

DÉBAT ANNUEL BEING L.C.T.C BEYROUTH 2015

Léla CHIKHANI, psychanalyste

Layla AKOURY DIRANI, psycho-dynamicienne

Rabih EL ChAMMAY, psychiatre

Michel SOUFIA, psychiatre

Christian DUBUIS SANTINI, psychanalyste



Septembre 2015

Transcription : Cécile CRIGNON

Graphorismes : Christian DUBUIS SANTINI

Léla CHIKHANI : Le débat annuel de Being cette année est sur la dépression. Pourquoi la dépression ? Précisément parce qu'elle génère une grande controverse, une polémique très importante. Cette controverse est déjà dans le titre de monsieur Patrick Valas qui aurait dû venir, mais à cause d'un problème de visa il est heureusement bien remplacé par Christian Dubuis :

La dépression n'existe pas, la douleur d'exister oui.

C'est de cela que nous allons débattre, ce titre de Monsieur Valas.

Est-il vrai que la dépression en tant que maladie, en tant que structure, n'existe pas ?

Participe à ce débat monsieur Chammay, madame Dirani, monsieur Dubuis et monsieur Soufia, que je présenterai tout à l'heure.

D'abord **acédie** à connotation morale, déjà dans l'antiquité, au moyen-âge chrétien et jusqu'au IXX siècle. Du latin dépression, le terme « dépression » n'est apparu dans le sens médical qu'au XXIX siècle, donc bien tard. Par rapport à l'acédie, elle faisait partie de l'acédie — c'est dire l'oisiveté, la dépression, la mélancolie — qui faisait partie des 7 péchés capitaux de christianisme.

Selon les estimations de l'OMS, la dépression est une affection qui concerne 350 millions de personnes. Elle peut entraîner de grandes souffrances, une altération de la vie professionnelle, familiale, et elle peut conduire au suicide.

L'OMS toujours estime à 1 million de suicides par an de personnes qui souffrent de dépression.

Donc la dépression se présente comme — j'ai inventé un mot, un néologisme — :

Une dévie

Une absence de vie, pas une absence de vie, mais une dévitalisation : une dévie.

Voilà, ça exprime mieux ce que je veux dire à cause bien sûr des troubles physiques, qui sont bien sûr des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil, des troubles sexuels, etc. Des symptômes bien sûr subjectifs, une dépréciation de soi, une mésestime de soi, un sentiment de culpabilité, de persécution, etc. Et bien sûr une morbidité, des pensées morbides importantes. Des symptômes psychologiques et comportementaux comme l'anxiété, le ralentissement intellectuel, l'indécision, etc. Et également soit une dépendance, soit un retrait social.

Ce n'est pas des traits ni des caractéristiques de la dépression que nous allons débattre, ce n'est pas cela qui est en jeu, mais bien l'ambiguïté du terme. C'est une question de fond.

La dépression est-elle une maladie ?

Telle est la question. Mais avant de commencer les débats, nous allons passer un petit film. Ce film appartient aux Conférences TED, les conférences TED sont une série internationale de conférences qui ont été les meilleures ou considérées comme telles et, ce sont des conférences en

science, en art, en politique. D'habitude, ce sont des conférences parlées. Mais cette conférence à laquelle nous allons assister pendant 12 minutes est, au contraire, un morceau de musique. Nous allons comprendre un peu plus, ce qu'est la dépression et ce que sont les enjeux du débat. Merci.



Léla CHIKHANI : On nous a montré qu'avec la musique, on s'en sort. Docteur Rabih El Chammay, vous êtes le directeur du programme national de santé mentale au ministère de la Santé publique qui a été lancé en mai 2014 en partenariat avec l'OMS, L'international Medical Corps et l'Unicef, dans le but de réformer le système de la santé mentale au Liban. La stratégie est donc sur le site web du Ministère. Vous êtes psychiatre de formation, pratiquant à l'Hotel Dieu de France, enseignant à la faculté de médecine de l'université Saint Joseph. Vous avez un intérêt pour la santé mentale publique et la santé mentale dans les contextes humanitaires. Vous êtes consultant programmatique et stratégique auprès d'ONG locales et internationales.

Qu'est-ce que pour vous la dépression docteur Rabih El Chammay ? Quels facteurs biologiques, biochimiques,

monoaminérgiques, psychologiques, sociaux... jouent un rôle dans la dépression ?

Rabih EL ChAMMAY : Bonjour, désolé pour le retard. Je pense que je suis arrivé juste à temps. Tout d'abord, je voudrais vous remercier, docteur Chikhani, pour cette invitation et je suis ravie d'être parmi vous et de faire partie de ce panel avec des collègues que j'aime beaucoup et aussi un centre dont je suis l'activité depuis quelque temps.

J'espère que les regards croisés qu'on va avoir nous permettront d'avancer dans notre compréhension, théorisation et plus spécifiquement dans notre intervention auprès de personnes qui viennent nous consulter. Mais avant d'entamer ma réflexion autour de la dépression, je voudrais rebondir un peu sur le film.

En voyant ce film, je n'ai pas pu m'empêcher de remarquer quand même que la musique a été utilisée comme un langage, quand même, pour cette femme, pour pouvoir exprimer ce qui n'était pas nommable pour elle, en mots, en fin de compte. Elle a pu transmettre à travers ses notes un mal-être qu'elle ne pouvait pas verbaliser.

Aussi, ça m'a fait penser à la position de l'art et à l'instrumentalisation de l'art en tant peut-être que symptôme le plus réussi d'une souffrance humaine qui peut faire transcender une douleur et donner sens à une vie.



Pour le côté culturel, on sait très bien que les jeunes femmes asiatiques sont quand même élevées dans une tradition très forte ; une tradition où elles doivent être parfaites partout ; minces, belles, intelligentes, musiciennes, danseuses de balai, etc. et que le violon qui évidemment était au début cause de la dépression comme elle l'a très bien dit imposé comme éducation obligée ; est devenu un instrument de libération pour elle à la fin. Et donc qu'est-ce qui a fait qu'il y a eu cette transformation pour elle ? Je pense qu'on ne peut pas généraliser, il faut vraiment parler d'elle pour voir quel est le processus.

Mais pour entamer mon intervention, quand j'ai commencé à réfléchir à votre question :

Qu'est-ce que la dépression majeure ?

C'est bien une question qui a l'air facile, mais qui ne l'est pas du tout, en fait. Plusieurs références médicales, psychanalytiques et philosophiques et même de santé publique ont commencé à rentrer un peu en compétition dans ma tête et n'ayant pas opté pour une seule, j'ai décidé de partager avec vous quelques réflexions sur l'ensemble. Mais avant de les entamer, je voudrais savoir un peu côté temps, combien j'ai, parce que je peux élaborer un peu, beaucoup, dépendamment de combien de temps est donné à chaque intervenant.

Léla CHIKHANI : Non allez-y, je pense que c'est le débat, on a commencé vraiment là, j'ai essayé de le faire très vite. Bon, chacun fait sa petite intervention, mais nous dirons surtout l'important entre nous, dans le débat, dans la discussion que vous ferez entre vous.

Rabih EL ChAMMAY : D'accord. Pour moi, la première question qui se présente vraiment, c'est :

La question du diagnostic.

Comme c'est le cas pour tous les troubles psychiatriques, le diagnostic est plutôt établi sur une constellation de symptômes et de signes cliniques, sans aucune nécessité — du moins jusqu'à maintenant, hein, Michel — sans aucune nécessité de preuve biologique. On n'a pas besoin d'un **marqueur biologique** pour dire que cette personne est déprimée ou pas.

Les examens biologiques, si on les fait, c'est pour éliminer une cause organique. On fait un **bilan sanguin** pour éliminer une **hypothyroïdie** avant de dire par exemple que la personne, par exemple, est déprimée.

Pour le DSM qui est la classification américaine, et pour l'ICD, une personne endeuillée, bien qu'elle présente les mêmes symptômes, elle n'est pas déprimée.

Pour le DSM-V maintenant, le deuil n'est plus un critère d'exclusion. Une personne qui vient de perdre quelqu'un il y a 3 semaines, peut remplir au critère d'une dépression et on peut lui décrire un antidépresseur. Donc il y a eu quand même un changement important par rapport à ça.

Donc vous voyez un peu :

**La fragilité de ce processus diagnostique
d'un point de vue épistémologique.**

Comment s'est en train de se transformer petit à petit sans de base vraiment très solides. Pour ajouter à cette complexité, à cette fragilité, on a produit une autre variable qui est au-delà de la phénoménologie de la dépression, qui est :

Le deuil

Du moins ***pour la classification internationale***, pour le moment, ***le deuil reste un critère d'exclusion*** ; c'est-à-dire si une personne est endeuillée, dans les deux mois elle n'est pas considérée comme ayant une dépression majeure qu'il faut traiter par antidépresseur.

⇒ *Donc une personne présentant une tristesse constante, plus que de deux semaines, n'arrivant pas à prendre plaisir à la vie et présentant une fatigue physique pourrait être déprimée seulement si elle n'a pas de maladie organique qui explique ce tableau et qu'elle n'est pas endeuillée dans les derniers deux mois.*

Moi, je me base sur la classification internationale. Mais avant de continuer cette réflexion sur la dépression, j'aimerais bien aborder :

Le mandat qui est donné à la psychiatrie par la société.



- ⇒ Depuis quelques siècles c'étaient d'**enfermer les fous** ;
- ⇒ Il y a quelques décennies c'est devenu d'**éliminer la souffrance** ;
- ⇒ Et là maintenant, c'est d'éliminer la souffrance et de **redonner le fonctionnement**.

Un nouveau mandat nous est donné, c'est que les personnes qui viennent nous voir doivent *fonctionner* de nouveau.

Qu'est-ce que c'est : le « **fonctionnement** » ?

C'est bien tout notre débat.

Est-ce que c'est objectif ? Subjectif ? Dans le contexte ? Dans la culture ? Est-ce qu'il y a une mesure particulière pour le faire ? On peut en discuter par la suite.

⇒ *Pour la psychiatrie, donc, une personne ayant une « **dépression majeure** » est une personne ayant un nombre de symptômes non expliqués par une maladie organique ou par un deuil récent et qui n'arrive pas à fonctionner. Ça, c'est une **dépression majeure, modérée à sévère**.*

Si on oppose cette **perspective médico-psychologique** à une **perspective psychanalytique** où la dépression liée peut-être à la *perte de l'objet* serait absence de symptômes, ou plutôt l'absence du symptôme de la personne ; on peut facilement repérer le malaise et le malentendu qui pourrait exister entre différents professionnels de la santé mentale.

Une autre perspective sur la dépression serait une **perspective d'économie de la santé**. Plein d'études ont pu mettre en évidence le coût des troubles psychiatriques sur l'économie de la santé et l'impact négatif — que vous avez

mentionné, docteur Chikhani —, sur l'état de santé physique, aussi. Par exemple, les complications médicales de la dépression dans le diabète et l'hypertension.

En 2030, la dépression serait la deuxième cause mondiale de handicaps ; la première dans les pays développés et la troisième dans les pays d'Afrique.

**Donc de nos jours, on assiste
à une hausse inquiétante de la prévalence
de la dépression majeure.**

La question que je me pose en tant que psychiatre est là suivante : peut-on se passer d'une analyse sociale de cette augmentation ? peut-on intervenir à un niveau individuel sans prendre en compte le malaise actuel dans notre civilisation ?

Je pense qu'on est dans l'obligation éthique de mieux comprendre la dépression dans son contexte et de travailler en tant que professionnels aussi sur les déterminants sociaux qui sous-tendent actuellement ces changements dans notre société et qui font augmenter la dépression tels que les conflits, les guerres, la pauvreté, l'éducation.

Pour récapituler, la construction de la dépression en tant qu'entité nosographique a évolué dans le temps avec des critères ajoutés et d'autres omis, le tout pour faciliter le travail des cliniciens et créer un langage commun entre nous.

Je reprends le terme proposé par vous, docteur Chikhani — la dépression n'existe pas, la douleur d'exister oui — pour rebondir dessus et dire que la dépression n'existe que pour

nous, professionnels ; la douleur d'exister est la vérité du sujet qui nous consulte. Merci.

Léla CHIKHANI : Merci docteur El Chammay. Je voudrais simplement dire qu'il y a 2 axes :

- ⇒ Nous traiterons dans la deuxième partie du traitement ;
- ⇒ Maintenant nous travaillons sur la dépression.

Monsieur Dubuis, bonjour, et bienvenue au Liban. Vous êtes psychanalyste, votre formation d'origine est artistique, littéraire et philosophique. Vous enseignez en master II à E.-artsup Paris, n'est-ce pas, jusqu'à aujourd'hui. Depuis trois ans, vous présentez avec Patrick Valas un séminaire intitulé *La Troisième, encore et encore*, séminaire qui a commencé à être traduit en anglais, en italien ; avant qu'il ne donne naissance à des ouvrages.

Vous avez le souci du retour à la lettre, à l'esprit de Lacan, qui lui-même effectuait son retour à Freud, afin que la transmission impossible de la psychanalyse — « impossible » entre guillemets, n'est-ce pas — et que la psychanalyse puisse se recentrer sur la pratique de la parole, plutôt que de se perdre dans les méandres institutionnels et les abîmes sans fond du discours universitaire et pourtant vous êtes professeur.

Que penser des affirmations du docteur El Chammay et de ce film que nous avons vu ? La dépression est-elle une maladie structurée ? Fait-elle partie au contraire de l'organisation d'une structure ; psychotique, perverse, névrotique ?

Christian DUBUIS SANTINI : D'abord, je voudrais dire que je suis très heureux d'être là avec vous, bien que ce soit Patrick Valas l'auteur de cet article un peu provocateur pour dire que la dépression n'existe pas. Il faut oser quand même et il faut être sûr de ses arguments parce que sinon ça paraît un peu léger. Donc, je suis venu parce qu'il avait un problème de visa et nous travaillons ensemble depuis assez longtemps pour qu'il puisse me dire vas -y et explique un peu notre position psychanalytique.

D'abord, je voudrais remercier monsieur le psychiatre de retranscrire la problématique de la dépression, pas uniquement en termes nosologiques et quantitatifs, mais de faire recours à un terme purement freudien qu'il a prononcé lui-même de :

Malaise dans la civilisation



Effectivement, il est absolument impossible de penser quelque chose comme la dépression si on ne l'inscrit pas dans l'époque, parce que le sujet est un sujet historique.

C'est-à-dire que, déjà, *Malaise dans la civilisation* de Freud, on peut imaginer que ça pourrait être perçu comme quelque chose en supplément de sa clinique subjective, mais non, c'est le corps même, c'est là où ça se passe :

Chaque sujet est malade de l'époque.



Et si, effectivement, ce titre-là — *la dépression n'existe pas* — c'est bien parce qu'en inscrivant le terme de dépression, on inscrit un ensemble de signifiants qui va avec et puis, évidemment, là, c'est last but not least, on ne va pas développer là-dessus, c'est un business quand même énorme

pour **l'industrie pharmaceutique** ; parce qu'à partir de là, il y a toute une cohorte de petites pilules du père Noël qui viennent faire leur apparition et qui viennent avec les anxiolytiques, les antidépresseurs, les somnifères, fournissent vraiment un très très gros business à l'industrie pharmaceutique, qui est quand même le fer de lance du système capitaliste dans lequel on vit.

Donc, pour en revenir et ne pas trop développer et sortir du thème, d'abord j'ai découvert ce film que j'ai trouvé absolument remarquable parce que vous avez là l'exemplification de :

La position psychanalytique pure.

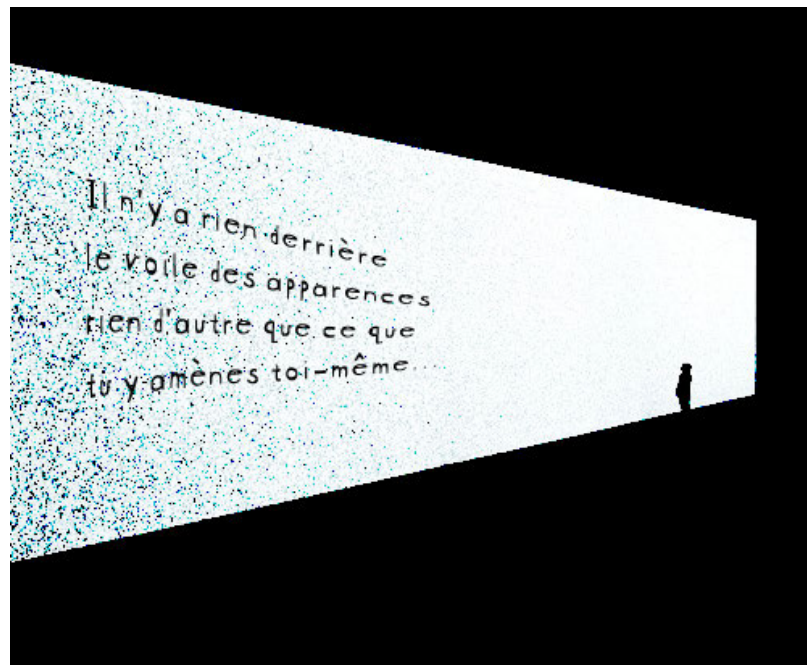


Qu'est-ce qu'il se passe si vous regardez correctement ce film ? Et surtout, si vous écoutez ce qu'elle dit ? Alors, je l'ai

découvert, là, avec vous. D'abord, elle est en scène, sur scène. Elle se met en scène, elle se met en spectacle elle-même, habillée d'une robe rouge flamboyant. C'est-à-dire : « c'est moi », donc voilà.

Elle est soumise à une mise en scène. Après, on parlera un peu de ces aspects-là dans la culture aujourd'hui.

Aujourd'hui, chacun se met en scène soi-même, on voit bien que là, c'est une mise en scène.



⇒ Mais, elle va plus loin que ça parce que c'est une fille très intelligente et très sensible, donc en fait elle va commencer par un morceau extrêmement violent et enthousiasmant, comme **une palpitation extrêmement puissante qui la déborde** sans arrêt. On retrouve, là, la forme, disons l'origine — parce qu'on va voir que l'aspect qu'on appelle *dépression* que l'on peut appeler plutôt *tristesse*, nous, est lié à un autre aspect qui préfigure cet aspect-là de la tristesse et qui est une

forme d'**enthousiasme** — donc, le premier morceau apparaît comme quelque chose de très enthousiasmant.

⇒ Et puis, elle passe sur un morceau extrêmement triste qui vous arrache presque les larmes. On sent qu'après cette exaltation-là, il y a effectivement **un mouvement de retrait, une tristesse**.

Donc là, on est **dans un mouvement de palpitation qui est vraiment la manière dont nous venons au monde**. Si vous regardez un petit bébé qui arrive au monde, il y a quelque chose qui le déborde, une puissance orgasmique, c'est de là que ça vient ; c'est-à-dire quelque chose qui va parcourir son corps, il ne peut pas supporter cette jouissance, c'est trop fort. Il va jouir de ça, mais il ne sait pas qu'il jouit. On est dans :

La jouissance

Et puis, là, il y a, normalement, quand ça se passe bien, quand c'était à l'ancienne, quand ce n'était justement pas trop médicalisé, les naissances, on confiait ça aux mères plutôt qu'aux médecins :

Alors là, la mère va parler. Et la jouissance qui déborde va se calmer et infiltrer les signifiants mêmes de la parole.

Parce que ce n'est pas rien quand même :



⇒ Parce que la musique, d'abord, c'est de **la jouissance**.
Alors on va expliquer pourquoi c'est de la jouissance ;

⇒ Mais surtout, la première musique que nous entendons en tant que sujet, c'est **la parole**.

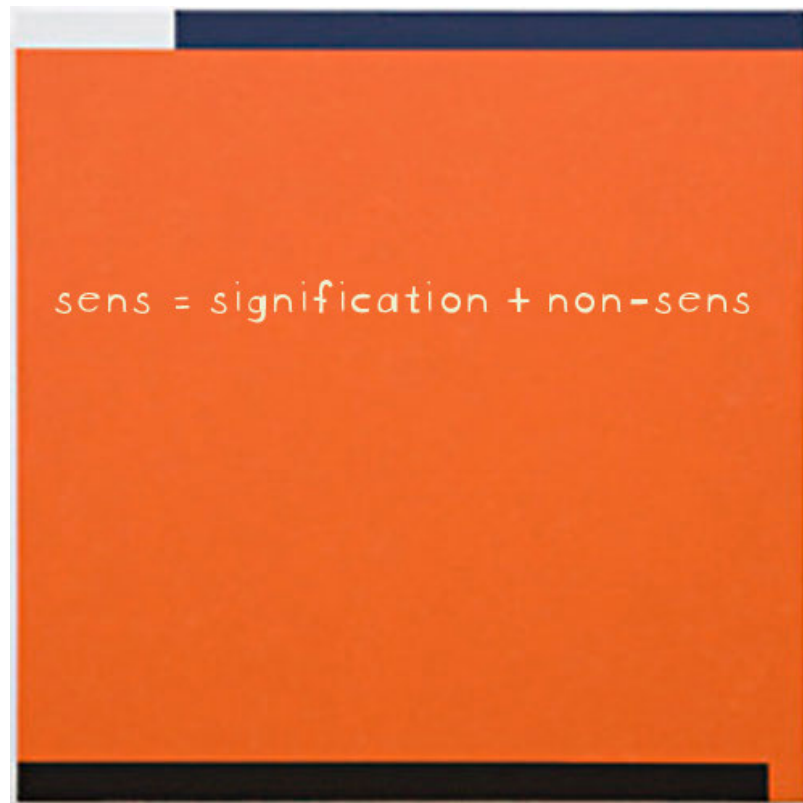
C'est la parole de la mère, c'est la transmission même des signifiants de la parole qui sont imprégnés de cette jouissance-là.

