients qui vous ont surpris ?

Dr. I. I. : Beaucoup de choses me surprennent.

Interviewer : Quoi ?

Dr. I. I. : Au fil des années, beaucoup de choses m'ont surprise, aussi des comportements psychotiques, euh ... Je peux penser à de nombreux exemples, mais par exemple, une patiente qui savait que j'étais enceinte, c'est la première qui a su que j'étais enceinte. Je ne sais pas si c'est une surprise mais des patients qui m'accompagnent le plus, pour lesquels je suis plus préoccupée, il y a toutes sortes de découvertes. Par exemple, pour le traitement d'une autre patiente, je ne sais pas si ça m'a surprise mais ce fut une découverte, disons, un processus que nous avons fait, c'est une sorte de découverte dans un mouvement de comment la traiter correctement et comment dans le service on la traitait ensemble. Quel sens il y a, quel pouvoir il y a, quel cheminement elle a fait. Cela m'a surpris. Quand je l'ai rencontrée il y a quelques années, je ne pouvais pas imaginer que c'était ce qui allait arriver à l'équipe

et que c'était ainsi que nous travaillerions et que cela aurait un tel impact sur elle.

C'est une sorte de surprise, tout est surprenant.

Interviewer : Je dis qu'il faut un certain positionnement pour être surpris, ce n'est pas évident d'être surpris.

Dr. I. I. : Ok, mais c'est le genre de surprise à laquelle vous pensiez ?

Interviewer : Oui, je ne pensais à rien en particulier.

Dr. I. I. : Pour moi, c'est une surprise. Dans un groupe de parents que j'ai fait pendant un an et demi chaque fois j'étais surprise. Chaque fois que j'avais les larmes dans la gorge. Combien cette position d'être assise avec des parents est une position différente. Il y a quelque chose auquel les nerfs sont très exposés et aussi ce qui m'arrive dans cette chose-là. C'est aussi un peu une surprise.

Peut-être aussi, quelque chose de pertinent, je pense que j'ai été surprise par quelque chose que j'ai découvert plus au début, mais même aujourd'hui : quelles choses flottent chez les thérapeutes dans la dynamique de pouvoir dans le service. Toutes sortes de dynamiques qui viennent de chez soi, chacune de son propre monde, c'est quelque chose qui flotte entre les collègues du service.

Interviewer : Pouvez-vous être plus précise ?

Dr. I. I. : C'est quelque chose que j'ai vécu au début de l'internat avec un stagiaire qui était avec moi dans le service. De la jalousie entre frères et sœurs et ... je ne sais pas, une bagarre pour le père. Toutes sortes de choses à cause de la structure dans le service qui est comme une famille, et il y a ici des frères ou des cousins . J'ai vu que des choses flottaient et je le vois chez les thérapeutes que ça inonde. Cette structure est inondée, c'est-à-dire à la fois de patients et de thérapeutes, toutes sortes de choses qui prennent vie dans la dynamique, à l'extérieur, s'expriment dans le service. Aussi

la surprise. Il y a de nombreuses surprises. Vos questions sont aussi une surprise, je ne savais pas sur quoi nous allions parler [rires].

Interviewer : Je suis content ...

Dr. G. A. – Chef adjoint du service, 2018 - 2019

*Psychiatre senior, diplômé de l'institut de psychothérapie de l'université de Tel Aviv, psychanalyste en formation à l'Institut psychanalytique de Jérusalem.*

*Date de l'entretien 21/03/2018*

Interviewer : Dites-moi votre nom et votre fonction à l'hôpital.

Dr. G. A. : G. A., directeur adjoint du service n°5.

Interviewer : Et vous êtes psychiatre senior ici, depuis combien de temps êtes-vous ici ?

Dr. G. A. : Bientôt, ça fera un peu plus de sept ans. A partir de 2010...

Interviewer : Depuis 2010, vous êtes à Shalvata ?

Dr. G. A. : Oui.

Interviewer : Avez-vous commencé l'internat à Shalvata ?

Dr. G. A. : Oui. J'ai eu, au milieu, un an et demi dans l'armée.

Interviewer : de l'internat ?

Dr. G. A. : Oui.

Interviewer : Voulez-vous parler un peu de votre parcours à l'entrée de la psychiatrie, qu'est-ce que ... qu'avez-vous pensé, qu'est-ce qui vous intéressait, qu'avez-vous pensé ?

Dr. G. A. : Vous vous interrogez sur le choix ?

Interviewer : Oui.

Dr. G. A. : D'accord. J'ai déjà été intéressé au lycée, je me souviens que mon frère étudiait la médecine et ils avaient une sorte de cours comme ça, une introduction à ... et j'ai pris le livre de quelque chose avec Freud, la psychopathologie de la vie

quotidienne ou quelque chose comme ça et j'ai commencé à le lire, ça m'a intéressé. Mais j'étais sûr que je serai interniste, j'ai un frère de sept ans plus âgé que moi qui est interniste et il y avait quelque chose de très très clair et décisif que la médecine interne est la médecine et aller en médecine c'était pour être interniste.

Durant le stage, j'ai choisi un stage dont ici, dans le service n°2, et je me souviens que j'ai eu beaucoup de mal le premier jour, c'était une sorte de bouleversement, car il n'y a pas d'ordre très clair comme dans un service de médecine interne qui a une réunion du matin, puis on se déplace entre les lits, on fait la visite, et quand tu as fini alors tu fais ce qu'il faut faire par rapport à ce qui a été décidé de la visite, ensuite une réunion pour la radio. Ici il y avait quelque chose ... il y a des ancres mais quand on vient du dehors, nous les stagiaires, on ne sait pas trouver le sens. Mais quand le stagiaire vient en médecine interne, il a toujours quelque chose à faire, mais un stagiaire vient en psychiatrie, il n'a pas toujours quelque chose à faire.

J'avais ce temps libre, c'était une chose. Deuxième chose, l'abolition de la hiérarchie m'a achevé. C'est-à-dire que dans le service en médecine interne, les infirmières ne s'asseyaient pas du tout pour manger avec les médecins. Il y a une pièce séparée. Jamais on n'entendrait une infirmière dire au médecin, non pas du tout ou donne-lui ça, écoute et c'est comme ça. Ce n'est pas... Ce n'est pas du tout la langue et ici, chacune des personnes, il y a un dire de son point de vue, qui est un dire qui vaut parfois plus que ton propre dire. Pour toutes sortes de choses. Et il y a quelque chose ici comme une blessure narcissique.

Ce n'est pas vraiment une blessure parce que j'aurais pu ne pas choisir ça, mais c'était une sorte de besoin de se réorganiser. Et à la fin du mois, je me souviens que le tout premier ou le deuxième jour, je suis venu et j'ai dit que ce n'était pas pour moi... Et à la fin du mois, j'ai traversé un processus avec une patiente très difficile que j'avais là-

bas, schizophrène ... et à la fin du mois, j'ai l'intuition que c'est l'endroit pour moi, que je vais faire ce pas vers la psychiatrie.

Il y a plusieurs fois dans la vie d'une personne où il a une sorte d'intuition qui va dans un sens, choisissez le concept que vous voulez, prenons par exemple le moi authentique qui sent qu'il y a comme de l'air d'un ballon qui sort, d'un stress intérieur. Il sent qu'il fait quelque chose de juste pour lui. J'avais eu cette chose-là.

Avec le temps, j'ai aussi su me dire ... aussi pourquoi. J'ai su me dire, parce que je pense que le service de médecine interne et la pensée médicale en tant que telle, ils prennent mes traits pathologiques, c'est-à-dire une sorte d'obsession avec des mécanismes qui se déconnectent, qui font une déconnexion entre la pensée et le sentiment, quelque chose de très efficace, quelque chose trop rationnel et parfois néglige d'autres aspects, et ils se considèrent dans l'excellence.

Ensuite, j'ai pris un autre stage à Geha et un autre chez Dr. Mendelovich (chef de service à Shalvata) qui a achevé de me convaincre, il m'a pris comme ça sous son aile.

Interviewer : Et la rencontre avec ce qu'on appelle les malades mentaux ou avec la folie, comment était-ce pour vous, cette rencontre ?

Dr. G. A. : Vous savez quoi ? C'est drôle que je dise ça, et je me demande aussi avec l'association des déconnexions des parties émotionnelles, car je pense que la plupart de ma panique venait de ça et pas vraiment des changements ... Ce n'est pas que l'organisation de la journée était moins organisée ou que la hiérarchie était moins présente je pense que la plupart de ma panique venait probablement de ça, de cette déconnexion, et le fait que les autres choses n'étaient pas claires ça n'a certainement pas aidé, ou du moins c'était une grande panique, c'était difficile et c'était encore que le service ouvert.

Je pense que je ne savais pas comment faire, je pense que je suis entré dans la pièce avec la patiente, et elle a commencé à dire quelque chose ...” alors vous vous asseyez ici et ensuite je vais m'asseoir ...” a commencé comme ça avec une certaine ambivalence, où était assis qui et qui dira quoi, et je l'ai suivi dans cette ambivalence, je l'ai suivie complètement, je me suis complètement perdu. Et je me souviens que c'était très attrayant pour moi, très attrayant. Mais je me souviens aussi que je me suis rétabli assez rapidement, je veux dire, à la séance suivante, je suis venu en disant “ je suis assis ici et vous vous asseyez ici”, et je me souviens que je sentais que cela fonctionnait, j'ai eu une expérience qui disait que je faisais quelque chose qui marche, qui organise.

Interviewer : Qu'as-tu pensé, j'imagine que ça a changé, qu'est-ce que la folie ? Qu'est-ce que la psychose ?

Dr. G. A. : Qu'est-ce que je pensais alors ? Je ne me rappelle pas.

Interviewer : Et aujourd'hui ?

Dr. G. A. : Aujourd'hui, je pense que la psychose, c'est vraiment comme se demander ce qu'est la psychanalyse ou qu'est-ce que la mer, alors je dois répondre si elle est bleue ou humide ou profonde ou aqueuse ou ondulée ou autre chose. La question est donc de savoir quelle langue voulez-vous entendre ? Mais je pense que la psychose est ..., disons phénoménologiquement, alors tous ces symptômes que vous voyez sont comme des clés enfilées dans un cercle, et ce cercle est une perte de la capacité de différencier entre l'extérieur et l'intérieur. Aussi les hallucinations, aussi les délires, toute la phénoménologie de la psychose découle en fait d'une perte, d'un flou ou d'un manque, ou de toutes les autres choses que vous pouvez appeler la frontière entre intérieur et extérieur, entre moi et le monde. C'est une chose que je peux dire sur la psychose.

Une autre chose que je peux dire à propos de la psychose, c'est... je dois vous dire que votre travail très biaisé, vous interviewez dans un service qui est très psychologique dans la nature des réponses que vous recevrez. Si vous voulez, prenez aussi prendre des neuro-psychiatres.

Interviewer : Non, c'est fait intentionnellement.

Dr. G. A. : Intentionnellement ? OK OK.

Interviewer : Je le sais, ça.

Dr. G. A. : Alors d'accord. Eh bien, vous avez travaillé ailleurs et vous vous rendez compte que ce n'est vraiment pas la réponse classique ... qu'il y a aussi d'autres réponses et des regards différents. Bon, revenons à la question ... la question est posée sur le fait que les stimuli de la maladie sont internes et non externes, la question est posée pourquoi c'est comme ça.

Et il y a toujours une sorte de danse entre quelque chose qui est à mes yeux ... structurel, inné, qu'une personne avec lequel vient, et quelque chose qui est réactif, disons-le comme ça, qu'il a été de manière défensive. Et je pense que ce jeu existe par rapport à presque toutes les situations que nous observons. Il y a ceux que vous voyez que, dès le plus jeune âge, ils viennent avec quelque chose de malade, et cela ne se développe pas bien, ... Je rejoins l'idée qui dit qu'il y a la question de la dépendance, et comme une sorte d'oxygène psychologique, quand ce n'est pas fourni par le monde extérieur, il y a la tentative personnelle [concept peu clair 0:11:59] de le produire par un stimulus interne, une expérience hallucinatoire.

Et puis, si on ajoute à cela le plan structurel, quand je dis "structurel" je veux dire, génétique, quelque chose avec lequel une personne vient, donc si on combine le plan structurel, c'est comme dire qu'il y a des gens nés avec la fibrose kystique et donc ils

n'auront jamais assez de l'oxygène de l'atmosphère parce qu'ils ont des poumons malades.

Interviewer : Vous avez commencé, avez-vous fait une thérapie psychanalytique ?

Dr. G. A. : J'ai fait un travail orienté par la psychanalyse mais une fois par semaine pendant six ans.

Interviewer : La thérapie a commencé avant ou après que vous ayez commencé à étudier la psychiatrie ?

Dr. G. A. : Un peu avant mon internat, j'étais à la fin de mon parcours militaire, pas dans la partie en tant que psychiatre, mais comme médecin généraliste à l'armée.

Interviewer : Cela a affecté votre choix, pensez-vous ?

Dr. G. A. : Non. Parce que je me souviens bien avoir dit, je vais commencer un stage dans quelques mois, commençons la thérapie. Donc, on pourrait même dire l'inverse mais cela n'a pas affecté mon choix mais cela a eu des effets sur moi.

Interviewer : Vous avez le lien, aussi au début, au livre de Freud que ton frère avait quand il était déjà à l'internat. Était-ce pour vous, depuis le début, étaient liées psychiatrie et psychanalyse ?

Dr. G. A. : Oui, en quelques sortes oui. C'est vrai, oui. Dans le comité d'embauche de Shalvata, j'ai parlé du fait que j'avais lu Nancy Williams et aussi un peu Freud. Oui, je pense qu'il y avait déjà, j'avais une passion pour la psychothérapie, la psychothérapie avec les outils psychanalytiques, oui. J'avais une passion pour cela.

Interviewer : Et vous êtes venu Shalvata, aviez-vous une opinion sur le lieu, était-ce lié à ce sujet que vous êtes allé précisément à Shalvata ?

Dr. G. A. : Je savais que l'endroit était en équilibre entre biologie et psychologie, avec une légère préférence pour la psychologie et donc c'est ce que je visais tout à fait. Vous savez, on connaît Shalvata et Geha. C'est au centre, et en dehors de cela, la

demande des médecins de venir travailler diminue. Alors je suis allé à Shalvata, je suis allé à Geha, ça m'a plu davantage ici. Ce qui a achevé de me convaincre c'était le sentiment que j'avais plu à Shlomo [ancien chef de service - le nouveau directeur de l'hôpital].

Il m'a vu assis devant son bureau en train de lire Mitchell, j'espérais vraiment qu'il passerait et me verrait lire Mitchell, et il a dit comme ça : écoute, tu es un stagiaire qui sait où il va, il n'est pas courant de voir des stagiaires qui passent avec Mitchell en main.

Je me souviens que c'était pour moi un écho, je sais où je vais. Je ne savais pas que je savais où j'allais. Il m'a fait quelque chose comme ça, tu n'as besoin de rien, tu sais, si tu veux t'asseoir au café pour penser qui tu es et ce que tu veux, ce n'est pas moins important que le travail. Il m'a donné une sorte d'espace, un sentiment que tout est possible, comme si je voulais la même chose que lui dans ma vie, dans le monde "psy". C'est comme si tu savais, j'ai été ébloui et c'est là où je voulais arriver à ça.

Interviewer : Mais y a-t-il eu un conflit pour vous entre votre place de médecin psychiatre et celle de la ? ou pas ?

Dr. G. A. : A ce moment-là ?

Interviewer : Oui et aujourd'hui.

Dr. G. A. : Aujourd'hui oui. Donc non.

Interviewer : Expliquez-moi cela.

Dr. G. A. : Parce qu'alors vous êtes comme un enfant, vous voulez être aussi grand et un autre grand, vous n'y êtes pas vraiment. Je n'ai pas vraiment faire de thérapies, j'avais lu quelques livres et j'avais eu l'espoir de guérir la schizophrénie et toutes les autres choses. Et vous êtes entraîné par un endroit qui permet les dissociations et pas les conflits. Le conflit est superficiel. Commencer en tant que stagiaire, vous êtes lavé

dans une mer de connaissances et de charges et de responsabilités, vous essayez juste de garder la tête au-dessus de l'eau, vous n'avez aucun conflit.

Mais avec le temps, il y en a, il y en a beaucoup, il y a certainement des choses ici, beaucoup de choses qui sont à l'opposé, dans leur vecteur, dans ce que vous faites ou en quoi vous croyez, par rapport à la thérapie psychanalytique.

Interviewer : Quel est le conflit, si nous essayons de le formuler ?

Dr. G. A. : Ah ... des lieux de forçage, des lieux de coercition, des lieux qui essaient de mettre les choses dans les catégories médicales strictes.

Ecoutez, je viens ici aujourd'hui au travail, alors tu sais, alors on en parle, il y a un certain patient qui est sorti de l'hospitalisation sous contrainte et il y a un autre patient qu'on n'a pas libéré mais qui a coupé l'oreille de quelqu'un d'autre, à cause de sa personnalité antisociale. Mais il justifie cela dans un discours faussement délirant, c'est très clair que ce n'est pas authentique. Il y a un autre patient ici qui aurait dû être en prison, mais non, il est ici.

Vous vous sentez parfois gardien de prison, on vous crie dessus qu'on ne veut pas être ici. Maintenant, d'accord, je ne viens pas dire que j'ai maintenant des solutions magiques et que j'ai une bien meilleure offre dans ce qui existe et je n'essaye pas de romancer les autres alternatives. Il y a un problème, il y a des problèmes, il y a des gens problématiques, il y a des problèmes qui ne sentiront pas bon très vite. Ils continueront à sentir mauvais.

Mais je me demande si je ... si c'est moi qui veux parfois être le garde à l'entrée de la base militaire, non. Je comprends que j'ai besoin de l'armée mais pourquoi moi?

C'est mon côté, ce n'est pas le côté de la psychanalyse et non ... c'est le côté de mon bien-être mental, je ne peux pas dire que c'est le moi psychiatre et le moi psychothérapeute.

