

thélème



Nº 2

ISSN 3001-641X

HIATUS

JUIN 2025 – 000€

POURQUOI PAS



LA COLLAB

MOMENTS DE CRÉATION

Un artiste peintre, quatre jeunes à Thélème :
Lorsque deux savoir-faire se rencontrent...

Quatre séances de création beaux-arts.
Deux jeunes filles et deux garçons ont réalisé très librement,
sans contrainte aucune, des œuvres personnelles en argile.
Elles ont été incluses dans des empreintes de pas pour produire
l'œuvre collective ; « Des pas dans la neige ».

« Un jeune libre, qui n'écoute pas, on peut travailler.
Avec un jeune qui écoute, c'est ce qu'il y a
de plus compliqué ». 

Claude-Luca Georges

ÉDITO

Pourquoi pas

Voilà un titre qui par son énonciation laisse entendre toute son équivoque.

Avec la santé mentale au zénith s'est ouverte l'ère de la dépathologisation ; plus de pathologies ! À la place, des déficits assumés, des neurodivergences assurées et des identités revendiquées. Chacun devient libre d'incarner sa propre exception, sa propre norme, dans des styles de vie librement choisis. À chacun son *lifestyle* ! « Pourquoi pas » ?

Pourtant, dans cette quête de la meilleure « version de moi-même », l'apparente adéquation à son mode de jouir reste toujours l'indice du réel d'une folie qui dans sa souffrance ne cesse pas. Voilà « pourquoi.....pas ».

Alors, avec l'abandon de la psychiatrie et la désinstitutionalisation du champ social, devenues les promoteurs d'un optimisme idéologique du bien-être et de la santé mentale, non seulement la folie trouve portes closes mais devient un terme dépassé. Avec l'avènement de la médecine 6P dopée à l'I.A., la clinique à son tour devient chose du passé. Rien de moins surprenant donc que de plus en plus d'acteurs du domaine de la protection de l'enfance constatent que la folie frappe, toujours plus pressante, aux portes de leurs institutions. C'est donc pour que Thélème continue de tenir maison ouverte qu'il nous revient de mettre notre pratique au pas de cette nouvelle ère, sans nostalgie et sans amertume. « Pourquoi pas ».

Dans ce deuxième numéro de *Hiatus*, des cliniciens, des philosophes, des universitaires, des médecins, des témoins et des écrivains, partagent la boussole singulière avec laquelle ils s'orientent à travers cette question de la folie qu'aucun savoir universel ne saurait épuiser. On y trouvera des approches qui tranchent avec les discours ambiants, des inventions cliniques, des conversations inattendues, et peut-être même des hypothèses auxquelles on n'avait pas pensé. Le lecteur se fera un avis. « Pourquoi pas ».

*Une fourmi de dix-huit mètres
Avec un chapeau sur la tête,
Ça n'existe pas, ça n'existe pas.
Une fourmi traînant un char
Plein de pingouins et de canards,
Ça n'existe pas, ça n'existe pas.
Une fourmi parlant français,
Parlant latin et javanais,
Ça n'existe pas, ça n'existe pas.
Eh ! Pourquoi pas ?*

*La fourmi
par Robert DESNOS.*



P.5 DISCOURS POLITIQUE

- P.6 **LA POLITIQUE POURRAIT-ELLE ÊTRE ÉCLAIRÉE
PAR L'EXPÉRIENCE DE THÉLÈMYTHE ?**
FABIAN FAJNWAKS
- P.9 **CONVERSATION AVEC
GAËL DIAS**
- P.16 **LA PRATIQUE ANALYTIQUE
À L'ÈRE DE LA DÉPATHOLOGISATION**
MATHIEU SIRIOT
- P.19 **CONVERSATION AVEC
STEEVES DEMAZEUX**

P.25 DISCOURS CLINIQUE

- P.26 **ONE MILA'S SHOW**
FLORENCE HAUTECOEUR
- P.29 **« PRENDRE LE RÉEL
COMME BOUSSELE... »**
RADU TURCANU
- P.32 **CONVERSATION AVEC LE DOCTEUR
PATRICIA BRAZILLE**

P.39 DISCOURS DU MALAISE DANS LA CIVILISATION

- P.40 **LA DYSPHORE DES ANGES**
GRIGORY ARKHIPOV
- P.44 **CONVERSATION
AVEC DANIEL TAMMET**
- P.48 **DÉFIS DE L'ADOLESCENCE
ET DE L'AUTODÉTERMINATION**
PATRICK ALMEIDA
- P.51 **CONVERSATION
AVEC ANASTASIA ARKHIPOVA**

DISCOURS POLITIQUE

LA POLITIQUE POURRAIT-ELLE ÊTRE ÉCLAIRÉE
PAR L'EXPÉRIENCE DE THÉLÈMYTHE ?
FABIAN FAJNWAKS

CONVERSATION AVEC
GAËL DIAS

LA PRATIQUE ANALYTIQUE
À L'ÈRE DE LA DÉPATHOLOGISATION
MATHIEU SIRIOT

CONVERSATION AVEC
STEEVES DEMAZEUX

FABIAN FAJNWAKS

LA POLITIQUE POURRAIT-ELLE ÊTRE ÉCLAIRÉE PAR L'EXPÉRIENCE DE THÉLÈMYTHE?