Alors quand il y a effectivement cette tristesse qui se manifeste... parce que quand vous l'écoutez bien elle dit :
« je jouais du violon et d'un seul coup le violon m'est apparu comme un fardeau », et elle dit très précisément :

« Ce que je jouais n'avait pas de signification ».

C'est très important :

La signification



Parce que la signification n'est pas le sens.

Le sens c'est la signification + le non-sens.

Pour la psychanalyse, **le non-sens** — c'est-à-dire l'absence de sens — est dans la jouissance.

C'est quelque chose qu'on ne peut pas dire.

C'est du Réel.

C'est ça le Réel de la jouissance.

C'est quelque chose qui déborde et on ne peut pas dire, on ne peut pas parler de ce truc-là. Donc ça n'a pas de signification.

⇨ Mais ensuite, elle parle de son problème, et elle dit : « je vais vous expliquer ce qu'il s'est passé, et puis vous allez voir, je vais vous jouer un morceau de musique et ce morceau de musique là, vous allez voir que c'est du classique » et *we will rock you* comme the Queen, c'est-à-dire avec du classique. Pourquoi ? Parce que là si vous écoutez le troisième morceau qu'elle joue dans sa mise en scène, elle commence de manière assez douce parce que, là, **elle a transformé la jouissance en plaisir.**

La jouissance n'est pas le plaisir
La jouissance c'est le plaisir du déplaisir.

C'est-à-dire quelque chose qu'on connaît et dans quoi on va se réfugier, qui va revenir parce qu'on le connaît. Parce qu'on a peur de l'inconnu.

Donc, la manière dont la parole peut apaiser et civiliser cette jouissance — c'est le terme même de Lacan dans la Troisième — par là, la mère va la civiliser.

Après on reviendra sur la notion d'inceste qui est mal comprise parce que le seul **inceste** possible — on en a parlé hier soir — c'est l'inceste entre la mère et le fils parce qu'il y a une relation sexuelle, là.

Il n'y a pas de rapport sexuel, sauf là,
dans ce rapport de transmission des signifiants par la parole
de la mère à l'enfant.

Et si elle ne lâche pas ça, il va devenir débile parce qu'il va être pris dans les signifiants de la mère. L'interdit de l'inceste n'est pas une loi comme un règlement du monde. Ce n'est

marqué nulle part l'interdit de l'inceste ; donc c'est une loi orale justement, parce qu'elle est liée à l'oralité et à la transmission de lalangue.

Lalangue est notre musique.



Lalangue en un seul mot, c'est-à-dire notre lalangue.

Donc, effectivement, comme le souligne monsieur, elle ne peut pas dire, mais par contre, elle va manifester par son expression, parce qu'elle dit avec son corps à ce moment-là :

Elle le dit, elle dit que petit à petit, elle civilise la jouissance pour le plaisir de l'interprétation, c'est-à-dire qu'elle est

arrivée à interpréter elle-même son symptôme et à mettre en scène la sortie de ce symptôme.

Ce qui est très intéressant aussi et qu'elle dit à la fin, c'est qu'il n'y a pas de solution collective à ça. Il n'y a pas de DSM, tout ça, ça ne vaut rien.

Vous avez chacun le devoir de bien dire votre symptôme.

Nous avons chacun le devoir de bien dire notre symptôme.



Et ce qu'on appelle la *dépression*, la *tristesse* — il y a plusieurs étapes, je pense qu'on va y revenir après, parce qu'il a plusieurs cas bien sûr de *dépression*, et il y a une gradation —, mais il y a surtout dans le fond... pourquoi c'était considéré comme **un péché** ? Parce que chez les anciens, il y avait déjà cette perception, peut-être parce que les signifiants n'étaient pas les mêmes.

Nous n'étions pas dans un monde où les signifiants dominants sont ceux de la mise en scène narcissique de soi-même dans le but d'obtenir un profit maximum et de domination.

Ce n'était pas encore ça. Donc, là il y avait encore une perception que le fait de se situer dans le langage sans y aller complètement, c'était un péché. Il y a quelque chose qui ne va pas.

Quand on va dans la langue,
il faut aller jusqu'au bout dans la langue.

Elle, elle a fait ce travail. Je ne sais pas comment ça s'est passé, si elle a vu un psychiatre ou un psychanalyste, comment ces choses-là ont pu advenir.

Michel SOUFIA : On a cette vision des choses, cette vision de la maladie qui évolue en fonction la société. J'aimerais ajouter quelque chose dans ce sens. Docteur El Chammay a dit que maintenant on voit les choses en termes de fonctionnement de l'individu. Même, je peux aller plus loin. Les gens deviennent plus revendicateurs, ils veulent plus pas seulement **le fonctionnement**, mais même **la qualité de vie**. Donc « je fonctionne, docteur, mais je ne suis pas très content, augmentez-moi les médicaments ! » Même, on est un peu sous pression de qualité de vie, maintenant.

Et, si on en vient aux firmes pharmaceutiques et à l'idée des médicaments, les firmes pharmaceutiques font maintenant la publicité de leurs médicaments pas seulement basés en terme de symptômes comme on faisait avant, mais en terme d'amélioration de la qualité de vie. La société met beaucoup de pression sur ça, actuellement.

Léla CHIKHANI : Ils veulent du bonheur...



Michel SOUFIA : Exactement.

Ça ne suffit plus au médicament de faire disparaître la tristesse, il faut que le médicament donne du plaisir maintenant.

Et donc la pression devient un peu lourde et là, il faut faire attention. Donc il faut voir la maladie en fonction de la société et de l'évolution et de cette interaction entre la prédisposition biologique et les facteurs de stress.

Je vais terminer en parlant un tout petit peu du film. Je n'ai pu qu'aimer énormément les morceaux que la dame a choisi

de jouer. Elle a décidé de débiter avec Vivaldi, avec *Les quatre saisons* de Vivaldi, elle a décidé de débiter avec *L'été* de Vivaldi. Pour quelqu'un qui est dans la psychiatrie, moi, ça m'a fait rappeler un peu peut-être :

⇒ Un **accès maniaque** ou hypomaniaque.

On voit la patiente avec la force de cette musique qui fait rappeler l'excitation un peu de cet individu qui est sur le versant « up » de l'humeur :

C'est fort, c'est rapide, on a la logorrhée, l'humeur qui est élevée, l'exaltation, l'estime de soi qui est très grande.

⇒ Et tout à coup, ça chute, ça nous fait rappeler aussi **la dépression bipolaire qui suit un état d'excitation.**

Donc on a la chute, le ralentissement. C'est lent, c'est triste, monsieur a dit que ça a creusé quelque part dans nos larmes peut-être ; c'est **la mélancolie**, peut-être, cette tristesse assez profonde.

⇒ Pour après ressortir et jouer après un morceau qui est à la fois triste et gai, rapide et lent. C'est un mélange des deux. Je ne vais pas aller trop loin et dire que c'est **un accès mixte**, mais je vais dire que c'est quand même assez impressionnant.



Léla CHIKHANI : Je pense qu'il y a de quoi débattre.

Donc peut-être pouvons-nous lancer le débat. À ma droite, il y a le psychanalyste, la psychothérapeute-psychologue ; et à ma gauche, les psychiatres. Je ne sais pas si vous voulez discuter ensemble de ce qui a été dit, avec la participation bien sûr du public. Nous avons encore 20 minutes seulement.

Christian DUBUIS SANTINI : Ah, c'est très peu. Alors je voulais juste dire un petit commentaire sur la musique. Si la musique est catégorisée du côté de la jouissance, c'est parce que, justement, quand on donne une interprétation comme vient de le faire monsieur, on lui donne **une signification**.

Mais le sens, ce n'est pas la signification.

Le sens, c'est la signification + le non-sens.

Je vous l'ai dit tout à l'heure. Par exemple, l'hymne européen qui est le 5e de Beethoven [l'ode à la joie], c'est l'hymne de l'Europe ; le morceau apparemment choisi par la communauté européenne et c'est le morceau préféré de l'Europe. Eh bien, il faut savoir que c'était le morceau de prédilection des nazis, tout aussi bien que le morceau de prédilection du *Sentier lumineux* qui est un mouvement ultra-gauchiste d'Amérique du Sud, et aussi du dictateur coréen Kim Jong-Un.

Donc si vous voulez, chacun met dans la musique sa propre interprétation, mais en elle-même, justement, elle est ce moment avant de chuter dans la parole.

Justement, je vais revenir juste sur ce qui vient d'être dit parce que ce qui vous est présenté — en toute amitié — comme quelque chose d'objectif ne peut pas l'être pour la psychanalyse.

Parce que ce qu'exclut monsieur parmi toutes les possibilités de voir la maladie, c'est que ce n'est pas une maladie.

Premièrement, et deuxièmement que ça concerne :

Un sujet

Le sujet pour revenir un petit peu à la métaphore de ce film avec cette naissance et renaissance, on peut dire, avec ce bébé tout rouge qui est parcouru par les spasmes de l'enthousiasme de venir au monde et en même temps débordé par ça et qui se met à crier ; et qui après entre dans une phase de retrait aussi

pour écouter la signification des signifiants de la mère, c'est ce qui s'appelle :

La castration



C'est-à-dire qu'à ce moment-là, le sujet est convoqué à entrer dans le langage, c'est-à-dire à ne plus être entièrement signifié par le corps qui jouit, mais de transférer cette jouissance dans le verbe.

⇒ À partir de là justement, nous avons **une clinique du sujet**.

⇒ Ce n'est plus **une clinique biologique**, on n'y croit pas du tout en psychanalyse ! C'est-à-dire que quand il y a des faits biologiques, ce sont toujours des faits interprétés par un biologiste, c'est-à-dire avec son fantasme de biologiste. Ce sont des mots.



Il parle de mots de biologiste qu'il a appris concernant quelque chose, mais il croit qu'il parle de la chose alors qu'il ne parle que de mots. Voilà la psychanalyse.

La psychanalyse est une clinique des discours.

*Ce n'est pas une clinique autre que celle des discours.,
c'est-à-dire qu'il s'agit de retrouver assez de jouissance
dans la parole pour que l'histoire continue.*

J'ai beaucoup apprécié aussi que vous étagiez les
responsabilités croissantes de la psychiatrie.

⇒ Effectivement, au départ le psychiatre était celui qui avait
le mandat de pouvoir interner. C'est un mandat policier.
C'est-à-dire untel est fou, hop ! on le met au placard.

⇒ Ensuite, une responsabilité croissante qui consiste à
essayer de voir ce qu'il en est, trouver du sens à cela, donc
développement de la pharmacologie.

⇒ Et, troisième niveau maintenant effectivement, l'ouverture
à l'analyse, c'est-à-dire que parmi toutes les possibilités de
voir les choses, il y a aussi le fait que *ce n'est pas une
maladie*. C'est-à-dire, qu'en fait :

**La grandeur de Lacan, c'est d'élever chaque structure,
c'est-à-dire névrose, psychose et perversion
— les trois structures de langage incorporé —
On n'est pas malade quand on est comme ça !
à la dignité d'une position philosophique face à l'existence.**

C'est-à-dire que je vais répondre à mon environnement qui
n'est pas — c'est là où on est dans l'idéologie, c'est quand on
compare avec des animaux — le problème, c'est qu'on ne
sait pas, quand on emploie des métaphores comme ça, qu'on
est en pleine :

Idéologie

Une idéologie qui nie le fait que nous n'avons pas d'environnement autre que celui du langage.



Les animaux sont entièrement déterminés eux, par leur environnement. Vous allez trouver tel type d'animal dans tel type de nature, il faut tel taux d'humidité ; sinon les animaux ne peuvent pas vivre hors de leur environnement.

Le seul être qui n'a pas d'environnement sur cette planète, c'est l'homme. Il est partout et nulle part parce qu'aucun environnement ne le détermine, sauf le langage.

Tout ce qui est les déterminants qui vont former ses possibilités est compris dans la transmission du langage.

Nous, on n'a pas d'instinct.

L'instinct, c'est un savoir dans le Réel.



Un animal va savoir s'il va être la proie de tel autre animal ou s'il va lui-même être le prédateur d'un autre, c'est inscrit déjà dans le Réel. Nous, il n'y a pas ça. Tout passe par le langage. C'est pour ça que pour la psychanalyse, il n'y a pas de génétique non plus. Ça n'existe pas.

**La seule transmission,
c'est la transmission des signifiants.**

Alors effectivement, il y a de l'hérédité. Mais cette hérédité, elle est langagière.

Selon les signifiants qui vous ont été insufflés par votre mère ou le substitut de votre mère qui jouait ce rôle-là, vous allez déterminer une position dans l'existence. Cette position, vous en êtes responsable.

Vous n'allez pas attendre que quelqu'un aille trouver le remède miracle pour vous sortir de la galère dans laquelle vous êtes, parce que vous êtes sur terre, comme dit Beckett :

Il n'y a pas de remède.



Voilà, c'est ça, la maladie c'est déjà d'être sur terre.

À partir de là, rentrer dans les possibilités qui vous sont offertes par la parole en tant qu'elle est cette musique de

l'être comme on le voit là, ce qu'elle ne peut pas dire avec les mots, elle le dit avec son corps et avec les sons.



Mais on n'est pas encore là justement dans la parole.

La parole véritable,
qui est une parabole
laisse flotter le sens.

Dès qu'on est dans la signification on fait chuter le sens, si on reste dans la parole... — c'est pour ça qu'avec l'interprétation en psychanalyste, on reste dans la parole par rapport à un sujet qui parle, on ne va pas lui dire quand il

amène quelque chose, ça, c'est ça, ça, c'est ça, ça, c'est ta grand-mère, etc., non ça ne marche pas comme ça.

Au contraire, c'est **l'équivoque signifiante**.

Ce qui définit le sujet c'est d'être pris dans un discours.

Son emprise génétique on peut dire, généalogique, voilà, parce qu'on rajoute le logos, c'est d'appartenir déjà a priori à un discours. Il ne sait pas qu'il appartient à un discours. Donc l'inconscient, ce n'est pas l'inconscience.

L'inconscient c'est un savoir, ce savoir que les animaux ont dans le Réel ; pour les êtres humains, ils résident dans les mots.



Et de faire sortir le sujet, de faire dérailler la chaîne signifiante, de greffer un signifiant, de faire sortir de la chaîne de signifiante qui l'entraîne dans toutes les

pathologies dans lesquelles il va jouir — parce qu'on jouit de ses pathologies, la jouissance je vous le répète ce n'est pas le plaisir — elle, elle arrive à transformer la jouissance en plaisir par l'interprétation, mais la jouissance c'est le plaisir du déplaisir parce qu'on va là parce que c'est la seule chose que l'on connaît. Donc on va remémorer. Même, elle remémore sa propre naissance, là.

Donc l'interprétation va être l'équivoque signifiante. C'est-à-dire faire dériver, sortir du discours, parce que la psychanalyse justement est la seule qui ouvre à toutes les multiplicités : c'est le sujet, le sujet qui est un sujet de vérité. Nous sommes travaillés :

Nous sommes des êtres travaillés par la vérité.



Parce qu'être des êtres de parole nous amène à être taraudés et questionnés par la vérité.

Léla CHIKHANI : Merci, Christian Dubuis, j'ai vu que l'hibernation vous a... ^^

Christian DUBUIS SANTINI : J'adore les ours qui hibernent, mais je peux difficilement — bien que j'ai des côtés ours moi aussi — malgré tout la comparaison à ses limites. ^^

Léla CHIKHANI : L'inconscient est bien structuré comme un langage, qu'est-ce que vous en pensez docteur Dirani ?

Layla AKOURY DIRANI : Oui, certainement l'inconscient est structuré comme un langage, mais je pense quand même que les maladies existent.

On ne peut pas à mon avis... tout peut être interprété, on est tous pris dans un environnement dans lequel nous venons au monde qui nous transmet des valeurs, des identités, etc., mais quand même toutes ces personnes qui vivent dans un monde donné, dans une culture donnée, il y en a qui vont être plus fragilisé que d'autres. Il y a quand même des **vulnérabilités** et je pense que la personne qui vient vers nous, elle vient parce qu'elle n'arrive plus. Elle ne vient pas vers nous parce qu'elle a envie de venir, parce que c'est un luxe qu'elle se paye.

Elle vient parce qu'elle n'arrive plus à s'adapter.

Maintenant, est-ce qu'on a demandé à cette personne une hyper adaptation ou est-ce que cette personne n'a pas

suffisamment de ressources individuelles pour rebondir sur des situations ?

Tout cela ne peut pas faire l'économie de dire voilà, il y a des personnes qui souffrent, elles sont malades, elles ne sont plus fonctionnelles, on va essayer de les aider. Et les aider parfois, ça peut passer par quelque chose de très concret. Quand quelqu'un est vraiment au fin fond du trou et que pour cette personne la parole n'a pas encore lieu d'exister, un médicament peut donner un petit boost.

Léla CHIKHANI : Qu'est-ce que vous en pensez, docteur El Chammay ?

Rabih EL CHAMMAY : Il y a plein de choses sur lesquelles j'aimerais rebondir parce que ce que j'entendais quand même dans ce discours qui chauffe — c'est bien quand même parce qu'un débat il faut que ça chauffe un peu, au début on n'était pas dans des positions assez polarisées. Vous avez bien animé le débat — donc, ce que j'entends quand je vous écoute c'est quand même **deux positions philosophiques différentes**. Il ne s'agit pas là au niveau de ce qu'on fait et de ce que la psychanalyse fait.

Il y a le **dualiste corps-esprit** déjà qui est évoqué un peu, primauté du langage sur le corps, primauté de la matière sur le langage, qu'est-ce qui prend le dessus ?

Christian DUBUIS SANTINI : Oui, c'est en terme de **jouissance** et de **désir**. Les termes primordiaux sont jouissance et désir.

Rabih EL ChAMMAY : Non, je parle entre psychiatres et psychanalystes.

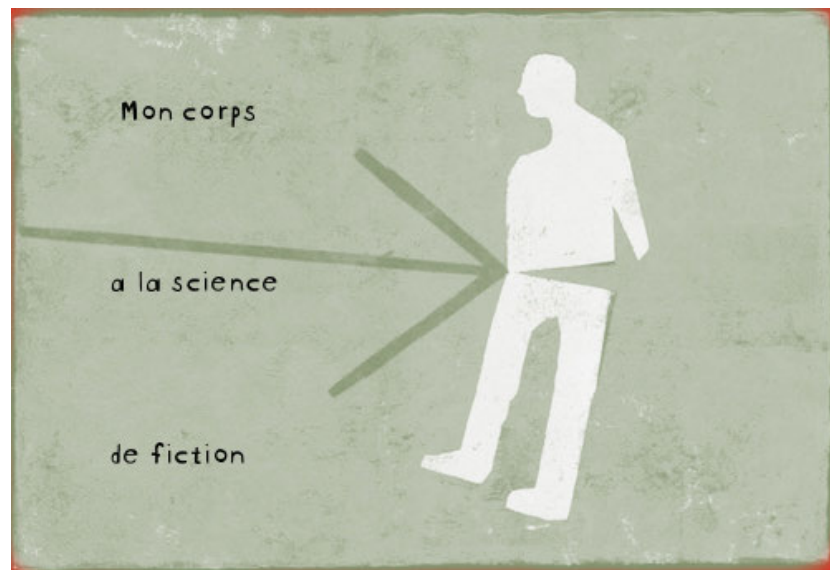
Christian DUBUIS SANTINI : Oui, oui, je suis d'accord.

Rabih EL ChAMMAY : La parole, la biologie, il y a quand même cette discussion qui est un peu évoquée, mais pas nommée du :

dualisme

Est-ce qu'il y a un dualisme ou un monisme ? Est-ce qu'on peut vraiment faire cette séparation ?

Christian DUBUIS SANTINI : Il y a un dualisme, mais on ne passe pas au même endroit, c'est-à-dire que :



La séparation ne passe pas entre le somatique et le psychique pour la psychanalyse, mais entre le psychique et le logique. Il y a un dualisme, mais à l'intérieur de la parole elle-même, pas entre le corps et la psyché.

Rabih EL ChAMMAY : Moi, je pense que ça peut être discuté. Parce que ce qu'on voit par exemple en se basant sur :

la plasticité du cerveau



On voit très bien qu'une psychothérapie ou qu'une psychanalyse peut morphologiquement changer le cerveau, comme on arrive à changer le cerveau avec un antidépresseur.

On change l'humeur et on change la personne. Et donc cette interaction entre le biologique et le psychique...

Christian DUBUIS SANTINI :... le logique là, parce que normalement la psychanalyse vient contredire le psychique pour justement dire attention !

Il y a du logique parce qu'il y a du Réel derrière.



C'est ça la différence.

Rabih EL ChAMMAY : Oui, mais ce qui ressort un peu de ce que vous dites, c'est un autre niveau pour nous, c'est la façon d'élaborer notre **pensée** :

⇒ **La psychiatrie** c'est une discipline de plus en plus empirique dont la position philosophique est opposée au rationalisme ;

⇒ Et on a une **théorie psychanalytique** de laquelle on essaye d'expliquer le monde.

Parfois, on oublie que c'est un savoir, ce n'est pas une vérité. Et là, c'est deux savoirs qui discutent et personne ne détient une vérité.