Interviewer : Et que signifie être psychothérapeute dans le contexte de la psychose ?

Dr. G. A. : dans le contexte de la psychose ?

Interviewer : Oui.

Dr. G. A. : Je pense que les psychotiques ont besoin de vraies personnes, pour sentir qu'il y a de vraies personnes, dehors, avec qui ils peuvent, avec qui ils peuvent nouer des liens et s'appuyer. C'est un côté de cette chose, alors j'essaye d'être accessible, pas trop clair et ...

La deuxième chose, écoutez, il y a le ... je ... c'est une question, je ne sais pas comment prendre cette question. Ce n'est pas que je traite comme un psychothérapeute un psychotique, je fais surtout du management. D'un autre côté, une partie des raisons concerne mes propres contraintes.

Interviewer : Au-delà des contraintes, qu'est-ce que cela signifie pour vous psychothérapie ou traitement qui n'est pas un médicament chez les personnes avec une psychose ?

Dr. G. A. : Aiguillez-moi un peu de ce que vous voulez dire ? Quels mécanismes fonctionnent à mon avis ? En quoi je crois ? Comment je crois qu'on devrait traiter les patients ?

Interviewer : Oui.

Dr. G. A. : Quel est l'acte thérapeutique chez la personne psychotique ?

Interviewer : Oui.

Dr. G. A. : [Silence] Ah ... [Silence] Je peux associer par exemple avec quelque chose de lointain et pas très clair. C'est quelque chose qui est très long à mes yeux dans lequel se crée le transfert et la dépendance qui est très puissant et plus fort. Vous voyez un patient en tant que médecin au CMP, par exemple une fois par mois, un rendez-vous médical. Puis vous partez à l'étranger et il se retrouve hospitalisé. Il y a

aussi des témoignages empiriques concernant ce sujet, que des gens qui ont été dans de longues thérapies n'étaient que très peu hospitalisés.

C'est-à-dire qu'on peut orienter les besoins de dépendance plus vers l'extérieur et un peu moins vers l'intérieur, il faut en faire un peu moins. Alors à partir de cela, peut-être qu'on peut dire quelque chose sur l'acte thérapeutique.

Par rapport au travail ici dans le service, « il y a deux choses que je pense que nous ne devons jamais abandonner : l'une est la démarche de comprendre, la tentative de penser et de comprendre ce que la personne dit, la possibilité d'incarner d'une certaine façon une fonction alpha. Nous ne devons pas abandonner cela afin d'essayer et d'aider la personne à comprendre ce qu'elle pense et ce qu'elle dit et de penser avec elle, ensemble, ce qui est difficile.

Et l'autre chose à laquelle nous ne devons jamais renoncer, c'est de comprendre ce qui, en ce moment, dans la vie de la personne ne fonctionne pas. [...] Même pour quelqu'un parmi les psychanalystes qui serait seulement analyste, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de débats sur le fait qu'il y a des gens qui ont besoin de médicaments.

Il faut comprendre, il faut penser à ce que causent les médicaments, c'est-à-dire, que les médicaments éloignent, ils relient la perspective interne aux stimuli et aux angoisses et aux peurs et ils vous éloignent un peu de l'objet... Ce qui est bien car parfois l'objet vous tient à la gorge et vous devez vous éloigner de l'objet. Mais... mais ils ne guérissent pas.

Et donc je pense que, concernant l'acte thérapeutique de prescription, ce serait pour nous plus difficile d'avoir une réponse au traitement si nous ne prenons pas en

considération par exemple, quel est le lien de cette personne à l'autorité, ce qui est peut-être quelque chose qui peut être lié à son passé.

Cela dit, je peux ajouter peut-être quelque chose sur la façon dont je pense le travail, si nous ne considérons pas les gens comme des personnes complexes mais qu'on les considère comme des troubles cérébraux, je pense que nous arriverons à un point où nous les aiderons beaucoup moins. Et je pense qu'il y a beaucoup de travail sur la compréhension des peurs, sur ce que ça leur rappelle, et sur la tentative de travailler avec cela. Par exemple, pour un patient qui est sorti aujourd'hui, il a été important d'entendre quelle signification prenait pour lui le fait qu'il entrait dans un foyer de vie, cela équivalait en fait pour lui à suivre la voie de sa mère, elle-même vivant dans un foyer comme celui-ci.

Si je pense juste aux solutions que je veux offrir, c'est à refaire tout le temps. Donc je pense qu'une partie de l'acte thérapeutique dans le service consiste exactement à aller dans un certain sens bien que tout le temps, nous avons des tas de charges et de voix provenant de l'assurance et de considérations économiques et culturelles.

Vous savez quoi, peut-être qu'une partie de l'acte thérapeutique, c'est d'inclure en nous les voix qui pourront parler, ces voix contre les autres [des considérations économiques, etc.] Et vous savez, je ne suis pas un homme de théorie, non je ne suis pas accroché à une théorie en particulier mais il y a une certaine perspective qui nous aide à incarner une fonction qui est une fonction ayant quelque chose d'adapté, de cette façon qui accompagne et non intrusif. C'est une perspective qui permet de soutenir un bon état d'esprit. Je me lie à une perspective qui se situe entre Bion et Winnicott, sur les besoins de dépendance qui ne sont pas satisfaits et deviennent des

tentations internes hallucinatoires. C'est si vous me demandez ce qu'est l'acte thérapeutique en théorie, disons.

Interviewer : Y a-t-il une rencontre ou un événement qui vous a surpris dans votre travail avec les patients ? Quelque chose qui, tout à coup, vous a permis d'attraper quelque chose qui s'est passé ici, en cours de traitement, c'est-à-dire qui vous a surpris, que vous n'aviez pas pensé à l'avance ?

Dr. G. A. : Oui bien sûr qu'il y en a eu. Mais vous savez, vous me surprenez. Euh ... vous parlez du travail avec des psychotiques ?

Interviewer : Oui, en travaillant ici dans le service, je ne parle pas de votre clinique privée.

Dr. G. A. : [Silence] Je n'ai rien qui me vient à l'esprit. [silence]. Je ne sais pas si pour appeler ça une surprise, il y a quelque chose, par exemple, qui me surprend parfois, à propos des endroits dont les gens ne se souviennent pas. Cela m'a surpris parfois qu'une patiente ayant été si tumultueuse et haineuse au point de me frapper et griffer, puis elle s'est réveillée un peu plus tard sans s'en souvenir. Et ce ne fut pas seulement un moment, ça avait duré une semaine où elle avait circulé dans cet état.

Dr. G. A. : C'est un peu un problème, vous me posez une question comme si vous aviez besoin de quelque chose très profond, j'ai pour vous quelques exemples assez banals, parce que je n'ai vraiment pas eu de bon traitement avec un psychotique. Vous savez quoi, il y a eu quelqu'un de psychotique du service, psychotique comme un crapaud. Il m'a dit que la semaine d'avant, il avait gagné à un rallye en Hongrie, avec des voitures de course, alors je lui demande "ah oui, vraiment ?" Il me sort son billet d'entrée comme participant à la course. Un vrai psychotique, qui avait gagné dans un rallye en Hongrie, ça m'a surpris. Je ne suis pas sûr que ce soit la réponse que vous recherchez ... [rires].

Interviewer : Mais cet exemple est intéressant, je pense ... C'est soudainement comme si ça vous surprenait qu'il ne dise pas que des bêtises.

Dr. G. A. : Oui, il parlait vraiment que de bêtises comme s'il était terriblement psychotique.

Interviewer : Au fait, quelle est vraiment votre attitude face à la parole psychotique ?

Dr. G. A. : Encore une fois, je le dis, il dit des bêtises parce que c'est un langage commun. Mais, je dis qu'il ne faut jamais renoncer à essayer de comprendre ce qui se cache derrière le discours psychotique. Ma réaction à sa parole est qu'il n'arrive pas à arriver à un contenu qui peut être pensé et rêvé. Et peut-être même changer quelque chose avec lui dans le monde ou en moi. Et nous avons un rôle à jouer en essayant d'être la fonction qui le convertit en un tel matériau.

Et vous pouvez voir quand quelqu'un parvient à se détendre, vous pouvez voir quand vous le touchez, quand vous l'aidez à s'organiser.

Interviewer : Avez-vous des exemples ?

Dr. G. A. : Bien sûr, ça arrive tout le temps. Si pendant la visite des médecins, j'arrive à dire quelque chose sur ce qui est difficile, et vous voyez que cela touche et vous voyez que c'est touchant, vous voyez que c'est apaisant. Ça donne une bonne sensation, et puis je suis toujours terriblement fier que vous avez capturé un sens, que cela l'a touché et que vous l'avez calmé, et puis je suis terriblement fier, parce que très profondément, je ne crois pas pouvoir faire ça d'une manière continue. Je sens que j'ai fait quelque chose de bien ou que je suis quelqu'un de bien et ce n'est pas un sentiment qu'elle est aussi continue ici dans le service.

Interviewer : Continuez.

Dr. G. A. : Revenons au cirque [pas clair 0:36:43] au geôlier, à ces endroits où vous êtes dans des interactions dans lesquelles les gens vous crient dessus. "Pourquoi me

retenez-vous ici ? Pourquoi me souciez-vous de quelque chose dont je n'ai pas besoin ? Pourquoi me limitez-vous ? Pourquoi vous m'interdisez ? Pourquoi vous ruinez ma vie ?”

Interviewer : Au-delà de la véritable fonction sociale d'un service psychiatrique, cette société détermine que certaines personnes seront dans le service. Comment voyez-vous le service ? Quelle est sa fonction ? Que fait-elle ? Est-ce que c'est différent de votre clinique privée ?

Dr. G. A. : Elle fait tenir, elle a une très, très grande fonction de maintien et ... il faut se rappeler qu'en dehors de la fonction sociale la plupart des patients ici, à un moment donné, ne sont pas contraints, ils sont venus et ont demandé à être hospitalisés.

Ils voulaient être hospitalisés parce qu'ils ne pouvaient pas se permettre des soins intensifs à l'extérieur, ou, comme beaucoup de cas ici, ils devaient être encadrés 24 heures sur 24. Que c'est quelque chose que l'institution, avec tous ses inconvénients, offre également,

Le service a une très grande fonction de maintien, ce qui est quelque chose que l'institution, avec toutes ses lacunes, fournit aussi. Vous êtes maintenu par le fait que vous êtes en pyjama, par le couloir, par la porte, par le personnel et les heures bien définies de repas, de sommeil, de prise de médicaments. Et ceci a une fonction.

Une deuxième fonction est celle de l'observation, c'est-à-dire une fonction d'organisation de la vie, pas seulement le lien, qui ce à quoi invite la psychothérapie, mais organiser la vie, c'est une fonction de regard sur l'avenir, tout cette fonction de rééducation, cette intensité avec laquelle vous pouvez gérer votre crise, plusieurs fois par jour.

Bollas a écrit dans un livre *Catch them before the fall*, il était déjà un homme âgé et n'avait certainement pas besoin de cet argent, mais il a écrit sur ses patients qu'il faut identifier la crise avant qu'ils ne soient hospitalisés. Il a parlé d'une expérience qu'il a faite, pendant laquelle il faisait plusieurs séances avec le même patient plusieurs fois par jour. Il ne demandait pas d'honoraires supplémentaires pour cela. Et selon lui, ils n'étaient plus hospitalisés pendant cette période-là. Ici, ce n'est pas "catch them before they fall" mais on peut quand même les attraper plusieurs fois par jour.

Et le service a une fonction, que je vois comme une fonction appelée moratoire, le service est une pause avec l'extérieur, un allègement de la dette, disons aussi que les patients ont aussi une fonction ici de ne pas être seuls. Beaucoup de patients ont des amitiés qui ne sont qu'ici.

Interviewer : Que pensez- vous pensez de l'organisation du service, en relation avec les fonctions thérapeutiques du service ?

Dr. G. A. : Je ne suis pas sûr de comprendre la question ?

Interviewer : Quand je pose des questions sur l'organisation, alors j'interroge les différents espaces, sur les mouvements du patient au sein du service, sur les différents espaces, sur la visite des médecins, les réunions approfondies.

Dr. G. A. : Je vois. Tout d'abord, il faut bien sûr dire que ces choses varient aussi d'un service à l'autre, il n'y a rien d'uniforme ici, n'est-ce pas ? Ce n'est pas que tous les services fassent des réunions approfondies. C'est quelque chose que vous savez certainement. Tout d'abord, je dirai que nous travaillons dans des conditions qui ne sont pas thérapeutiques, avant de nous arrêter un instant sur les réunions approfondies. Vous savez, le ratio, le nombre de patients dans le service et le ratio de soignants, il y a quelque chose de presque absurde.

C'est un peu comme mettre quelqu'un qui est en pleine première décompensation, il est paranoïde, il a peur, et vous l'avez mis ici avec quelqu'un qui est arrivé sous contrainte, un criminel, alors dans ces conditions, on sait aussi comment aggraver leur situation, pas seulement s'améliorer.

Et la deuxième chose est que ce n'est pas seulement pour les patients, c'est pour moi, le temps que je peux consacrer à chacun, le temps que les thérapeutes peuvent consacrer à chacun n'est pas suffisant. A mes yeux, il est la moitié de ce qu'il devrait être. Pas plus, pas moins, la moitié. Et c'est aussi ma principale difficulté, dans ce travail, ce sont des endroits où je n'ai pas d'espace. Ce sont des endroits où on vous entasse dans le système digestif du psychique, du contenu tout le temps et tu ne peux pas le digérer.

Et votre seul choix est de faire toutes sortes de désassociations, qui vous reviennent comme elles savent comment revenir, dans toutes sortes d'autres choses. Et c'est quelque chose qui n'est pas juste, je ne sais pas à qui et ni quoi, mais le sentiment est d'injustice, on ne peut pas introduire autant de matière sans me laisser digérer. C'est nocif pour la santé.

Maintenant, pour ce qui est du service, je pense qu'il y a de très, très bonnes choses. Que cette réunion approfondie c'est de l'or, en particulier celle de l'équipe du service, c'est une équipe où chacun s'exprime et moi, je veux entendre ce que chacun a à dire. Ceux qui parlent, je veux entendre ce qu'ils ont à dire, c'est pour moi formidable, très précieux

Que puis-je te dire ? La POR [la réunion de staff du matin] devrait, vous savez, vous devriez entendre, c'est ce que c'est, ce sont des mises à jour régulières, des changements de dosages, c'est ce que c'est, toujours trop court, vous travaillez constamment avec une couverture trop courte. Vous savez, si vous la faites plus

longue alors, on n'aura pas le temps pour autre chose... qu'y a-t-il d'autre ? Il y a les rencontres des thérapeutes avec leurs patients, qui est un espace dont je suis relativement jaloux, dont je suis souvent jaloux, en ce que, parfois, par exemple, un thérapeute, qui est en formation, c'est vrai, il ne vient que pour les séances thérapeutiques et les supervisions. Il passe sa journée à faire des thérapies et des supervisions.

Interviewer : Oui, votre travail aujourd'hui fait que vous ne faites pas beaucoup de séances thérapeutiques avec les patients...

Dr. G. A. : J'en ai trois, mais c'est voulu. J'en prends peu car si j'en prends beaucoup, c'est la panne. Mais moi, vous savez, je suis impliqué dans les conversations avec les familles et dans la réflexion et en cela, dans chacun des traitements qui se passent de votre côté, je sais ce qui se passe dans chacun des traitements de mon côté.

Interviewer : Eh bien, cela me semble suffisant.

Dr. G. A. : J'espère que cela a aidé avec quelque chose.

Interviewer : Ouais, voyons ce que j'en fais.

[Fin de l'enregistrement 0:47:41]

Mme E. H. - Cheffe des travailleurs sociaux de l'hôpital de 1994 à 2018

*Travailleuse social clinique senior, diplômée de l'Institut de psychothérapie de l'université de Tel Aviv, date de l'entretien 29/03/2018 .*

Interviewer : Quel est votre nom ?

E. H. : E. H.

Interviewer : Vous êtes travailleuse sociale ?

E. H. : Je suis travailleuse sociale, titulaire d'une maîtrise en travail social. Et puis je suis diplômée de l'école de psychothérapie de Tel Aviv, j'ai également suivi un cours d'animation de groupe, également à l'Université de Tel Aviv. Et plus tard, j'y ai aussi fait une formation pour être superviseur, et plus tard j'ai aussi fait une formation en rééducation. Ce sont des formations professionnalisantes.

En termes de travail, j'ai donc travaillé dans l'armée, essentiellement tout mon cadre professionnel était sous la direction de l'armée. J'ai travaillé dans différentes bases militaires et c'est là où j'ai travaillé le plus longtemps, dans un centre de réadaptation de l'hôpital Tel Hashomer, qui était divisé en deux parties, un an et demi j'ai travaillé en rééducation orthopédique et sept ans en rééducation neurologique.

Puis j'ai déménagé, j'ai passé environ cinq ans au sud d'Israël comme directrice du centre ambulatoire de l'armée. Là bas, j'ai continué à travailler avec des patients, mais la majeure partie du travail consistait à construire un système de santé mentale en tant que force auxiliaire au combat et dans les situations terroristes.

Ensuite on a commencé les premières actions qui concernait comment construire un système de santé mentale qui fournit une réponse thérapeutique en cas d'urgence. Et puis je suis passée deux ans à Shalvata, en tant que thérapeute employée par l'armée,

je suis retournée à l'armée et après la fin du service militaire, je suis retournée à Shalvata en tant que directrice des services sociaux.

Interviewer : A quel moment, en quelle année êtes-vous arrivé à Shalvata ?

E. H. : Oh, la première fois, je pense c'était entre les années 1986 et 1988 quelque chose comme ça, puis en 1994. En 1994, j'étais déjà responsable du service.

Interviewer : Donc la première fois vous avez travaillé en tant que thérapeute lié à l'armée ?

E. H. : Oui, dans un service fermé.

Interviewer : D'accord.