Il est certain que Thélèmythe, comme d'autres associations, trouve à s'inscrire aujourd'hui dans une politique de délocalisation du traitement de la folie en dehors des quatre murs de l'hôpital psychiatrique. La psychiatrie devenue principalement *neuro*, faisant presque exclusivement confiance au médicament accompagné occasionnellement des thérapies TCC, et la conséquente dépathologisation du phénomène psychique ont emmené les psychiatres à croire qu'il suffit du traitement médicamenteux pour traiter les psychoses. Les psychoses maniaco-dépressives devenues « troubles bipolaires », en méconnaissance de la richesse clinique de cette pathologie, la schizophrénie devenue *trouble* dans les dernières éditions du *DSM*, et la paranoïa devenue « personnalité paranoïaque » avec la réduction des phénomènes que l'ancienne psychiatrie lui reconnaissait n'ont fait qu'appauvrir leur repérage et leur traitement clinique.

D'ailleurs « les psychoses » se trouvent réduites aujourd'hui à des troubles neurologiques *comme les autres* et elles ont donc perdu leur particularité avec l'effacement de la causalité psychique qui intéressait la psychiatrie jadis. De fait, s'il existe encore des psychiatres dans les services de psychiatrie, la psychiatrie avec la richesse des études cliniques d'un de Clérambault, d'un Kraepelin, ou d'un Bleuler n'existe plus. Un prix Nobel de médecine, figure éminente des neurosciences comme Eric Kandel, l'annonçait triomphalement en 2000 dans son *In search of memory* : la psychiatrie (et la psychanalyse) n'auront été qu'une parenthèse entre le développement initial de la neurologie au XIX^e siècle, arrêté autour de 1920 avec les études de Ramón y Cajal, à défaut de ne pas avoir la technologie nécessaire pour explorer le système nerveux, et la relance spectaculaire de la neurologie que l'IRM, et le scanner ont permis à partir des années quatre-vingt.

Les psychoses se trouvent de ce fait hors-les-murs de l'hôpital, avec des traitements ambulatoires efficaces parfois, moins d'autres, et le retour du sujet que la nouvelle neuropsychiatrie forclôt se fait très souvent sous la forme du passage à l'acte. Passage à l'acte qui vient briser et remettre en question les diagnostics flous comme les *troubles*, les *états limites*, les *dépressions* qui laissent souvent de côté la dimension mélancolique du sujet, ou encore la *bipolarité*, et qui dans son caractère imprévu vient trouer le semblant articulé que constitue le discours médical. Des faits divers qui défrayent la chronique régulièrement l'attestent et on a pu entendre avec sidération à la radio en décembre 2023, lors de l'attentat à Paris commis par Armand Rajabpour-Miyandoab, qui avait été suivi en psychiatrie, Laurent Layet, président

Les psychoses se trouvent de ce fait hors-les-murs de l'hôpital (...)



1. Un autre fait nous était communiqué par un psychiatre chef de service d'un hôpital psychiatrique en région parisienne récemment : le manque de personnel soignant (principalement des infirmiers) mais aussi des psychiatres, à l'origine de la fermeture du nombre des lits.

2. Soupiot A., *La Gouvernance par les nombres*, Cours au Collège de France 2012-2014, Paris, Fayard, 2015.

3. Lacan J., « La place de la psychanalyse dans la médecine », *Cahiers du Collège de médecine*, n°12, 1966.

de la Compagnie nationale des experts psychiatres près des cours d'appel, déclarer que « la psychiatrie ne peut pas expliquer le passage à l'acte ». Certainement pas cette psychiatrie, devenue, en fait, une neurologie.

Pour répondre à la question de savoir de quelle politique Thélèmythe peut être l'instrument, il faut aussi définir brièvement, dans les grandes lignes, le statut de la politique en santé mentale aujourd'hui. Si la santé mentale suppose le maintien de l'ordre social, on peut se demander ce qu'elle devient dans le contexte actuel de réduction des budgets des hôpitaux et du nombre de lits en psychiatrie¹ en s'appuyant justement sur la technologie qui permet de traiter les patients en ambulatoire. Les gouvernants cherchent souvent à réduire le traitement psychiatrique à la manière d'un traitement médical comme les autres, en méconnaissant la particularité du phénomène psychique et du besoin réclamé même par les patients parfois, de se trouver entre quatre murs pour les empêcher, par exemple, de passer à l'acte. La volonté que « les choses marchent », aux commandes de ce que Jacques Lacan a

appelé le *Discours du maître*, dérive en général vers une marche forcée moyennant des économies réalisées là où il faudrait, au contraire, renforcer les moyens, ou au moins, préserver ceux qui existent déjà. En ceci la politique actuelle, qui ne gouverne qu'avec des nombres, même que *par les nombres*, au dire de l'indispensable livre d'Alain Soupiot², est complètement aveuglée par les besoins impérieux de rendement et d'efficacité. Sauf que la folie s'accorde rarement avec ces impératifs, eux-mêmes assez fous, parce que basés sur des données où le sujet dans sa particularité se trouve forclus. Dans la collision produite par l'incompréhension d'une folie par une autre, surgit la violence du passage à l'acte comme réponse à la non prise en charge ni en compte de la souffrance psychique chez les fous.