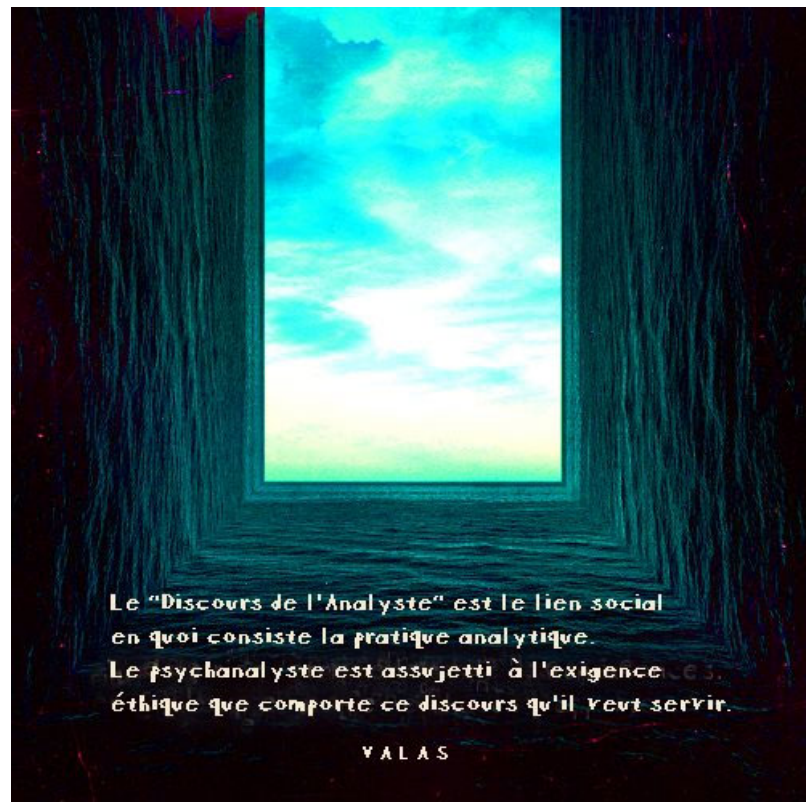
Christian DUBUIS SANTINI :



Rabih EL ChAMMAY : Exactement. Et donc le **savoir psychanalytique** est beaucoup plus cohérent quand on le présente que le **savoir psychiatrique**, parce qu'on est au début, on n'a pas toutes les variables. D'une certaine façon, c'est plus facile de construire une théorie et de lire le monde à travers cette théorie, que d'essayer de comprendre ce qu'il se passe et d'avoir un raisonnement par induction qui est le cas de la psychiatrie actuellement.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais la théorie ne vient que d'une pratique, sinon on ne peut pas l'appeler théorie. La rationalisation oui ; *theoria* en grec c'est vraiment la vision, c'est voir : à partir d'une pratique je peux tirer des déductions.

La théorie psychanalytique bien nommée
vient d'une pratique.

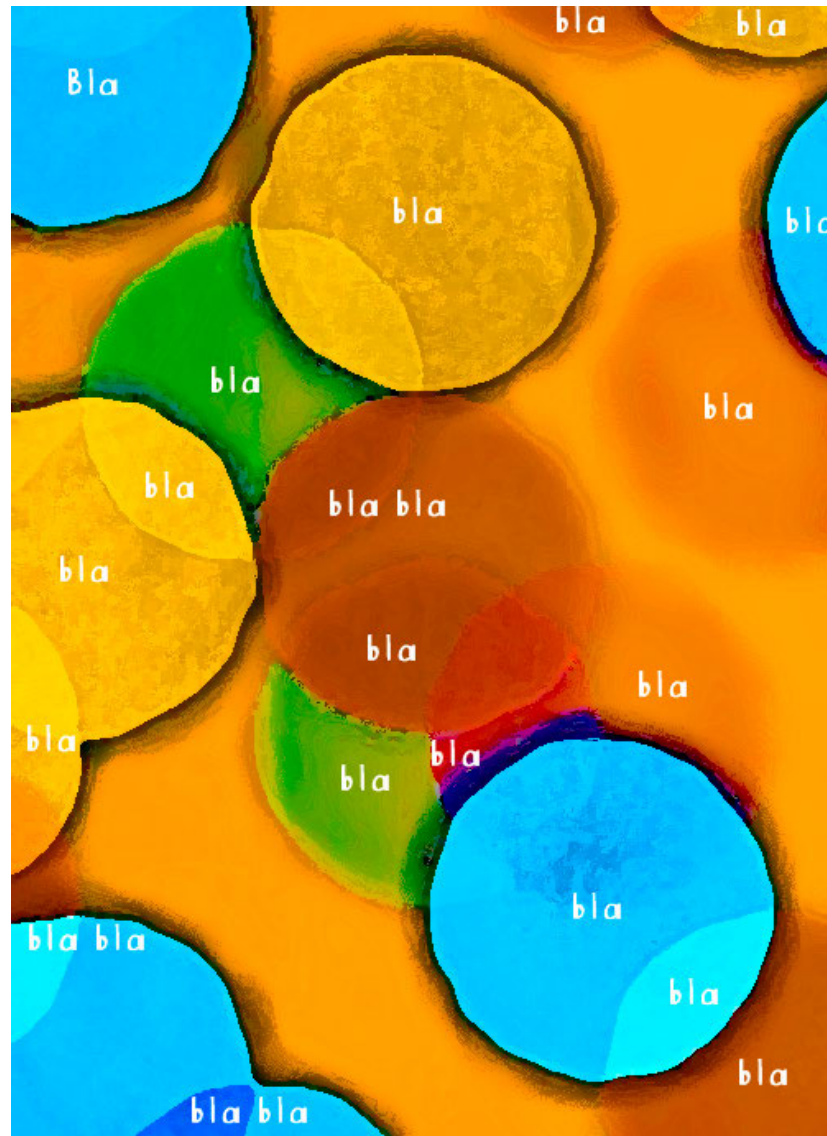


Ce n'est pas une élucubration, seul dans ses murs, dans sa chambre où je ne sais pas quoi ; c'est par rapport à l'écoute des sujets et la disparité de ce qu'on entend et les éléments qui vont permettre de repérer des récurrences, d'entendre quelque chose justement, des points de signifiante.

La théorie n'est pas opposée à la pratique, c'est très pragmatique la psychanalyse.

Rabih EL ChAMMAY : Je comprends. Je connais un peu la pratique psychanalytique, mais c'est parfois aussi un peu la position qu'ont certains psychanalystes quand ils parlent de la psychanalyse.

Christian DUBUIS SANTINI : Beaucoup parlent pour ne rien dire...



Rabih EL ChAMMAY : Pour débiter des vérités...

Christian DUBUIS SANTINI : Ils s'écoutent parler beaucoup.

Rabih EL ChAMMAY : Voilà, c'est deux savoirs pour moi qui sont complémentaires, mais philosophiquement différents aussi un peu de comment on les construit. C'est pour ça qu'il y a un malentendu parfois quand on discute.

Christian DUBUIS SANTINI : Exactement. C'est pour ça qu'on appelle ça **une clinique des discours** et qu'il y a 4 discours en psychanalyse.

Et le Discours universitaire justement, comme on l'a vu, c'est ce qui exclut la division du sujet. C'est un cas, c'est un corps à traiter, c'est une maladie, etc., mais le sujet lui-même, ce qu'il dit, ce qu'il va dire, c'est ce qui ne compte pas, ce qui compte pour du beurre. Donc dans la disparité des discours, le Discours Analytique, c'est ce qui justement met le sujet au centre de sa propre division, donc son Réel. Il y a quelque chose qui ne marche pas, mais c'est normal que ça ne marche pas. C'est le Réel.

Le Réel, c'est que ça ne marche pas.



Tant qu'on est dans l'illusion que tout doit aller parfaitement bien, là on s'expose à un retour du Réel qui va détruire cette illusion-là.

Michel SOUFIA : Pour faire passer deux petits messages pour continuer un cette discussion assez intéressante, vu que le concept de l'hibernation a dérangé ^^, je vais aller un peu plus loin quand même. Nous, on est des individus, comme vous avez dit, on peut vire dans tous les environnements. Moi je dis parce qu'on adapte l'environnement à nous, ce n'est pas parce que nous on est adapté dans le sens où notre biologie et notre physique s'adaptent. Donc si on est dans un environnement très chaud, on le climatise...

Christian DUBUIS SANTINI : Parce que notre environnement, c'est déjà le langage...

Michel SOUFIA : Parce que nous, on est très évolué dans le sens qu'on peut modifier cet environnement.

Léla CHIKHANI : Je pense qu'il y a une divergence.

Christian DUBUIS SANTINI : Oui.

* * * * *

Léla CHIKHANI : Tout le monde n'est pas à l'heure, j'ai l'impression. On peut fermer ?

Donc avant de passer à l'axe II : *quel traitement pour la dépression ?* Que nous réduirons un peu, peut-être que nous écouterons vos questions et ces messieurs-dames vont y répondre. Alors il y avait beaucoup de questions... Rita, tu

voulais poser une question, non ? Tu me l'as dit tout à l'heure... Claude...

Claude : Bonjour de nouveau, je voulais poser une question à monsieur le psychanalyste, monsieur Dubuis. Dans le premier axe, vous avez parlé de *la jouissance qui est le plaisir du déplaisir* ; est-ce que vous pouvez un peu interpréter cette idée qui est jouissante, quelque part ?

Léla CHIKHANI : L'idée même est jouissance ! ^^

Christian DUBUIS SANTINI : Alors justement, pour Lacan, ce qu'il remarque à partir des textes de Freud et notamment de *L'homme aux rats*. Quand l'homme aux rats lui raconte son rêve [son histoire], il lit sur le visage de l'homme aux rats — Freud l'écrit comme ça — :

Une jouissance par lui-même ignorée

C'est-à-dire qu'en racontant, il se passe quelque chose de l'ordre de la souffrance.

La souffrance et la jouissance, en fait, ce sont des synonymes.

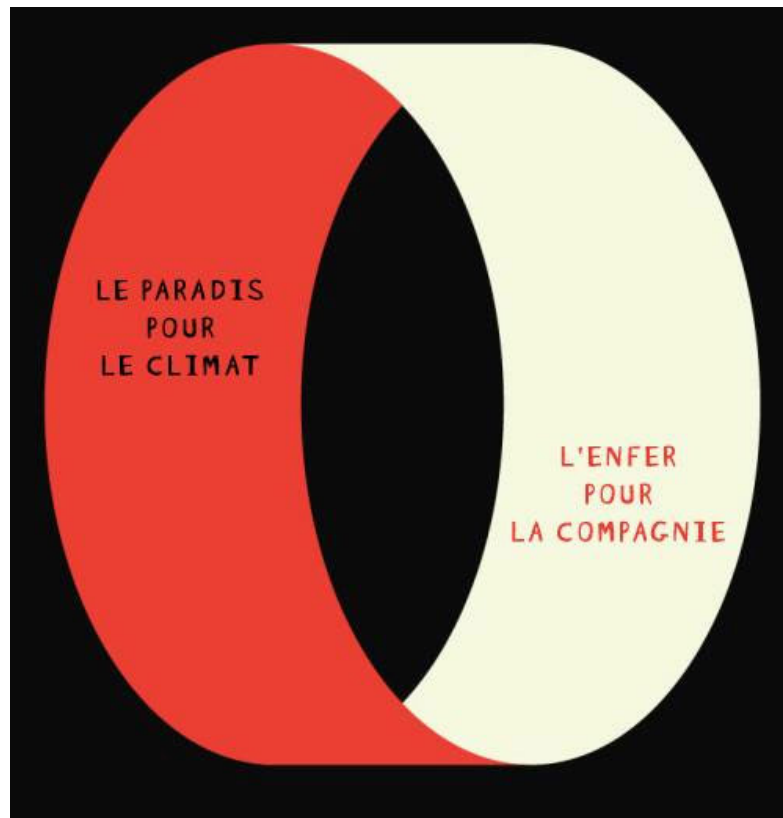
Aujourd'hui, dans l'acception contemporaine — c'est pour ça qu'on est très à cheval sur les mots en psychanalyse — parce que *céder sur les mots c'est déjà céder sur les choses*, donc Freud disait :

Ne jamais céder sur les mots.



Ici, en plus vous êtes dans un lieu des théophanies au Moyen-Orient, c'est-à-dire le lieu de révélation de la parole en tant qu'elle est un **dire** qui va dire quelque chose sur l'être, donc c'est pour ça qu'il y a un terreau aussi fertile. Je trouve que vous êtes très attentifs à cette notion de **parole** qui définit le sujet en psychanalyse.

Au départ, donc, on va dire que si on reprend cette image de la naissance, il y a cette bipartition qui semble être entre **le corps** et **la psyché** de l'enfant. Pour évoquer cette notion de :



C'est une notion très complexe parce que c'est une notion paradoxale :

La jouissance, c'est tout autant quelque chose dont on ne peut pas se séparer — on n'arrive pas à s'en débarrasser — et en même temps, c'est quelque chose qu'on essaye tout le temps d'atteindre.

Cette contradiction-là ne peut être levée que quand on passe comme Lacan d'une logique modale à une logique nodale, c'est-à-dire avec des nœuds, pour comprendre avec les nœuds borroméens et la bande de Moebius : c'est le recto et le verso d'une bande de Moebius.

Nous sommes topologiquement inscrits sur une bande.

La jouissance, en gros, on va dire que c'est lié au corps. Et au départ, pour reprendre cette image de la naissance du petit bébé qui est en train de naître, on peut dire qu'il est parcouru par quelque chose de l'ordre d'une jouissance qui va le déborder et qui va le faire crier et qui va même le faire hurler.

On va retrouver ça ensuite dans un déplacement sur :

La jouissance sexuelle



Par exemple, le nombre de femmes qui n'arrivent soi-disant pas à jouir, c'est-à-dire qu'elles ont peur de quelque chose qui les dépasserait et dans laquelle elles s'annihileraient en tant que sujet. Parce que c'est quelque chose qui justement se définit en polarité avec le sujet.

Le sujet, lui, il a quelque chose à voir avec la parole. La jouissance, c'est là où il n'y a plus de parole.

Donc, la jouissance a ces deux versants. Quelque chose que l'art va essayer d'atteindre. Par exemple, Sézanne, quand il peint une pomme, il essaye de peindre la pommeité de la pomme ; c'est-à-dire ce qui fait que la pomme est pomme même s'il n'était pas là pour la peindre. Exactement de la même manière que Baudelaire essaye de décrire le monde tel qu'il se donnerait à voir s'il n'était pas là pour l'écrire.

Donc, il y a quelque chose de l'ordre d'une jouissance qui échappe tout le temps, c'est **le grain de sable de l'énonciation** en quelque sorte, ce qui fait que le sujet a deux aspects :

- ⇒ Un **aspect symbolique** puisqu'il est pris dans le discours ;
- ⇒ Un **aspect réel** parce qu'il faut avoir un corps pour être sujet.

Parce que le corps jouit. Et ensuite, dans l'enseignement de Lacan qui est un enseignement dialectique sur 30 ans. Au début, il dit que ***la jouissance est interdite en tant que telle à tout sujet puisque le signifiant va interdire la jouissance.***

Donc on peut, si on reprend cet exemple du bébé qui est en train de naître, il est pris dans la jouissance de son corps. Sa mère va lui parler, lui prononcer des mots : l'infusion de cette jouissance va rentrer dans les signifiants eux-mêmes de la langue et au fond, à ce moment-là, ***il y a une civilisation de la jouissance***, elle va être civilisée et ça va donner :



Le plaisir, c'est un bord de la jouissance. C'est le bord accepté et acceptable de la jouissance et qui se définit par rapport au désir.

Le désir fait limite à la jouissance pour donner le plaisir.

Au-delà, la jouissance, ça comme aux chatouillis et ça finit à la flambée des sens.

Donc, au-delà, il y a quelque chose qui dépasse le sujet — parce qu'on va voir après la « médication » entre guillemets de la dépression, ce que ça veut dire sur le plan du sujet — quelque chose qui le dépasse à ce point qu'on ne peut rien

en dire. Et, on y revient, les gens y reviennent parce que c'est la seule chose qu'ils connaissent et le reste leur fait extrêmement peur puisque le langage n'est pas balisé. Les signifiants ne sont pas correctement mis en place. C'est pour ça que :

La psychanalyse est une clinique du discours.

Pour la psychanalyse, on ne peut pas intervenir directement sur le corps. On peut bien sûr, mais on va déplacer les symptômes infiniment, parce qu'en fait ça commence par le fait que *le corps est entièrement colonisé par le signifiant*.

À partir de ce moment au départ où l'enfant va entrer en tant que sujet dans le langage, il va être dans le désir de l'Autre qu'est sa mère, et il va prendre ces signifiants-là, elle va lui parler, elle va lui dire, et il va entendre le son, il va entendre cette musique-là. À ce moment-là, sa jouissance va passer par le signifiant. Donc :

⇒ Au début, Lacan dit que *le signifiant interdit la jouissance en tant que telle*, c'est-à-dire son excès corporel ;

⇒ Ensuite, le signifiant non seulement *autorise*, mais il n'y a que là qu'elle peut se prendre parce que là, elle est conforme à la Loi. C'est-à-dire la **Loi du Désir**, parce que le désir est une loi. Là, elle est autorisée parce qu'elle crée un bord, une limitation, une limite à l'excès qu'est cette jouissance.

On peut dire qu'une souffrance — le plaisir dans le déplaisir, —, c'est une jouissance qui justement ne peut pas se dire tant que les signifiants ne sont pas réunis pour que le sujet puisse les dire.

J'ai pris un peu large parce que c'est une notion complexe, la jouissance. La clinique lacanienne est basée essentiellement [sur cette notion].

Léla CHIKHANI : C'est le Réel...

Christian DUBUIS SANTINI : C'est le Réel, exactement.

Léla CHIKHANI : Y'a-t-il une autre question ? Je limite un peu les questions, mais bon... parce que nous pouvons reprendre des questions à la fin.

Aline : Je n'ai pas une question, j'ai une observation au niveau de la transmission — si on veut continuer un peu l'idée de Layla Dirani —, de **la transmission du symptôme de la dépression**, on remarque bien dans le milieu clinique combien il y a cette transmission de tout ce qui est archétype de la culture.

Si on veut remarquer un peu comment la mère se comporte avec son enfant, comment elle exprime ses émotions d'amour ou bien ses émotions de colère. Par exemple, il y a en arabe le proverbe *To'borni*.

Léla CHIKHANI : *To'borni*¹, c'est-à-dire l'enterrement. C'est pour dire « enterre-moi ». C'est une expression libanaise. Elle l'emploie aussi de façon aussi coléreuse, quand elle dit qu'elle est fatiguée, elle dit « vous allez m'enterrer », donc pour exprimer son amour ou sa colère, elle emploie le même terme.

Aline : Il y a cette transmission du langage et des archétypes qu'on remarque sur le divan au Liban particulièrement.

Léla CHIKHANI : Merci. D'autres questions ? Je voudrais introduire personnellement une question sur la musique parce qu'on en a beaucoup parlé tout à l'heure et je voudrais dire que la musique est avant tout un rythme, c'est-à-dire une toile de fond et sur cette toile de fond va arriver cette mélodie. *Cette mélodie est un son et un sens* dit Diderot et à partir de Diderot on considère comme ça la musique, comme **un**

¹ **Léla Chikhani** : En libanais, la mère dit ce mot d'amour à l'enfant qui à mon sens est effrayant : *To'borni* littéralement tu m'enterreras ou tu présideras à mon enterrement

Cécile Crignon : « tu finiras par me tuer ! »

Il y a cette expression chez nous en France...

Léla Chikhani : Non pas du tout, c'est un mot de tendresse.

Cécile Crignon : Ah oui ! j'ai mal compris. Mais en quoi est-ce un mot de tendresse, exactement ?

Léla Chikhani : Ça signifie je ne pourrais jamais accepter l'idée de ta mort heureusement que je mourrais avant toi. Le correspondant de ce mot la mère dit *tokborni* ou *to'borni* et en même temps elle dit *teslamli* qui signifie reste pour moi en bonne santé. Je veux dire le correspondant de *to'borni* est *teslamli*.

Cécile Crignon : Oui je comprends. Je me permets d'inscrire ces précisions en notes de bas de page.

Léla Chikhani : Pour dire l'amour, la maman parle de mort. Peut-être parce que le Liban étant une voie de passage à tous les envahisseurs, les jeunes gens étaient tués ... et les mères pleuraient. En fait, c'est il faut que ce soit toi qui m'enterre.

signifiant si je puis dire et **un signifié**. C'est ça cette musique. Et donc le rythme qui va se déployer va se construire, du moins va permettre à cette mélodie de se construire. C'est donc une construction et cette répétition, c'est une construction.

Et peut-être là je suis dans une philosophie de Bachelard, mais si je rentre davantage dans la musique, dans ce rythme, dans cette musique, il y a cette répétition, ce refrain, cette note qui revient pour arriver jusqu'à l'extase, la jouissance musicale jusqu'à l'extase. Ça, c'est **la douleur**, dit Sartre. C'est la douleur, c'est la dépression, c'est l'émotion.

Cette jeune femme avec son violon qui a joué de cette musique qui lui venait de l'intérieur a peut-être construit ;

peut-être que son violon, sa musique lui ont servi de suppléance à cette dépression. C'est peut-être ça, cette suppléance qui l'a sauvée, un peu. C'est le « sinthome » pour parler lacaniennement.

AXE II

Nous passons au traitement, puisque ce violon sert de suppléance. Nous sommes en plein dans le traitement.

Nelly : Je voulais faire une remarque sur la musique. Je pense que la musique est peut-être justement le pont entre ce qui a été révélé comme une sorte de position des deux psychiatres et de madame Dirani, qui à mon avis concilie le discours de la psychanalyse.

Ma question est : j'ai l'impression qu'il n'y a pas d'ouverture et que justement on ne cède pas, dans la psychanalyse, dans la position que vous mettez en avant, on ne cède pas sur une possibilité de conciliation avec d'autres genres de savoir.

Christian DUBUIS SANTINI:

Le Discours Analytique vient comme le dernier des discours. À partir de ce moment-là, il y a une logique rétroactive qui permet d'éclairer les autres discours, ils ne les discréditent pas. Il les renvoie à leur éthique spécifique.