E. H. : Ensuite, j'ai également commencé à étudier dans une école de psychothérapie, à Tel Aviv, à la Faculté de médecine. Je l'ai fait en plusieurs étapes, car j'ai aussi commencé à étudier pour un master. Il n'était pas si clair qu'ils m'accepteraient, car ils ne voulaient prendre que des diplômés d'un master. Ils m'ont accepté et puis c'était trop dur pour moi, parce que j'ai aussi commencé travailler à Shalvata et c'était beaucoup de se connecter à des concepts, à une terminologie complètement différente, faire à la fois le master et aussi l'école de psychothérapie, c'était trop. J'ai donc quitté l'école de psychothérapie, j'ai obtenu la maîtrise, puis je suis revenue et j'ai obtenu mon diplôme de l'école de psychothérapie.

Interviewer : Quand vous êtes arrivé à Shalvata, que saviez-vous de Shalvata ?

E. H. : Que savais-je de Shalvata ? Ah ... Ma première rencontre avec Shalvata a été ... j'avais une amie qui était assistante sociale dans le service ouvert n°2, j'étais à l'époque à Hod Hasharon et elle m'a invité à venir à Shalvata. Alors je suis venue. Et le service n°2 était l'endroit où se trouve la bibliothèque et tout le bâtiment administratif aujourd'hui. Un groupe de femmes se tenait là et parlaient entre elles. Elles se tenaient comme ça, avec des portefeuilles, et j'ai vu ça, je les ai regardés, je

pensais que c'était des gens qui venaient, je ne sais pas, peut-être qu'ils faisaient une visite, ou quelque chose comme ça. Et ce n'est que plus tard que je me suis rendu compte que c'était des patients. Je me souviens de cette expérience, je les regarde et j'étais convaincue, c'étaient de telles femmes autour de trente ans, elles se sont levées et ont parlé comme ça très sérieusement, elles ont attendu pour entrer dans la salle à manger et elles étaient bien habillées.

Et en fait ce spectacle que vous ne savez pas exactement jusqu'au bout qui est malade et qui ne l'est pas, c'était toujours comme ça. Je me souviens que seulement quand tu regardes de près tu remarques les yeux fermés ou tristes, alors tu vois en fait qu'il y a une maladie. Parce que beaucoup de fois à l'époque, maintenant vous le voyez moins, mais je me souviens de me promener dans l'hôpital et de groupes de jeunes assis sur l'herbe, jouaient de la guitare, chantaient, pas très différent de n'importe quelle pelouse de Tel Aviv, où les gars sont assis là.

Je veux dire alors ... c'était ma première rencontre de Shalvata. Je savais que c'était un excellent hôpital.

Interviewer : Excellent dans quel sens ?

E. H. : Je veux dire, ils ont toujours dit que c'était un endroit ah ... ou il y a une très bonne attitude humaine, que vous regardez les gens à hauteur des yeux.

Je me souviens aussi qu'un ami qui était avec moi voulait entrer dans Shalvata, je veux dire qu'il y avait une sorte d'aura qui tournait autour de ce nom.

Plus tard, j'étais comme ça aussi quand j'étais déjà arrivé et que j'avais aussi commencé à observer, donc fondamentalement à sa base, c'était mis en place par des analystes. Je veux dire tous les directeur et les chefs de département, c'étaient tous des analystes et en fait il était destiné à la société élitiste israélienne, qui plus tard, j'ai

compris, est le mouvement moshavim, le mouvement kibboutzim, et les gens attendaient en ligne pour attendre être acceptés, et recevoir un traitement.

Je veux dire, ce n'est que beaucoup plus tard que cela commence à être régional, c'est-à-dire pour tout le monde et il y a une autre façon de se relier, mais au début, ce sont des gens qui attendent d'être acceptés ici. Vous savez, soudainement, j'ai un souvenir de ma première période Shalvata, c'était un samedi et je conduis et au feu, Micha Neumann, qui était le directeur de l'hôpital, s'arrête. J'ai même étouffé, tu sais, j'étais une travailleuse sociale qui venait de commencer à l'hôpital.

Il me dit "tu sais, je vais à Shalvata, la réunion des analystes, de l'institut psychanalytique de Jérusalem", ça se passe dans Shalvata, cela signifie connecter la tour d'ivoire analytique à l'hôpital.

C'était très agréable de venir y travailler. Tout le monde est très bien habillé. Je veux dire, il y a le sentiment que les gens se respectent, respectent la population avec laquelle ils travaillent, aiment travailler. Je veux dire qu'il y avait quelque chose de très agréable comme environnement de travail.

Je me souviens que j'ai commencé à travailler en 1994, alors quelqu'un qui travaille pour moi, j'ai dû lui payer quelque chose et je lui ai dit : " Tu sais quoi, viens à l'hôpital et je te le donnerai ". Alors elle entre et me dit : "Dites-moi, est-ce que c'est la même population d'Abarbanel hospitalisée ici ?" Alors je lui ai dit : "Théoriquement oui, ce sont eux, les mêmes maladies." Je lui ai dit "pourquoi ?", Elle me dit "ce n'est pas la même chose, les gens ici ont l'air différent".

Je veux dire qu'il y avait quelque chose de si général, que ça avait vraiment l'air différent. Le jardin était toujours bien entretenu. Je veux dire que chacun a gardé sa place et son bien-être et celui des patients. Il y avait un sentiment esthétique, agréable, une bonne ambiance.

Maintenant, si nous revenons un instant à ce que j'ai entendu de plus. En fait je ne savais pas grand chose, mais l'aura, je veux dire lentement j'ai aussi fait connaissance avec plus de gens qui y travaillent. Et il y avait une autre référence. Ce n'est pas un hôpital conventionnel, ce n'est pas un hôpital ordinaire.

J'avais aussi quelque chose avec lequel je pouvais comparer. La première fois que je vois un hôpital psychiatrique, c'est en 1970. J'étais étudiante en deuxième année à l'École de service social et la personne qui m'enseigne est le professeur Yehuda Fried (directeur de l'hôpital Abarbanel).

Et il a suggéré que nous allions à l'hôpital, à Abarbanel, pour organiser des réunions, apprendre à connaître un patient, le suivre et tenir un journal. Je suis de Holon (ville à proximité de l'hôpital Abarbanel), donc pour moi Abarbanel est une maison de fous. Et nous y sommes allés et c'était vraiment une expérience terrible d'y entrer. J'ai eu huit séances avec des hommes, puis je suis allée à huit séances avec des femmes.

Je me souviens de la sensation du premier jour où j'étais à Abarbanel, je suis rentrée chez moi, j'étais brisée de la rencontre... C'était dur, c'étaient toutes sortes de situations très difficiles. C'est ce dont je me souviens de l'hôpital Abarbanel.

Ensuite, j'ai connu l'hôpital psychiatrique de Be'er Sheva, parce qu'en tant que thérapeute de l'armée, j'y suis arrivée. J'ai visité le service fermé à plusieurs reprises, parce que c'est là que nous hospitalisons les soldats, donc je devais leur rendre visite. Une des situations dont je me souviens encore aujourd'hui, je parle de 1983 ... j'entre dans le service fermé, je pense qu'il y avait environ 50 personnes, bondées, les plafonds bas, vous entrez comme dans un cachot, ... le comptoir des infirmières bien sûr en protection de verre et ainsi de suite.

J'étais stupéfaite, je suis entré, le patient que nous avons hospitalisé la veille et recherché avec la police dans tout Be'er Sheva, dans toutes sortes d'endroits où la

police ne voulait pas entrer, alors il m'a organisé une chorale, pour moi, ce fut une expérience très festive.

Je sors, après avoir parlé aux médecins et je ne sais pas comment sortir ?

Je ne pouvais même pas regarder, en fait ils allaient bien. Il y avait des flèches par terre, rouges en direction de l'intérieur, et vertes vers l'extérieur. Alors j'ai marché derrière une dame et je n'arrêtais pas de lui dire "désolée, désolée, comment sort-on d'ici ? ...". C'était une femme de ménage, qui s'est avérée être sourde, la pauvre, elle n'avait pas entendu, puis Je suis allé voir le directeur de l'hôpital et je me suis un peu calmée.

Et tu arrives à Shalvata, le comptoir des infirmières est ouvert du, il y a de l'espace. J'ai soudain réalisé ce que signifie une structure, aujourd'hui ça commence aussi à se densifier, mais ensuite c'était ouvert, des chambres, tout était si spacieux et confortable. D'accord, alors la porte est toujours fermée, on doit toujours demander "ouvre-la" et "ferme-la", mais dans l'ensemble, le sentiment était agréable par rapport à cet enfer que j'ai vu.

Je me souviens que j'ai vu pas mal d'endroits et nous avons fait des audits dans d'autres hôpitaux.

Nous sommes entrés dans un service dans un autre hôpital et j'ai juste tressailli. Alors quelqu'un me dit "tu travailles dans un hôpital, n'est-ce pas ?" Je lui ai dit "oui, mais ce n'est pas ce que je connais."

Je veux dire que j'ai compris, j'ai vu, j'ai senti que c'était un hôpital différent.

Les personnes sont sélectionnées pour être là (hôpital Shalvata), et on choisit les gens qui veulent se spécialiser en psychiatrie.

Interviewer : Question, y a-t-il un lien entre l'atmosphère dont vous parlez et dont vous avez entendu parler et le fait que le fondateur de l'hôpital et tous les chefs de service, étaient des psychanalystes ?

E. H. : La perception était très thérapeutique.

Interviewer : Qu'entendez-vous par thérapeutique ?

E. H. : Écoutez, je dirais... des gens sont venus et ont été hospitalisés pour recevoir un traitement psychothérapeutique avec des médicaments. Au début, il y avait des chocs d'insuline, il y avait des chocs électriques, des restrictions physiques. Je veux dire que c'est un hôpital, ce n'est pas la fête. Mais, ce n'est pas seulement la position analytique, c'est aussi que le statut des paramédicaux était également très bon. Professeur Yaffe, première directrice de l'hôpital était travailleuse sociale et médecin.

Interviewer : A-t-elle créé l'hôpital ?

E. H. : Je ne me souviens pas comment ça a été mis en place. Chronologiquement, c'était une sorte de passage d'apprentissage pour créer un kibboutz.

Interviewer : Pour les psychiatres ?

E. H. : Non, non, kibboutz appartenant au mouvement des kibboutz.

Interviewer : Oui.

E. H. : Et puis, c'est devenu un hôpital pour patients tuberculeux. Et puis, ça a été ouvert comme un hôpital psychiatrique de jour. Puis un peu plus tard, ils ont également ouvert un service fermé, et là, cela devient un hôpital à toutes fins utiles. Sa première directrice, professeur Yaffe, était aussi directrice du bureau de l'aide sociale à Rishon Lezion pendant deux ans.

Interviewer : Est-elle psychiatre ou travailleuse sociale ?

E. H. : Elle est psychiatre. Mais apparemment, elle était aussi assistante sociale. A Rishon Lezion, elle était la directrice du Bureau de l'aide sociale. Et c'était une place

très importante pour les travailleurs sociaux qui étaient là, et pour toutes les professions paramédicales. Le directeur qui lui succède, le professeur Shamai Davidson ...

Interviewer : Et elle était psychiatre d'où ?

E. H. : Je crois qu'elle a fini ses études à Vienne ou à Berlin. Je pense qu'elle était aussi psychanalyste, bien sûr. Je ne sais pas où elle a fait la formation.

Interviewer : Elle était aussi psychanalyste ?

E. H. : Oui, oui carrément psychanalyste. Et elle donne beaucoup de place aux professions paramédicales. Elle est remplacée par le professeur Shamai Davidson, écossais, également ami personnel de Lang. Il a amené plusieurs choses importantes. Premièrement, il était très intéressé par les survivants de l'Holocauste, il a fait des recherches et les interviewes et s'est intéressée à la question des traumatismes. Il pensait aussi que les malades mentaux ne devraient pas être hospitalisés, ils devraient être dans la communauté.

C'était il y a environ 50 ans, et il parle de ce qui est aujourd'hui la tendance de base des soins de santé et des services de réadaptation. Et il construit déjà des appartements de transition à Raanana. Mais le modèle est différent de ce qu'il est aujourd'hui. Il y avait des patients sortis de l'hôpital et des soignants.

Il a mis en place plusieurs appartements de transition.

Il passe par toutes sortes de réincarnations, et il devient plus tard une association "le moineau" (association de réhabilitation pour les malades mentaux). Il crée un club social à la sécurité sociale de Raanana et qui deviendra plus tard le club de l'emploi. Je veux dire qu'il y avait quelque chose de spécial, au-delà du lieu analytique, il y avait aussi une sorte d'idéologie de réhabilitation.

Interviewer : Comment cela s'exprime-t-il, le lieu analytique, au-delà du fait que le directeur ou le directeur de l'hôpital était un analyste, comment est-ce que cela s'exprimait ?

E. H. : Tout d'abord, les traitements étaient très longs. Je veux dire qu'il y avait des situations où les gens attendaient d'être acceptés pour faire des traitements, je veux dire qu'il y avait des hospitalisations terriblement longues. Je veux dire qu'il n'y avait aucune pression pour libérer, les gens venaient et se faisaient traiter.

Les directeurs étaient aussi analystes, et la formation des psychologues était très dynamique, et l'atmosphère tout entière de l'hôpital était que les gens venaient recevoir une psychothérapie. C'était un sujet important et significatif au fil du temps.

Ami Levy m'a suggéré d'aller à l'école de psychothérapie, "je ne sais pas s'ils accepteront parce que tu n'as pas de master". J'ai été reçue. J'avais 2-3 patients qu'il m'a donnés, et il s'est assuré que j'avais un bureau pour les recevoir. Je veux dire qu'il m'a beaucoup poussée.

C'est comme envoyer tous les étudiants en médecine dans une école de psychothérapie. Il y a une déclaration qui indique qu'il faut qu'ils étudient comment être psychothérapeutes.

Ce qu'il n'y avait pas, c'était des fonds de recherche, aucunes recherches. En cela, il y avait une différence entre l'hôpital Geha et l'hôpital Shalvata.

A Geha, il y avait des études et des recherches tout le temps, à Shalvata, on traitait, des traitements psychothérapeutiques. Je me souviens quand je suis rentrée à Shalvata, je ne l'oublierai jamais. Disons, en 95, un des psychiatres avait besoin de 3000 shekels pour acheter quelque chose, pour faire une recherche, et il n'y avait pas d'argent. Sa contrôleuse lui a donné de l'argent, elle l'a financé.

Soit dit en passant, entre parenthèses, aujourd'hui encore, cela pose problème, car il y a très peu d'enseignants ou de professeurs. Je veux dire si aujourd'hui, dans les termes actuels, vous comptez sur un système qui fonctionne, Geha peut être considéré comme avant-gardiste, car il a beaucoup d'enseignants, de professeurs, ce qu'il n'y a pas à Shalvata.

Je me souviens que pour Liana c'était très difficile, je veux dire qu'elle n'a pas progressé parce qu'elle n'a pas fait de recherche. Aujourd'hui, ça ne passe pas, tu es obligé de faire de la recherche. La perception était que tu es vraiment psychothérapeute, ça veut dire qu'un patient du service sera obligatoirement vu deux ou trois fois par semaine, ça n'arrive nulle part ailleurs.

Comment ont-ils fonctionné ? Ils ont travaillé comme ils travaillent aujourd'hui. Cela signifie qu'il y a des gestionnaires de cas. J'y suis rentrée en 94, mais ils travaillaient aussi de la sorte avant cela. Je me rappelle qu'on nous critiquait. Un psychiatre vient et il s'assoit et me parle, et je pense que ses poils se sont dressés quand il a entendu que nous travaillons par gestionnaires de cas, c'est-à-dire que nous ne travaillons pas selon les protocoles d'alors, dans lesquels un psychiatre qui est le responsable du traitement, qu'il donne des médicaments. Il y a un psychologue qui pratique le traitement psychologique et les travailleurs sociaux qui peuvent parler aux familles, et sont le lien avec l'extérieur. Mais ce n'est pas un gestionnaire de cas où tout le monde fait tout.

Plus tard, si on saute un peu, ce que j'ai fait, ce qui était important pour moi, c'est qu'on puisse se définir comme des travailleurs sociaux qui savent aussi pratiquer la psychothérapie. Oui, il était important qu'il y ait une définition professionnelle, mais c'est ce que tout le monde fait. Les gens viennent, ils reçoivent une psychothérapie, et les contrôles sont analytiques, tout le système apprend.

Maintenant, au-delà de ça, je parle de la relation, alors moi, du moins depuis que je suis la-bas, je m'étais un peu opposé émotionnellement à l'idée que nous sommes égaux. Parce que nous ne sommes pas égaux, les patients et les soignants.

Il y avait un sentiment de..., je ne sais même pas comment le définir, mais du moins que nous sommes tous des êtres humains ou quelque chose du genre, disons. Je l'ai en quelque sorte détaillé quand de nouveaux étudiants ont commencé à arriver. Bien sûr, nous sommes tous des êtres humains, mais je suis constamment consciente du pouvoir que j'ai, je peux déterminer le sort de la personne, à certains moments.

Je veux dire qu'évidemment plus tard, lorsque la loi sur la réhabilitation est entrée, mais aussi plus tôt. Quelle lettre j'écris ? Et comment je me bats pour qu'il soit reconnu par la Sécurité sociale, et ce que je fais pour lui, il a besoin, il dépend, nous ne sommes pas les mêmes. Comme j'ai besoin de quelqu'un, il a aussi de la supériorité sur moi. Mais je souligne constamment que de cette position où je connais les différences et les écarts entre moi et les patients, que je sais qu'ils ont besoin de moi, que je sais que j'ai du pouvoir sur eux, et que ce pouvoir, je dois l'utiliser avec compassion. C'est-à-dire que par la reconnaissance de cette supériorité, je peux le traiter avec compassion et respect, et voir où je peux lui donner les meilleurs soins, quand je le vois vraiment dans son ensemble, c'est-à-dire qu'il est également malade, alors je peux l'aider. Mais je ne peux ressentir cette compassion que par la reconnaissance du pouvoir que j'ai, que je dois agir avec sagesse, et ne pas oublier qu'il existe tout le temps.