Un fait de civilisation détermine aussi le statut que les associations nées d'initiatives spontanées des citoyens, d'acteurs sociaux, de professionnels de tous bords et de thérapeutes, comme ceux qui furent à l'origine de Thélèmythe, peuvent avoir : la désinstitutionnalisation croissante dans nos sociétés. Assurément, la technique comme cosmovision dominante aujourd'hui y a contribué : nous l'avons évoqué *supra* avec la technicisation de la psychiatrie. La médecine même risque de devenir de plus en plus une extension des gadgets pouvant intervenir à l'intérieur du corps. Si ce n'est pas le cas, la figure même des médecins – en tant que dépositaires d'un savoir que nous leur supposons – s'en trouve aujourd'hui drastiquement réduite au statut « d'agents distributeurs des substances³ ».

Certes, certaines organisations tiennent encore : les églises de tous bords, les jeunes sont les premiers à nous le rappeler lorsqu'ils y adhèrent assez fréquemment, les armées, les universités ainsi que les instituts de formation de tout type. Le discours contemporain, tient bon compte du rôle de résorption

sociale que ces organismes remplissent, il s'en saisit de manière intermittente, tout en rappelant que, sauf pour les armées, leur fonction non régaliennne ne justifie pas leur soutien financier. Thélèmythe, association financée par des fonds publics, participe aussi de cet intérêt politique d'inscription des jeunes qui se trouvent à la marge des institutions (familiale, scolaire, sanitaire) pour pallier la désinstitutionnalisation croissante de ces structures.

Thélèmythe joue ainsi un rôle, par défaut, de récupération de jeunes sujets souffrants que les services sociaux, eux-mêmes en réduction drastique de moyens, lui confient. Les associations s'inscrivant dans le médico-social ont ainsi une fonction de tampon, limitée certes et toujours partielle, afin de boucher le trou que la psychiatrie produit dans sa méconnaissance contemporaine du sujet. Il faut donc considérer ici l'importance et la valeur du suivi thérapeutique, plus ou moins sur mesure, par lequel les jeunes ont l'occasion et la chance d'être entendus dans leur souffrance, là où celle-ci est méconnue ou simplement exclue d'autres lieux. La rencontre avec un clinicien est l'occasion, souvent, de reconnaître la psychose jusque-là fonctionnant à bas bruit ou méconnue. Une fois cette reconnaissance ayant eu lieu, la question de la réponse à l'injonction d'insertion sociale et professionnelle se pose. À ce niveau, les moyens dont disposent le thérapeute et le jeune sont aussi larges que leur capacité de sublimation et de restitution permettant de trouver différents points d'appui, ouvrant sur un *savoir-faire* à partir de la singularité propre de chaque jeune. Quant au clinicien, ce sera à partir de son inventivité thérapeutique et de sa sensibilité aux résultats, que l'accompagnement sera possible. Accompagnement où aucune norme, il faut toujours le rappeler, ne peut primer sur les capacités réelles du jeune. À ce niveau il faut, et il est nécessaire de le rappeler toujours aussi, que le clinicien se soit défait de tout préjugé en termes d'adaptation sociale, d'issue professionnelle, d'attachement à une catégorie sociale, culturelle ou ethnique du jeune au profit de la catégorie universelle qu'est celle du sujet.

C'est à ce niveau que l'intervention thérapeutique proposée par Thélèmythe peut, non seulement venir traiter les manquements produits par le discours politique corrélé à l'état actuel de la psychiatrie et à son abord purement quantitatif, dont la désinstitutionnalisation présente aujourd'hui dans la civilisation est l'effet. Elle peut aussi faire surgir la singularité d'un sujet et lui donner l'immense chance de trouver une place dans le monde à partir précisément de ce qui ne va pas dans cette singularité : son symptôme. Cette perspective se dessine à partir du *un par un* de la rencontre, mais il est indispensable aujourd'hui de défendre l'existence de cette modalité d'institutions qui pourraient assurer ce type de rencontre. Par effet de retour elle pourrait, pourquoi pas puisque les signes existent, inspirer la politique dans la gestion des problèmes dont elle a la charge en dehors du seulement chiffrable et quantifiable. La gestion initiale de la pandémie du Covid-19 par le gouvernement français a été, pendant le premier confinement, un exemple de ce type de gestion, en sachant s'adapter à la singularité de la situation, en assumant « quoi qu'il en coûte » le colossal manque à gagner que le confinement imposait, là où dans d'autres pays développés les gouvernements laissaient les citoyens livrés à eux-mêmes. Cette expérience de prise en charge gouvernementale où l'État est « souvent un problème, mais [il] peut aussi parfois être une solution⁴ » dans le contexte de néolibéralisme quasi triomphant, pourrait être très enseignante dans d'autres domaines. 

Thélèmythe joue ainsi un rôle, par défaut, de récupération de jeunes sujets souffrants que les services sociaux, eux-mêmes en réduction drastique de moyens, lui confient.