Un discours, en fait, met en place un rapport entre :

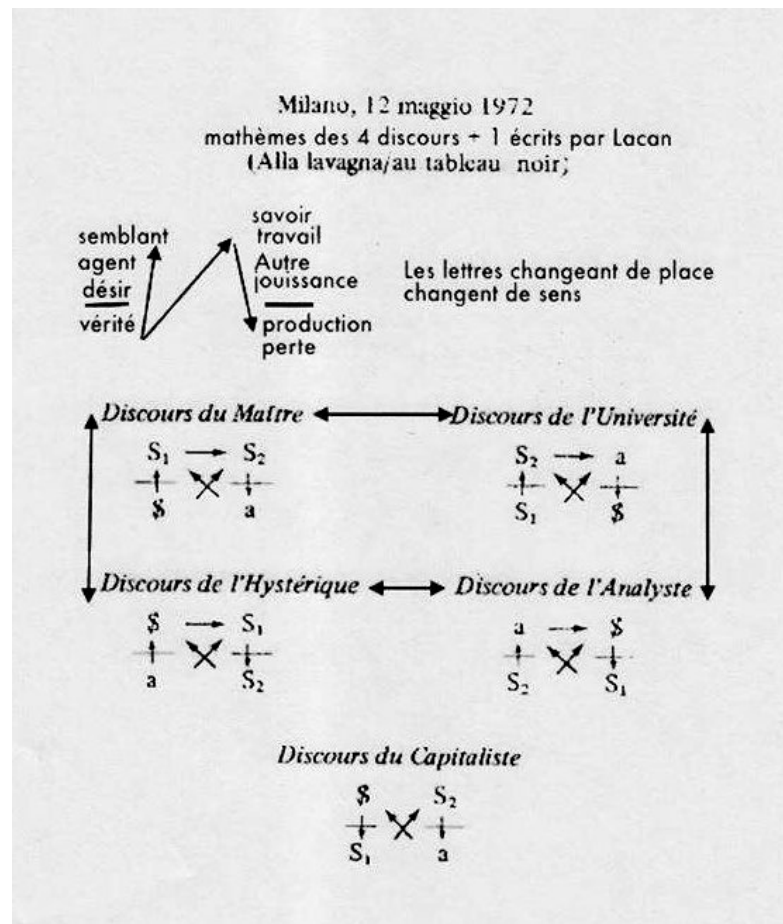
- ⇒ un sujet parlant ;
- ⇒ la vérité ;
- ⇒ un objet ;
- ⇒ un reste.

Quelque chose justement de l'ordre : d'**une structure**.

Il y a pour chaque discours une éthique particulière.

Donc, on peut dire, par exemple, que dans la formation de la science, il y a au départ quelque chose de l'ordre du Discours Hystérique. Là, je vous renvoie à notre dernier séminaire qui est très explicite là-dessus, avec Patrick Valas, ça dure une heure, sur *Les Quatre Discours de Lacan + le Discours Capitaliste*.

Donc il n'est pas question d'évacuer les autres discours, c'est juste qu'ils sont renvoyés à leur éthique spécifique.



Du moment que le sujet est exclu comme sujet divisé, c'est-à-dire de sa part de Réel, ça suppose une certaine éthique, mais qui n'est pas dénuée d'une certaine valeur.

Par exemple, certaines découvertes scientifiques ont été faites par de grands hystériques, parce qu'il fallait une très grande opiniâtreté, justement, dans sa manière de se situer par rapport au monde pour découvrir ça.

Le Discours Analytique, lui, permet d'éclairer, mais il ne se situe pas en supériorité. C'est juste qu'il considère qu'*in fine* :

La dimension du sujet divisé est le Réel du parlêtre que nous sommes et que si vraiment je veux régler quelque chose avec mon destin, c'est-à-dire que je suis assez loin

convoqué dans ma vérité, je ne peux pas ne pas rentrer dans ce discours-là.



Quand vous dites en préambule votre rapport avec la musique... la musique, à la différence de la parole, on entend bien qu'on reste sur **le sens** puisqu'elle peut être récupérée par n'importe qui.

Une femme dans la salle : La parole aussi...

Christian DUBUIS SANTINI : Alors, justement, la parole analytique ! Parce que la parole analytique ne chute pas dans une **signification**.

Parce que dans une cure, vous n'allez jamais dire à quelqu'un qui vient et qui vous dit quelque chose que là, c'est ça et c'est ça. C'est-à-dire que vous n'allez pas le *signifier*, vous n'allez pas le faire chuter [dans une signification] ; vous allez laisser sa parole en suspens et votre interprétation va être de l'ordre de l'équivoque, de :

L'équivoque signifiante



C'est-à-dire que ça va le faire *dérailer dans son discours*.
Mais ça lui appartient.

Il récupère sa propre parole et son sens et il reste flottant, il ne chute plus dans une signification.

Exactement comme la musique, à ce moment-là, on peut dire.
Puisque ce qu'il entend et ce que l'analyste entend, c'est **la musicalité de la parole**, c'est par le signifié.

Léla CHIKHANI : C'est le signifiant.

Christian DUBUIS SANTINI : C'est uniquement le signifiant, c'est le jeu de **la chaîne signifiante** dans laquelle est pris le sujet, vous voyez, c'est une musique !

Quand j'ai un analysant qui me raconte des trucs sur l'actualité, etc., il va parler dans le vide, jusqu'à ce qu'il se rende compte qu'il parle dans le vide. Parce qu'où est **son sujet de l'énonciation** ? Là, quand il est en train de répéter

ce que disent les médias et tout ce qu'il se passe dans les discours courants, ce qu'il a entendu à l'université, au café, ou je ne sais pas où ? Il ne parle pas de son sujet. Donc il est dans le signifié pur, la signification a chuté quelque part.

L'idée c'est que sa parole soit rehaussée.

Donc la psychanalyse n'est pas un discours qui exclut, mais qui permet d'éclairer les autres discours qui l'ont précédé.

Il a fallu plusieurs siècles — des millénaires — pour arriver à la subversion freudienne qui permet de saisir à quel point notre sujet est divisé.

Nous sommes divisés.



Donc il y a du Réel et ça ne peut pas aller bien tout le temps, hein !

Alors maintenant aujourd'hui c'est mal parce qu'aujourd'hui, tu dois jouir ! Tu dois être bien tout le temps, tu dois être une vedette sur la scène, tu dois gagner beaucoup d'argent !

Non, ça n'a jamais été ça. Aujourd'hui, il y a une accentuation avec ce qui s'appelle le **Discours Capitaliste** qui est un truc qui fonctionne magnifiquement bien. Ça va foutre en l'air toute la planète et tous les humains parce que :

Il n'y a plus la limite du Réel.



Et aujourd'hui, tout obéit à ce discours-là, notamment :

Puisqu'on voit que derrière le discours de la science il y a les subventions des labos.

Vous croyez qu'un laboratoire va subventionner un discours qui va dire que les médicaments c'est les bonbons du père Noël ?

Ce n'est pas possible, il y a un problème logique.

Vous croyez que le but d'une firme internationale, c'est la santé des gens ?

Et, si on va au bout du raisonnement, vous croyez que le but d'une firme pharmaceutique ça va être que les gens soient en bonne santé ?

Vous avez l'impression que c'est logique ça ?

Donc voilà, la psychanalyse permet de dire attention ! – ce n'est pas une exclusion de la science, c'est pour ça qu'elle ne prescrit pas ni ne proscriit — à certains moments, il peut y avoir besoin de certains médicaments qui ont fait l'objet de découvertes et qui ont un certain fonctionnement.

Mais que ça devienne une habitude et que ça vienne à la place de la parole, non !

Jamais à la place de la parole !



Si on prescrit un antidépresseur, à la limite pourquoi pas un moment sur une période courte, mais alors il faut voir le patient et il faut essayer de le faire parler pour qu'il puisse sortir de là, il ne faut pas renouveler son ordonnance tous les mois !

Moi, j'ai connu des gens, ça faisait 10 ans qu'ils étaient sous Seroplex, mais ça ne veut rien dire ! Et, en plus, je peux vous dire le secret des secrets, c'est :

« Il faut arrêter progressivement ! »

Mais ça, c'est que du business ! J'ai une amie qui était depuis 10 ans sous Seroplex, je lui ai dit « Mais non, tu n'écoutes

pas ça, tu arrêtes du jour au lendemain. Tu n'en as plus besoin maintenant ! » Elle a arrêté, il ne s'est rien passé parce qu'arrêter progressivement, c'est encore du business. Tu n'en prends plus trois, tu en prends deux, et hop ! On continue à faire du business et à vendre des médicaments.

La psychanalyse, ça sert à dire des choses comme ça, notamment. Et ça sert à voir aussi **le rapport politique et religieux avec le monde** parce c'est intimement lié, mais ça n'invalide pas les autres discours. Ça les remet dans leur éthique.

Léla CHIKHANI : Nous sommes rentrés de plain-pied dans le traitement et donc qu'est-ce que vous en pensez ?

Nelly : Je voudrais rajouter un mot à propos de la musique, mon idée s'est interrompue. À propos de **la prosodie**, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de la parole uniquement, mais des études ont démontrées que, par exemple, la façon dont on s'adresse à un bébé, en parlant avec ce qu'on pourrait considérer être infantilisant ; mais que c'est quelque chose dans la communication du sens de la maman vers l'enfant, quelque chose qui a un rôle très important et j'ai pensé à la prosodie comme pont entre la musique et les deux... là, on parle de choses qui sont peut-être intermédiaires entre la psychanalyse et le discours scientifique, psychiatrique ou autre ; je ne dirais pas psychiatrique, mais disons les neurosciences.

Christian DUBUIS SANTINI : La prosodie, c'est ce qu'il entend, oui.

Nelly : C'est ça, c'est pas simplement le sens, c'est...

Christian DUBUIS SANTINI : Mais le sens, ce n'est pas la signification, justement. C'est ça le sens, le sens c'est la prosodie !

Nelly : Il y a un élément justement qui est identifiable par un autre champ.

Léla CHIKHANI : Oui c'est **la signifiance**, ce n'est pas ce qui est signifié ; c'est ça la signifiance, cette manière que tu as de décrire la prosodie.

Michel SOUFIA : Je vais essayer de répondre à l'histoire des médicaments parce que c'est intéressant. Je trouve qu'il y a des choses qui ont été dites, moi je ne suis pas du tout d'accord avec ça puisque je trouve que quand même ça peut être dangereux dans le sens de :

la sécurité du patient

Pas toutes les études ont été faites par des firmes pharmaceutiques, il ne faut pas généraliser. Il y a plein d'études qui ont été faites par des centres universitaires. Donc actuellement, toutes les études qui sont financées par les pharmaceutiques ne sont pas publiées par des journaux internationaux. Sinon, ça doit être marqué.

⇒ Il y a un **grand critère d'exclusion** de toutes les études financées par les laboratoires. Par exemple, l'étude génétique — dont j'ai parlé — d'un des antidépresseurs, elle n'est pas financée par un labo, elle est financée par la faculté pour ne pas affecter, pour ne pas avoir un biais dans le résultat. Actuellement, il y a une politique qui oblige tous les labos à publier même leurs études négatives. Si on fait une étude et

qu'elle montre que l'antidépresseur n'est pas efficace, actuellement, ils sont obligés de la publier. Avant de démarrer l'étude, ils doivent avoir la permission de la faire et quand ils ont la permission, ils sont obligés de publier les résultats. Donc, moi, je ne suis pas d'accord, donc on ne peut pas généraliser.

⇨ Deuxième chose, l'histoire de **l'arrêt des médicaments**. Si vous avez connu quelqu'un qui n'a pas du tout eu d'effet secondaire, moi je suis content pour votre amie, elle n'a pas eu d'effet secondaire ; mais plein de gens peuvent rechuter si l'arrêt du médicament se fait de façon brutale.

Christian DUBUIS SANTINI : Ce n'est pas l'arrêt brutal qui provoque la rechute, c'est le fait qu'il n'y ait pas de passage sur le plan de la parole.

Michel SOUFIA : Je suis d'accord avec l'importance et la nécessité de la prise en charge globale qu'on appelle « biopsychosociale ». Je suis tout à fait d'accord avec ça et je suis même quelqu'un qui pousse dans ce sens parce que ce n'est jamais, jamais, juste biologique. Mais des fois, en fonction de la patiente, en fonction de son histoire, en fonction du nombre de rechutes qu'elle a eu avant, de son histoire familiale, des fois on a des médicaments qui ne doivent pas être arrêtés.

On revient à l'idée de cette interaction entre l'histoire personnelle et la prédisposition biologique. Il peut y avoir des gens qui peuvent chuter même sans facteur de stress. On a vu des gens qui étaient déprimés, à chaque fois qu'on arrêtait l'antidépresseur, malgré des prises en charge globales avec une psychothérapie, une intervention sociale. Plein de fois où

on réussi à arrêter ce médicament, on œuvre dans ce sens, on travaille toujours dans ce sens que si on a besoin d'introduire des médicaments pour de courtes durées, des durées acceptables dans le sens de la prévention des rechutes, mais quand même en gardant en tête l'idée et la possibilité d'arrêter ce médicament.

Mais il ne faut pas généraliser dans ce sens, il y a des gens qui ne peuvent pas arrêter leur médicament et qui vont rechuter.

Christian DUBUIS SANTINI : Oui les gens qui n'ont pas accès à la possibilité d'une parole, effectivement.

Michel SOUFIA : Là, vraiment, je ne suis pas d'accord dans le sens où il y a des gens qui ont accès et qui bénéficient de prises en charge dans ce sens et qui n'arrivent pas à le faire.

Christian DUBUIS SANTINI : Vous parlez justement de « **prise en charge** », les mots sont importants c'est-à-dire qu'on *prend en charge* sa parole, mais la différence c'est s'il *parle* sa parole ; il n'est pas pris en charge, c'est-à-dire qu'il assume sa position de sujet et une dimension psychanalytique.

Un psychanalyste ne prend pas « en charge » un analysant.

Jamais de la vie ! D'ailleurs on dit un **analysant**, pas un analysé. Et on n'analyse personne. L'analysant s'analyse lui-même. Il *se* prend en charge, là on est d'accord.

Michel SOUFIA : Ça ne va pas changer, dans le sens que même s'il est sous médicament...

Léla CHIKHANI : Avec parole ou sans parole ! :-D

Michel SOUFIA : Non, non, je suis avec parole et même si lui il se prend en charge !

Rabih EL ChAMMAY : Si je peux aussi continuer cette réflexion.

Christian DUBUIS SANTINI : Monsieur le médiateur :-)

Rabih EL ChAMMAY : Là, pas tout à fait. :-)

Christian DUBUIS SANTINI: Hahaha! Il s'est présenté comme médiateur tout à l'heure. :-D

Léla CHIKHANI : Non, mais il ne le sera pas, je pense. :-)

Rabih EL ChAMMAY : C'est vrai que la psychanalyse ne prend pas en charge, mais parfois, elle nous délègue. S'il y a un risque suicidaire, elle nous dit « prenez en charge ».

Christian DUBUIS SANTINI : Jamais un vrai psychanalyste, non ! Il y en a beaucoup qui s'installent comme psychanalystes et qui ne le sont pas du tout.

Rabih EL ChAMMAY : On reçoit plein de psychanalystes, des analysants, ça c'est la réalité.

Christian DUBUIS SANTINI : Oui, c'est la réalité.

Rabih EL ChAMMAY : Et puis ils nous réfèrent des gens déprimés qui ont un risque suicidaire. Ils disent là, ce serait bien de leur prescrire un médicament.

Christian DUBUIS SANTINI : Ça, c'est impossible que ce soit un analyste. Je ne définis pas un analyste comme ça. Ça, c'est quelqu'un qui s'est peut-être autodéfini comme analyste parce que...

Rabih EL ChAMMAY : Lacan, c'est ce qu'il dit, tout psychanalyste se réclame de lui-même, donc comment vous, vous pouvez dire s'il est psychanalyste ou pas ?

Christian DUBUIS SANTINI : Parce que ça, c'est une interprétation que fait celui qui ne comprend pas que « de lui-même », c'est du Réel et de la responsabilité absolue.

Léla CHIKHANI : La psychanalyse est uniquement une thérapie par la parole, mais certaines psychothérapies peuvent envoyer chez...

Christian DUBUIS SANTINI : Des psychothérapeutes.

Rabih EL ChAMMAY : Des psychothérapeutes et des psychanalystes, moi j'en ai reçu.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais alors, ça, c'est un emploi abusif du terme d'analyste.

Rabih EL ChAMMAY : Qu'est-ce que vous faites de quelqu'un qui a un **risque suicidaire** chez vous, sur le divan ?

Christian DUBUIS SENTINE : S'il est avec moi, je l'assume intégralement. Je ne vais pas dénier mon propre engagement éthique et subjectif.

Rabih EL ChAMMAY : Qu'est-ce que vous faites ?

Christian DUBUIS SANTINI : Eh bien, je vais l'écouter et je vais essayer d'interpréter.

Rabih EL ChAMMAY : Il vous dit « je rentre chez moi, je me flingue ». Qu'est-ce que vous faites ?

Christian DUBUIS SANTINI : Alors il faut distinguer le suicide de l'annonce du suicide de la tentative de suicide, le suicide d'un névrotique du suicide d'un psychotique ; ce sont des choses très différentes. Il y a un *acting out* comme ça et puis il y a des passages à l'acte, ce sont des choses très différentes. Et je n'ai pas de méthode.



Il n'y a pas de recette, ça n'existe pas les recettes, nulle part, sauf pour la cuisine, d'ailleurs elle est très bonne ici. Il faut écouter, c'est tout.

Rabih EL ChAMMAY : Dans une société où l'on est tenu par notre contrat social à **l'assistance de personne en danger**, comment vous positionnez-vous dans ce cas-là ?

Christian DUBUIS SANTINI : J'assume intégralement ma position d'analyste.

Rabih EL ChAMMAY : Qui est hors la loi dans ce cadre ?

Christian DUBUIS SANTINI : Mais...

Il n'y a pas de loi autre que le désir pour l'analyste.



Rabih EL ChAMMAY : Et la loi sociétale ?

Christian DUBUIS SANTINI : Mais la loi sociétale ce sont les règlements du monde, ça n'a rien à voir avec la **Loi éthique**. Ça, c'est un problème psychanalytique majeur.

Pourquoi ce ne sont pas des psychanalystes ceux que vous décrivez ? Parce que justement, ils ne s'autorisent pas d'eux-mêmes. Ils ont besoin de se mettre sous une loi. S'ils s'autorisaient d'eux-mêmes, ils assumeraient pleinement et entièrement que le fait de se déclarer psychanalyste ça veut dire de se retrouver dans ce cas de figure là et de ne pas chercher à s'abriter derrière une loi sociale. Voilà.

Rabih EL ChAMMAY : Et à ne pas rendre assistance à ce sujet ?

Christian DUBUIS SANTINI : Qui rend assistance et comment ? Peut-être, en psychiatrie il n'y a pas de suicide ?

Rabih EL ChAMMAY : Ce n'est pas qu'il n'y a pas de suicide, c'est la position qu'on prend par rapport à ce suicide. Nous, on a une obligation de moyens, pas de résultat. En médecine, on n'a pas une obligation de résultat, on n'est pas tenu de guérir. On est tenu de... tous les moyens possibles qu'on a en tant qu'hommes de science — puisque c'est une science effectivement —.

Léla CHIKHANI : Le psychanalyste non plus n'est pas tenu de guérir ni de prendre en charge.

Rabih EL ChAMMAY : Je parle là du contrat qui est au-delà de nos disciplines, qui est le contrat dans lequel on s'inscrit, c'est :

le contrat social

Non ? On s'inscrit dans ça.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais justement, le projet de la psychanalyse, c'est en ça...

Léla CHIKHANI : Elle ne s'inscrit pas dans le contrat social la psychanalyse ? Et pourquoi ?

Christian DUBUIS SANTINI : Non. Parce que justement, son projet, c'est de définir :

Un nouveau contrat social

C'est-à-dire d'invalidier ce qu'on appelle la réalité.

Parce que pour la psychanalyste il n'y a pas de réalité.

Rabih EL CHAMMAY : Donc, ce serait une position, enfin si l'on veut reprendre les structures de Lacan, ce serait une position quoi par rapport à la loi, la psychanalyse ?

Christian DUBUIS SANTINI : Elle ne se définit que par rapport à la loi du désir. Donc à partir de là, normalement quand on est allé au bout de son analyse, on est passé par ce qui s'appelle...

Rabih EL CHAMMAY : Non, par rapport à la loi sociale, on la situe où ? Contre, avec, dans le déni.

Christian DUBUIS SANTINI : Non, à côté, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte les impératifs de la loi sociale.

Léla CHIKHANI : C'est seulement par rapport au sujet.

Christian DUBUIS SANTINI : Par rapport au sujet et au désir, rien d'autre. Subversion du désir. C'est tellement subversif. C'est pour ça que ça a autant de mal à passer ! Vous vous rendez compte comme c'est révolutionnaire ?

**C'est le projet d'une nouvelle forme de société,
c'est le projet de redéfinir
le rapport à la réalité.**

⇒ Pour la société, **la réalité existe**. Vous décrivez une réalité. Vous prenez des chiffres, vous dites il y a tant de gens dépressifs, vous l'avez dit tout à l'heure : 350 millions de dépressions, 1 million de trucs, etc., vous appelez ça une réalité.

⇒ Pour la psychanalyse, en fait, ça, c'est votre parole. **Ce n'est pas une réalité**. C'est-à-dire que :

Il n'y a de réalité que médiée par un sujet qui la parle.



C'est VOTRE réalité.

Vous pouvez vous dire, mais, elle est partagée par plein, regardez on est 350 millions ! La psychanalyse dit peut-être,

mais en tout cas si vous, vous en parlez et que sur le divan vous parlez de ça, vous parlez de votre sujet, de la manière dont votre sujet est pris dans un discours.

À partir de là, la psychanalyse a pour projet de redéfinir, de rectifier :

Rectifier le rapport du sujet au réel.

Donc, il ne peut pas prendre en compte les lois. Surtout que les lois, il y a toute sorte de lois plus extravagantes les unes que les autres. Vous voulez que je vous cite toutes les lois extravagantes qu'il y a ? Rien qu'en France — on n'est pas le pays le plus débile, mais quand même ! — il y a une loi qui devait être votée pour interdire les feux de cheminée à Paris ! Toutes les lois depuis Montesquieu :

Toutes les lois superflues affaiblissent les lois nécessaires.