Parfois vous pouvez l'oublier. Il y a constamment des situations pendant lesquelles tu peux aussi blesser. Je le dis tout le temps, il faut voir l'autre, où il est, l'endroit où il est et était ...

Interviewer : C'était dans votre esprit, tout le temps, que vous pouviez aussi blesser ?

E. H. : Blessé ? Oui, oui, certainement. Je me souviens que ça a eu lieu à plusieurs reprises. J'avais un bureau dans le service. J'étais assise dans ce bureau qui était la dernière pièce et qui est aujourd'hui l'école, à proximité des salles de supervision du service A. C'était donc difficile à l'époque aussi, et quand je suis revenue en tant que responsable du service, j'y étais assise aussi. Tu sais, je ne viens pas à huit heures du matin pour partir rapidement, je restais plusieurs fois le soir, l'après-midi, assise là, travaillant et j'entendais les cris qui venaient de là-bas, des salles de surveillance. J'ai parfois eu l'impression que je n'écoutais tout simplement pas, parce que si j'écoutais, je pourrais m'asseoir et pleurer tout le temps, je veux dire comment peut-on déconnecter et continuer à travailler là-bas, alors qu'il y a en arrière-plan ce terrible désespoir. Il y a quelques épisodes dont je me souviens, l'un, c'était un type qui était à l'hôpital depuis des années, il arrivait habituellement vers l'hiver, il n'avait pas où dormir et du coup, il venait. Et vous ne pensiez pas qu'il avait quelque chose à dire, il était en fait un meuble qui était assis là.

Je me souviens qu'il y avait une étudiante qui a commencé pour la énième fois à prendre soin de lui et l'a amené au comité de réhabilitation, là, il a raconté, comment les gens passaient à côté de lui sans le voir du tout. Je veux dire, on ne lui dit pas bonjour, il est assis là, et on pense qu'il ne sait pas vraiment parler. Il a raconté comment en fait dans sa vie, on ne le voit pas du tout.

Et il a décrit cela qu'en dehors de vraiment verser des larmes, vous n'aviez rien. Soudain, j'ai compris comment parfois nous ignorons, et quelle blessure ça peut être. Je me souviens que j'en ai été choquée.

La deuxième fois, nous étions aussi assis avec un très ancien patient, il y avait une grande réunion et ils ont fixé une autre réunion, tout le monde sort un agenda pour essayer de déterminer une date possible, et puis il dit "pourquoi on ne me demande

pas quand je peux ?". Il avait raison, peut-être qu'il avait aussi un programme, cela n'a pas d'importance du tout, même si nous déterminons ses plans, mais il peut avoir quelque chose à dire, si ça lui convient, ou ne lui convient pas, c'est quelque chose à prendre en considération.

Je me souviens qu'il y avait aussi un patient que j'ai soigné quand j'étais dans le service A., je l'accompagne depuis des années, et cette fois il est venu à sa shalvata, c'était récemment. Il semble complètement déconnecté. Au début je lui ai dit "Bonjour", il n'a pas répondu. J'ai arrêté. Après une longue période, un jour je passe et il dit "Yo, Esti, comme tu as bonne mine, tu as minci, comment vas-tu ?".

J'ai été choqué, tout d'abord qu'il regarde, qu'il voit, qu'il se rappelle. Ils sont beaucoup plus pleins que ce que nous avons à l'esprit. C'est pour cela que tout le temps, je suis consciente de la manière avec laquelle on parle, ce qui se dit et quelle attitude on prend.

Interviewer : Parce que quoi ? Parce qu'importe comment vous parlez et ce que vous dites ?

E. H. : Ne pas faire de mal, car le niveau de sensibilité est différent. Cela pourrait avoir un rapport avec la façon dont je perçois la folie. Je me souviens qu'il y avait un jeune homme (un patient) avec qui j'avais une très bonne relation et il m'a dit un jour "Ne t'approche pas, tu es un fantôme aujourd'hui, je peux te faire du mal".

Il y a des situations où même sans volonté vous blessez, le niveau de sensibilité est différent. Je ne peux pas être tout le temps consciente de ça, parce que sinon, je ne serais pas un être humain. Mais j'ai fait au mieux de mes capacités, ça m'était très important. Et ce n'est pas seulement moi, je pense qu'il en est de même pour tout le monde. Il y a quelque chose, c'est un peu retourner arrière à la question du système,

ou vous demandez comment cela a été exprimé. C'était clair que personne ne passe par le service sans qu'on le voie et ne lui parle entre deux et trois fois par semaine.

Et c'était comme ça tout le temps. Et puis il commence à y avoir un bouleversement, Comment le gérez ? Je veux dire cette situation où il existe un hôpital qui n'est vraiment pas rentable, avec des dettes de plusieurs millions, sans réflexion économique du tout.

Le meilleur exemple que je puisse peut-être donner, j'avais en idée que nous pourrions être le service ambulatoire du ministère de la Défense, qu'il envoie ses patients chez nous plutôt qu'à des thérapeutes privés.

C'était une bonne idée, j'ai été à un rendez-vous, j'ai amené tous les médecins de la région, et nous leur avons montré ce que nous faisons. Alors un des médecins du ministère de la Défense me dit : "Vous faites un sacré travail ici, mais qui paie pour tout cela ?" Je lui ai répondu que je ne savais pas. Ce n'est pas quelque chose dont on a parlé, ils n'ont pas du tout parlé d'argent.

Et il s'est avéré que cela n'en valait pas la peine, car ils ont dit que si nous travaillons avec le ministère de la Défense, il transférerait l'argent à la sécurité sociale "Clalit", qui nous enlèverait ce que le ministère de la Santé nous donne. Bref ça ne vaut pas le coup. Ça a été enlevé. L'idée qu'on pose la question de qui paie n'existait pas. Et commencent les réformes.

C'est avant la loi sur la réadaptation.

Au début, nous avons le Pr. Yaffe, puis Shamay Davidson, décédé très jeune, sur la table d'opération. Et ensuite, Micha Neumann. Micha Neumann est également analyste, - entre parenthèses, il y a une belle histoire sur lui - il est un freudien, mais son père était un jungien et il était le fils préféré de Jung, et Jung comme mentionné était le fils préféré de Freud. Comme il est célèbre, Jung le trahit quand il développe

sa propre théorie, et Eric Neumann trahit en fait Jung quand il voyage en Palestine et Micha trahit son père parce qu'il redevient freudien.

Je pense avoir trouvé un article qu'il a écrit la-dessus.

Interviewer : Écrit par Micha Neumann ?

E. H. : Micha Neumann, oui. Sur la chaîne des générations. Il y a quelque chose de très ancré dans leur théorie, ils sont ancrés dans la théorie, dans leur vision du monde, et ils essaient d'implémenter ce comportement dans l'hôpital Shalvata, que les patients seront traités et que les thérapeutes les voient comme des patients qui viennent pour recevoir une psychothérapie.

Ce qui commence à amener les réformes, je pense autour de 1994, c'était Moti Mark. Il était aussi le directeur de l'Hôpital Abarbanel, il pensait que les gens ne devraient pas être dans les hôpitaux, il pensait qu'il fallait installer des auberges et il avait pour argument que cela coûte beaucoup moins cher de les garder à l'extérieur qu'à l'hôpital. C'est vrai, mais il faut construire l'infrastructure et c'est énormément de travail.

En 1994, il me semble qu'il passe une nouvelle loi sur la santé publique. Mais alors, le système de santé mentale ne fait pas partie de la loi et depuis, on se prépare à une réforme. Ensuite, toutes sortes d'instructions sortent sur la façon d'hospitaliser les gens, mais, il n'y avait nulle part où sortir les gens (pas de structures post hospitalières), il n'y avait rien.

Il existait alors quelques centres de réhabilitation et c'est tout.

Ça veut dire que les gens sont sortis de l'hôpital et ne revenaient à rien, puis ils étaient à nouveau hospitalisés. Nous avons une arrière-cour, qui est aujourd'hui une auberge d'habitation, à Netanya. C'est là qu'on déplaçait les gens qui ne pouvaient pas rentrer chez eux, et qu'ils avaient en fait besoin d'hospitalisation à vie. C'est l'arrière-cour de Shalvata et Geha, qui déplaçaient les gens là- bas.

Toute l'équipe travaille là-bas, des internes, des externes, tout le monde veut travailler, tout le monde traite. Mais on commence à planifier comment gagner de l'argent sur ces choses aussi et pas seulement traiter.

On n'accepte plus quelqu'un et on s'occupe de lui, mais il faut faire des considérations économiques pour garder le patient. Micha, le directeur de Shalvata en était choqué, il ne pouvait pas du tout y consentir. Comment penser traitement en termes économiques, qu'est-ce que cela signifie ?

Vous recevez un patient à traiter, vous le traitez, sans faire un calcul des jours d'hospitalisation auxquels il a droit.

Ce processus de raccourcir les files d'attente, les hospitalisations, a aussi fait du bien, ce n'est pas mal. Mais au début c'est ... on ne pouvait pas être d'accord avec ça. Nous ne comprenions pas comment ce serait et comment gérer le fait qu'on vous compte les profits et les pertes et qu'on vérifie comment vous traitez, c'était un choc anormal. Il y avait un sentiment d'horreur, s'ils ferment ou pas Shalvata, si on continuerait à exister. Il y avait une atmosphère très difficile, qui a continué comme ça jusqu'à ce que la loi sur la réhabilitation entre en vigueur. La loi sur la réhabilitation a soudainement ouvert des horizons pour faire sortir les gens des hôpitaux.

Puis une très longue période, je pense près de 10 ans, personne n'a parlé. Je veux dire, il y avait les hôpitaux, le système d'hospitalisation et il y a le système de réhabilitation. Il n'y a pas de système ambulatoire dû à un manque de main-d'œuvre. Petit à petit le système de réhabilitation comprend qu'il ne peut exister que s'il dispose d'un bon système ambulatoire.

Tout le temps, il y a eu des rivalités très dures sur la déconnection des hôpitaux. Mais quand ils ont voulu fermer des parties d'Abarbanel, ils ont demandé à tous les

psychiatres de venir manifester. Soudainement les hôpitaux ont réalisé qu'eux non plus ne pourraient pas exister.

Les relations entre les systèmes sont très hostiles. Je me souviens qu'après peut-être environ 10 ans, les discussions ont commencé. Je veux dire qu'il y avait des comités, des réunions, mais ne se sont créés des liens personnels uniquement. Le système de réhabilitation voulait qu'il y ait une langue commune, celle de la réhabilitation. Pour eux, les psychiatres ne comprennent rien, et sont des ennemis. Pour eux, les psychiatres sont condescendants, ils déterminent, ils décident, ils font, ils ne donnent pas de place à la personne.

L'un des dirigeants était docteur en travail social, mais n'avait jamais mis les pieds dans un hôpital depuis une douzaine d'années. Le langage langue qu'il parlait était un langage de réhabilitation, heureusement Dr. Koren, directeur de l'hôpital, parlait aussi de rééducation et de rétablissement. Alors j'ai organisé une rencontre entre eux. Jusque là, les relations étaient vraiment hostiles.

Mais ils ont également donné du respect à Shalvata parce qu'il y avait un sentiment que sa perception était réhabilitative. Voici quelques exemples :

Il y avait une personne, avec maniaque-dépression, très intelligent, travailleur social, également retourné à l'armée pour exercer en tant qu'officier. Il fait aussi partie des leaders du mouvement des "consommateurs offrant des services" (mouvement de patients réhabilités, offrant des services thérapeutiques). Juste après que ce service eut été créé, une employé, ergothérapeute et directrice de ce service essaya de le convaincre de rentrer à l'hôpital, que ça serait mieux pour lui. Il a finalement accepté, puis il s'est tourné vers moi. Je l'ai fait rentrer du jour au lendemain, pour une discrimination positive. Il voulait donner un cours de réhabilitation au sein de l'hôpital. Je l'ai rencontré, et je lui ai dit : "Alors comment c'était ?". Il s'est vraiment

mis en colère contre moi et m'a dit, vous êtes nos plus grands ennemis, parce que non seulement vous connaissez la rééducation, mais en plus vous êtes un hôpital. Il était le gérant d'une auberge à Even Yehuda, et ça lui a pris un an et demi pour dire aux patients que lui aussi est patient. C'est juste une histoire incarnant un peu l'endroit.

Tout a ensuite changé à Shalvata.

Interviewer : Dans tous les services, les chefs de service étaient-ils des psychanalystes ?

E. H. : Oui. Micha Neumann était également le directeur de l'hôpital et aussi le directeur de la clinique. Quelqu'un d'autre était en fait le directeur de la clinique, mais c'était un "rigolo", une sorte de Sancho Pancho. Celui qui déterminait et qui dirigeait les réunions, c'était Micha. Au service de jour, c'était Alex Cohen, Service A, Avner Elitzur, puis Ami Levy, service B I. T., service C Docteur Nitzan, service de l'adolescence, Braha Gaon, tous thérapeutes.

Interviewer : Tout le monde est connecté à l'Institut analytique ?

E. H. : Tout le monde de l'Institut analytique de Jérusalem. Par exemple, il y avait les conférences du Mercredi, très festives, puis on partait déjeuner, un buffet. La cuisine était très bonne, c'est-à-dire qu'on fixait des rendez-vous à Shalvata le mercredi pour entendre les conférences, mais aussi bien manger. Un endroit où tu étudies et travaille aussi ; je veux dire que tu reçois, tu traites.

Et puis, les directeurs commencent à changer, tout d'abord, arrive Hilik Lebkowitz qui crée un immense centre de recherche, où il y avait jusqu'à 20 recherches en même temps, avec l'Institut Weizmann, toutes sortes de recherches sur le cerveau. Je veux dire que le langage est déjà différent, ce ne sont pas des analystes, mais il y a quelque chose que l'atmosphère générale qui n'a pas changé. Il y avait quelque chose, une certaine osmose dans les murs, quelque chose dans le tableau général de l'hôpital.

Écoute, les gens viennent bien habillés, ils se soucient de leur apparence. On ne voit pas ça partout, vraiment vous ne le voyez pas ailleurs. C'est fascinant.

Je me souviens quand je travaillais pour l'armée, une femme est venue, elle ne parlait pas. Du fait que vous n'avez pas le temps, si elle ne veut pas parler, tant pis. Quand elle commence à parler, on parle. Ami Levy, directeur du service, m'a dit, on va faire un programme et chaque jour, tu t'assieds avec elle pendant un quart d'heure, à une heure fixe. Je veux qu'il n'y ait rien de tel que de "profiter" qu'elle ne parle pas. Au début, je m'asseyais un quart d'heure, puis je parlais, puis je répondais aux mouvements qu'elle faisait, et après six semaines, elle a également commencé à parler. Puis elle m'a aussi dit comment elle me considérait pendant cette période.

Je veux dire, tu parles à tout le monde et tu ne profites pas de la situation d'un patient qui parle, ne parle pas, fou, pas fou. Tu es une relation.

Je pense qu'aujourd'hui aussi, ils font attention à ça. Je me souviens avoir parlé à d'autres personnes, d'autres hôpitaux, la-bas, dans chaque service, il y avait 2-3 patients qui parlaient aux stagiaires du fait que les stagiaires étaient soumis à des examens, et le reste faisait peut-être fait quelque chose, comme un atelier de couture, ou de l'ergothérapie ou quelque chose comme ça. Je veux dire que cette expérience de la façon dont on traite à Shalvata en comparaison aux autres endroits, était très marquante. Il y avait aussi de très grands écarts entre les hôpitaux sous la responsabilité directe de l'État et ceux sous la responsabilité de la sécurité sociale Clalit, comme Shalvata, Geha et Talbieh. Dans ces derniers, il y avait plus de main-d'œuvre et probablement aussi une main-d'œuvre de meilleure qualité.

À propos, les infirmiers étaient la meilleure main-d'œuvre. La plupart étaient des universitaires, certains avaient aussi des "master", c'est une dépense financière énorme, car il y a de grosses différences si vous êtes universitaire ou non.

L'implication de l'équipe des infirmiers était très importante, par exemple, si quelqu'un appelle pour prendre des nouvelles d'un patient, et le thérapeute est absent, les infirmiers savent comment dire quelle était la situation. Mon meilleur professeur, pour me faire entrer dans le service était l'infirmière en chef du service A., elle était incroyable. Elle était de grande qualité.

L'équipe était très investie, parce qu'avec les patients tu travaillais aussi sur toi-même.

Interviewer : Est-ce que le "être investi", c'est dans ce sens de la psychothérapie ?

E. H. : De la psychothérapie, oui. Il y avait un très gros investissement, mais il n'y avait pas de travail de réhabilitation. Aujourd'hui, on voit que tout à coup entre autres à cause de la loi de réhabilitation, et aussi parce qu'il y a plus d'options, il y a plus de travail de réhabilitation. Aussi, avant, il fallait être créatif pour commencer à réhabiliter quelqu'un.

Interviewer : Cela a-t-il aussi affecté votre travail ? Votre réflexion en tant que directrice du secteur social de l'hôpital ?

E. H. : Écoute, j'étais influencée par ça, du fait que nous sommes tous considérés comme des psychothérapeutes et que nous faisons tous la même chose. Il n'y a pas de différenciation entre les différents métiers thérapeutes. Mais, a posteriori, je sais que ce pour quoi je me suis battue, c'était la réhabilitation comme vision du monde.

Cette vision du monde veut dire qu'il y a réhabilitation neurologique, réhabilitation orthopédique et réhabilitation psychiatrique, mais au fond, ce qui est commun à tous, c'est le fait que le cours de la vie soit soudainement interrompu et qu'il faille faire des actions pour continuer à essayer de trouver une force chez la personne pour continuer, peu importe d'où tu viens. Mais je voulais aussi être psychothérapeute et je suis allé au bout des choses.