4. Détournement par Paul Krugman, Prix Nobel d'Économie 2008, du célèbre *mantra* de l'École de Chicago.



CONVERSATION AVEC GAËL DIAS

Dans le domaine de la santé mentale, grande cause nationale 2025, l'intelligence artificielle est devenue incontournable et son usage généralisé inéluctable. Alors, psychiatrie prédictive, aide au diagnostic, agent conversationnel, amélioration de la lutte contre les troubles psychiques, personnalisation des traitements, de quoi la machine est-elle réellement capable ? En janvier 2024, la MRSH¹ de Caen organisait le premier symposium « I.A. et santé mentale »². Hiatus a rencontré son organisateur, le Professeur Gaël Dias³. Entre fantasme et anthropomorphisme, I.A. et psychiatrie, de quoi parle-t-on ?

Mardi 4 juin 2024, 10h, Université Caen Normandie, Laboratoire GREYC, Campus 2, Bâtiment F, 6 Boulevard maréchal Juin, 14000 Caen, Propos recueillis par HIATUS

HIATUS : L'avenir de la santé mentale et de la psychiatrie semble passer par l'I.A. Quelle est son utilité ?

GAËL DIAS : L'I.A. fait partie de ce qu'on appelle la médecine 6P⁴. L'aide apportée par l'I.A. peut être au niveau du diagnostic automatique (prédiction) mais aussi pour le thérapeute qui peut bénéficier de plateformes de monitoring (prévention). C'est aussi la possibilité pour un jeune de discuter de ses problèmes avec un agent virtuel, éventuellement incarné, qui peut être un psychiatre virtuel ou tout simplement un aidant virtuel. A partir de cet agent, il est possible de déterminer un nombre important d'informations par rapport à l'utilisateur. C'est ce qu'on appelle la détection précoce (prévention). Cela peut aussi être un outil d'aide à la rédaction de comptes-rendus médicaux (parcours). On sait bien que les psychiatres croulent sous les démarches administratives et que le nombre de patients ne cesse d'augmenter. Ces outils pourraient leur permettre de passer plus de temps avec les patients ou d'accueillir plus de patients. Il y a 4-5 ans, l'I.A. intéressait peu les psychiatres. Mais aujourd'hui, ils se rendent compte qu'elle peut être une aide importante dans leur travail au quotidien. Un psychiatre me disait

1. Maison de la Recherche en Sciences Humaines, CNRS - Université de Caen.

2. Le symposium international et interdisciplinaire « I.A. et santé mentale », organisé par Amandine Cayol (ICREJ) et Gaël Dias (GREYC), s'est tenu lundi 29 et mardi 30 janvier 2024. Il a réuni près d'une centaine de personnes, intervenants et publics confondus, universitaires et professionnels de santé. S'inscrivant dans le cadre de la Fédération Hospitalière Universitaire AMP (améliorer le pronostic des troubles Addictifs et Mentaux par une Médecine Personnalisée), cet événement était organisé sous le patronage de la Commission nationale française pour l'UNESCO, en partenariat avec l'EREN et le pôle TES.

3. Gaël Dias, Professeur en Traitement Automatique des Langues, Directeur-adjoint du GREYC, Groupe de Recherche en Informatique, Image et Instrumentation de Caen.

4. Médecine 6P (Personnalisée, Préventive, Prédictive, Participative, Preuve, Parcours).

récemment ; « L'I.A., il faut y aller, même si je ne comprends pas le modèle, de toute façon ça ne m'intéresse pas, du moment que ça fonctionne ! ». Même un système de boîte noire lui suffirait très bien. Le monde médical s'intéresse de plus en plus à l'I.A. et il est important que les psychiatres comprennent le modèle qu'ils utilisent.

H : C'est comme aller chez le garagiste ; du moment que ça fonctionne... Mais alors justement, comment fonctionne cette boîte noire ?

GD : Le courant actuel en I.A., c'est l'approche connexionniste, c'est-à-dire les réseaux de neurones. L'I.A. trouve elle-même ces propres lois de probabilités. On n'applique plus un modèle statistique déjà existant mais c'est elle, grâce à toutes ces interconnexions entre neurones, qui trouve ses propres régularités et détermine la meilleure fonction de probabilités pour un problème de décision. C'est la force des réseaux de neurones.

H : La machine détermine sa propre loi ?

GD : La machine fabrique son propre modèle à partir des données en entrée. C'est pour ça qu'on appelle ça une boîte noire. Un réseau de neurones peut comprendre plusieurs types d'architectures formés de couches de neurones interconnectées pour imiter la structure du cerveau (ce sont des modèles bio-inspirés). C'est comme des Legos. On empile des couches les unes sur les autres, on les met en parallèle, on les fait grossir ou non, on transforme les fonctions d'activation des neurones, on définit des fonctions d'erreur pour que la machine apprenne etc. Mais on ne connaît pas le modèle théorique qui est calculé derrière ces réseaux. C'est comme si j'avais trois types de cerveaux sans savoir pourquoi il y en a un qui fonctionne mieux que les deux autres pour réaliser une tâche. On ne sait pas pourquoi le modèle prend telle ou telle décision. Ce n'est pas vraiment interprétable, même si des modèles d'explication⁵ de réseaux de neurones commencent à émerger dans le domaine scientifique.

H : Si on vous suit bien, la machine nous a quelque peu échappé. C'est ça qui correspond à cette période qu'on a appelée « Émergence⁶ » ?