On est dans une activité hyper législative, hyper juridictionnelle, hyper procédurière. Si l'on devait se mettre à obéir à tous les règlements du monde qui se prennent pour des lois, mais c'est impossible.

Rabih EL CHAMMAY : On ne parle pas de tous les règlements du monde, on parle d'un cas précis qui est le cas de non-assistance à personne en danger. Qui est quand même de notre époque.

Christian DUBUIS SANTINI : Eh bien, ça s'assume. Un psychanalyste l'assume.

Layla AKOURY DIRANI : J'ai juste envie de dire que c'est une position philosophique, qu'on est ailleurs. Je crois que vous n'êtes plus en train de parler d'un patient déprimé, dépressif qui a qui a besoin de soins.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais si. Moi, ça m'est arrivé. Mon premier analysant c'était un suicidaire, on me l'a envoyé pour ça.

Layla AKOURY DIRANI : Oui, mais je veux dire, c'est une position philosophique parce que vous êtes en train d'aller au-delà... Vous parlez du réel, de la vérité, vous maniez des mots philosophiques.

Christian DUBUIS SANTINI : Non, il n'y a pas d'au-delà du Réel, c'est ça le Réel. On y accède par la parole.

Rabih EL CHAMMAY : La psychanalyse, elle est subversive de la loi, alors. C'est bien ça ce que vous avez dit ?

Christian DUBUIS SANTINI : Mais oui, la parole est subversive puisque c'est la loi en elle-même. C'est la loi du désir.

Rabih EL CHAMMAY : Donc elle ne peut qu'exister qu'en tant que ça dans une société, c'est ça ?

Christian DUBUIS SANTINI : C'est-à-dire qu'un psychanalyste, s'il a traversé lui-même les épreuves de l'analyse, parce que normalement c'est le but ; il passe par une étape qui s'appelle :

La destitution subjective



C'est-à-dire la perte justement des repères de la réalité. Ça s'appelle **le grand Autre barré** ; le grand Autre n'existe pas, il n'y a pas de grand Autre. On peut ne compter sur personne. Et même pas sur institution, sur une parole instituée, rien.

C'est un mouvement de solitude absolue qui ne se retrouve que dans la religion chrétienne.

La religion chrétienne, c'est celle qui met en scène — c'est pour ça que pour Lacan c'est la seule vraie religion — :



Hegel dit : « ce qui meurt sur la croix, ce n'est pas un représentant de Dieu, c'est le Dieu de l'au-delà lui-même. »

Il n'y a pas de loi sur laquelle on puisse compter. On va retrouver ça chez Kafka aussi. Chez Kafka, la loi est imprégnée de jouissance. Dans le procès, dans le tribunal par exemple, la loi qui se veut neutre, bienveillante, limitative ; et bien ça, dans le cadre d'une psychanalyse qui va jusqu'au bout, l'analysant arrive à **un moment pathétique** de sa cure — c'est ce qu'à essayer de thématiser Lacan avec **la passe**, il n'y est pas arrivé — parce que c'est quelque chose qui est très difficile où justement il s'émancipe de la tutelle d'un grand Autre. Il n'y a pas de loi et de règlement...

Rabih EL CHAMMAY : Mais dans la société, la psychanalyse a des **institutions**, donc elle s'est inscrite dans l'ordre social et on l'impression que ce grand Autre est remplacé par Freud et Lacan, quand même. Et je ne pense pas

qu'elle soit dans une position de subversion par rapport à la société ni à la loi.

Christian DUBUIS SANTINI : Justement, le projet que nous avons avec Patrick Valas, avec ce séminaire de la Troisième, c'est de démontrer que les institutions psychanalytiques trahissent la psychanalyse.

Rabih EL CHAMMAY : Est-ce que c'est une réalité ou pas de la psychanalyse ?

Christian DUBUIS SANTINI : Après, c'est à chacun... *Il n'y a pas de possibilité de trouver une solution collective.* C'est pour ça que pour Lacan, le collectif dont la nouvelle réalité dont on parle est :

Un collectif d'épars désassortis.



C'est son terme, c'est-à-dire un collectif de gens qui étant allés au bout de leur désir et de leur analyse peuvent se retrouver. Lacan dit « *entre soirs* » donc il joue sur l'ambivalence du « soi », se retrouver entre soi, et du « soir », donc le soir on ne voit pas très bien, et il rajoute un « *ave* », ça fait : savoir.

Et l'on se retrouve comme venant d'horizons très différents et il n'y a pas de hiérarchie, il n'y a pas d'organisation, il n'y a pas d'institution.

Il n'y a pas de chef, des tribuns, des gens qui sont administrés, etc. Alors c'est peut-être à considérer comme une utopie, mais c'est une utopie émancipatrice pour le sujet et cette utopie là, elle a des résultats dans les cabinets d'analyse avec des cas qui sont jugés à l'inverse désespérés par la médecine, par la psychiatrie, etc.

Rabih EL CHAMMAY : Encore une fois, on fait référence à la parole d'un grand Autre, ici qui est Lacan ; sa parole a été quand même transformée en un discours qui est à ne pas même questionner pour plein de psychanalystes.

Christian DUBUIS SANTINI : Oui, pour plein de psychanalystes, c'est vrai. C'est ce contre quoi l'on s'érige et pourquoi on a fait ce séminaire de la Troisième et pourquoi je me suis retrouvé là aussi aujourd'hui. Parce qu'on représente justement ce retour à la lettre et à l'esprit. Il y a la lettre et il y a l'esprit. La lettre et l'esprit de Lacan dans son enseignement c'était ça, c'était hyper **subversif**. Aujourd'hui, par exemple, il y a des gens qui veulent bien parler de la psychanalyse lacanienne, ils ne veulent pas entendre parler de Marx.

Lacan est un très grand lecteur de Marx.

C'est-à-dire qu'il tire même un de ses concepts majeurs qui est :

Le plus-de-jouir

Pour revenir au plus-de-jouir. Quand l'enfant ne peut plus jouir de son propre corps et que ça passe dans la langue, c'est l'ambivalence du français, du plus et du plus :

⇒ Il y a un plus-de-jouir dans la parole ;

⇒ et il y a un plus-de-jouir du corps ;

c'est-à-dire la jouissance mortifère ruineuse dont il ne pouvait pas venir à bout, elle passe dans la parole.

Léla CHIKHANI : Qu'est-ce que vous pensez de cette subversion psychanalytique ?

Michel SOUFIA : Moi, je vais essayer de dire quelque chose. J'ai peur du message qui peut passer à tout le monde, parce qu'on a plein de psychologues et de psychothérapeutes, ici.

C'est un message qui peut être dangereux.

C'est le deuxième message qui peut être dangereux.

Léla CHIKHANI : Nous avons deux dangers.

Michel SOUFIA : Un patient qui est suicidaire — si j'ai bien compris — on l'écoute, on fait notre travail, je respecte beaucoup. Et puis il part et il se suicide, pour moi ce suicide,

il est réel. Même si je ne suis pas psychanalytique de formation, je ne sais pas c'est pas ce qu'est le Réel en psychanalyse, mais ce suicide pour moi est réel. Donc moi j'ai peur du message qui peut passer.

Pour nous, un patient qui est suicidaire et dont le psychothérapeute évalue le risque suicidaire comme étant un risque suicidaire réel dans le sens qu'il connaisse bien son patient, ce patient-là doit bénéficier d'une prise en charge sur le plan psychiatrique.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais je vous comprends très bien parce que la peur, c'est le principal moteur de tout ce qu'on fait. Donc si on est dans cet état catastrophique d'humanité dégénérée, c'est-à-dire qu'on arrive même plus à se parler les uns aux autres et d'être dans ce monde capitaliste qui morcelle, qui crée des guerres, qui fait la société dans laquelle on est aujourd'hui, c'est parce qu'on a peur.

On est tous pétés de trouille.



Et, normalement, la psychanalyse c'est ce qui permet dans un premier temps de maîtriser un peu cette peur.

Et avoir peur pour les autres ! Parce qu'avoir peur pour soi, mais avoir peur pour les autres ! C'est quand même fort, hein.

Rabih EL CHAMMAY : Je pense que par rapport à la peur — je suis tout à fait d'accord sur ce point — dans un sens où effectivement **la philosophie capitaliste** actuellement avec son **injonction à la jouissance**, au succès, au bonheur, elle crée plus de malheur qu'autre chose.

Par rapport aux médicaments et firmes pharmaceutiques, encore une fois ma position est très connue par rapport à ça, je suis très opposée aux firmes pharmaceutiques et à leurs interventions en général. Mais ceci dit :

Le médicament est un outil.

Est-ce qu'il peut être instrumentalisé ? Oui. Est-ce qu'il peut être un outil de profit pour les firmes pharmaceutiques ? Oui.

Christian DUBUIS SANTINI : Je ne m'oppose jamais à une prescription.

Rabih EL CHAMMAY :

Le médicament est un outil, ce n'est pas la solution et ce n'est pas la seule solution qu'un psychiatre doit donner, mais c'est un outil qu'il doit utiliser quand lui il juge que c'est le cas de l'utiliser.

Léla CHIKHANI : Très belle réponse.

Rabih EL CHAMMAY : Par rapport à la peur, effectivement :

La peur c'est peut-être l'émotion la plus ancrée, la plus archaïque qu'on a. D'ailleurs, le circuit de plaisir et déplaisir au niveau du cerveau est presque le même.

C'est pourquoi on est attiré par les films d'horreur : on veut les regarder et on ne veut pas. Donc, même au niveau biologique effectivement, **la jouissance** peut s'expliquer même à un niveau de circuit ; c'est presque la même chose l'excès de plaisir et l'excès de déplaisir ou même d'horreur qui est là.

Les médicaments, qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on les arrête ou pas ? On a des guidelines qu'on suit pour minimiser le risque. On ne peut jamais avoir un risque zéro et ça fait partie de notre contrat social.

**En tant que médecin,
on a notre éthique aussi,
qui est différente de l'éthique psychanalytique.**

Christian DUBUIS SANTINI : Mais oui, bien sûr.

Rabih EL CHAMMAY : Mais on a des guidelines pour minimiser. Arrêter soudainement un médicament quand la période préconisée n'est pas atteinte, non, ça serait **une faute médicale**. Pourquoi ? Parce qu'on est tombé... par rapport à notre savoir qu'on devait avoir en tant que prestataire de ce soin. Donc, le médicament, un outil oui. Arrêter subitement sans parler avec son psychiatre, non.

Christian DUBUIS SANTINI : Là, le cas que je cite — peut-être que je ne l'ai pas assez précisé — il lui était posé la question de pouvoir arrêter. Et là, juste quand elle m'a dit « ah, mais là il fait que j'arrête progressivement, etc. », ça j'ai dit, ça, c'est du discours commercial. C'était mon jugement. Au point de voir comment la parole avait un effet maintenant pour lui permettre de gérer ses affects, je jugeais qu'elle pouvait arrêter, mais c'était sur sa demande à elle. Ce n'est pas la même chose si vous vous dites à un patient « il faut prendre ça ».

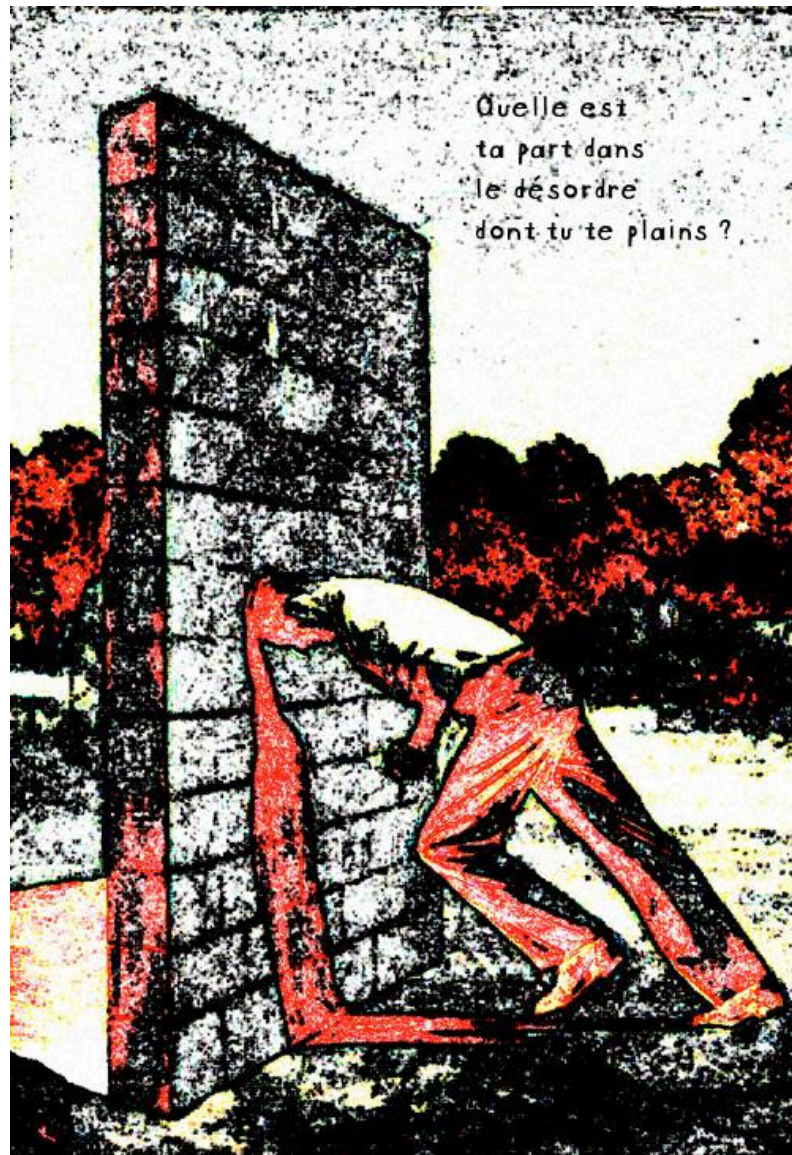
Léla CHIKHANI :

Le psychanalyste ne dit pas de prendre ou de ne pas prendre un médicament. Ce n'est pas possible.

Christian DUBUIS SANTINI : Voilà, c'est en cela que nous sommes dans une éthique différente, mais ça n'invalide pas, comme je l'ai dit tout à l'heure. Peut-être dans ma manière d'exprimer parce que :

C'est très difficile à faire passer
cette radicalité de la psychanalyse
sans friser la folie hystérique.

Malgré tout, il y a à la fois une cohérence et le renvoie d'une responsabilité subjective absolue de laquelle on ne peut pas se dédire.



Léa CHIKHANI : Nous répondons à deux questions.

Une jeune femme dans la salle : J'ai remarqué que dans le débat d'aujourd'hui, il y a deux points de vue différents. Il y a le premier point de vue qui dit que ça peut s'expliquer avec les gènes et l'autre dit qu'il n'y a pas de gènes, les gènes n'existent pas. Donc ma question est : si on prend les troubles psychosomatiques, par exemple — excusez mon français — qui sont basés sur le concept que la psyché influence le corps et vice versa, comment ça s'explique ? Comment pouvez-vous interpréter les troubles psychosomatiques d'un côté

psychiatrique et d'un côté psychanalytique. Et est-ce qu'il y a un champ commun ?

Léla CHIKHANI : La question de Mireille...

Mireille : Elle rejoint un peu sa question pour ne pas répéter la réponse. Comment on peut juger par quel outil thérapeutique commencer à partir du moment où on ne s'est pas encore où commence cet état psychique ? Comment peut-on favoriser un traitement thérapeutique par rapport à un autre, c'est-à-dire est-ce que l'outil médical devance l'outil thérapeutique, psychologique, psychanalytique, et sur quelle base vous vous fiez du moment qu'on est pas encore sûr par où commence cette maladie qui peut être polygénétique, polyvalente, poly-n'importe quoi. Certains disent qu'elle est psychologique, d'autres qu'elle est génétique, d'autres, transgénérationnelle, d'autres héréditaire. Peut-être, l'une rejoint l'autre, mais où est le point de départ de toute cette chaîne de conséquences ? Comment, sur quelle base, le docteur se fie pour dire que le médicament prime ? Où qu'on va commencer par les médicaments ?

Rabih EL CHAMMAY : Je n'ai pas dit ça. J'ai dit que le médicament est un outil.

Mireille : S'il y a une série de traitements en fonction de tel critère ? Et une deuxième chose qui m'a interpellée — je suis médecin — excusez-moi, ce n'est pas vrai que le médicament est lancé sur le marché du moment qu'il a suivi tout le protocole de recherche et d'expérimentation, parce qu'il y a des moments où après avoir été mis sur le marché il y a des médicaments qui sont retirés.

Rabih EL CHAMMAY : Bien sûr, ça, c'est la pharmacovigilance.

Michel SOUFIA : Je vais répondre à la deuxième parce que c'est beaucoup plus rapide. On n'a pas du tout abordé le sujet de la mise sur le marché d'un médicament. On n'a pas parlé de ça, on a juste dit que les études qui sont faites ne sont pas toutes faites par les firmes pharmaceutiques. Juste ça. Mais c'est très normal après avoir introduit un médicament, c'est la quatrième phase de développement du médicament qui est **le suivi du médicament sur le marché**. Et là, la découverte de nouveaux effets secondaires. Par exemple, j'ai travaillé en France une période, on a trouvé un effet secondaire, on l'a publié. Il est devenu connu, il ne s'était pas découvert avant. Donc ça, c'est très possible. S'il a des effets dangereux, il est retiré.

Mireille : Vous pensez que les effets secondaires de la psychanalyse sont plus dangereux que les effets secondaires des médicaments ? Vous préférez le médicament à la psychanalyse ?

Michel SOUFIA : OK, je vais essayer de répondre en faisant un lien entre vos deux questions. Si j'arrive à trouver un lien entre les deux c'est quand on préfère le médicament, on préfère la psychanalyse ou une autre forme de thérapeutique et quels sont les effets secondaires de ces thérapeutiques.

En fait, il n'y a pas une réponse qui s'applique à tout le monde.



Ça veut dire qu'on peut tomber dans l'erreur si l'on dit « tous les déprimés doivent prendre des médicaments » ou « tous les déprimés doivent débiter par une thérapie » ou bien les deux en même temps. C'est à mon avis — on va discuter de ça —

C'est une décision qui se base au cas par cas.

On va évaluer la personne, on va évaluer son histoire, on va évaluer l'histoire familiale de cette personne, on va évaluer la génétique. Dans ce que madame a dit, soit tout est génétique, on connaît tout, soit tout est psychanalytique ; plein de fois il y a plein de choses en même temps et ce n'est jamais quelque

chose que l'on connaît à fond. Mais, on part du principe qu'on évalue la personne, qu'on ne prescrit jamais un médicament au téléphone. Par exemple, ça rejoint ça, quand on me dit que quelqu'un est déprimé, il ne peut pas vous voir, donnez un antidépresseur, c'est jamais comme ça. On voit la personne, on évalue la personne, on évalue son histoire, ses traumatismes, ses symptômes, son histoire familiale, son histoire personnelle, psychiatrique et là, en fonction de la sévérité de la maladie, de la dangerosité — c'est pour ça que je reviens au suicide qui va affecter énormément notre choix thérapeutique — on va partir soit pour l'une ou soit pour l'autre : la prise en charge en thérapie soit le médicament.

L'âge joue énormément. On a des études qui montrent que par exemple, chez les adolescents, le médicament est moins efficace que la thérapie.

Les firmes pharmaceutiques, elles aussi, montrent ça. Il montre l'efficacité en fonction de l'âge.

⇒ Un adolescent qui n'est pas en état de danger imminent ; il n'a pas fait de tentative de suicide, il n'a pas de réel désir de suicide ou il n'a pas d'éléments névrotiques ou d'éléments psychotiques qui le poussent à faire ça ; c'est évident quelqu'un qui va bénéficier d'une prise en charge en psychothérapie.

⇒ Quelqu'un qui est sévèrement déprimé, une intensité, des symptômes assez élevés, une forme chronique de maladie, il a déjà fait plein d'épisodes dépressifs avant ; celui-là probablement va bénéficier aussi d'un outil qu'est le médicament.

C'est au cas par cas, on a jamais une réponse absolue.

Layla AKOURY DIRANI : Je voudrais aller dans ce sens. Nous sommes en train de parler d'éléments excessivement complexes et je crois que personne ne peut prétendre cerner le sujet. Nous sommes des êtres humains, nous sommes d'une complexité...

Nous sommes très complexes, donc venir dire tout est parole, rien n'est biologique ou l'inverse, je ne pense pas du tout que ce soit le message.

Par contre, il y a aussi des nécessités, c'est-à-dire des gens qui viennent pour être soignés, qui viennent pour alléger des symptômes. Si le symptôme est crucial, intensif, etc., et aussi si la personne peut ou ne peut pas entrer en thérapie ou en analyse ; il y a quand même des réalités. Il y a des personnes qui n'ont pas les moyens d'aller se mettre sur un divan x fois par semaine, ni le temps d'attendre que ça vienne et que le sens vienne parce qu'entre temps ils ferment boutique, on les chasse, ils sont des chômeurs et ils dépriment davantage, donc il y a aussi les nécessités du quotidien qui font aussi qu'on a besoin de soigner en attendant. Il y a aussi des personnes qui n'ont pas la capacité intellectuelle d'aller dans les raffinements psychanalytiques, d'être sur un divan.

Donc, je crois qu'il y a quand même des conditions qui font que la psychanalyse va être l'outil thérapeutique le mieux placé pour certaines personnes, mais peut-être le moins bien placé pour d'autres personnes.

Je ne pense pas du tout qu'il s'agit de faire ni une série successive de démarches ni une exclusion d'une démarche par rapport aux autres.