Ceci est professionnellement. Personnellement, je ne suis pas une personne sectorielle et j'étais très à l'aise d'être à l'intérieur de ce système, ou nous faisons tous la même chose, et nous (travailleurs sociaux) sommes juste responsables de la pensée sociale.

C'est arrivé au point où quand la loi sur la réhabilitation commence et que je viens au Conseil national, et que celui qui est chargé de la réhabilitation me dit "Eh, Esti, tu viens en tant que membre du conseil ?", je lui réponds, "non, en tant qu'observateur de la caisse maladie."

Les travailleurs sociaux m'ont demandé d'être là-bas en tant que représentante des travailleurs sociaux, alors j'ai dit : « Je ne sais pas, je ne sais pas pourquoi je peux représenter le travail social, je peux représenter ce dont un patient a besoin, mais pourquoi moi, en tant que travailleuse sociale, je représenter les travailleurs sociaux ? ». Plus tard, j'ai compris que c'était Ok, que d'autres pourraient faire le travail de réhabilitation, mais je sais ce que les travailleurs sociaux peuvent faire et je vais les représenter.

Que d'autres pensent la même chose, qu'ils pensent. Moi, je mène ma bataille. Mais cela m'a pris de nombreuses années, je me souviens avoir dit "je ne sais pas pourquoi le travail social peut se considérer comme réhabilitateur." Il n'y avait pas d'identité, mais j'ai compris que nous devons créer une sorte d'identité parce que j'ai été reçue personnellement. Mais il fallait se battre pour l'identité professionnelle. Je me souviens d'une réunion où Micha Neumann me demande, où est la psychologue en chef ? Je lui ai dit "elle ne l'est pas, pourquoi ?", il me répond "parce que j'aimerais que les psychologues préparent les psychiatres aux examens de certification en psychothérapie. J'ai dit "Pourquoi seulement les psychologues ? Les travailleurs sociaux peuvent aussi le faire. "

Alors quelqu'un m'a demandé "qui peut le faire à part toi ?". J'ai répondu " Moi, en fait, je ne peux pas, je n'ai pas fait de cours de contrôle en psychothérapie, mais d'autres peuvent le faire". Cela a été accepté, et à partir de ce moment, Margie Kaplinsky, qui était travailleuse sociale dans le service des adolescents a préparé les internes en psychiatrie, et ils ont fait la queue.

Tout à coup, j'ai eu une révélation, en fait, les travailleurs sociaux n'ont pas de place, parce que qui entre dans le domaine de la réhabilitation, c'est l'ergothérapie. Parce que tous les travailleurs sociaux qui travaillaient dans les systèmes psychiatriques voulaient tous être psychothérapeutes, avec les études dans les écoles de psychothérapie que cela implique. Dans ce fossé qui a été créé, sont entrés les ergothérapeutes et une école de réhabilitation a été créée, dans laquelle il n'y avait même pas un seul travailleur social.

Il fallait donc se battre pour la place des travailleurs sociaux.

Je ne sais pas comment ça se passe dans les autres services, mais je pense que le service de H. H., le service dans lequel tu travailles, est très spécial. La gestion de H. H. et sa perception, quand on parle de la perception de la psychothérapie, c'est très présent dans les discussions du service.

[Fin de l'enregistrement 1:18:03]

Dr. I. O. - Superviseur de stagiaires psychologues dans le service

*Psychologue clinicienne senior*

*Date de l'entretien : 08.03.2018*

Interviewer : Eh bien, même si nous nous connaissons, dites-moi votre fonction dans le service.

Dr. I. O. : C'est déjà compliqué. Euh ... Je suis psychologue dans le service, voulez-vous que je dise quelles sont mes fonctions en tant que psychologue ou est-ce suffisant ?

Interviewer : Dites ce que vous voulez. C'est ouvert.

Dr. I. O. : Ah, donc je suis psychologue et je suis aussi Case Manager comme les autres membres de l'équipe thérapeutique et je supervise des psychologues qui sont en master 2 de psychologie et pendant l'internat, en psychothérapie et en psychodiagnostic.

Interviewer : D'accord. Comment êtes-vous arrivée à ce travail à l'hôpital ?

Dr. I. O. : Ah ... En fait, dans le cadre du processus de stage, j'ai été obligée de faire une période à l'hôpital, pendant ce temps que j'ai fait le stage il était encore possible, à mon grand plaisir, de le faire pendant deux ans. Vous m'interrogez sur l'hôpital ou spécifiquement sur le service ?

Intervieweur : Sur le service.

Dr. I. O. : D'accord. Donc ça a vraiment commencé dans le processus de stage, quand, disons-le comme ça, le lien que j'ai rencontré dans le travail, avec ce genre de patients, mais dans le service, c'était quelque chose que j'ai ressenti qui m'exposait

aux endroits les plus primitifs, c'était très difficile. Avec ma première patiente psychotique, je me suis sentie démontée.

En général, je sentais que j'avais découvert un autre domaine très très très difficile et triste, et bien que le travail dans le service ait été très significatif pour moi, quand j'ai terminé le stage, à mon avis, je suis allé voir le psychologue en chef de l'hôpital et lui ai dit "rappelez-moi de ne pas retourner dans un service".

Puis, j'ai continué en tant que psychologue dans le centre ambulatoire, puis je suis partie en congé de maternité, puis la psychologue en chef m'a appelé pour me dire qu'un poste était vacant dans le service du Dr. H. H., avec qui j'avais un très bon lien depuis mon stage. C'était évident que je voulais y retourner.

J'aime vraiment, vraiment travailler avec les patients psychotiques, et en général être liées à la puissance des émotions primitives.

Interviewer : Qu'est-ce que vous aimez à ce sujet ?

Dr. I. O. : Peut-être que c'est une zone qui me permet d'être plus vivante que d'autres zones en dehors du service, c'est-à-dire la possibilité d'être accessible à ces zones, à des zones qui me sont plus fermées à l'extérieur, à l'extérieur du quartier, et c'est très euh ... ça m'intrigue, ça m'intéresse. Je ne sais pas comment l'expliquer en d'autres termes. Voulez-vous que j'essaye d'élaborer ?

Interviewer : Oui.

Dr. I. O. : [Silence] Je ne sais pas, j'ai besoin d'y réfléchir, mais ça, ce sont vraiment des zones où l'esprit est très ouvert, comme si c'était coupé comme une tranche, c'est très ... je sens que c'est un travail très vivant aussi, très. Il y a quelque chose de très puissant à ce sujet, de très vrai, c'est très intrigant pour moi.

Interviewer : Avez-vous choisi de venir à Shalvata pendant l'internat ?

Dr. I. O. : Oui, en fait ah ... Au début, il n'y avait de possibilité pour les instituts privés, c'était comme ça, une possibilité bureaucratique. Et à partir du moment où on m'a offert l'opportunité d'aller dans un lieu public, je ne sais pas vraiment pourquoi, mais Shalvata était le seul endroit où j'ai effectivement envoyé un CV et j'ai également été acceptée, alors ... je ne sais pas pourquoi Shalvata.

Interviewer : Aviez-vous une idée sur cet endroit ?

Dr. I. O. : ah ... la vérité est que ce n'est pas clair pour moi maintenant pourquoi je pensais que c'était un bon endroit, parce que ce n'était pas clair pour moi ce que je savais de cet endroit.

Je n'ai jamais eu d'expérience dans un hôpital auparavant. Je veux dire que j'ai été formée lorsque j'ai commencé mes études de premier cycle et que je faisais du bénévolat à l'hôpital psychiatrique de Be'er Sheva, je ne me souviens pas que c'était une bonne expérience. Je ne sais vraiment pas pourquoi Shalvata.

Interviewer : Donc, votre première rencontre était alors pendant la licence ?

Dr. I. O. : Oui. Avec les patients psychiatriques à Beer Sheva. Là-bas, c'était plus effrayant, étranger, loin, clivé... Je pense que l'année où j'ai fait du bénévolat là-bas, je pense que l'un des psychiatres, ou le psychiatre du service s'est pendu à l'intérieur du service. Je veux dire, je m'en souviens comme une expérience pas évidente mais aussi assez superficiel. Je veux dire que je ne me souviens pas de m'être suffisamment approché des patients, en tant que bénévole censée faire une activité l'après-midi, j'ai fait cette activité, mais je ne me souviens d'aucun lien émotionnel. C'était plus un engagement dans l'idée de faire le master un jour, plus lointain.

Interviewer : Et la première rencontre pour vous avec la folie, quand était-ce ?

Dr. I. O. : Euh ... vous parlez à l'intérieur du service, parce que je l'ai rencontré au centre ambulatoire aussi.

Interviewer : Pas nécessairement dans le service.

Dr. I. O. : Euh ... Je suppose qu'il y avait toutes sortes de folies. La rencontre la plus forte a été avec un enfant dont j'ai aussi apporté le cas pour l'examen final du stage. C'est un enfant que j'ai rencontré pendant deux ans, dès l'âge de cinq ans, et qui j'ai travaillé très intensément avec ses parents. Et la mère est entrée dans le bureau durant l'une des séances, elle a reconnu que j'étais enceinte avant même que je le sache moi-même. A une certaine période, nous étions dans une grossesse parallèle.

Quand elle est entrée dans un état psychotique, essentiellement à cause du fait qu'elle sût que cette grossesse était celle d'un autre fils. Elle avait deux enfants déjà, mon patient et une fille. Elle voulait une autre fille. Par des pensées très psychotiques, elle voulait que sa fille soit prostituée et elle voulait une autre fille qui soit prostituée. Quelque chose dans ses pensées est tellement fou, et aussi autour du fait qu'elle voulait une fille. Quand elle a réalisé qu'elle aurait un fils, elle était sûre que moi, j'allais avoir une fille et elle parlait de me la prendre.

Et c'était très, très fou, et c'est le traitement que j'ai le plus apprécié. Je veux dire que c'était dur, très très puissant, c'est une femme aussi qui ... en général, son ton fort même dans ... quelque chose de très très basique, c'est quelque chose qu'on devrait essayer, comme d'en baisser la radio. Mais peu importe combien elle était folle, et son mari aussi d'ailleurs, ils ont permis qu'on travaille ensemble. C'était très fort... J'ai aussi senti qu'il y avait eu beaucoup de changements qui s'étaient produits. mais j'ai vraiment apprécié. Cela peut sembler étrange.

Interviewer : Pouvez-vous continuer là-dessus ?

Dr. I. O. : Ah ... peut-être que c'est encore une possibilité d'être dans une zone où tout est dehors, tout est dit et il n'y a pas de filtre. C'est dur et c'est pénétrant et c'est sous

la peau, et c'était très ... c'était aussi très très dur. Mais c'était aussi très vivant et c'était très possible ... euh ... on peut travailler avec cela, je ne sais pas l'expliquer.

Interviewer : Comment voyez-vous vraiment ce qu'est la psychose ?

Dr. I. O. : ... euh ... qu'est-ce que la psychose ? La psychose est l'endroit où la séparation entre l'intérieur et l'extérieur s'estompe, où ... euh ... wow, il y en a beaucoup, je peux réfléchir à travers le cas de différents patients sur ce qu'est la psychose. Ah ... nous avons un patient en commun, je pense qu'il l'a très bien défini, qu'il a dit que dans le monde psychotique, il est le maître du monde et contrairement à cela, dans le monde de la réalité, il devrait accepter les lois de la réalité, et peut-être qu'il sera petit, et peut-être qu'il sera oublié, peut-être qu'il sera insignifiant. Je pense qu'il décrit très bien cet endroit.

C'est un endroit qui a des angoisses très, très, très graves, qui peuvent avoir des angoisses très graves, cela peut aussi être un domaine qui peut parfois être agréable pour les patients, mais ils ... quand je suis entré dans le service, j'ai senti que je ... ressentais les angoisses avec une intensité psychotique, comme, je pense qu'il y a aussi une différence entre la psychose et l'anxiété dans l'intensité psychotique.

J'ai senti que, quand je suis revenue après mon congé de maternité, j'ai vraiment senti que je n'avais pas d'histoire, que mon histoire avait été effacée. Comme si quelque chose de mon souvenir s'était effacé, comme je n'avais pas pu le supporter, ce sentiment, ça a été très difficile.

Je pense qu'en fait ce n'est pas quelque chose que j'ai ressenti avec la naissance, mais quelque chose que j'ai ressenti que ... quand je suis revenue ... après un congé de maternité, pendant sept mois, j'ai ressenti cette chose. Ah ... donc ça pourrait être un lieu de désintégration, de ... du corps, de la pensée, du ... Je ne sais pas si vous voulez

qu'on aille vers des concepts plus théoriques ou plus émotionnels et mentaux. Ah ... [silence] une zone où il n'y a pas d'ordre. Il y a des inventions. [silence].

Interviewer : Quelque chose a-t-il provoqué votre perception de la psychose ?

Dr. I. O. : Ah, je me souviens que quand j'ai commencé le stage dans le service j'étais très préoccupée par la question de ... euh ... non, je n'étais pas libre devant les patients psychotiques, j'étais occupée avec la question, s'ils ne se connectent pas à ce que je vais dire et s'il y a un écart entre nos deux expériences, alors comment penser, se rapporter ou ne pas s'y rapporter au fait que les choses ne sont pas logiques ? Ce sont des points qui m'ont beaucoup préoccupée. Et aujourd'hui, la vérité est que je n'y pense plus, plus occupé avec ça. Ah ... moi, j'aime écouter ... le contenu psychotique, je ... peut-être parfois dans le péché, oui, c'est comme ça qu'ils pensent aussi à leurs significations, je ne pense pas qu'ils ont toujours des significations mais ... j'ai tendance ou j'aime penser aussi au ... euh ... si c'est le type de contenu et le contenu lui-même. Je suis moins préoccupée par la question de savoir où je devrais lui montrer que ce n'est pas ... que ce n'est pas la réalité. J'y suis moins.

Ce n'est pas que cette question n'existe plus du tout, elle existe parfois, c'est aussi important parfois, mais ça ne m'occupera pas, ne m'occupera plus comme avant.

Interviewer : Il y a une différence pour vous entre le traitement psychothérapeutique avec des patients psychotiques et avec ceux qui ne le sont pas ?

Dr. I. O. : Oui. Ah ... en termes de plaisir alors je ... surtout quand je suis en séance, j'ai l'impression d'être dans une sorte d'espace ... que je ne l'ai nulle part ailleurs, je peux le sentir avec toutes sortes de patients.

En termes de travail, euh ... je dois y réfléchir. Ah ... je peux supposer que je ne donnerai pas les mêmes interprétations avec des patients psychotiques ou non

psychotiques, je pense que ... ce ne sera probablement pas le même travail, mais je ne sais pas être précise sur la différence.

Il y a aussi une ressemblance, je veux dire dans quelque chose dans l'expérience, c'est-à-dire, euh ... Je vais beaucoup me donner aux patients, ils le ressentiront ... les patients psychotiques comme les patients non psychotiques. En général je ne cherche pas forcément l'interprétation en thérapie, c'est-à-dire que j'y réfléchirai, je ne serai pas forcément occupé à donner l'interprétation. Je ne peux pas dire, je ne sais pas ...

[Silence] Non, parce que j'essayais de penser si ... disons avec des patients psychotiques ou quelque chose comme ça, parfois il y aura une plus grande prudence dans ... euh ... je veux dire où ils auront l'impression que la chose dite est quelque chose qu'ils ne pourront pas saisir. Il n'y aura pas un tel espace et puis ... disons, un patient qui aurait des pensées sexuelles alors je fais plus attention avec les patients psychotiques. Je suppose que même un patient avec des pensées sexuelles non psychotique je ferai aussi plus attention. En fait, je ne sais pas quoi dire.

Interviewer : Vous notez la prudence ...

Dr. I. O. : Ah ... [Silence] Moi, je ne sais pas, je suis plus consciente quand je fais des supervisions, là je peux m'arrêter et penser à ce qu'il passe dans le bureau. Quand je suis en position de thérapeute, je fais moins attention. Peut-être on le sentirait plus intuitivement.

Justement, précisément les patients psychotiques ou ceux qui sont à nouveau dans le domaine psychotique, pas nécessairement les patients schizophrènes, c'est-à-dire ils peuvent me faire dire des phrases beaucoup plus fortes que les autres patients. Comme, par exemple, dire à un patient ... que je veux le tuer, que c'est en fait ... Je veux dire, en fait, je pourrai le dire davantage, bien sûr dans le contexte, dans quelque chose qui va arriver, avec un patient psychotique qu'avec le patient non psychotique.

Interviewer : Dans le cadre du service, le service existe d'abord en vertu d'un besoin social, en tant que lieu ... que la société a décidé de les y mettre. C'est un aspect que nous n'aborderons pas. Qu'est-ce que vous voyez comme thérapeutique dans le service, au-delà du fait que c'est un endroit où la société a décidé de mettre certaines personnes ?

Dr. I. O. : J'ai eu une fois un patient qui n'était en fait pas vraiment psychotique, un patient au cabinet, qui a dit : "j'aimerais tellement partir en vacances dans le service". Donc, je me suis très liée à cette phrase. Je ne pense pas que ce soit des vacances, car je pense qu'une attaque de l'intérieur est très très difficile. Mais je pense que le sens d'un service est que ... c'est vraiment une sorte d'endroit qui, dans mon espoir, est un endroit moins critique, un endroit où vous pouvez rompre et vous reconnecter à un rythme dont chacun a besoin.

C'est un endroit qui est, je le vois comme un endroit plus surveillé et plus protégé. Le service n'est pas toujours un endroit simple, parfois vraiment la vie dans le service lui-même n'est pas une vie simple, mais ... je pense que parfois être à l'extérieur de la maison et devoir tenir bon, et devoir faire un effort, et devoir ... vraiment faire un effort si grand pour ne pas être connecté aux zones en désorganisation, donc ça ... a un prix.

Dans le service je pense ... c'est plus possible de le faire, je pense que cela a aussi une très grande importance pour les familles, qu'elles ... elles font face à des situations très très difficiles et parfois elles y amènent peut-être aussi le patient au repos, mais je pense que ... que la possibilité avec la famille de soutenir la situation, ou disons avec le patient, et d'aider également le patient à tenir, pour lui de tenir la famille et de faire ce travail aussi.