GD : Les nouveaux modèles d'I.A. que l'on appelle couramment les « Large Language Models » comme LLAMA, GPT ou Mistral se basent sur l'architecture transformeurs. Dans ce cadre, la machine a juste appris au modèle à reconstruire une phrase, ou à prédire le prochain mot. Par exemple, on donne en entrée une phrase à laquelle on a enlevé deux ou trois mots puis on demande au modèle de les retrouver. Mais en augmentant la taille des modèles (i.e. augmentation des couches et de leur taille) et en absorbant des quantités gargantuesques de données aux modèles, on s'est rendu compte que la machine avait appris un nombre de tâches indéfinies pour laquelle elle n'avait pas été entraînée. C'est ça le phénomène d'« Émergence ».

H : Attendez, vous allez un peu vite. Qu'on soit sûr d'avoir bien compris. Entrée et sortie, c'est le principe de base d'une machine. Si on lui donne en entrée, deux buns, un steak et du cheddar, en sortie, on obtient un hamburger. Là, vous dites qu'on lui a donnée tous ces ingrédients et que c'est une banane qui est sortie ?! Mais alors, qu'est ce qui s'est passé entre l'entrée et la sortie ?

GD : Eh bien, justement, c'est ça l'« Émergence ». C'était une surprise pour la communauté scientifique ! Pour améliorer le modèle, on lui a donné à lire 500 milliards de textes. Après, on s'est aperçu qu'il répondait à des choses qu'on ne lui avait pas apprises, comme faire de la traduc-

5. Par exemple, l'étude des valeurs d'attention de modèles, ou des valeurs de descente de gradient.

6. Cf. déclaration de Yoshua Bengio, chercheur spécialiste en intelligence artificielle et Deep Learning. <https://yoshuabengio.org/fr/2023/04/05/ralentir-le-developpement-des-systemes-dia-pas-sant-le-test-de-turing/>



tion, du résumé de texte, répondre à des questions, composer des poèmes, etc. Il y a certaines zones des réseaux de neurones qui permettent d'exécuter des tâches sans qu'on sache pourquoi. Comme le modèle voit énormément de données, il est capable de les mettre en parallèle, de comprendre que « manger » c'est « to eat ». En réalité, les textes qu'on lui donne (presque 500 milliards pour CHATGPT 3.5), personne ne sait vraiment ce qu'il y a dedans parce que personne ne peut lire 500 milliards de textes. On lui donne sans savoir ce qu'on lui donne. Il n'y a plus que lui qui sait.

H : Avec l'usage de l'I.A. en psychiatrie, on avance le terme de « psychiatrie prédictive ». De quoi parle-t-on exactement ?

GD : Avec les « Large Language Models », le paradigme est complètement différent. On fait désormais du *prompt engineering*, c'est-à-dire donner un contexte à la machine pour qu'elle puisse résoudre n'importe quel problème. Bien sûr, des techniques plus avancées existent, mais pour l'utilisateur lambda, des résultats étonnants peuvent être atteints par simples requêtes de prompt.

H : C'est à cet endroit qu'on parle de pondération et de poids sur les « token » ?

GD : Oui. C'est la manière dont on programme le modèle. Il s'agit du degré de liberté qu'on lui donne pour générer un texte. Le modèle peut être très déterministe ou alors beaucoup plus créatif.

H : Et qui met le poids sur le « token » ?

GD : C'est le modèle. Prenez la série de tokens « le chat ». On demande au modèle de prédire le mot suivant, « court, regarde, mange ». Dans 20% des cas, c'est « court », 30% « mange », etc. Ça, c'est lui-même qui l'a appris. Après « le chat mange », le mot suivant peut être « le », « la » ou « des », etc. Il crée un arbre de potentiels. Si je prends toujours le maximum, je vais toujours générer la même phrase. On peut brider le modèle pour qu'il soit déterministe mais généralement ce n'est pas ce qui est fait. On lui laisse plutôt une marge de décision.

H : Dans un usage en santé mental, ça peut devenir problématique. Pour un jeune, au parcours cabossé, fait d’embuches, jalonné de traumatismes et de maltraitances, la prédiction, basée sur la logique de la pondération telle que vous nous l’expliquez, laisse peu d’espoir quant au prochain mot qu’elle déterminera le concernant. Puisque le modèle est unidirectionnel, c’est-à-dire qu’il regarde le passé pour prédire l’avenir, ces enfants seront d’emblée condamnés par la machine ?

GD : Le modèle ne fait que répliquer ou résumer les données. Il n’interprète rien. Mais c’est vrai qu’on ne peut pas savoir à partir de quelle règle il déterminera la réponse à la question. On a seulement appris à la machine à générer du diagnostic. Ce n’est qu’un générateur de texte. Il prend un mot et génère le suivant et ça à l’infini. Est-ce que le marteau a conscience qu’il plante un clou ? Non. C’est pareil. Le modèle n’a aucune conscience.

H : L’usage du terme « prédiction » en psychiatrie est donc un peu excessif, non ?

RIRE

GD : Comment ça se passe quand je veux faire de la prédiction sur du texte ? Si j’ai la phrase d’un patient qui dit « je suis triste », le modèle génère la réponse « tu es dépressif ». Si la phrase est « je suis heureux », on apprend à la machine à dire « il n’est pas dépressif ».

Collègue G.D. : Mais si le patient dit « je suis heureux d’être triste » ?

RIRE

GD : Oui, bon, là, je schématise.