Donc, il n'y pas par où commencer.

En effet, on commence par là où l'on peut commencer et je crois que la première personne qui nous indique par où commencer, c'est le sujet lui-même qui vient nous voir.

Il y a des personnes qui viennent vous dire « moi je suis prêt à supporter la souffrance psychologique, pas de médicament, je commence par le travail psychothérapeutique et on voit venir. » D'autres personnes vous disent « merci, donnez-moi un comprimé, je vais prendre un comprimé, je ne veux pas entendre parler de vas-et-viens chez des personnes, passer 50 minutes à bavarder avec eux. »

Donc à mon avis il n'y a pas une série à suivre et il y a à travailler au cas par cas en fonction aussi de ce que les gens attendent. On ne peut pas négliger le réel, qu'on est dans un monde qui a un rythme qui exige une efficacité, il y a des gens qui ont des fins de mois à boucler, il y a ça aussi qui rentre en jeu.

Rabih EL CHAMMAY : Pour un peu continuer dans le même sens, je pense que ça, c'est le point clef d'une consultation en psychiatrie, c'est qu'après avoir fait nos hypothèses, émis nos diagnostics, en même temps avoir vu clairement les facteurs impliqués ; personnellement ce que je fais, c'est que j'explique à la personne qu'est-ce que je pense qu'elle est en train de vivre, pas seulement le diagnostic « vous êtes déprimé ». On le dit très facilement. Vous êtes

passé par plein de choses effectivement et ça, c'est les options ; on peut faire ça, faire ça, faire ça, qu'est vous voulez ? Comme Layla disait, il y a des gens qui disent « moi, je veux dormir et aller au travail, c'est ce que je veux maintenant ». Donc là, c'est mon désir de le pousser peut-être à élaborer si je vois qu'il peut élaborer, mais s'il ne veut pas ? Qui suis-je pour lui dire non, je ne vais pas vous donner un médicament ?

Léla CHIKHANI : Vous êtes d'accord avec l'assujettissement du patient en psychanalyse ?

Christian DUBUIS SANTINI : Alors, la psychanalyse en fait, on peut la définir très simplement.

C'est dénouer par la parole ce qui a été noué par la parole.

Et, effectivement, pour la psychanalyse, il n'y a que de la parole puisque le sujet lui-même, il est parlant. Donc à partir de là, c'est la parole qui prime, bien que le sujet vienne en second.

Léla CHIKHANI : La parole est avant le sujet ?

Christian DUBUIS SANTINI : Mais oui !

La parole nous précède et nous survivra.

On peut dire — si on a un esprit vraiment très rationnel et scientifique — on peut dire que tout ce qui nous constitue — mon corps, mes vêtements, tout ça — appartient à cette terre, à une espèce de logique et des lois d'évolution, de mort, de renaissance, tout appartient à cette terre. La parole elle-même

n'appartient pas à cette terre, c'est une logique ; une logique qui nous précède et qui nous survivra. Donc, à partir de là, la psychanalyse se pose justement de dénouer par la parole ce qui a été noué par la parole.

Ça veut dire que les symptômes eux-mêmes ont été noués par la parole.

Alors ce n'est peut-être pas une parole de l'analysant, peut-être même pas des parents de l'analysant, c'est une parole peut-être plus ancienne. Et ces symptômes-là, Freud découvre qu'il y a une possibilité qu'ils commencent à diminuer. Mais attention, pas totalement :

Parce qu'il y a de la jouissance dans le symptôme.



Et là, il y a quelque chose qui résiste à la dissolution complète du symptôme. Là, on passe à une autre phase de l'analyse. C'est pour ça que l'analyse, on peut dire que — c'est ma définition maintenant — je peux dire que c'est

comme, justement pour revenir sur la métaphore musicale qui a dirigé cette séance-là :

C'est la possibilité d'accorder une fonction — la seule fonction de l'être humain qui nécessite deux organes c'est-à-dire le larynx et l'oreille — d'accorder le larynx et l'oreille.

Le sujet doit être amené par l'analyse à entendre ce qu'il dit, parce qu'il ne sait pas ce qu'il dit. Il n'entend pas ce qu'il dit.

Donc la définition de l'inconscient, c'est :

Un savoir sans sujet.

Un dire qui ne se sait pas.

Un savoir qui ne se dit pas.



Mais Le savoir y est, et il est là et nulle part ailleurs.

Parce que justement, même quand on est un scientifique pur et dur, on est obligé de passer par le langage et ses représentations. C'est impossible de se priver des représentations.

Même monsieur qui est un scientifique pur et dur, il passe par des métaphores, il emploie l'ours et son hibernation, etc. Il passe par le langage lui-même, on ne peut pas sortir de là.

Donc, la psychanalyse assume jusqu'au bout le fait que nous sommes des « parlêtres », justement n'ayant pas d'instinct, et que nous soyons soumis aux lois du langage. Cette loi, c'est la loi du langage, donc le désir qui est d'arriver à dire où j'en suis par rapport à ma jouissance.

C'est un programme très complexe, bien sûr.

Léla CHIKHANI : Mais où est la psychiatrie par rapport à cette jouissance et cette parole ?

Christian DUBUIS SANTINI : Je crois que monsieur est dans ce devenir-là, comme l'était Freud. Je l'entend de ce qu'il a dit au début, etc., comme ça le questionne beaucoup, il voit les impasses, il sait très bien que même quand les études ne sont pas...

Léla CHIKHANI : Vous lui mettez les mots dans la bouche, laissez le parler ! ^^

Christian DUBUIS SANTINI : C'est à force d'entendre, moi je n'ai jamais l'occasion de parler, j'écoute tout le temps ! ^^

Rabih EL CHAMMAY : Écoutez, je pense que pour la psychiatrie, il y a des écoles très différentes et que ce qui est en fin de compte le plus important c'est nos influences et nos théories et nos représentations en tant que cliniciens qui font qu'on est tel ou tel psychiatre. Donc, parler de la psychiatrie en général... Par exemple, la psychiatrie américaine, moi je ne m'identifie pas avec ça. Pour moi, ce n'est pas ça la psychiatrie, pure, dure, seulement biologique.

Léla CHIKHANI : Pas de DSM IV.

Rabih EL CHAMMAY : Non, mais le DSM IV je pense a été aussi perverti. Son usage n'était pas de prendre la place du clinicien. C'était à la base pour faire de la recherche puis il a été pris comme un outil de marketing par les firmes pharmaceutiques. Il a été complètement perverti. À la base, c'était exactement de forger un langage commun entre cliniciens qui travaillent avec des personnes différentes entre pays pour pouvoir faire des études...

Léla CHIKHANI : Il est lui-même dépersonnalisé.

Rabih EL CHAMMAY :... s'inscrivant dans une philosophie empiriste. On ne peut pas s'empêcher de le placer dans son contexte plus global.

Où est la psychiatrie dans tout ça ? Moi, je pense que la psychiatrie actuellement, il y a un retour — je vois mes collègues les plus jeunes, enfin les moins âgés, on va dire comme ça — on discute, *il y a un malaise dans le DSM* et aucun psychiatre ne dit oui, voilà, moi je suis le DSM et c'est tout ce que je fais. Même s'ils disent ça, si on voit leur pratique, ils font attention au contexte social, psychologique

— ils réfèrent à des psychologues —, ils essayent d'en discuter, de comprendre. Je ne pense pas qu'il y a une position de rigidité où l'on détient la vérité.

Léla CHIKHANI : En tout cas dans nos universités, chez nos psychologues, il y a ça. Le DSM IV a perverti cette vision personnelle.

Rabih EL CHAMMAY : Parce que ça a été mal utilisé aussi.

Léla CHIKHANI : Ça a été très mal utilisé.

Rabih EL CHAMMAY :

Le risque qu'on peut courir en tant que clinicien, c'est de faire subir à la personne qui vient nous voir nos théories et nos positions philosophiques.

Et tout l'enjeu c'est vraiment de garder cet espace entre notre savoir à nous et ce que la personne veut maintenant dans sa vie. On ne peut pas lui prendre sa place et lui dire là, c'est mieux pour vous, ça, c'est mieux pour vous. Oui, on est dans l'obligation de soin parfois par notre code éthique en tant que médecin, s'il y a danger, on intervient. On ne peut pas échapper à notre loi qui est celle-là. À part ça, elle ne veut pas prendre un antidépresseur, oui, elle ne prend pas un antidépresseur. Elle veut prendre un antidépresseur, après lui avoir expliqué tout ça, oui, on l'entend complètement et puis on agit de notre position. Voilà.

Layla AKOURY DIRANI : Je ne suis pas une extrémiste de nature. Je pense que les outils de classification sont des outils de classification qui permettent à des praticiens d'avoir une

idée un peu plus claire de ce qu'ils font et dans quel champ ils sont en train d'évoluer et aussi, s'il y a des résultats de leur intervention.

Les gens viennent pour réduire leurs symptômes, c'est ça la première demande. Donc si les symptômes s'inscrivent dans quelque chose qui s'appelle « dépression » et qu'après ces symptômes disparaissent ; on a compris que ces symptômes-là ont disparu, mais à aucun moment on ne va assimiler le sujet à ses symptômes.

Je pense qu'il faut vraiment savoir ce qu'on fait de chaque outil qu'on a. C'est un bon outil, un outil de classification internationale qui est la Classification Internationale des Maladies et un bon outil qui est l'autre, le DSM V, qui n'est finalement qu'un outil de classification, ça ne prétend pas du tout englober la personne.

Et en même temps, eux-mêmes le disent dans leur préface et dans leurs différentes interventions qu'attention, donc voilà, il ne faut pas exagérer l'usage de ces outils-là.

Michel SOUFIA : Ça n'a jamais été un outil de diagnostic en tout cas.

Layla AKOURY DIRANI : À la base, c'était un outil de recherche, c'est très bien comme ça.

Maintenant, pour en revenir à reprendre un peu ce que vous dites monsieur Dubuis. Quelque part dans ce que vous dites, vous dites notre travail, c'est de redonner à la personne le fait de savoir qu'elle est une personne unique qui a sa liberté et sa responsabilité. Je crois que ça c'est une mission noble et

ultime et qu'on a tous un peu à faire ça pour tout un chacun. On n'est pas là pour assujettir les gens, on est là pour leur donner leur place. Moi je travaille avec des enfants et des adolescents pour qu'ils sachent qui ils sont, quelle est leur identité réelle et comment ils ne vont pas subir des pressions, mais prendre des responsabilités.

Et comment au lieu de ressentir une culpabilité je ressens de la responsabilité. Tout ce travail permet à la personne d'être plus libre.

Maintenant, une dose de médicament quand quelqu'un est complètement sous le seuil de la pensée, qui est complètement dans le corps comme quelqu'un disait, donc assoupi toute la journée, ne pouvant pas relever la tête, ne pouvant même pas s'habiller pour sortir de chez soi ; c'est ça la dépression majeure.

Quand j'ai un gosse qui arrive chez moi, qui a pris 10 kg, qui ne se lève pas pour aller à l'école, qui hurle de colère dès qu'on lui dit « habille-toi » ; je ne sais pas si sa famille va accepter sans traitement médical associé au traitement psychologique. Ça peut être un boost et après tu le retires. C'est ça que j'avais envie de dire.

Michel SOUFIA : L'idée c'est ça. C'est d'essayer de voir la solution comme étant **une solution multidisciplinaire**. Ce n'est pas une attitude thérapeutique qui va exclure toutes les autres.

Donc pour essayer de répondre à votre question, comment la psychiatrie explique ce que monsieur disait de la jouissance des symptômes ? Elle l'explique en référence à ce qu'il disait

puisqu'on exclue pas cette vision-là. En disant que des fois, on a besoin de médicaments, on exclue pas tout ce qui a été dit sur le plan de la prise en charge en psychanalyse ou sous une autre forme de psychothérapie.

Léla CHIKHANI : Si, parce que les présupposés sont différents. Vous partez de l'hérédité, de la prédisposition, de la génétique ; et là, au contraire, Christian va de la parole, de la généalogie, de la lalangue.

Michel SOUFIA : Oui, si on essayait de rejoindre en disant qu'on a cette **hérédité** — je vous remercie pour ça, ça me permet de refaire le point — si on repense l'idée de cette hérédité, donc de cette **vulnérabilité** qui donc a été déclenchée par tout ce vécu ; l'absence de discours, de langage, l'éducation, l'histoire de l'individu, donc cette vulnérabilité va être réveillée ou pas par ça.

On retrouve aussi un point commun dans **la prise en charge**, parce que *nous, on voit la maladie psychiatrique comme étant une maladie comme toutes les autres maladies du corps* ; ça veut dire le cerveau qui fonctionne comme le cœur, comme les poumons, comme les reins, comme le foie qui peut être affecté par des maladies biologiques. Disons, on a le pancréas, et on a une vulnérabilité au diabète dans notre famille et puis on continue à manger depuis un très jeune âge n'importe quoi, cette vulnérabilité va se déclencher très tôt. Si on intercale cet exemple pour essayer de l'appliquer à la **vulnérabilité à la dépression** et on mène une vie depuis un très jeune âge, au moment du traumatisme, ça va être déclenché.

La prise en charge alors englobe les deux. Donc une prise en charge n'exclut pas l'autre.

Christian DUBUIS SANTINI : Justement dans la volonté de toujours vouloir concilier :

La grandeur de Freud,
c'est de ne pas avoir concilié ce qui est inconciliable.



C'est-à-dire de ne pas vouloir recoudre à tout prix ce qui est constitutivement déchiré. C'est sa grandeur parce que sinon on arrête pas de combler les trous de l'univers avec les pans de sa robe de chambre.

Et ça marche pas. Donc le Réel que justement réintroduit le Discours Analytique, c'est que ça ne marche pas. Il y a quelque chose qui ne va pas. Il y a quelque chose qui ne va pas, ça ne va pas et on ne peut pas mettre de mot dessus parce

que c'est ça la jouissance. Et donc ça donne un bord. À partir de là il y a :

Le bord de l'impossible.

À partir du moment où il y a un impossible qui est nommé, alors il est possible de se réorienter dans la pensée.

Parce que justement un trouble appelé aujourd'hui un trouble dépressif c'est justement ne pas pouvoir s'orienter dans la pensée parce qu'on tourne en rond.

Il n'y a rien à quoi s'accrocher. Vous savez quand les bébés viennent au monde, avant on les emmaillottait, parce qu'ils sont déjà un puits d'angoisse.

Je réfute la notion de **vulnérabilité** parce que le sujet auquel s'adresse la psychanalyse n'est pas du tout vulnérable. Il ne faut pas la confondre avec la personne.

Le sujet ce n'est pas la personne.

⇒ La **personne** c'est quelque chose de plein, d'entier, défini par un certain nombre de déterminations, de considérations, etc. ;

⇒ Le **sujet** c'est ce qui échappe à tout ça justement. C'est la grandeur négative, c'est le vide autour duquel vont s'agréger toutes ces déterminations-là. Donc :

Le sujet n'est pas vulnérable.



Le sujet a besoin d'un impossible parce qu'il est lié réel. À partir de là, il y a une possibilité de se réorienter dans la pensée. Parce que nous sommes perdus dans l'espace et nous sommes perdus dans la pensée.

Vous vous souvenez cet avion qui est tombé du Brésil ? Quand ils revenaient, les pilotes ne savaient pas comme il n'y avait pas la sonde s'ils étaient en train de descendre ou de monter. En vérité, dans notre corps, on se donne des illusions de maîtrise et tout ça, nous sommes perdus dans l'espace. Si vous descendez un peu sous l'eau, vous verrez que vous ne savez pas si vous montez, si vous descendez ; si vous êtes dans un jour blanc au ski, etc. De la même manière :

Nous sommes perdus dans le langage.

La seule manière, justement, de pouvoir retrouver une certaine orientation dans sa parole, c'est-à-dire de pouvoir sortir de cet état qu'on appelle état dépressif qui est le fait de ne pas s'y retrouver ; c'est de poser une limite, cette borne là c'est le Réel. Le Réel c'est un trou qu'on approche et qu'on ne peut pas dire.

Un monsieur dans la salle : Une question au docteur El Chammay. Je voudrais savoir s'il vous plait, quand vous entendez monsieur Dubuis parler de **la parole** et du **discours** du patient, vous entendez quoi comme psychiatre ?

Rabih EL CHAMMAY : J'entends la parole et le discours du patient.

Ça, c'est une question qui est plutôt très psychanalytique pour moi.

Une parole c'est une parole vraie, au-delà peut-être de ce qui est apparent, de ce que la personne me rapporte, peut me dire pour rien me dire. On entend ça et on entend le discours. Parfois, je réponds au discours parfois je réponds à la parole dépendamment :

d'où



.... il est maintenant dans son évolution.

Quelqu'un qui d'après moi est près pour aller en analyse, mais qui me dit « je vais prendre des médicaments parce que

dans une semaine si je ne suis pas au travail on me vire » et bien, je l'entends.

Christian DUBUIS SANTINI : Bien sûr, on ne peut prendre en analyse que quelqu'un dont le désir est décidé. Décidé, ça ne veut pas dire qu'il le dit juste, ça veut dire que vous êtes capable d'entendre si c'est un vrai désir qu'il y a derrière. Parce que sinon, il ne faut pas prendre quelqu'un en analyse.

Léla CHIKHANI : Oui, bien sûr.

Rabih EL CHAMMAY : Et parfois, pour continuer, j'ai référé, je me rappelle très bien de deux personnes que j'ai référées en analyse et pour lesquelles j'ai refusé l'aide des médicaments. Je leur avais dit je pense là que vous êtes dans une période dans votre vie où vous avez des décisions à prendre ou des changements à faire, c'est peut-être le moment de les travailler. Pourquoi ? Parce qu'en tant que médecin, elles n'étaient pas en risque suicidaire, elles pouvaient fonctionner plus ou moins, elles étaient un peu gênées, mais le médicament allait faire plutôt l'effet d'un calmant plus que vraiment d'une aide. Donc c'est ça, parfois j'entends le discours, parfois j'entends la parole, ça dépend.

Le même monsieur dans la salle : Comment pouvez-vous « psychiatriser » la parole ?

Léla CHIKHANI : C'est-à-dire la parole du patient, comment on peut la transformer en science psychiatrique ? En un savoir psychiatrique ?

Rabih EL ChAMMAY : Pour nous, le **diagnostic** est basé sur des **symptômes** et des **signes cliniques**, donc sur ce que

la personne nous rapporte et sur ce que nous, nous voyons devant nous. Donc une personne ralentie, même si elle ne me dit pas qu'elle est ralentie, je vais voir qu'elle est ralentie. Je vois ça, ça fait partie de son discours. Elle me dit « je n'arrive pas à dormir », elle me le dit.

Le même monsieur dans la salle : Pour monsieur Dubuis, il y a un **signifiant**. Vous faites quoi avec ça ?

Rabih EL ChAMMAY : Oui, pour nous effectivement en tant que psychiatre, on entend le discours en tant que médecin ; c'est-à-dire en fonction de symptômes et de signes pour pouvoir par un cheminement arriver à diagnostic puis, après ce diagnostic, à faire une formulation de quelles seraient les facteurs qui ont contribué à ça ou pas. Donc notre démarche est médicale par excellence en tant que psychiatre.

Layla AKOURY DIRANI : Je crois aussi que quand quelqu'un vient chez un psychiatre, il vient avec une carte de visite : je viens chez monsieur le psychiatre ou madame la psychiatre et je vais faire ma liste de symptômes. C'est comme ça qu'on vient chez un psychiatre. Comme quand on va chez un gastro et qu'on dit « j'ai mal au ventre ».

Le monsieur dans la salle : Quand la personne vient chez un psychiatre-psychanalyste, c'est quoi ?

Layla AKOURY DIRANI : Oui, une seconde. Je finis avec la première tranche de... donc la personne vient déjà avec — vous avez très bien dit « mise en scène » vous, au début, avec la musicienne — et moi j'utilise le mot « carte de visite » parce quand on va chez quelqu'un, on prend déjà une posture de je vais chez cette personne et j'agis de cette façon et je

dégage cet aspect de moi. C'est pour ça que je pense qu'on est trop complexe pour être cerné par qui que ce soit. On vient chez quelqu'un et on a la posture qu'on a envie d'avoir en allant chez cette personne. Donc on va lister nos symptômes chez le psychiatre. Et c'est rigolo, j'avais une sœur qui avait plein de symptômes gastriques récemment, elle va chez le gastro, il lui prescrit des trucs gastriques. Elle va chez un autre médecin, elle fait des analyses de sang, c'est le fer, elle va chez un psy, c'est la dépression. Qu'est-ce qu'on en fait de tout ça ? Alors vous voyez les symptômes correspondent à des cases.

On va en thérapie ou en analyse parce qu'on fait une démarche de compréhension pour donner du sens, c'est une autre démarche.

On est déjà dans un ailleurs.

Maintenant si le psychiatre est psychanalyste lui-même, je pense qu'il prendra un peu plus de temps avec la personne qui vient le voir pour vraiment situer quelle est la réelle demande de cette personne et ce que cette personne veut faire de cette demande. Et justement, ne pas venir lui prescrire rapidement, ni ne pas prescrire du tout si la personne n'en est pas à faire une analyse.

Michel SOUFIA:

⇒ On a des familles qui font plus de suicides avec la même dépression que d'autres familles. Ça a été relié à ce qu'on appelle **la transmission d'endophénotypes** ; ça veut dire des transmissions génétiques qui modifient l'expression de la

maladie, donc si la maladie s'exprime par des tentatives de suicide et des idées suicidaires ou pas.

Donc, le suicide maintenant a été relié à la transmission génétique d'endophénotypes.