La possibilité de s'arrêter et de repenser ce qui se passe quand les choses sont si difficiles et comment vous pouvez changer les choses et sortir pour quelque chose de nouveau, ou au moins essayer d'arrêter et de réfléchir même si vous retournez parfois au même endroit.

Je le vois comme un endroit plus fort où vous pouvez poser des questions, vous pouvez aussi poser des questions à l'extérieur mais ... il y a quelque chose de plus à ce sujet ...

Je pense aussi à la signification de l'équipe, je veux dire qu'il est possible d'être, d'être visible par un grand nombre de personnes qui peuvent tenir toutes sortes de parties et faire un travail en commun et ... c'est une possibilité que j'ai parfois l'impression qu'un thérapeute extérieur, le seul, ne peut pas le faire. Et je pense que c'est très important pour le patient. Je vois beaucoup d'importance pour le service au-delà de son rôle social et en même temps je suis consciente ... de son rôle social et de la nécessité d'en sortir.

Interviewer : Que faut-il à un service pour remplir ses fonctions thérapeutiques ?

Dr. I. O. : Cela demande beaucoup de travail en commun, ah ... beaucoup ... Je veux dire tout le temps une sorte de travail qui permettra le ... Je veux dire, je pense qu'il est nécessaire d'être réceptif et deuxièmement, élaborer tous les éléments crus qui partent d'un côté de l'autre, essayer d'être en contact tout le temps et aussi essayer de penser à ce qui se passe et faire le travail d'équipe et ... je pense surtout que c'est le travail d'équipe qui est nécessaire.

Interviewer : Que signifie travailler en équipe, si vous essayez d'élaborer ?

Dr. I. O. : C'est s'arrêter, réfléchir et parler et voir ce qui se passe, et parler de la colère qu'un patient évoque chez chacun et les colères qui surgissent contre les

membres de l'équipe et ... je pense qu'il y a souvent un sentiment à l'intérieur ... d'un travail en commun mais vous pouvez vous sentir très seul, même dans un service.

Il y a des écarts entre les secteurs et il y a le ... euh ... Je pense que c'est beaucoup de s'intéresser et de poser des questions et de vérifier, tout un chacun peut avoir affaire à des choses un peu différentes, essayez de réfléchir un peu aux différentes fonctions des différents membres, essayez de faire tenir un peu les autres fonctions.

J'essaie de penser à d'autres choses ... euh ... il y a beaucoup de réflexion à la marge de cela... En plus de cela, il doit aussi y avoir des zones où il n'y a pas de réflexion, comme ... vous devez être très, très réceptif et ... et essayer, faire un très grand effort pour communiquer.

Interviewer : Quel est selon vous le lien entre la psychothérapie et la pensée thérapeutique et le service, soit le travail de l'équipe ?

Dr. I. O. : J'ai l'impression que c'est la base, je veux dire que j'ai l'impression que quand je dis communiquer, je parle de psychothérapie. Je veux dire à ce propos qu'il devrait y avoir une langue commune que tout le monde pourrait utiliser sinon la communication sera très problématique.

Et ... euh ... j'essaie de réfléchir, parce que disons que le personnel infirmier, il ne prend pas vraiment en compte les théories analytiques ... euh ... je pense à tout le temps de fait l'effort d'essayer de comprendre le transfert et le contre-transfert.. Je ne sais pas comment l'expliquer.

Je veux dire, je pense que c'est nécessaire mais pour l'existence du service, la psychothérapie. Je sens que parler de psychothérapie pour moi, c'est parler de penser, je ne les vois pas comme séparés et ... j'essaie de penser à un monde où l'on dit qu'il n'y avait pas, il n'y avait pas du tout de connaissance psychothérapeutique et il n'y

avait que la parole et la pensée, à mes yeux ça ne pourrait pas tenir, je ne sais pas. Parce que je pense que oui ... c'est une pierre angulaire qui est une base à mes yeux. J'imagine qu'il y a des services qui n'ont pas de psychothérapie donc je ne sais pas grand chose, ils travaillent probablement aussi, je ne sais pas comment ils fonctionnent ... Je ne voudrais pas y travailler.

Interviewer : Vous ne voudriez pas y travailler.

Dr. I. O. : Non.

Interviewer : Pourquoi ?

Dr. I. O. : Je pense que j'ai eu une fois une amie qui était dans un service et elle a dit que son nom est que les psychologues n'ont pas de place du tout, c'est-à-dire que les psychiatres font tout. Ils n'écrivent rien, ils ne font rien, ils ne font que rencontrer les patients. Et cela me semble très chouette. Pas de lettres, pas de bureaucratie, pas de mots. Mais je pense au ... comme qu'est-ce que ça veut dire, que c'est vraiment un manque de communication, euh ... Pourquoi ? Parce que pour moi c'est un métier qui n'a pas de pensée, pas de réflexion, non ... Je ne sais pas, je ne sais pas comment travailler dans de tels services. Cela ressemble vraiment à du travail bureaucratique pour moi, je ne sais pas.

Interviewer : Quelle est la fonction qui vous est demandée, qui est une position vraiment thérapeutique dans le service ? Au-delà de la fonction formelle de chacun, que ce soit médecin, psychologue, infirmière.

Dr. I. O. : Alors quelle est la question ?

Interviewer : Quel est le statut requis, selon vous ?

Dr. I. O. : Ah ... quel est le statut... Je n'y ai pas pensé, mais ... tout de suite, me viennent deux mots, empathie et limite. Ah ... je pense qu'on doit avoir beaucoup de patience. Je me souviens quand je suis arrivée pour la première fois dans le service, il

y avait un patient très désorganisé, puis le chef de service s'est approché de moi et il m'a dit, vous verrez dans quelques autres semaines, elle sera au top.

Alors je ne l'ai pas compris, que voulez-vous dire ? Après j'ai compris qu'il pouvait déjà voir comment elle allait pouvoir s'organiser. Je pense que nous recevons dans le service des gens dans des situations très graves, alors je pense qu'on ne devrait pas porter de jugement, et être très réceptif par rapport à la situation dans laquelle ils se trouvent. Mais pour pouvoir le faire, alors oui, nous avons besoin des limites du service qui ... qui sont les positions du service, qui ne sont pas toujours claires les positions du service.

Parfois, devant un patient, il est clair que la position du service est A, mais devant un autre patient, il est clair que la position du service est B, et il est alors clair qu'il n'y a pas de position dans le service. Ah ... j'ai aussi parfois envie de plier la position du service pour mon patient. Mais je le ferai avec beaucoup de questions, si c'est vrai, et s'il a beaucoup de réflexion commune sur chaque patient, ce qui n'est bien sûr pas possible.

Interviewer : C'est pas possible ?

Dr. I. O. : Qu'il y ait beaucoup de réflexions autour d'un patient, il me semble que ce n'est pas possible, car j'ai le sentiment que les gens travaillent dans des délais serrés, qu'il n'y a pas le temps de faire pipi, et parfois il n'y a pas de temps pour manger. Ah ... alors parfois des choses arrivent et ce sont des choses qui ne sont pas prises en compte, et cela me pose problème. Je pense que cela arrive souvent.

Je pense qu'il devrait y avoir aussi beaucoup de réflexion théorique qui n'existe pas du tout dans le service. Je pense que c'est un bât et je pense qu'il est très difficile de lui faire de la place. Mais je pense que c'est très important.

Interviewer : Pourquoi ? Pourquoi est-ce vraiment important ?

Dr. I. O. : Je sens que ça fait tenir. Qu'il permet aux choses de ne pas rester à un certain niveau de choses qui volent dans les airs, que cela permet aussi de faire avec ce qui se passe ou ... Comme je l'ai dit, je pense qu'il est très important d'être dans la zone désorganisée et aussi important d'être dans une zone qui peut aussi ... se connecter même si la connexion se fait avec le personnel soignant.

La connexion n'est pas une correction du patient, un lien dans le sens de penser à ce qu'il se passe pour le patient, pourquoi il se comporte comme ça, euh ... je sens que penser, cette pensée théorique est aussi quelque chose qui aide à faire tenir et je n'y avais pas pensé avant mais aussi peut-être faire tenir quelque chose ensemble.

En fait, je suis venue travailler dans le service pour ... parce que ... pour cet "ensemble". J'ai fait mon doctorat là-dessus, personne ne sait sur quoi j'ai fait mon doctorat.

Interviewer : Sur quoi as-tu fait ton doctorat ?

Dr. I. O. : Nous n'en parlerons pas ... [rires], mais il s'agissait en fait de pouvoir ressentir un sentiment d'appartenance, ensemble. Et je pense que le travail, pour moi, le travail dans le service, c'est avant tout aussi le travail d'être ensemble.

Pour moi, c'est quelque chose de très, très, très important, et ... et vraiment dans mon doctorat, j'ai interviewé beaucoup de patients, dans le but de savoir s'il y avait une telle chose dans la thérapie, et si elle est essentielle dans la thérapie. Bien sûr, j'ai trouvé ce que je cherchais, que c'était substantiel, mais c'est déjà ma critique sur ma propre recherche [rires].

Interviewer : Quelle est la fonction que vous voyez que remplit chacune des rubriques produites par le service ? Je vais dire ce que je veux dire. Les rubriques seraient la visite des médecins, les rapports, la présentation de cas.

Dr. I. O. : J'ai besoin qu'on parle de chacune individuellement. Je peux y répondre pour chacune individuellement ?

Interviewer : Oui, comme ce que vous voulez.

Dr. I. O. : Le rapport pour moi est ... quelque chose de très, très important, parce que je ... quand je me promène dans le service je ... c'est important pour moi d'être au courant de la situation des gens que j'entoure. Cela m'intéresse moins pour mes propres patients. Ceux-là, je les rencontre, je sais quelle est leur situation, c'est surtout pour les patients que je ne rencontre pas. Et je marche à côté d'eux et je ne supporte pas l'idée d'être près d'eux et je ne sais pas ce qui leur arrive.

C'est clair pour moi que c'est aussi un endroit important pour moi, qu'on peut dire les choses importantes à dire, parler des doses de médicaments et faire une évaluation conjointe de la situation. Mais ... plus largement, c'est ce que j'ai dit auparavant, c'est un endroit très important en termes d'élargir la pensée sur ce qui arrive au patient et de sortir de la symbiose thérapeute-patient et de pouvoir s'éloigner momentanément et de réfléchir à ce qui se passe à l'intérieur.

La visite du médecin ... c'est ... j'ai un peu de mal avec ça, j'ai un peu l'impression que c'est un concept un peu flou, qu'il n'existe pas vraiment. Encore hier, j'ai parlé avec mon compagnon, je lui ai dit qu'il s'était passé quelque chose pendant la visite des médecins et il a dit : "Que voulez-vous dire ? Il n'y a pas tous les jours la visite des médecins ?" Je lui ai alors répondu : "Non, c'est une fois par semaine". Il m'a dit : "mais qu'est-ce que tu veux dire, c'est un service, et dans le service, il y a tous les jours la visite du médecin, on ne prend pas de nouvelles du patient tous les jours ? Je lui ai dit : "Non, nous ne l'avons qu'une fois par semaine".

Je pense que la visite des médecins est une chose importante pour le patient, il se sent vu, mais parfois, c'est un peu pour de faux. Le patient vient plusieurs fois et dit "on ne

me voit pas". C'est comme si on l'avait vu puis maintenant, il y a une semaine entière où on ne le verra pas. J'ai un peu de problème avec la visite des médecins, en plus ... c'est fait le jour où je ne suis pas là, où la plupart du personnel soignant n'est pas là. A mes yeux, ça aurait pu être la possibilité de s'asseoir ensemble et, contrairement aux services somatiques classiques, de parler en profondeur du patient, de ce qu'il se passe. Mais il n'y a pas de temps pour ça et donc on n'y arrive pas et de toute façon, nous ne sommes pas là. Qu'avez-vous demandé d'autre ? Quoi de plus...

Interviewer : La présentation de cas.

Dr. I. O. : La présentation de cas, je ne serai que critique. La présentation du cas. Ah ... ah ... j'essaie maintenant de comprendre pourquoi je suis critique, je veux dire qu'il y a quelque chose d'important en ce qu'on peut apprendre plus profondément d'où vient le patient, son histoire, comment penser plus, se concentrer davantage sur le patient. Mais parfois c'est un peu faux.

Interviewer : Essayez peut-être de formuler un peu plus là-dessus.

Dr. I. O. : Je pense ... qu'une des choses c'est que souvent, il y a le sentiment que quelque chose est raté. C'est-à-dire qu'il y a une élaboration sur le patient et on sent quelque chose et on pense à quelque chose pendant la présentation. Il y a des pensées, disons, mais ces pensées ne sont pas collectées, pas dites parfois. C'est parce que les statuts sont une préoccupation, pourtant à mes yeux, ce n'est pas si important. Parfois il y a des patients pour lesquels il y a une question de diagnostic et alors, là, vraiment la question du statut devient importante et pourtant ce n'est pas si important. Je pense que ça rate des choses qui pourraient prendre en considération à ce moment et dans ce lieu-là.

J'évoque ici quelque chose qui est, je ne sais pas, peut-être que ce n'est pas lié à quoi que ce soit, mais je pense ... je suis très préoccupée quand je suis avec des médecins,

dont le savoir est limité. En fait, il est possible de voir que la connaissance sur l'esprit est en elle-même limitée. Mais je pense aussi à la connaissance médicale, je veux dire souvent sur des questions à propos du traitement, quel traitement, quoi dans ce traitement, ou pourquoi exactement ce traitement, ce sont souvent des questions auxquelles nous n'avons aucune idée. Nous ne savons pas et nous essayons.

Ce n'est pas facile. Je ne sais pas exactement comment ils se sentent confortablement avec eux-mêmes, je ne me sens pas aussi confortablement avec moi-même. Je sais que c'est aussi le cas dans d'autres domaines de la médecine, ce n'est pas que c'est difficile pour moi de penser que ça fonctionne en "essai/pensée" mais on ne sait pas toujours. On ne sait pas toujours ce qui est permis et ce qui n'est pas. Il n'y a pas assez de savoir sur ce qu'un médicament fait vraiment. Parfois je me pose la question quand je suis avec un patient qui se sent mieux parce que le temps est passé mais pas parce que le médicament a provoqué un changement. Mais ce n'est pas ce que vous avez demandé.

Interviewer : Que feriez-vous, est-ce qu'il y a un certain inconfort dans la présentation de cas, je veux dire, est-ce qu'il y a quelque chose que vous feriez différemment ?

Dr. I. O. : Il n'y a donc probablement pas d'autre option que de fixer un temps pendant lequel on s'assoit et on pense à un patient. Car vraiment, il serait difficile de dégager un temps comme celui-là à un autre moment. Mais je pense que ça aurait été beaucoup plus intéressant d'entendre ce que les gens pensent, ressentent, et quelles associations leur sont parvenues plutôt que de prendre en compte les statuts.

Interviewer : Vous dites qu'il y a dans le langage psychiatrique qui ferme la réflexion?

Dr. I. O. : Oui, c'est-à-dire qu'on parle de statut et qu'on s'occupe alors que des statuts. Alors, à mes yeux, le courant associatif ou autre chose de la pensée n'est plus

accessible à ce moment-là. Ca veut dire qu'il faut faire énormément d'efforts mais ça ne marche pas, on ne demande plus de réfléchir.

Je fais la présentation de cas, je suis très préoccupé à propos de ce que j'ai ressenti ou pas devant le patient. Ensuite dans la conversation, je me tourne vers le public et on me dira quels sont les effets. Quand on me demande quels sont les effets, c'est fini, je ne suis déjà plus en lien avec ce qui s'est passé, c'est comme si ça me déconnectait. Peut-être que c'est aussi mon sentiment que je navigue moins bien dans ce langage-là. Je suis moins précise dans ce langage. Il y a un sentiment général dans les discussions, même si j'ai appris à davantage l'accepter, mais on en sort comme on en est entré.

On commence une discussion, mais je ne sais toujours dire quel processus de transformation a eu lieu pendant celle-ci et mon sentiment est qu'on en sort pareil. Alors je me demande pourquoi cela se produit ?

Maintenant, j'accepte que je n'aie pas toujours à sortir avec une réponse, je l'accepte davantage, peut-être même que je l'accepte trop. Peut-être suis-je allée jusqu'à l'extrême opposé. On parle et il ne faut pas atteindre un certain point. Je pense que c'est un peu dangereux.

Interviewer : Pourquoi ?

Dr. I. O. : Parce qu'on fait moins d'effort, on fait moins d'efforts pour penser. C'est pas la réponse fermée qui est la chose significative. Parfois, quand les choses restent, elles semblent rester ouvertes et de toutes façons, elles imprègnent. On voit souvent que les patients, après les réunions cliniques approfondies, car le patient était dans ces réunions-là et les choses passent. Par rapport à la question d'avant, je pense très, très fort qu'il est important d'écouter constamment la dynamique des patients, car à mes

yeux elle est très, très instructive sur notre dynamique en tant qu'équipe, il faut toujours l'écouter. Tu as demandé, ce qui est important pour nous dans le travail.

J'ai dévié du sujet ? Ah ... quelque chose se réduit dans la liberté de penser, dans la présentation de cas, c'est vraiment comme un spectacle. Je pense que ce pourrait être une sorte de bonne chose de dire qu'on est en réflexion. Ca veut dire, je me pose la question, est-ce que l'usage est pour le patient ou pour l'équipe, pour dire : c'est bon, on a vu le patient. Nous sommes très très bons, parce que nous le lui présentons, c'est une discussion pour lui, "nous nous sommes tous réunis ici pour penser à vous".

Je suppose que la réponse est au milieu, ce qui signifie que fixer les choses de façon plus artificielle et penser comment les rencontres à l'intérieur ont besoin de plus d'espace. Je ne comprends pas très bien pourquoi le statut est l'élément important de la présentation d'un cas, je ne le comprends pas.