H : Votre collègue ne joue pas en votre faveur !

GD : Oui, je simplifie au maximum. Si tous les patients dépressifs disent « je suis triste » et tous les patients non dépressifs « je suis heureux », le modèle sépare dans un espace de représentation les deux phrases. D’un côté les patients dépressifs et de l’autre les non dépressifs. C’est la « séparabilité de l’espace ». Tout est là !

H : Mais justement, le problème est là. Entre les deux, il y a un « no man’s land », des patients que la machine ne peut séparer ?

GD : C’est ce que disait Fabrice, mon collègue ; « Je suis heureux d’être triste ». C’est flou. Le problème du langage, c’est qu’il y a ce qu’on dit, ce qu’on veut dire ou ce qu’on cache, etc. En effet, on est loin d’une application de l’I.A. en psychiatrie. Il faudrait d’abord réussir à comprendre les sous-entendus, ce qu’on appelle les « informations latentes ». C’est ça aujourd’hui qu’on essaie d’introduire dans les modèles pour qu’ils aient des capacités de raisonnement d’un plus haut niveau.

H : Mais il y aura toujours une information latente, c’est donc sans fin ?

GD : Mais on n’a peut-être pas besoin de toutes les informations latentes pour déterminer si la personne est dépressive ou non. C’est une combinaison de critères qui permet d’établir un diagnostic. Mais quand je parle, en effet, il y aura toujours une partie sous-jacente (croyances politiques, culturelles, etc.). L’I.A. a une compréhension du monde limitée du langage. Avec Fabrice, on se connaît depuis si longtemps que lorsqu’il me dit quelque chose, il n’a pas besoin de terminer sa phrase que je sais déjà ce qu’il va dire. Les machines n’ont pas encore ce « métatextuel ».

Le problème du langage, c’est qu’il y a ce qu’on dit, ce qu’on veut dire et ce qu’on cache, etc.

H : Lors du symposium, vous disiez qu’un modèle marche à partir d’un vecteur et plus d’une syntaxe. Qu’est-ce que ça veut dire ?

GD : Un réseau de neurones ne travaille pas sur des mots mais sur une représentation des mots ; dans la phrase « Le chat mange la souris », chaque mot est représenté par un vecteur et se trouve dans un espace à plusieurs dimensions.

H : Il y a équivalence entre signifiant et signifié. Autrement dit, le mot et la chose sont confondus. Si je dessine deux portes et que sur l’une est écrit « homme » et sur l’autre « femme », on comprend très bien de quoi il s’agit. Le langage est fait d’équivoque et c’est bien ce qui est fondamental sur le plan clinique. Alors que le modèle lui, est univoque ?

GD : Exactement. Il n’y a pas deux vecteurs différents pour un seul mot. Par contre, les vecteurs des mots différent s’ils sont donnés dans le cadre d’une phrase. Ainsi, le mot « chat » ne sera pas représenté par le même vecteur s’il se trouve dans la phrase « je dors comme un chat » ou dans la phrase « la nuit tous les chats sont gris ».

H : Une porte dans le réel, elle peut s’ouvrir et se fermer et ça peut produire un courant d’air. Si je pense que la porte produit un courant d’air, dans ce cas-là, j’emporte ma porte sous le bras lorsque je pars dans le désert pensant ainsi qu’elle pourra me rafraîchir, non ?

GD : C’est ce qu’on appelle la sémantique compositionnelle. Chaque mot a un vecteur. Le sens d’une phrase n’est pas forcément la composition des mots. Nous, nous travaillons sur des concepts et des vecteurs placés dans un espace de représentation. « Manger » se trouvera dans l’espace de représentation très proche de « grignoter » et « chien » proche du mot « chat » par exemple. C’est comme si vous aviez un dictionnaire de vecteur. Le langage est devenu un langage de vecteur, plus ou moins proches dans une représentation spatiale numérique. Le modèle calcule des distances.

H : C’est pour ça qu’on dit que la machine produit des hallucinations ?

GD : En mathématique, « 11 » et « -11 » sont très éloignés alors que pour le modèle, c’est quasiment la même chose. Textuellement, c’est très proche alors que mathématiquement c’est faux. Dans les réseaux de neurones, le mot « chat » n’existe pas, ce qui existe, c’est sa représentation dans l’espace. On représente des mots dans l’espace. Les chiffres sont à peu près tous au même endroit dans l’espace, c’est pour ça que les dates marchent très mal, même si les modèles plus récents ont corrigé ces problèmes initiaux. Comme les hallucinations dépendent du degré de liberté qu’on laisse au système, un peu de liberté peut lui faire générer n’importe quoi.

H : Le modèle peut devenir fou ?

GD : Complètement. Avec une génération aléatoire, il peut vous dire n’importe quoi. Son rôle, c’est juste de générer une réponse. Si je lui demande « je suis né en... ? », il vous donnera n’importe quelle date. Peu importe, les dates sont toutes pareilles pour lui. Il fonctionne par représentation du mot. Lorsqu’on travaille avec ce genre de modèle en psychiatrie, et en santé en général, on doit extrêmement bien les contrôler parce qu’ils pourraient répondre n’importe quoi, c’est ce qu’on appelle les hallucinations numériques.