⇒ Deuxième idée maintenant sur le plan de la génétique, c'est l'empreinte génétique de la maladie. Aujourd'hui, partout dans les pays développés et aussi au Liban, à l'UFJ dans le département de recherche — et la faculté de médecine et l'Hôtel Dieu font partie de cette recherche — on est en train de chercher **les marqueurs génétiques** qui prédisposent et qui peuvent nous donner une idée sur la réponse thérapeutique à un antidépresseur particulier. Dans le sens où si vous êtes chez nous, si vous êtes déprimés, aujourd'hui on dit que si vous faites une dépression classique on vous donne un SSRI, lequel ? On ne sait pas, il y en a 5, on choisit, si ça ne marche pas on change.

Maintenant, on est en train de chercher pourquoi chez vous, cet antidépresseur marche, et chez quelqu'un d'autre, un autre marche. Donc on est en train de faire des prélèvements sanguins, de rechercher la génétique de votre cerveau, sur le plan des récepteurs cérotoninergiques, des pompes à sérotonine, et des neuromessagers secondaires — des transmissions de neuromessagers secondaires — pour chercher à quel antidépresseur vous allez répondre.

Et si on réfléchit un peu, au moment où on décide de mettre quelqu'un sous médication, de faire un prélèvement sanguin et de lui dire, comme ce qu'on fait maintenant dans les maladies infectieuses quand on donne des antibiotiques ou même quand on traite des cancers en oncologie, on dit : « la

génétique de votre cancer répond à cette chimiothérapie » ; chez nous, on va dire : « ***Vous êtes génétiquement favorisé à répondre à cet antidépresseur*** ». Quand vous faites une infection urinaire, vous faites une culture, la culture vous dit à quel antibiotique vous allez répondre. C'est le deuxième exemple.

⇒ Le dernier exemple — je ne vais pas prendre beaucoup de temps —, c'est que maintenant il y a des études qui montrent qu'on a des **théories inflammatoires et infectieuses de la maladie mentale et de la dépression**.

Rabih EL ChAMMAY : C'est l'idée d'enflammer plus la discussion... :-D

Michel SOUFIA : Exactement ! :-D

⇒ Un dernier exemple. **L'antéro rétrovirus a été associé au trouble bipolaire**. On fait une inflammation et une infection du cerveau qui déclenchent ces symptômes qu'on a appelés psychiatriques, troubles bipolaires, qu'on traite par le **lithium** qui aurait une efficacité contre ce virus. C'est un virus récidivant comme l'herpès, on l'a dans notre corps et il se réveille de temps en temps et qui peut déclencher ça. C'est pour ça que je donne ces exemples. Merci.

Léla CHIKHANI : Nous finirons avec le docteur Dirani et nous prendrons les questions tout à l'heure.

Layla AKOURY DIRANI : Ce que j'ai envie de dire quand on parle de génétique et de santé mentale ou de maladie mentale, c'est que les généticiens eux-mêmes disent combien

c'est complexe, et combien il y a une multitude de gènes qui entrent en jeu.

Christian DUBUIS SANTINI : Testart dit que le gène n'existe pas ! C'est quand même le meilleur généticien du monde. :-D

Layla AKOURY DIRANI : C'est-à-dire que les plus grands généticiens ne sont pas d'accords pour dire que par exemple c'est génétiquement déterminé d'être davantage suicidaire, même les grands généticiens sont d'accords pour dire qu'ils n'ont pas encore trouvé de marqueurs génétiques.

Michel SOUFIA : Ce n'est pas monozygote, ça veut dire qu'il y a plein, plein, d'interactions.

Layla AKOURY DIRANI : Mais moi je ne m'y connais pas en génétique, mais j'ai écouté des grands généticiens et ils m'ont appris ça. Ils ont dit qu'eux, ils n'en sont pas arrivés ce degré.

Christian DUBUIS SANTINI : On sait pas, mais donnez des sous quand même, qu'on cherche. Ça dure longtemps les recherches, ben oui !

Layla AKOURY DIRANI : On ne sait pas, très bien. Ce qui est plus présent c'est que c'est vrai que dans un environnement donné les manifestations du malaise se font plutôt de cette manière que de cette autre parce que ça, ça a été prouvé, **transgénérationnellement**, on se transmet des attitudes, on se transmet des modalités et on est plus sensibles à ce genre de réaction qu'à un autre genre de réaction.

Moi je m’amuse souvent à demander aux enfants ou aux adolescents si chez eux, on parle beaucoup ou on parle peu, on se retrouve à table ou pas, s’il y a des visiteurs ou s’il n’y a pas de visiteurs, si c’est plutôt la télé toute la journée ou pas. Ça me donne des indications, je n’ai rien pour ou contre, je ne suis pas là pour leur dire comment éduquer leurs gosses, ni comment une famille fonctionne ; mais ça donne des indications sur combien ce système est fermé ou ouvert, s’il y a des moments de rencontre où la parole circule ou s’il y a plutôt d’autres moments. Donc vraiment, je trouve que c’est court-circuiter même la psychiatrie que ne penser qu’en terme génétique.

Rabih EL ChAMMAY : Pour la génétique seulement, il y a aussi une autre discipline qui est :

L’épigénétique

Elle décrit plutôt l’influence de l’environnement sur l’expression du gène.

Un enfant qui a un bon attachement réagirait différemment avec son système adrénergique qu’un enfant qui n’a pas eu un bon attachement. C’est pourquoi je dis que cette dichotomie et ce dualisme, parfois c’est très difficile de mettre vraiment — du moins pour nous psychiatres — la limite, voilà, là, c’est la psychologie ou là, c’est la biologie.

Michel SOUFIA : C’est pour ça on revient à l’idée de cette interaction par laquelle on a commencé. Cette interaction, cette prédisposition et les événements par lesquels on passe qui vont faire que cette prédisposition va apparaître ou pas.

Layla AKOURY DIRANI : Et même sur le plan de la médication, les psychiatres le disent, et les études psychiatriques disent que les antidépresseurs, SSRI et autres, c'est que 30 %.

Christian DUBUIS SANTINI : Juste, je pourrais peut-être finir par une petite incise là...

Léla CHIKHANI : Mais alors une toute petite ! ^^

Christian DUBUIS SANTINI : On voit que ce problème, là, c'est un problème **d'identité**. Quand on voit cette fille-là, elle ne sait pas qui elle est. Le problème de l'identité en psychanalyse c'est très simple c'est que :

le sujet est vide



On ne peut pas dire « vous prédisposez à ça, etc. » parce que toutes les déterminations qui concernent le sujet ;

Le sujet, c'est précisément ce qui échappe à toutes ces déterminations. C'est le point vide à partir duquel toutes ces déterminations peuvent s'agréger.

Donc, pour exemplifier ça, juste la petite histoire suivante : C'est Jésus Christ, puisqu'on n'est pas loin ici, qui joue au golf, là maintenant à Jérusalem, envoie une balle qui tombe dans l'eau. Évidemment, il fait son truc habituel, il va marcher sur l'eau pour récupérer la balle. À ce moment-là arrivent des touristes américains et ils disent « ah ! t'as vu ce mec-là ? Regarde ça ! Il se prend pour le Christ ou quoi ? », il demande ça à un apôtre. L'apôtre il dit « nooon, il se prend pour Tyger Woods. » C'est-à-dire que même pour le Christ lui-même, pour Dieu lui-même c'est impossible de s'identifier à lui-même. Parce que le sujet est toujours excentré.



Le sujet, ce qui fait la clinique psychanalytique, ce qui est vide, c'est justement ce à quoi on ne peut jamais s'identifier. C'est ça qui créer le problème, qui créer le vide.

Léla CHIKHANI : Merci à tout à l'heure.

Rabih EL ChAMMAY : [...] Et là je vous rejoins effectivement, on ne peut pas être psychiatre et psychothérapeute ou psychanalyste avec la même personne.

Mais on peut être les deux avec des personnes différentes.

Léla CHIKHANI : Même pas. Pour moi même pas.

Rabih EL ChAMMAY : La position est carrément différente. Quelqu'un qui vient me dire...

Léla CHIKHANI : Pouvez-vous oublier que vous êtes psychiatre en étant psychothérapeute ?

Rabih EL ChAMMAY : On a tous tes facettes très différentes.

Layla AKOURY DIRANI : Est-ce que le patient l'oublierait ? Non, il ne l'oublierait pas, il va rentrer dans un glissement.

Rabih EL ChAMMAY : Exactement, mais c'est tout l'enjeu de ne pas être celui qui par cette position de pouvoir, ou de **sujet-supposé-savoir** comme dit Lacan, que nous donne les patients, notamment à nous les médecins : « oui vous savez tout, réglez mes problèmes. » Ni tomber dans une neutralité qui parfois peut être malveillante vis-à-vis des patients. On peut voir des thérapeutes qui ont compris peut-être à moitié

ce qu'est **la neutralité** et tombent aussi dans des situations cliniques complètement aberrantes. Tout le travail est vraiment d'être clair par rapport à sa position quand on est face à cette personne qui vient nous voir.

Rose : Tout d'abord, je suis heureuse d'être là. Je suis heureuse aussi que mes parents soient illettrés et que toute mon enfance j'ai été qualifiée d'**hyperactive**. Docteur mentionne qu'il peut démasquer l'hyperactivité, et aussi la dépression chez l'enfant et donc ça rejoint ce que je dis à propos de mes parents, c'est parce qu'ils étaient illettrés qu'ils n'avaient pas recours à la médecine dans le temps pour m'envoyer chez un psychiatre. Je me demande tout le changement, toute l'influence qu'il y a pu avoir sur mon cerveau. Je me demande vraiment quand on reçoit les enfants en clinique quelle position prendre quand on est un thérapeute? Est-ce que vraiment — je sais que chacun part d'une éthique extrême de sa profession, que chacun sait très bien ce qu'il fait —, mais vraiment quand on est parent, je suis parent d'enfant, et quand on reçoit des familles qui se demandent s'il faut donner ou pas le médicament et surtout quand on est là avec le système speed de la vie et que les parents demandent à leurs enfants la réussite, de répondre à leur façon de voir les choses, et que l'enfant s'individualise dans une façon complètement différente. Je me demande si donner un médicament n'est pas donner une réalité différente de la leur à ces enfants-là.

Michel SOUFIA : Ça rejoint un peu tout un débat, si les médicaments changent le réel de la personne — la réalité, non ! — puisque des fois les patients nous posent...

Rose : Parce que les adultes ont leur propre choix, quand il s'agit d'enfants...

Michel SOUFIA : Même des fois on est confronté à cette question qui nous est posée par des adultes qui nous disent : « Est-ce que c'est moi maintenant ? La réalité de moi ? Ou c'est le médicament qui crée quelque chose de différent ? Est-ce que c'est encore moi avec le médicament ou ce n'est pas moi ? » C'est une question vraiment très compliquée et encore plus compliquée quand on en parle avec des enfants, quand le sujet, c'est l'enfant. Ce que nous, on propose, ou comment on voit les choses, c'est d'essayer de :

Médiquer le moins possible les enfants.



Ne croyez pas
que le destin
soit plus que
cette densité
de l'enfance.

RILKE

Le moins possible, tout en sachant que l'exemple de **l'hyperactivité** chez les enfants, c'est l'exemple du symptôme psychiatrique qui est affecté par la situation et l'environnement par excellence. Par exemple, un enfant qui est dans une classe de 30 élèves, ce n'est pas la même chose que le même enfant qui est dans une école où il y a peut-être 5-6 et où le contexte est différent.

On essaye de ne pas médiquer autant que possible, mais en même temps, aussi, on fait fausse à de vrais problèmes chez l'enfants ; des problèmes sur le plan des acquisitions, sur le plan de la mise en danger parce que son comportement est impulsif, il est très rapide, il se met à risque : c'est là la balance décisionnelle.

Layla AKOURY DIRANI :

Moi je pense qu'il y a une exagération extraordinaire pour des gens qui veulent démissionner de leurs responsabilités.

Ça, c'est très clair dans ma tête. Les enseignants n'ont pas envie d'enseigner, les écoles veulent faire du fric, les parents n'ont pas envie de s'occuper de leurs enfants. Ils ne savent même s'occuper de leurs enfants. Il m'arrive parfois, en désespoir de cause, d'amener une mère et son enfant pour que nous jouions à trois chez moi, pour qu'on puisse savoir jouer. Qu'on ne soit pas sur i-pad et compagnie, ou bien qu'on ne soit pas à faire cavalier les enfants dans la ville, d'une activité à l'autre, parce que nos enfants ont des agendas de premier ministre. Il faut qu'ils soient occupés tout le temps.

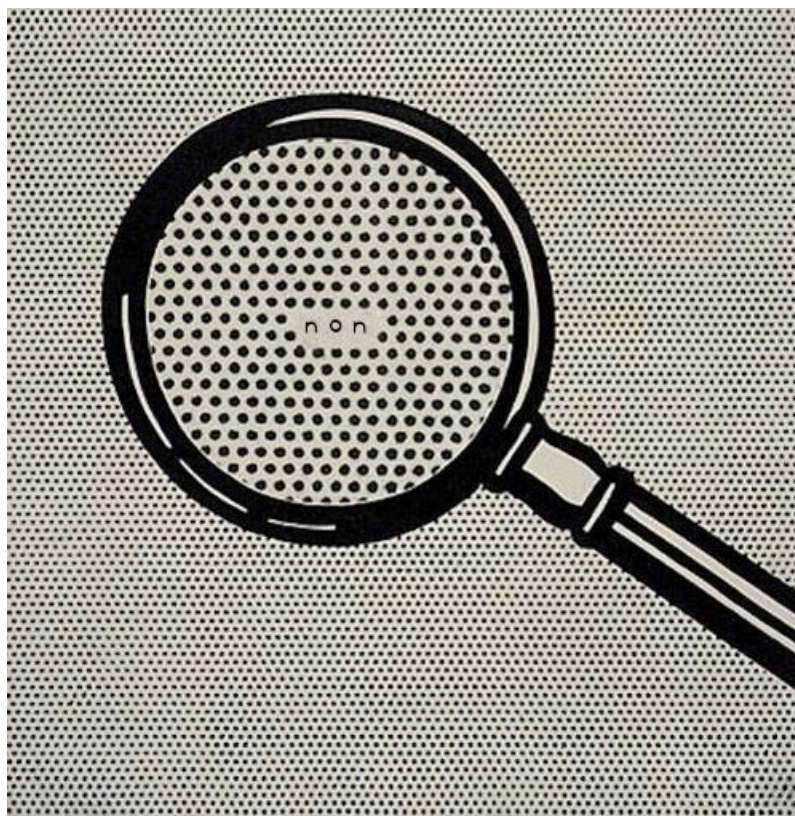
Ceci étant dit, il y a des enfants qui souffrent, certainement. Il y a des enfants qui ont besoin de soins, certainement. Et là,

quand on voit les enfants dépressifs, ça ne rate jamais ; ils sont dépressifs parce que chez eux, à la maison, ça ne va pas, parce qu'ils n'ont pas suffisamment de sécurité et de contenance. Et quand on travaille avec les enfants et leurs parents, on a pas vraiment besoin de leur donner des médicaments pour qu'ils aillent mieux. Et on le fait. On travaille comme ça. On travaille beaucoup avec leur fratrie.

Rabih EL ChAMMAY : Pour continuer ton idée, Layla, je pense que ce qui compte avec les enfants encore, c'est d'avoir une position très claire éthiquement en tant que professionnel de santé.

Déjà pour nous, les présumés de l'enfant en tant que tel, pour nous médecins-psychiatres, c'est qu'il n'existe pas tout seul. Il existe dans sa famille, dans son école et dans son environnement. On ne peut pas donner un médicament sans avoir fait avant un diagnostic ; et pour faire un diagnostic, il faut éliminer plein de choses à commencer par **une dépression maternelle**. Il faut voir ce que l'enfant est en train de jouer ou pas, etc. C'est **un diagnostic d'exclusion** qui nécessiterait un traitement médicamenteux. Parce qu'une hyperactivité causée par la dépression ne se traite pas par médicament, sauf dans un cadre très spécifique.

Avec les enfants, très souvent, on refuse de donner des médicaments, même si les parents insistent. Et c'est là notre rôle thérapeutique, c'est de dire non.



Léla CHIKHANI : Peut-être vous, mais je sais qu’au centre, il y a des tas d’enfants qui viennent et qui sont super-médicalisés et il y a des psychiatres très dangereux.

Layla AKOURY DIRANI : Il y a des psychiatres qui donnent des médicaments à l’âge de 3 ans, on les connaît.

Michel SOUFIA : Bien sûr, nous, on ne dit pas le contraire.

Erica : Ma question tourne autour du fonctionnement entre le biologique, le psychique et logique ; entre ramener le fonctionnement au ralenti pour protéger l’individu et redonner le fonctionnement de façon à réadapter l’individu à lui-même, à la société, à l’environnement ; les enfants, les adolescents aux écoles, etc. Au sein du stress quotidien, peut-on parler de « **prévention de la dépression** » ? Si oui, comment se ferait cette régulation ? On pourrait parler de

« régulation de fonctionnements » pour faire le lien entre tous ces fonctionnements, donc à ce moment-là comment se ferait cette régulation ? Et par rapport à quels critères ? Qui identifierait les critères dans ce cas là ? Et là aussi, je poserai une petite question à propos du fait « d’entendre ». Comme le fait « d’entendre » non seulement par lui-même, mais aussi par les autres, comment cela peut-il être un fait salvateur pour la dépression ? Merci.

Léla CHIKHANI : Je ne sais pas si la prévention est un concept psychanalytique, mais certainement psychologique.

Rabih EL ChAMMAY : Déjà, la prévention je pense, c’est une intervention médicale parce que dans toute la médecine on a une prévention primaire, secondaire, tertiaire, etc. Et effectivement, en ce qui concerne la santé mentale, on a quand même pas mal d’interventions de prévention, qui se sont avérées jusqu’à maintenant, à travers ce qu’on a pu faire comme études, comme efficaces.

Un exemple assez courant, c’est traiter les dépressions maternelles comme prévention du retard du développement chez l’enfant.

Ça, c’est quelque chose qui est quand même assez solide et, oui, on le fait. On essaye de travailler avec les mamans déprimées pour améliorer, et sa santé, et aussi son interaction avec son bébé. Et en plus, la santé mentale des enfants même quand ils seront adultes, parce qu’il y a eu des liens aussi, selon **la théorie de l’attachement** ou même de régulations neuro-biologiques, qui montrent qu’effectivement, plus la mère est en bonne santé mentale, qu’elle arrive à être une

mère *suffisamment bonne* pour son enfant, plus l'enfant sera en bonne santé.

Maintenant, si on veut parler de **prévention en santé mentale**, moi je sortirais du cadre médical pour aller dans le cadre social et pour parler par exemple de déterminant comme l'éducation, la pauvreté, les conflits, les guerres, à ce niveau-là. C'est là où on a le plus d'impacts si on veut vraiment travailler dans une politique de prévention à un niveau national. Une cité où les gens peuvent se promener à pied et utiliser le vélo, tout simplement, ils ont une meilleure santé mentale.

Ce n'est pas une intervention médicale psychiatrique, c'est vraiment ressortir et avoir un regard global sur la société dans laquelle on vit, pour revenir un peu à ce :

Malaise dans la civilisation actuelle



... et essayer de dresser ces contextes, tout simplement d'améliorer l'interaction sociale des gens.

On peut paraître simple, mais dans les grandes villes les gens sont très isolés, ça peut améliorer les choses.

Donner aux adolescents ce qu'on appelle actuellement des « **life-skill** », c'est-à-dire comment dire non, comment gérer les conflits, résoudre les problèmes, aussi les mettre dans un état qui diminuait le risque et encore, une prévention, on est toujours en train de gérer un risque. Il n'y a pas de risque zéro. Voilà.

Léla CHIKHANI : Qu'est-ce que vous en pensez, madame Dirani ?

Layla AKOURY DIRANI : Oui, je suis d'accord que toute action préventive peut dans la mesure où on peut aider les parents à devenir parents parce que personne n'apprend ça à l'université ni à l'école...

Michel SOUFIA : Peut-être qu'il faudrait...

Léla CHIKHANI : Oui, c'est possible.

Layla AKOURY DIRANI : Déjà que les parents sachent poser leurs priorités, toutes leurs priorités pour que les enfants aussi puissent vivre dans un environnement moins stressant. Je suis tout à fait d'accord que parfois aussi que le concret est réel, que les bruits de klaxons, de moteurs, de la ville ; c'est déjà un stress important. Donc le social, l'écologique en général, et puis beaucoup d'éducation, d'information, mais aussi beaucoup d'écoute.

Si je veux parler de notre culture, on a très peu d'écoute, on a beaucoup de parole.

Vous parlez avec une mère et son enfant, elle répond pour lui. Non. Il peut parler, on s'adresse à lui. Vous emmenez un enfant chez un médecin, en général, le paquet de pomme de terre personne ne s'adresse à lui pour lui expliquer quoi que ce soit. On s'adresse à ses parents pour leur expliquer à eux ce que lui a, alors que lui n'est pas le paquet de pomme de terre. C'est lui le sujet du soin. Enfin.

Donc ça aussi, c'est de la prévention : s'adresser à l'individu en tant qu'individu même s'il a 6 mois, un an, enfin tous les âges.

On s'adresse à des individus, des individus.

Léla CHIKHANI : Alors, qu'est-ce que vous pensez de la prévention, monsieur Dubuis Santini ?

Christian DUBUIS SANTINI : La prévention en psychanalyse, ça n'existe pas tout simplement parce que ça fait appelle à un autre champ. Dès qu'on veut prévenir, ça présuppose quelque chose ; c'est-à-dire qu'il faudrait s'adapter à la société.

S'adapter à la société, surtout à une société aussi malade que la nôtre, ce n'est pas tellement un bon signe.

**Donc pour la psychanalyse,
il n'est pas question de s'adapter.**

C'est en ça où la psychologie diffère radicalement de la psychanalyse :

⇒ La **psychologie** finalement va essayer de dire qu'il faut plus ou moins s'adapter à cette société-là ;

⇒ La **psychanalyse** va dire que ce n'est pas ça l'enjeu. C'est de :

Gérer sa propre inadaptation au monde



C'est-à-dire que nous sommes chacun, autant que nous sommes, inadapté à cette planète du fait même d'avoir le langage comme environnement et rien d'autre.