Interviewer : Je voulais demander ... je ne sais pas comment le demander alors ...  
Quelle est votre position face à la contrainte ?

Dr. I. O. : C'est très difficile pour moi, je suis très confuse avec cela. Par exemple, ce patient que nous avons en commun, au début des soins, était toujours très agressif et il disait "vous êtes des singes, des signes, des singes" jusqu'à ce que j'aie dit pourquoi c'était comme ça. C'était très simple, il parlait qu'on était des singes, qu'on le forçait. Je ne sais pas, je n'ai pas de mots malgré le fait que c'est la chose la plus difficile dans le service, la contrainte. Il n'y a pas longtemps, j'ai eu une période très difficile dans le service. En fait l'un des patients était très très agressif, il était hospitalisé sous contrainte et un autre patient qui était aussi sous contrainte et ne pouvait pas s'arrêter de demander qu'on le laisse mourir par euthanasie. Pourquoi doit-on l'obliger à être dans les soins ? Je suis devenue folle, j'ai eu l'impression de devenir folle.

Je comprends que parfois, il n'y a pas d'autre choix que de traiter par la contrainte, et il y a des patients qui, quand ils se sentent mieux, peuvent le reconnaître et l'admettre. Mais ... mais cet écart entre les tas et les tas de questions que je me pose, qu'est-ce que ce patient veut dans sa vie et de quel droit le service ou moi-même le prive de cela — cette question me rend folle. Je suis très préoccupée par cette question de la contrainte. Lui ou moi-même lui prenons pour cette chose, je deviens fou sur cette question.

Je suppose que parfois, il y aura des patients dans des situations où je ressens vraiment ça me sera plus facile, où je comprendrai que vraiment, il n'y avait pas d'autre chose. Je ne sais pas dire s'il n'y avait pas d'autres choix. Quand la question de la liberté se pose et celle de vivre la vie, dans quelle mesure y a-t-il la liberté de vivre sa vie dans la situation psychotique aiguë ou la situation sous traitement médicamenteux ? Et face à cela, que je sois sous emprise institutionnelle et je me demande qui je sers là ? La société ou le patient ?

Et ça ... et je pense avoir vraiment réalisé que ce sont les endroits qui m'emportent le plus, me causent le plus de difficultés au travail, et une tempête dans mon esprit. Oui.

Interviewer : Être dans une tempête dans mon esprit ... Vous pourriez peut-être appeler le service psychiatrique comme ça, c'est une tempête dans les esprits.

Dr. I. O. : Une tempête dans les esprits. Oui, c'est vrai. D'habitude je parle plutôt d'une maison de fous, mais ... une maison de la folie. Une tempête dans les esprits, oui, il y a beaucoup d'esprits dans la tempête, et je pense que mon esprit est également dans la tempête plusieurs fois, pas moins que la leur.

C'est difficile, j'ai l'impression que parfois je suis vraiment, à certaines périodes, j'ai l'impression que je ne sais pas ce que je fais ici et je suis dans une tempête dans mon

esprit, puis je me calme et je peux redevenir et me rendre compte que j'aime vraiment mon travail, mais la volatilité est très élevée.

Et je n'ai pas du tout dit que ma définition du travail est que c'est ma bonne action. Je vais essayer de clarifier ma conscience et dire que je ne fais pas autre chose, c'est ma bonne action, c'est ma contribution à la société.

Interviewer : Intéressant ...

Dr. I. O. : Non, parce que le salaire est un salaire ... Il n'y a pas de salaire ici. C'est donc du bénévolat. Parfois je me dis que c'est une solution trop facile par rapport à ma propre culpabilité, comme par exemple, pourquoi je n'agis pas au-delà de cela dans la société, pourquoi je ne fais pas les choses au-delà. J'ai le sentiment que nous sommes très souvent liés à des zones psychiques et que nous devons faire un effort pour les traduire vers l'extérieur. Et nous ne faisons pas cela. Pour qu'il soit possible de changer de politique, quelque chose dans la société, il faut faire cet effort. Nous ne faisons pas cela. Cela me dérange, mais je ne le fais pas.

Nous sommes connectés à des domaines auxquels les autres personnes ne sont pas exposées, et j'ai le sentiment que nous avons le devoir de crier, de crier et peut-être même de représenter, mais parfois je sens que nous laissons les patients, cette population crier seule et bien sûr ils ne crient pas, je veux dire ils crient, mais alors ils sont fous. Il n'y a donc pas de traduction du cri.

En général, j'ai souvent une sorte de désir de penser et d'explorer théoriquement les choses qui se produisent avec les patients, mais je ne le fais pas, je sens que je ne suis pas capable de le faire, donc je ne le fais pas.

Interviewer : Y-a t'il quelque chose que je n'ai pas demandé et que vous voulez dire ou quelque chose, peut-être comme ça pour finir, une rencontre avec un patient qui vous a surpris.

Dr. I. O. : Qui a surpris ? D'abord hier j'ai été surpris, j'ai dirigé le groupe du matin et il y avait une certaine dynamique dans le groupe dont je n'étais probablement pas consciente, mais je l'ai probablement vécu, certains patients ont commencé à sortir et un patient a dit qu'il devait sortir, qu'il devait sortir pour aller pisser. Et moi d'une manière qui m'a vraiment surpris, ça m'est sorti comme ça, je ne me souviens pas exactement comment je l'ai dit, mais c'était quelque chose comme peut-être que tu peux rester avec nous pour ne pas nous pisser dessus.

J'ai été choqué par moi-même, le groupe a été choqué par moi, le patient a été choqué parce qu'il n'a pas compris d'où cela venait. Il ne pensait pas qu'il nous faisait pipi dessus et je me suis fait très peur. Puis j'ai réalisé rétrospectivement que c'était très lié aux choses qui se passaient dans le groupe, mais ça reste un peu trop direct ... Je ne voulais pas non plus que ça soit personnel, mais quelque chose qui faisait partie du groupe.

Voilà quelque chose qui m'a surprise.

Une autre fois, avec une patiente, je me suis retrouvée à lui dire quelque chose comme "je te hais". Je pense que ça n'était pas exactement comme ça, mais ce type de phrases fortes, qui bougent la thérapie. De ces phrases qu'on n'avait pas prévues.

Interviewer : non planifié ?

Dr. I. O. : Ce que j'ai dit hier avec le pipi, ça n'était pas prévu du tout. Ça m'est juste venu à l'esprit, mais disons avec le "je te hais", je pense que c'est quelque chose que j'avais quelques instants avant, j'y pense, je pense que c'est quelque chose de fort. Et je choisis, comme si je disais, peu m'importe ce que je ressens au même moment.

Si j'y pense, il y aura sûrement beaucoup plus d'exemples de choses qui m'ont surprises, mais je n'en ai pas d'autres pour le moment.

Interviewer : Parlez-moi du transfert vers le service...

Dr. I. O. : Une des choses que j'ai remarquées, c'est que ce n'était pas seulement le service, mais aussi l'hôpital. C'est seulement lorsque j'ai terminé mon internat ambulatoire que j'ai remarqué que presque physiquement, j'avais l'impression d'avoir un toit au-dessus de ma tête. C'est comme si c'était une sorte de coquille et que j'avais l'impression d'être sous un toit et tout à coup quand je suis sorti, il y a eu un période où je n'étais pas à l'hôpital, et quelque chose manquait. Je me souviens vraiment de cette sensation physique du toit, mais je ne l'ai comprise qu'en sortant. Ca a été pour moi quelque chose d'essentiel, j'ai appelé ça un toit, je ne sais pas dire si c'est une protection, mais c'est comme être sous une enveloppe que j'imagine en quelque sorte, dans un état plus contenu, comme si tu n'es pas seul.

Interviewer : C'est pour le personnel et les patients ?

Dr. I. O. : Oui, oui, mais ça m'a beaucoup surpris parce je ne m'en suis jamais préoccupée quand j'étais à l'intérieur, seulement quand j'en suis sorti. Ça me manquait vraiment. Aujourd'hui que je suis à l'intérieur, à nouveau je ne le sens pas, mais je m'en souviens vraiment, regarder de l'extérieur, la sensation vraiment vraiment physique de la perte d'un toit, c'est comme ça que je l'ai appelé.

Dr. I. T. - Chef de service ouvert a l'hôpital Shalvata, 1991 - 2019

*Psychiatre senior, psychanalyste membre de l'Institut psychanalytique de Jérusalem.*

*Date de l'entretien : 24/01/2018*

Interviewer : Je voudrais vous interroger sur le lien entre la psychanalyse, l'histoire de la psychanalyse en Israël et l'hôpital Shalvata et l'application de la psychanalyse dans ton service en tant que directeur du service.

Dr. I. T. : Vous devrez me diriger davantage. Je vais commencer par le côté personnel. J'ai immigré de France en Israël en 1970 et j'ai étudié la médecine pour devenir psychanalyste, après trois entretiens que j'ai eu avec un psychanalyste, j'ai décidé que c'était ce que je voulais et ensuite pour y arriver, on devait étudier la médecine, presque tous les psychanalystes étaient médecins. C'était une personne avec qui le transfert était très fort.

J'ai grandi à Paris. Je voulais alors être pédopsychanalyste. Je suis venu en Israël et je me suis inscrit à un programme de psychothérapie à Tel Aviv, il avait une approche éclectique, c'était sympa, il y avait des séminaires et toutes sortes de personnes que je savais ce que je voulais écouter. J'ai étudié à l'Institut psychanalytique de 1979 à 1985. C'était très orthodoxe, il y avait un séminaire sur les psychoses avec une conception psychanalytique. A l'époque j'étais déjà à Shalvata. J'étais à Geha pendant trois ans et suis venu à Shalvata sachant que c'était un hôpital avec une approche psychanalytique. Le directeur de l'hôpital était Davidson, psychanalyste avec une vision plus communautaire et existentialiste. J'étais dans le service A, service fermé avec Avraham Elitzur, lui aussi psychanalyste. Durant cette période, j'étais déjà au début de ma spécialisation, et j'ai suivi une analyse naïve pendant 4 ans et demi, sans

rapport avec l'institut psychanalytique, c'est-à-dire, ma formation, et ça a un côté magique. J'ai ensuite fait une autre analyse dans le cadre de ma formation à l'Institut psychanalytique pendant 5 ans. Dans le service fermé, j'étais l'adjoint d'Elitzur et nous mettions beaucoup l'accent sur le discours du patient, il y avait chaque jour 2 groupes en parallèle, il y avait une formation pour le personnel infirmier et un groupe de psychothérapie pour le personnel. Il s'agit maintenant de savoir ce qu'est une approche psychothérapeutique dans un service, il faut détailler ce que cela signifie. Quand Elitzur a commencé à diriger l'hôpital Abarbanel, il m'a proposé d'y aller avec lui et j'ai décidé de saisir l'opportunité et je suis allé travailler à la clinique Chestnut Lodge (Rockville, Maryland - USA) où j'ai reçu la supervision de Harold Frederic Searles. Il ne travaillait plus dans l'établissement, mais pratiquait encore des supervisions pour un certain nombre de thérapeutes. J'ai eu une expérience de thérapies psychanalytiques pour les personnes souffrant de psychose et de troubles sévères de la personnalité dans un setting de thérapies individuelles à raison de 4 fois par semaine, de groupes et d'encadrement rapproché. Les personnes sont venues pour recevoir des thérapies intensives sur le long terme. Searles y croyait beaucoup et était très fier d'avoir eu des patients psychotiques sur 25 ans, qu'il était possible d'atteindre avec eux les profondeurs de la psychose, de lier la psychose à la vie d'une personne, à son histoire personnelle...

Quand je suis revenu à Shalvata, on m'a confié la gestion du service ouvert, je l'ai dirigée pendant 28 ans. Par contre, je ne pouvais pas faire comme à Chestnut Lodge, mais j'avais une expérience d'autre chose. Il est très difficile d'établir une approche psychanalytique en tant que chef de service, d'une part il y a une voix constante disant qu'il faut libérer les lits et d'autre part une voix qui veut traiter en profondeur, donner

des traitements intensifs qui ne font pas que stabiliser les symptômes psychotiques, mais touchent également aux conflits et à la dynamique à laquelle la psychose répond.

Interviewer : Pourrais-tu développer ce que cela signifie vraiment une approche psychanalytique (dynamique) au sein d'un service ?

Dr. I. T. : La première chose est de prendre en compte le discours du patient, son expérience subjective, le traiter comme une personne avec une histoire, avec un passé, un présent et un futur et pas seulement sa psychose. Quelqu'un qui a vécu des expériences dans sa vie et chez qui la psychose est une réaction à ces expériences. Essayer de comprendre par exemple si quelqu'un entend une voix lui dire "une fois de plus, ça arrive", la déception et la honte qu'il revienne à l'hôpital. Lorsque nous interrogeons un patient, nous avons essayé de réfléchir à ce qu'il recrée dans sa relation avec le personnel, avec le personnel infirmier, avec les thérapeutes, ce qu'il duplique de la relation qu'il entretenait avec ses objets primaires. Le service, dans son essence, invite les comportements extrêmes ainsi que les réponses comportementales du personnel. Nous avons donc organisé un groupe de formation dynamique pour le personnel infirmier, j'ai supervisé les stagiaires en psychiatrie individuellement et la psychologue en chef du service, les stagiaires en psychologie et ensemble nous avons organisé un groupe de formation dynamique pour tout le monde ensemble dans lequel chaque semaine quelqu'un présentait un cas.

Dans les entretiens que j'ai menés, je mettais l'accent sur certains points de l'histoire du patient à travers mes questions, essayant de comprendre ce qui s'est passé dans la vie de la personne qui a conduit au déclenchement de la psychose. Il ne suffit pas de reconnaître qu'il y a des hallucinations ou des pensées délirantes, mais nous avons

essayé de comprendre quelle est la vérité en elles et ce qu'elles expriment comme toute association libre.

De mon point de vue, toutes ces choses sont de l'interprétation, dans le sens le plus large de l'interprétation. Cela permet au personnel de réagir non pas de manière réactive, mais par une compréhension de l'histoire du patient et de ce qu'il dit à travers ses phénomènes psychotiques et à travers la reconstruction qu'il fait avec le personnel.

Interviewer : Qu'est-ce que la psychose à ton avis ?

Dr. I. T. : La psychose à mon avis est une anxiété extrême ... Au fil des années, j'ai animé le groupe du service, c'est un groupe de tous les patients et thérapeutes du service. Pendant longtemps, celui qui parlait était l'animateur et les patients psychotiques qui expriment une anxiété profonde, les autres se taisaient. J'interprétais alors dans le sens de la voix du groupe qu'ils expriment l'angoisse d'anéantissement, l'angoisse de désintégration etc., et j'ai appris au fil des ans que cela n'aidait pas du tout, mais ne faisait qu'accroître l'anxiété et dissoudre le groupe, même si les interprétations étaient très bonnes et correctes. Ce qui a aidé, j'ai appris, c'est que d'autres personnes du groupe qui n'étaient pas dans un état d'anxiété psychotique, comme les autres membres du personnel participant à ce groupe qui pouvaient réagir à ce qui se passe dans le groupe, aux attaques, aux accusations, aux choses insultantes ou blessantes et cela permettait de se connecter, trouver des points communs et pas forcément une différence. Cela avait un effet très apaisant. Je pense qu'aujourd'hui les personnes atteintes de psychose éprouvent une grande difficulté dans leur capacité à créer un lien avec les autres, elles se sentent isolées et aliénées et le travail consiste à recréer la connexion, la relation avec l'autre. Par exemple, lorsqu'un patient a commencé à être paranoïaque envers son thérapeute ou un certain membre du personnel, j'ai essayé de découvrir ce qui se passait dans la relation, quelle était la

vérité. Est-ce que le thérapeute s'est trop rapproché et cela a menacé le patient ou s'est-il éloigné, il s'est fatigué par exemple et le patient répond à cela.

Interviewer : Quelle est ta position face à la violence dans le service ?

Dr. I. T. : En général, on peut voir dans un service que la violence vient de la réaction agressive de l'équipe, c'est-à-dire que l'équipe est réactive et ne passe pas par la réflexion. La position psychanalytique permet à l'équipe de traiter ses propres réponses, diminuer sa propre réaction agressive et éviter ensuite une réponse agressive du patient. Je pense que cela réduit considérablement l'agression dans le service.

Une approche analytique au sein d'un service permet une expérience plus humaine de l'hospitalisation.