H : La force des deux études que vous avez présentées lors du symposium semble résider dans leurs résultats, c'est-à-dire qu'on est très loin de la clinique ?

GD : On est très loin d'un usage clinique parce qu'on n'a pas assez de données pour entraîner les modèles, ni de diversité suffisante. En psychiatrie, il est très difficile d'avoir des données personnalisées. Il faut que le patient veuille bien parler de sa vie, obtenir son consentement puis anonymiser les données, etc. L'I.A. basée sur les modèles nécessite de grosses quantités de données pour avoir des règles fiables. Les modèles que je propose, basés sur des jeux de données de 180 patients, c'est éventuellement des preuves de concept, mais on ne peut pas mettre ça dans un cadre clinique, c'est impossible. Il faudrait avoir vu des centaines de milliers de patients pour commencer à avoir éventuellement des règles qui commencent à se stabiliser.

H : La notion de prédiction en psychiatrie fait inévitablement référence à celle de surveillance. On pense par exemple aux caméras musclées à l'I.A. mises en place durant les Jeux Olympiques pour détecter les mouvements de foule ou les comportements suspects. Si on prend la folie dans cette seule acceptation, celle d'un comportement déviant, c'est une anomalie. Dans le langage, l'anomalie, c'est ce qui se situe entre deux mots qui n'ont pas de rapport ou entre un mot et une chose qui ne le désigne pas. De ce point de vue, la folie comme anomalie de langage restera indétectable par l'I.A. ? Elle échappera à l'I.A. ?

GD : Cela s'appelle une incohérence textuelle. L'I.A. apprend une conception globale du monde, celle du plus grand nombre d'individus. Alors que le fou, lui, il ne sera pas représenté, il échappe à l'I.A. Il faut pouvoir expliquer au modèle ce que c'est la folie.

H : Cela implique d'en avoir une définition. Mais justement, le principe de la folie, c'est qu'on n'en sait rien. Comment expliquer ce qu'on ne sait pas à la machine ?

GD : La machine cherche des structures, elle peut détecter des folies normalisées, repérables. L'I.A. est limitée aux données. Si on n'a pas de donnée sur la folie, on ne pourra rien lui apprendre sur la folie. On ne pourra lui apprendre que la folie qu'on connaît et on n'aura jamais tous les fous du monde. C'est ce qu'on appelle, les biais dans les données. C'est pour ça qu'il faut énormément de données pour arriver à un modèle un peu fiable. Je parle bien entendu du fou au sens noble du terme, selon un principe de bienveillance qui m'est cher.

H : En Juin 2024, en Moselle, une entreprise a remis en cause devant les tribunaux le diagnostic de burn-out d'un de ses salariés et donc la validité de l'arrêt de travail prescrit par son médecin. Le Conseil d'État a rendu un jugement en faveur du médecin. L'I.A. peut-elle devenir un deuxième avis médical ? Qu'est-ce que ça vous inspire ?

GD : Ça me rappelle un psychiatre qui voulait mettre des capteurs connectés dans les locaux d'une entreprise pour mesurer le « bien-être » des salariés mais aussi analyser leurs habitudes alimentaires. A partir de là, s'ils commencent à mal manger, qu'ils font plein de fautes d'orthographe et qu'ils sont fatigués, l'I.A. pourrait être en mesure de notifier une alerte. Ça, je trouve que c'est un problème. Parce que mesurer le

« bien-être » d'un salarié, c'est aussi mesurer son « mal être ». C'est un peu tordu quand même. Même si le fond peut être bienveillant, il peut permettre de stigmatiser une population affaiblie. Et donc une attention toute particulière doit être apportée à ce genre de dispositif. C'est d'ailleurs ce que préconise le récent *AI Act* de l'Union Européenne.

H : Le cas de ce médecin en Moselle, c'est pouvoir in fine établir les responsabilités du Burn-out, celles de l'employeur ou celles du salarié. La pathologie glisse vers le juridique. Et c'est à l'I.A. qu'on demande de trancher.

GD : Là, on est typiquement dans le film *Minority Report*. L'I.A. est là pour dire « attention, si tu continues comme ça, tu risques de tomber malade et ce sera de ta faute, surtout que je t'avais prévenu ! ».

H : Y a-t-il une éthique chez les informaticiens ?

GD : C'est compliqué d'expliquer que lorsque je fais un protocole de recherche expérimentale sur les aveugles par exemple, ce n'est pas nécessairement pour leur être utile immédiatement ou même à terme. En tant que chercheur, je n'essaie pas d'être forcément utile. Il ne faut pas confondre la connaissance et l'innovation. Parce que ce n'est pas certain du tout que les connaissances des chercheurs soient des innovations utiles à la société. Ça peut même être néfaste à l'être humain. Mais je crois que c'est avant tout un problème de société. C'est aux sociologues et aux philosophes de réfléchir à cette question, même si nous devons en tant que chercheur avoir une démarche éthique. Par contre, théoriser sur les tenants et aboutissants éthiques revient plus à une recherche transdisciplinaire sur le problème. Moi, mon travail de recherche, c'est le traitement automatique des langues. Mais de plus en plus, nous incluons une section éthique dans nos recherches. C'était dans ce sens que nous avons voulu inviter des spécialistes de l'éthique au symposium que nous avons organisé. 