Donc, il s'agit de gérer notre propre inadaptation au monde.
Donc la prévention, bien sûr qu'elle n'est pas à négliger, mais

cette fois elle rentre dans les aspects appelés culturels, c'est-à-dire qu'est-ce qu'il convient effectivement de lire, d'écouter, de travailler, quels films il faut voir, etc. parce que là, quand ça met en scène par exemple quelque chose de l'ordre d'une perception artistique ;

— je ne juge comme artistique que ce qui a comme vocation à faire aimer le fait d'être en vie sur cette terre, malgré justement les difficultés qu'il y a à être en vie, c'est-à-dire les difficultés de vivre — .



En art,
tout ce
qui n'est pas
indispensable
est nuisible.

DELACROIX

Donc, ça peut passer, effectivement, par une sensibilisation aux arts et ça passe par **l'éducation des enfants**. Et l'éducation des enfants, vous avez vu, je ne sais pas comment ça se passe au Liban, mais en France, ça devient catastrophique. J'ai été obligé de mettre mes enfants dans des écoles privées, parce qu'aujourd'hui le privé en France, c'est le public d'il y a 30 ans.

Aujourd'hui, il y a des gens totalement incultes et ineptes comme la ministre de l'éducation actuelle qui va essayer d'éduquer, par exemple, au bien fondé du mariage pour tous, et à apprendre aux enfants à être Charlie à la maternelle. Mais c'est totalement extravagant, c'est contre-productif et ça va amener une société encore plus débilante que celle d'aujourd'hui.

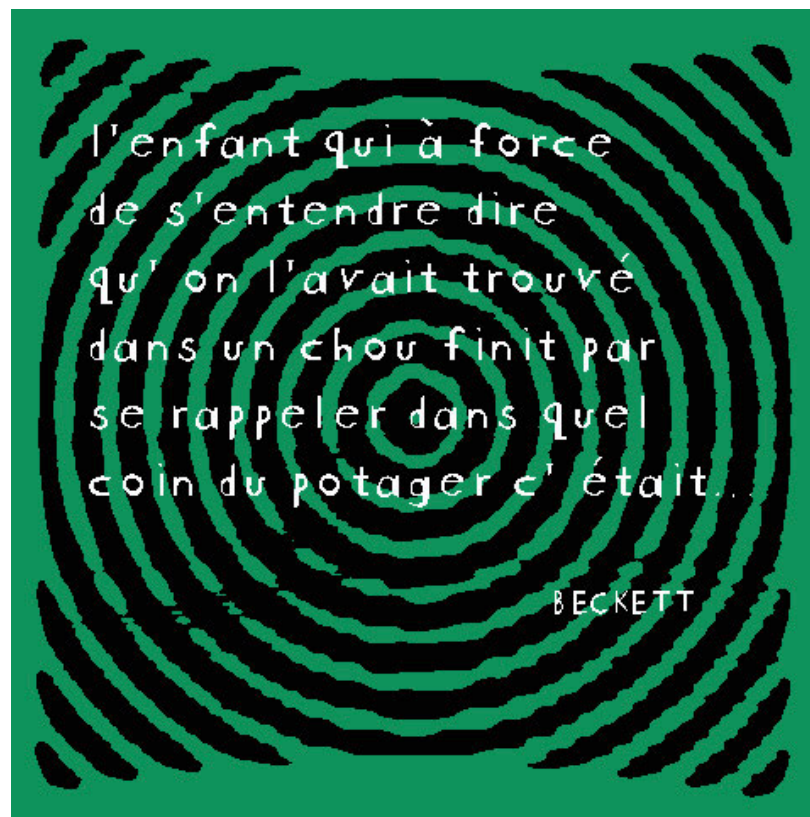


Donc la notion de prévention, elle passe par la culture et l'éducation. Et l'éducation, c'est aux parents d'éduquer les enfants, ça ne s'apprend pas, c'est-à-dire que ça s'apprend de

ses propres parents et ça demande une **responsabilisation** accrue des parents.

La partie que je consacre à mes enfants, la seule sur laquelle je puisse intervenir bien sûr, c'est le langage. Aujourd'hui tout le monde dit O.K, non ! O.K, ça veut dire « zero killed », c'est un mot de la guerre de sécession américaine pour dire on a eu zéro mort. Tout le monde « eh ben on a zéro mort ! » sans savoir de quoi on parle. Parce que sur tous les téléphones il y a marqué OK. Alors, je dis n'allez pas vous marginaliser à l'école, tout le monde dit OK, dites OK à l'école. Avec moi, je ne veux pas entendre OK à la maison. Vous dites « d'accord », on a un très beau mot en français.

D'accord.



Il y a un accord. Je parlais de l'accord tout à l'heure, pour accorder le larynx à la voix, ça c'est la possibilité de s'entendre parler ; ça, c'est **l'éducation**. On en est très loin sur le plan institutionnel.

Léla CHIKHANI : J'espère que vous n'êtes sévère que sur la langue à la maison ! ^^

Christian DUBUIS SANTINI : Exclusivement ! :-D

Une jeune femme dans la salle : Est-ce que je peux revenir à la violoniste ? Moi je me demande qu'est-ce qui a fait la différence pour redonner de l'élan à cette violoniste qui était en dépression majeure, pour aboutir à une réussite dans sa performance? Je me demande par exemple, les thérapies médicales ou analytiques visent à arrêter les symptômes, mais est-ce qu'elles visent aussi à une productivité, à une performance dans la vie de la personne ? On essaye toujours d'arrêter les symptômes, O.K tu vis en bonne santé, mais tu fais quoi dans ta vie ?

Léla CHIKHANI : Oui, c'est peut-être la vraie question qu'on peut poser, est-ce que le traitement serait-il par la musique, par des ordinateurs comme nous disent les Canadiens de l'université de Quebec ou par des médicaments, par la psychanalyse, par d'autres psychothérapies, par la prévention. Est-ce les médicaments donnent autant que la musique à cette violoniste ?

Une jeune femme dans la salle : Oui, elle peut être le mécanisme de rendre une dépression majeure, transformer une dépression, une certaine maladie, en une performance par ailleurs.

Christian DUBUIS SANTINI : Mais là, on ne peut pas savoir. Il faut laisser la question ouverte, parce qu'on ne peut pas savoir. C'est ça, ce que c'est un trou. C'est quand on ne peut pas savoir, on ne vient coller des réponses en disant c'est ça, c'est ça, c'est ça.

Ce qu'il s'est passé pour cette jeune femme, on ne peut pas le savoir.

L'analyste lui-même ne pourrait pas le savoir. Elle le dirait même en analyse, comme dit Lacan :

Il n'y a de cause que de ce qui cloche.



C'est-à-dire quand ça se passe, en fait, on ne peut pas établir d'où vient la cause, justement il n'y a pas de cause.

Il n'y a de causalité que dans la chaîne signifiante.

Or là, visiblement, il y a eu **une rectification de ses rapports au réel**. Je ne peux pas savoir ce qu'il s'est passé, même si elle me raconte, etc. : « ben oui, c'est très simple, là il s'est passé ça, c'est très facile. » là, effectivement je bouche des trous. Et Freud ne bouche pas de trou ; c'est-à-dire qu'il dit qu'il y a un Réel, et ce Réel fait que ça ne marche pas. Et donc on va chercher des causes là où ça ne marche pas. Mais quand ça marche, on ne peut pas dire qu'elle est la cause. Même les médicaments, je ne sais pas pourquoi il y a autant de placébos. Ils ne savent jamais ce qui marche dans un médicament. Un coup ça marche, un coup ça ne marche pas, c'est une science hyper... enfin la vulgate, non ! Les vrais psychiatres comme ces messieurs disent « non, on ne peut pas savoir », quand on discute assez longtemps, non, on ne peut pas savoir.

Il faut laisser la place de la question.



Et là, la place du **trou** en l'occurrence, ce qu'il s'est passé, c'est un miracle. Voilà. On ne peut pas savoir. On peut mettre des mots là-dessus. Alors évidemment, ça, tout le monde met des mots, les médias ne font que ça. Ils viennent boucher toutes les possibilités de trous, toutes les possibilités de questions, et le fait de se confronter à une angoisse du Réel.



Alors bien sûr, il faut dépasser un peu de peur, parce que :

L'angoisse c'est la peur de la peur.

Peur d'avoir peur. Donc on va tout boucher, on va mettre des mots partout.

Ces mots-là sont inappropriés.

Le sujet lui-même doit trouver les mots appropriés pour dire avec sa propre lalangue, la manière dont effectivement il peut se ressaisir des possibilités de son sujet de s'orienter dans ses pensées, la manière dont il se pense au monde. Le reste, personne ne peut rien en savoir.



Léla CHIKHANI : Non, mais en fait, il s'agirait plutôt d'une **suppléance** qu'elle a eu grâce à ce renom qu'elle s'est donnée...

Christian DUBUIS SANTINI : Oui, on peut le dire comme ça.

Léla CHIKHANI :... mais c'est la cause qui est ignorée.

Christian DUBUIS SANTINI : La cause on ne peut pas la savoir.

Layla AKOURY DIRANI : Mais elle a dit quelque chose d'intéressant. Elle a dit qu'elle a repris son instrument qui était quelque chose d'une contrainte pour en faire un outil d'expression de soi, de plaisir, de bonheur. Donc elle a dû certainement, elle, retravailler quelque chose dans sa tête, pour redonner un sens. Comment elle a fait ? Je ne sais pas.

Michel SOUFIA : Pour revenir à l'idée de **la prévention**, c'est sûr qu'on a plein de fois en science des phénomènes qui arrivent qu'on ne peut pas expliquer pour le moment,

actuellement. Plein de choses avec l'évolution de la médecine, de la science, peuvent être expliquées, la psychiatrie c'est l'exemple typique de ça.

Il faut garder en tête que plein de fois aussi on a des maladies psychiatriques qui peuvent être spontanément résolutive.

En général, on dit que la dépression est limitée, qu'elle s'autolimite dans le sens où elle s'arrête à un moment, d'elle-même. Mais ça ne veut pas dire que c'est le cas ici, on reste ouvert à toutes les autres possibilités, mais ça peut être expliqué comme ça aussi.

Pour revenir à l'idée de la prévention aussi, j'aimerais juste ajouter l'idée de la prévention parce qu'on a parlé de différents types de prévention, de l'idée de :

la prévention médicamenteuse

Malheureusement, il y a des gens où, nous, les médecins-psychiatres, on demande de ne pas arrêter les médicaments. Le but, c'est la prévention de la rechute.

Ça ne veut pas dire qu'on n'arrête jamais les médicaments — c'est un peu l'idée générale : si je commence les antidépresseurs je ne pourrais jamais l'arrêter — ce n'est pas du tout le cas, mais il y a des gens, en fonction de la maladie, en fonction de leur histoire personnelle avec cette maladie-là ; il y a des gens à qui nous on recommande de ne jamais arrêter la médication pour ne pas avoir de rechute. Et il faut garder en tête une chose, c'est que chaque fois qu'on a une rechute, le taux de rechutes ou de récurrences, après, augmente. Ça veut

dire qu'après une première dépression, le risque d'avoir une deuxième dépression n'est pas le même qu'après la huitième dépression ou la neuvième. À chaque fois qu'on a rechute, le taux de rechute augmente. Les rechutes deviennent plus serrées dans le temps, durent plus longtemps et deviennent plus intenses en intensité.

Donc le message est très simple. Tous les patients n'ont pas besoin d'être sous médicaments à vie. Pas du tout. On essaye quand on met en place le projet thérapeutique de tout faire pour ne pas avoir besoin de garder le médicament longtemps.

On le garde pour un minimum de temps qui est actuellement de 1 à 2 ans en général, après un premier épisode. On a remarqué à travers le suivi d'un nombre énorme de patients que si on garde un peu le médicament avant de l'arrêter, ça prévient les rechutes. Les patients à qui on l'arrête immédiatement le prouvent, le risque de rechute est un peu plus élevé, mais ça ne veut pas dire que tout le monde a besoin de garder ce médicament. Il y a un pourcentage, malheureusement c'est ça, c'est le cerveau qui n'arrive pas à démarrer avec son fonctionnement de neurotransmetteurs et d'autres messagers secondaires, qui a besoin d'un boost pour continuer à fonctionner — on va dire sur le plan physiopathologique — normalement.

Léla CHIKHANI : Le hasard a voulu que les deux durs soient à mes côtés, et les plus modérés au bout de la table. Peut-être qu'on commencera une conclusion rapide par les durs pour laisser la parole aux modérés. Alors, tu as été le plus dur quand même Christian, vas-y.

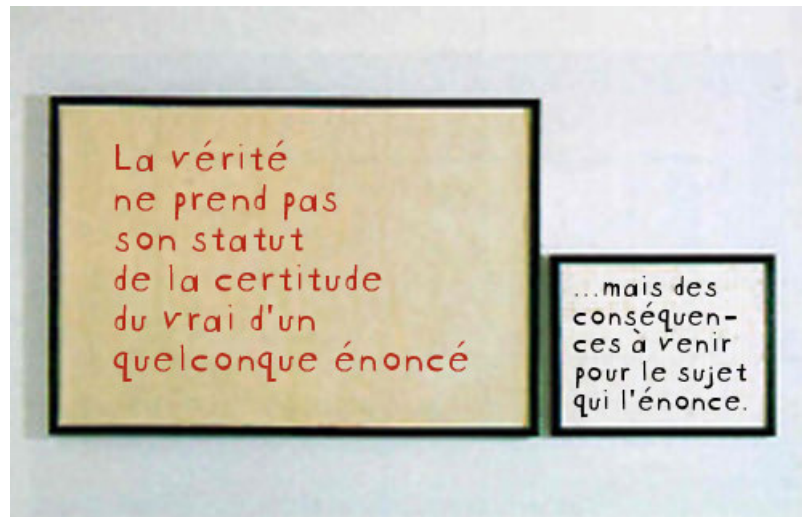
Christian DUBUIS SANTINI : Aristote dit justement que la « médiété », la modération aristotélicienne — c'est quand même le fondateur de la science moderne — ça ne veut pas dire le « juste milieu » des choses, un équilibre, une espèce d'harmonie ; il explique que la position extrême peut-être une « médiété » parce que ce n'est pas une dimension topologique, ni même climatique comme on le terme de dépression, mais :

Une position éthique



Pour se faire entendre, pour faire entendre justement quelque chose qui puisse émerger du discours dominant, c'est-à-dire du discours qui entretient la peur et qui conforte dans la peur ;

**Il est nécessaire d'avoir une parole qui porte
et il faut prendre le risque de cette parole.**



Donc, s'il y en a certains d'entre vous que j'ai pu choquer par certaines prises de position extrême, sachez que je ne le regrette pas du tout parce que c'est la seule manière de faire entendre quelque chose qui s'extrait du discours ambiant et que, effectivement, c'est peut-être un peu difficile à dire, mais Patrick le met dans son papier donc je peux le dire :

Il n'y a pas de psychothérapie d'inspiration analytique.

Ni d'inspiration, ni de respiration, ni de rien du tout. C'est-à-dire que la psychologie ne répond pas aux fondements épistémologiques que la psychanalyse, ce sont deux logiques différentes qui sont antagonistes, il faut le savoir.

Ce qui ne veut pas dire que dans certaines psychothérapies, le sujet qui s'y engage de manière à devenir un sujet psychanalytique ne puisse pas y trouver un bénéfice, mais ce sont des choses à être dites pour être bien différenciées. Voilà.

Léla CHIKHANI : Merci. Monsieur Soufia, vous n'avez pas été moins dur, donc allez-y.

Michel SOUFIA : C'est vrai, c'est aussi pour garder le débat assez riche ^^ . Moi je termine en disant que : **la dépression reste une maladie du cerveau**. Et donc, une maladie qui inclut des perturbations biologiques, quelle que soit sa cause.

Christian DUBUIS SANTINI : Non, juste une seconde ! Parce que pour la psychanalyse on ne pense absolument pas avec son cerveau, vous avez compris ça ? **On pense avec le langage !**



C'est-à-dire l'outil de la pensée, c'est le langage, ce n'est pas le cerveau. Le cerveau, on n'en sait rien du tout.

Rabih EL ChAMMAY : Vous avez bien fait de commencer par les durs ! :-D

Michel SOUFIA:

Je reconclue que la dépression reste une maladie dans le fonctionnement du cerveau, quelle que soit la cause.

Par exemple, la fracture du col du fémur qui reste une fracture, quelle que soit la cause : ostéoporose, traumatisme, chute ; ça reste une fracture après. Donc, quelle que soit la cause, ça reste un **dysfonctionnement neurologique**, il ne faut pas oublier ça.

Ça ne veut pas dire qu'on a besoin d'avoir directement recours aux médicaments ni de garder le médicament à vie parce que comme le docteur Chammay l'a très bien dit, les prises en charge psychothérapeutiques ont donné des modifications sur le plan anatomique, fonctionnel du cerveau. Donc, on peut aussi remédier à cette anomalie du cerveau en ayant recours à d'autres formes de prise en charge. Elle existe depuis une éternité, du coup elle est affectée par notre société bien sûr, mais elle existe dans toutes les sociétés.

Bon j'ai trop dit déjà, j'arrête là. :-)

Léla CHIKHANI : Merci. Madame Dirani...

Layla AKOURY DIRANI : Oui moi déjà je vous remercie parce que c'était une matinée très intéressante et on a quand

même joué avec beaucoup de concepts, et ça permet, comme ça, d'éclater certaines définitions. Finalement qu'est-ce que la dépression ? Qu'est-ce qu'elle n'est pas ? On se retrouve dans un système éthique, philosophique, qui requestionne cette approche.

Finalement, on ne peut diviner aucune approche.



Ni la science n'est un Dieu — alors que pour certain ça commence à être la divinité à venir — on ne peut pas tout comprendre.

Ce que j'aimerais garder quand même dans qu'est-ce que la dépression, c'est peut-être la perte de sens, la perte de repères. Quand une personne peut être vraiment libre de l'intérieur et trouver une identité personnelle, à ce moment-là, elle aura envie de vivre et elle ira de l'avant.

Mais je veux quand même dire juste à titre anecdotique que je me suis retrouvée avec des personnes qui avaient profondément envie de mourir et je me suis vraiment

demandé si j'avais le droit de les pousser à rester en vie. Donc quelquefois je peux dire à la personne : « c'est ton choix » que je respecte.

Donc je crois qu'on a des questions philosophiques à se poser avant de dresser la chose de manière technique. Et la liberté de la personne, c'est quelque chose qui a beaucoup de valeur. Et ce sont des choix.



Léla CHIKHANI : Monsieur El Chammay...

Rabih EL ChAMMAY : Tout d'abord merci encore une fois de cette invitation et de ce débat. J'ai été ravi de faire partie de ce débat et de faire connaissance avec vous, Monsieur Dubuis, et de revoir mes amis et collègues, Layla et Michel.

C'est vrai que ce sont des rencontres comme ça qui nous poussent en dehors de notre pratique quotidienne, notre

routine, qui nous poussent à réfléchir à notre pratique de nouveau.

Pour **le suicide** :

⇒ Pour moi **en tant que personne**, que sujet — pas en tant que psychiatre parce que le psychiatre est mandaté par la société pour faire quelque chose — c'est une question philosophique, ce n'est pas une question médicale, certes.

⇒ Mais **en tant que psychiatre**, je n'ai pas le droit d'agir sauf en tant que psychiatre parce que j'ai accepté le mandat que la société m'a donné. C'est pourquoi on pousse à la protection dans ce sens-là.

Je pense qu'on a eu deux discours et qu'on aura toujours deux discours différents et il faut l'accepter :

⇒ le discours psychanalytique

⇒ et le discours médical

Et, ce qu'il faut accepter aussi c'est un peu la complexité de nos approches au-delà de les relier. Oui, elles ne vont jamais se retrouver. Il y a peut-être des points communs et des points super-divergents, mais c'est surtout aussi ce qu'il faudrait accepter, c'est cette tension interne qu'on a, nous, en tant que professionnels. Quand on est face à la clinique, on n'est pas harmonieux de l'intérieur. On est pas que d'une seule théorie.

Personnellement, j'ai des influences philosophiques, psychanalytiques, santé publique, médicales et c'est comme ça.

Donc comment je gère mes tensions, ça me regarde.



Ceci dit :

⇒ le mandat de la psychanalyse n'est pas de guérir.

⇒ Nos mandats à nous sont précisément de positions différentes.

Donc on ne peut pas lui demander non plus, ce que elle ne prétend pas faire. Même nous, on ne peut pas nous demander ce qu'on n'est pas supposé faire. Parce qu'on est profondément deux disciplines très différentes et il faut bien l'accepter.

Peut-être deux choses sont importantes pour moi en tant que clinicien. La première c'est qu'au-delà de toute discipline, de tout discours, de toujours me connecter à l'humanité dans cette personne qui vient me voir parce qu'en fin de compte il n'y a pas, pour moi, une vérité. On a des savoirs différents. Et essayer dans ça de ne pas mener nos actions comme des vérités absolues, de savoir que ça s'inscrit dans un savoir particulier ; qu'on a des outils, qu'on les utilise, parfois ça marche, parfois ça ne marche pas, bon, on fait autre chose. Voilà, merci.

Léla CHIKHANI : C'est moi qui vous remercie. Je reprendrais un peu ce que vous avez dit, bien sûr le discours psychiatrique et la position psychanalytique n'allaient pas de concert et il n'y a pas eu vraiment un champ commun comme on avait demandé ; non, malgré la modération de la psychologie qui a fait vraiment œuvre de réconciliation.

Peut-être que dans les prochains débats nous pourrions voir certains aspects communs et je vous remercie tous d'être là, et surtout merci à vous madame Dirani, monsieur Dubuis, monsieur Soufia, monsieur El Chammay.