## Annexe 2 : Tableaux

### Organigramme d'hospitalisation :

Étapes de l'hospitalisation	Réalisé par	Nature de l'action	Remarques
<b>Admission pour l'hospitalisation</b>	Urgences	Décision d'hospitalisation ou non	
<b>Séjour</b>	Unité d'urgences et Unité d'hospitalisation de courte durée ("lit-porte")	Processus de diagnostic initial Essai d'un court "cycle d'hospitalisation" Début du traitement médicamenteux	Dure jusqu'à 6 jours
<b>Sortie</b> vers la poursuite du traitement en ambulatoire Passage vers un service semi-fermé / service ouvert / service ambulatoire			
<b>Accueil initial dans un service semi-fermé</b>	Toute l'équipe du service en réunion du matin animée par le chef / sous-chef du service	Evaluation initiale Attribution d'un thérapeute référent et d'un projet de soin initial	Réalisé le jour de l'admission ou le lendemain (quand l'admission a lieu le soir)
<b>Diagnostic initial</b>	Le thérapeute L'équipe ergothérapeutique L'équipe infirmière	Établissement d'un diagnostic de travail Préparation à la rencontre pour l'anamnèse	Collecte des informations par le thérapeute (2 séances en moyenne, jusqu'à l'anamnèse), l'ergothérapeute (évaluation initiale basée sur l'observation, collage et BHP) et l'équipe infirmière
<p><b>Réunion pour l'anamnèse</b></p> <p>La situation du patient est présentée par le thérapeute référent, l'évaluation cognitive par l'ergothérapeute et son état est évalué par l'équipe infirmière.</p> <p>Le patient est ensuite interrogé, une conversation autour du diagnostic est menée et l'on établit un projet pour le traitement.</p> <p>Les aides diagnostiques utilisables (tests psychologiques, bilan physique, etc.) sont marquées et l'intervention pharmacologique et rééducative est planifiée.</p>			

<b>Corps du traitement</b>			
<b>1- Traitement : Psychothérapie</b>	Thérapeute référent	Psychothérapie individuelle d'orientation dynamique, TCC, de soutien, etc. La fréquence des séances vont d'une à trois fois par semaine	
<b>2- Traitement : Activités du service</b>	Incluant toute l'équipe du service	Intégration à toutes les activités du service	
<b>3- Traitement : Réadaption par l'activité professionnelle</b>	Équipe ergothérapeutique	Interventions évolutives en fonction des avancées du patient	Par exemple : Ergothérapie en individuel → Les habitudes de travail → Réadaption → Évaluations des capacités par le centre d'évaluation et de diagnostic extrahospitalier* → Travail en dehors de l'hôpital*
<b>4- Traitement : Réadaption au niveau du logement</b>	Thérapeute référent Assistance sociale du service Équipe ergothérapeutique	Planification et exécution de la réadaption dans un logement, avec l'implication du comité responsable du pôle de la réadaption	La réadaption se fait par étape : indépendance, satellite, milieu protégé, foyer de vie, foyer général.
<b>5- Traitement: Réadaption sociale</b>	Thérapeute référent Équipe ergothérapeutique	Création de compétences sur les réseaux socio-professionnels par des activités intra et extra-hospitalières	Par exemple : Désignation d'un éducateur → Participation à des groupes fermés → Participation à des groupes ouverts → Intégration à un club social en dehors de l'hôpital → Participation à un club professionnel en milieu protégé

### **Suivi du processus thérapeutique**

Pendant toute l'hospitalisation, chaque patient est examiné par le chef de clinique une fois par semaine (la "visite des médecins"), et une réunion est organisée à laquelle participent l'équipe ergothérapeutique et l'équipe infirmière. En outre, chaque semaine, 3 ou 4 patients sont amenés pour une réévaluation et une conversation approfondie. Cette réunion a lieu avec tout le département.

### **Préparation de la sortie et sortie effective**

## Emploi du temps des thérapeutes

Dimanche		Lundi		Mardi	
9:15-10:00		8:15-11:00	8:30-10:00	8:15-11:00	8:30-10:00
Jeux sociaux dans l'espace commun		Visite médicale	Atelier de développement artistique	Visite médicale	Jeux sociaux dans l'espace commun
10:00 - 10:15 – Boissons					
10:15-11:00		10:30-12:00	10:20-11:00	10:15-11:00	10:30-12:00
Groupe de relations familiales		Développement de compétences	Groupe pour double morbidité - Psychiatrie et addiction	Atelier de jardinage	Développement de compétences
11:10-12:00					
Atelier d'objectifs personnels					
12:00 - 13:00 – Dejeuner					
13:45-14:45	13:15-14:00	13:15-14:00	13:00-14:30	13:00-13:45	13:15-14:30
Développement de compétences	Atelier de thérapie par le théâtre	Atelier musique	Développement de compétences	Atelier de thérapie par le mouvement	Développement de compétences
		16:00-17:00		14:45-15:45	
		Sport - Jeux de ballon		Atelier discussion sur les médicaments	
				16:00	
				Atelier artistique	

Mercredi		Jeudi	
9:20-10:00		9:30-11:00	
Cours de sport		Développement de compétences Préparation au week-end	
10:00 - 10:15 - Boissons			
10:15-11:00			
Droits des malades			
11:30 - 13:00		11:00-11:45	
Atelier cuisine		Groupe de service	
12:00 - 13:00 - Déjeuner			
13:15-14:00	13:45-14:30	13:00-14:30	
Atelier d'expression par la matière	Développement de compétences	Jeux sociaux dans l'espace commun	
16:00-17:00		16:30-17:30	
Sport - Jeux de ballon		Sport - Pilates	

## Activités hebdomadaires de l'équipe

Remarques :

\* Les lundis et mardis : réunion de synthèse abrégée (POR - 15 minutes) uniquement pour les membres de l'équipe rencontrant un problème particulier

\*\* Réunions d'équipe sur un thème (JC) / tests / formation en groupe selon un roulement

\*\*\* Une fois par mois (la deuxième semaine de chaque mois)

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
08:15	*POR	Visite médicale	Visite médicale	**Réunion de l'équipe soignante	*POR	*POR
09:15	Présentation de cas			Réunion approfondie des cas		
10:15						
10:30				***Réunion des supérieurs		
11:00					Groupe de service (Grand groupe)	
11:30						
12:00					Présentation de cas	
13:30				Forum de l'hôpital		
14:00						
14:30						
15:00						

## Bibliographie

AVIRAM, U. (1981). « Facilitating deinstitutionalization: A comparative analysis ». *International Journal of Social Psychiatry*, n°27, P. 23-32.

AVIRAM, U. (1996). « Mental health services in Israel at a crossroads ». *International Journal of Law and Psychiatry*, n°19, p. 327-372.

AVIRAM, U. (2019). *Politique et services de la santé mentale en Israël : entre progrès et préservation*. Resling, Tel Aviv, [en hébreu].

BERCHERIE, P. (1980). *Les fondements de la clinique*, Paris, Navarin [Réédition].

BERGSON, H. (2019). *L'âme et le corps suivi de Le cerveau et la pensée*. Payot & Rivages, Paris.

BOLLAS, C (2007). *The Freudian Moment*. Karnac, London.

BORGES, J. L. (2010). « Kafka et ses précurseurs ». *Œuvres complètes I*. Gallimard, Paris.

BORGES, J. L. (1967). « Le jardin aux sentiers qui bifurquent ». *Fictions*. Gallimard, Paris.

COTTET, S. (1999). « L'hypothèse continuiste dans les psychoses ». *L'Essai*. Revue du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, 2, p. 9-16.

CREMNITER, D., MALEVAL J.-C. (1989). « Contribution au diagnostic de psychose ». *Ornicar ?*. Revue du Champ freudien, n°48, p. 69-89.

DELION, P. (2005). *Soigner La Personne Psychotique : Concepts, Pratiques et Perspectives de La Psychothérapie Institutionnelle*. Dunod, Paris.

DI CIACCIA, A. (2012). *Qu'est-ce que la psychose ?* Le Pont Freudien. [Accessible en ligne sur <http://pontfreudien.org/content/antonio-di-ciaccia-quest-ce-que-la-psychose>]

DEWAMBRECHIES-LA SAGNA, C. (textes réunis par) (1999). *La psychose ordinaire* [1998]. Agalma/Le Seuil, Paris.

EINSTEIN, A. (2005). *Quatre conférences sur la théorie de la relativité*. Dunod, Paris.

DAVOINE, F. (1992). *La folie Wittgenstein*. École lacanienne de psychanalyse, Paris.

FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Gallimard, Paris.

FOUCAULT, M. (2005). *La naissance de la clinique* [1962]. PUF, Paris.

FREUD, S., BREUER, J. (1956). *Études sur l'hystérie*. PUF, Paris.

- FREUD, S., FLIESS, W. (2006). *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*. PUF, Paris.
- FREUD, S., JUNG, C.-G. (1975). *Correspondance, 1906-1909*, I. Gallimard, Paris.
- FREUD, S., JUNG, C.-G. (1975). *Correspondance, 1910-1914*, II, lettre 187F du 22 avril 1910. Gallimard, Paris.
- FREUD, S. (1917). « Une difficulté de la psychanalyse ». [Disponible en ligne : [https://psyaanalyse.com/pdf/une\\_difficulte\\_de\\_la\\_psychanalyse\\_freud.pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/une_difficulte_de_la_psychanalyse_freud.pdf)]
- FREUD, S. (1969). « Pour introduire le narcissisme » [1914]. *La vie sexuelle*, Paris, Gallimard, Paris.
- FREUD, S. (1981). « Au-delà du principe de plaisir » [1920]. *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.
- FREUD, S. (1981). « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924]. *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris.
- FREUD, S. (1981). « Psychologie des foules et analyse du moi ». *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris.
- FREUD, S. (1984). « La décomposition de la personnalité psychique » [1937]. *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Gallimard, Paris.
- FREUD, S. (1985). « Névrose et psychose ». *Névrose, psychose et perversion*, PUF, Paris.
- FREUD, S. (1985). « Fragment d'une analyse d'hystérie ». *Cinq psychanalyses*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (1985). « Construction dans l'analyse ». *Résultats, idées, problèmes - II*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (1985). « La Négation ». *Résultats, idées, problèmes - II 1921-1938*, PUF, Paris.
- FREUD, S. (1986). *La Naissance de la psychanalyse*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (1995). « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa » (Le Président Schreber) [1911]. *Cinq psychanalyses*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (2003). *Contribution à la conception de l'aphasie*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (2010) « Les psychonévroses de défense » [1894]. *Psychose, névrose et perversion*. PUF, Paris.
- FREUD, S. (2012). « Le refoulement ». *Métapsychologie*. Flammarion, Paris.
- FREUD, S. (2012). « L'inconscient ». *Métapsychologie*. Flammarion, Paris.
- FREUD, S. (2015). « La théorie de la libido et le narcissisme » [1915- 1917]. *Introduction à la Psychanalyse*. Payot, Paris.

- FREUD, S. (2015). « Psychiatrie et psychanalyse » [1915- 1917]. *Introduction à la psychanalyse*. Payot, Paris.
- Grand Robert (Le). Dictionnaire de la langue française, Paris, 2001.
- GIUST-DESPRAIRIES, F. (2009). *L'imaginaire collectif*. Erès, Toulouse.
- GOROSTIZA, L. (2020). “The Lacanian Orientation - Clarifying the Abruptness of the Real”. *Irish Circle of The Lacanian Orientation - New Lacanian School Scríobh*, n° 7, [traduit de l'anglais].
- FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., & SADOK B.J. (1977). *Modern synopsis of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- HOFFMANN, C. (2004). « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde contemporain ». *Figures de la psychanalyse*, n° 9, p.49-61. Érès, Paris.
- JAKOBSON, R. (1963) « Deux aspects du langage et deux types d'aphasie » [1956]. *Essais de linguistique générale*, 1. Les fondements du langage. Editions de Minuit, Paris.
- KENDALL, R.E. (1973). « Psychiatric diagnoses: A study of how they are made ». *British Journal of Psychiatry*, n°122, p. 437-445.
- LACAN, J. (1960). « Congrès de Bonneval sur le thème de l'inconscient freudien, (30.10.1960 - 2.11.1960) ». *Position de l'inconscient*.
- LACAN, J. (1966). « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ». *Écrits*. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1966). « Intervention sur le transfert ». *Écrits*. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1966). « Propos sur la causalité psychique ». *Écrits*. Paris, Éditions du Seuil.
- LACAN, J. (1967). « Conférence à l'Hôpital Sainte Anne, inédit ». *Petit discours aux psychiatres*.
- LACAN, J. (1973). Le séminaire XI. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964]. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1974). « Télévision ». *Autres Écrits*. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1974). « Conférence de presse du Dr. Lacan, le 29 octobre au Centre culturel français ». *Lettres de l'École freudienne*, n°16, p.11.
- LACAN, J. (1975). *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932]. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1981) Le séminaire III. *Les psychoses* [1955-1956]. Éditions du Seuil, Paris.

- LACAN, J. (1984). *Les complexes familiaux et la formation de l'individu* [1938]. Navarin, Paris. [Repris in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 23-84].
- LACAN, J. (1988). « Structures des psychoses paranoïaques » [1931]. *Ornicar ?*. Revue du Champ freudien, n°44, janvier-mars, p. 5-18.
- LACAN, J. (1991). Le séminaire XVII. *L'envers de la psychanalyse* [1969-1970]. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (1998). Le séminaire V. *Les formations de l'inconscient* [1957-1958]. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (2001). « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École ». *Autres Écrits*. Éditions du Seuil, Paris.
- LACAN, J. (2004). Le séminaire X. *L'angoisse* [1962-1963]. Éditions du Seuil, Paris.
- LANTERI-LAURA, G. (2004). « Principales théories de la psychiatrie contemporaine ». *EMC, 37-006-A10*, 2004.
- LAURENT, E. (2005). « Interpréter la psychose au quotidien », *Mental* n°16.
- LAURENT, E. (2014) « La crise post-DSM et la psychanalyse ». *La Cause du désir*, n°87, Juin, p. 149.
- LEGUIL, F. (1987). « Le déclenchement d'une psychose ». *Ornicar ?*, Revue du Champ freudien, avril-juin, n°41, p. 71-75.
- LEGUIL, F. (2005). « Les enfants contumax », *La petite Girafe*, n°21, p. 8-14.
- LOCKE, J. (2001). *Essai sur l'entendement humain*. Vrin, Paris.
- LIBERMANN, G. (2012). *La psychanalyse en Palestine 1918-1948. Aux origines du mouvement analytique israélien*. Campagne première, Paris.
- LIPGAR, R. M. (1999). « Guide to patient- staff Group Meeting: A sociotherapeutic approach ». *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, Vol 3, N° 1, p.51-60.
- MALEVAL, J.-C. (1983). « Le déclenchement des psychoses ». *L'Information psychiatrique*, 59, 7, p. 901-911.
- MALEVAL, J.-C. (2000). *Logique du délire* [1997]. Masson, Paris.
- MORNET, J. (2007). *Psychothérapie Institutionnelle, Histoire et Actualité*. Champ social, Nîmes.
- MILLER, J.-A. (1987). « La leçon des psychoses ». *Actes de l'École de la Cause freudienne, XIII*.
- MILLER, J.-A. (1988). « Jacques Lacan : remarques sur son concept de passage à l'acte ». *Actualités psychiatriques*, n°1, janvier, p. 50-55.

MILLER, J.-A. (1993). « Clinique ironique ». *Revue de la Cause freudienne*, n°23, février, p. 7-13.

MILLER, J.-A. (2000). « Biologie lacanienne et événement de corps ». *La Cause freudienne*, n°44, février 2000.

MILLER, J.-A. (2007). Intervention conclusive lors des journées PIPOL 3 qui se sont déroulées à Paris les 30 juin et 1er juillet 2007 sur le thème « Psychanalyse en prise directe sur le social ». Vers PIPOL 4, [disponible en ligne : <http://ampblog2006.blogspot.com/2007/12/vers-pipol-4-par-jacques-alain-miller.html>]

MILLER, J.-A. (2013). Présentation du thème du prochain Congrès de la NLS à Gand qui aura lieu en mai 2014, exposé en clôture du XIème Congrès de la NLS, “Le Sujet psychotique à l’époque Geek”, Athènes, 19 mai.

MILLER, L. (1977). « Community intervention and the historical background of community mental health in Israel ». *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, n° 15, p. 300-319 [en anglais].

MILNER, J.-C. (2008). *Le périple structural. Figures et paradigme*. Lagrasse, Verdier.

OPHIR, O. (2017). « On the Borderland of Madness ». *Psychosis, Psychoanalysis and Psychiatry in Postwar USA*. Routledge, London.

OURY, J. (1976). « Peut-on parler d’un concept de réunion ? ». *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Payot, Paris.

OURY, J. (2007). « Le corps et ses entours : la fonction scribe ». *Corps, psychose et institution*. Érès, Paris. [Disponible en ligne : <http://www.revueinstitutions.com/articles/lafonctionscribe.pdf>]

ROLLIER, F. (2014). « La demande du sujet psychotique : " maîtriser la Chose " ou " oblitérer la nature " (Yayoi Kusama) », *Les Cahiers Cliniques de Nice*, n° 12, p. 69.

ROLNIK, E. (2012). *Freud in Zion: Psychoanalysis and the Making of Modern Jewish Identity*. Karnac, Londres, [en anglais].

SCHREBER, D-P. (1975). *Mémoires d’un névropathe* [1903]. Editions du Seuil, Paris.

SOLER, C. (1990). « Le sujet psychotique dans la psychanalyse ». *Psychose et création*. Navarin, Paris.

SOLER, C. (2002). *L’inconscient à ciel ouvert dans la psychose*. Presses Universitaires du Mirail, Toulouse.

STEVENS-LYSY, A. (2000). « Articulations cliniques de phi zéro ». Les Feuilletts du Courtil. [Disponible en ligne : <http://www.courtil.be/feuilletts/PDF/Lysy-f1.pdf>].

TRAMER, L. (1975). « A proposal for the reorganization of the mental health services system: A comprehensive integrated plan ». *Public Health*, n°18, p. 1-12 [en anglais].

WITSTOM, M. (2016). *Discussion*, Volume L., n°2, mars [en hébreu].

ZALASHIK, R. (2005). Psychiatry, Ethnicity and Migration: The Case of Palestine 1920-1948. *Dynamis*, n°25, p. 403-422

ZALASHIK, R. (2008). *Les immigrants arrivant en Israël, les réfugiés et l'institution psychiatrique en Israël*. Hakibutz Hameukhad, Tel-Aviv [en hébreu].

ZENONI, A. (2009). « Comment s'orienter dans le transfert ? ». *L'Autre pratique clinique*, Erès, Toulouse.

ZENONI, A. (2011). « Rêves, idéaux, et usages de l'institution ». Texte de la conférence du samedi 28 Mai 2011 pour l'institut du champ freudien, Le Collège clinique de Toulouse.

#### Liens disponibles en ligne

Conseil national pour la réadaptation des handicapés mentaux dans la communauté - site du ministère de la Santé :

<https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/MentallyDisabledRehabilitation/Pages/default.aspx>

Dictionnaire Larousse, disponible en ligne:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%c3%a9sentation/68483?q=repr%c3%a9sentation#67734>

Organisation NICE : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>

Ministère de la Santé, Israël :

[https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mental\\_interv.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mental_interv.pdf) [en hébreu]

Bureau du contrôleur d'État, Israël :

<https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2018-68c-207-nefesh.pdf>