MATHIEU SIRIOT

LA PRATIQUE ANALYTIQUE À L'ÈRE DE LA DÉ-PATHOLOGISATION

De nos jours, le signifiant *déficit* est aux commandes de deux phénomènes majeurs dans l'abord épistémologique et institutionnel de la souffrance de l'enfant, de l'adolescent, voire de l'adulte.

Le premier tend à une politique de *dépsychiatisation*, c'est-à-dire de disparition de la psychiatrie au profit du secteur social. La démarche a été initiée dans les années 2000, par un plan de santé mentale¹ et différents rapports ministériels et des affaires sociales². Ceux-ci préconisaient explicitement que l'offre de soins en pédopsychiatrie étant désormais insuffisante, il fallait envisager une prise en charge globale de l'individu, mêlant scolarité et professionnalisation, en favorisant « des passerelles, des interfaces » avec d'autres secteurs et institutions. Les enfants et les adolescents en grande souffrance sont depuis dirigés vers d'autres secteurs de l'enfance et de l'adolescence : le secteur médico-social avant tout, mais aussi la protection de l'enfance (cf. la loi Taquet), voire l'Éducation nationale. Ces dernières années, les orientations se sont intensifiées, et ce à temps-plein, dans les établissements médico-sociaux qui centrent principalement leur approche sur le déficit et sur l'éducatif, soit sur l'apprentissage des codes sociaux en vue d'une autonomisation, d'une individualisation.

Le second répond à un autre phénomène, encore plus global, de *dépathologisation*. En effet, la bascule dans le social de la folie, à travers le masque de la déficience, se retrouve au sein des manuels diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM*, CIM-11), qui font loi auprès des médecins et des politiques. Pour l'enfant et l'adolescent, les grandes structures cliniques (schizophrénie, psychose voire autisme infantile) ont été progressivement effacées au profit d'une généralisation du déficit : intellectuel, attentionnel, émotionnel, social. Le terme de « déficit », largement déployé en 2000 dans la grande catégorie des « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » du *DSM-IV*, se trouve, dans le *DSM-5*, expliquer les troubles de l'enfance et de l'adolescence désormais désignés : « Troubles neurodéveloppementaux ». Citons le *DSM-5* : « Ces troubles (...) sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel³ ». Un nouveau terme, le « handicap », y apparaît aussi, qui œuvre de concert à la dépathologisation et à la dépsychiatisation contemporaines.

4.
La réhabilitation psychosociale consiste à l'insertion dans la société des personnes atteintes de troubles psychiques.

Actuellement, il y a très clairement un rejet de la folie, de la pathologie, au profit d'une généralisation du déficit (...)

1.
Plan de Santé Mentale : « L'usager au centre d'un dispositif à rénover » - Ministère délégué à la santé, novembre 2001.

2.
« Les institutions face aux usagers » - Rapport annuel de l'IGAS, 25 juin 2001.
« De la psychiatrie vers la Santé Mentale » - Rapport de Mission, juillet 2001 ; Dr Piel, Dr Jean-Luc Roelandt.

3.
American Psychiatric Association, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 33, disponible sur internet.

5.
Miller J.-A., « Psychanalyse pure, psychanalyse appliquée & psychothérapie », *La Cause freudienne*, n° 48, mai 2001, p. 15.

Dans les institutions infanto-juvéniles, la confusion est de mise aujourd'hui, tant on veut spécialiser l'accompagnement ou la « prise en charge » de sujets en souffrance uniquement selon une vision déficitaire. Ce sont désormais « les besoins identifiés d'une personne en manque d'autonomie » et les modalités mises en œuvre pour y répondre qui régissent la pratique. Tout se résume à apprendre les codes sociaux pour aborder le social et l'environnement. Le malaise grandissant provient de l'inadéquation entre l'impossibilité de ces enfants, adolescents, à être dans le social et l'exigence de socialisation et d'autonomie des projets éducatifs. Dans les différentes institutions, les effets ravageurs, de cette rencontre entre la souffrance d'un sujet et un surmoi qui demande et exige toujours plus, sont tangiblement appréhendables. Précisons que cet effet de la dépathologisation ne concerne pas uniquement le médico-social, mais bien l'ensemble des secteurs de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte. Pour preuve, en psychiatrie adulte, la réhabilitation psychosociale⁴ est devenue la pratique en vogue. Dans les différents textes de loi qui régissent les établissements et les agences régionales de santé, les mots de souffrance et de pathologie ont été supprimés. Actuellement, il y a très clairement un rejet de la folie, de la pathologie, au profit d'une généralisation du déficit, et de son corollaire, soit la promotion d'un éducatif comportemental, social, mais surtout neuro. Les théories éducativo-comportementales et neuroscientifiques, en vigueur dans les institutions et établissement de soins, œuvrent à cette adaptation normative à l'environnement, en favorisant le rejet de la clinique du sujet, le déni de l'inconscient. Sous le prisme de ces théories, on ne s'intéresse plus à ce qu'un sujet peut dire, ou découvrir par lui-même, de ce qui cause sa souffrance, de ce qui a produit ses impasses, ses trébuchements, ou de ce qui constituait jusqu'alors les béquilles sur lesquels il se soutenait. En résumé, on fait fi du savoir qu'un sujet peut construire sur sa propre existence et sur sa manière singulière de faire lien social.

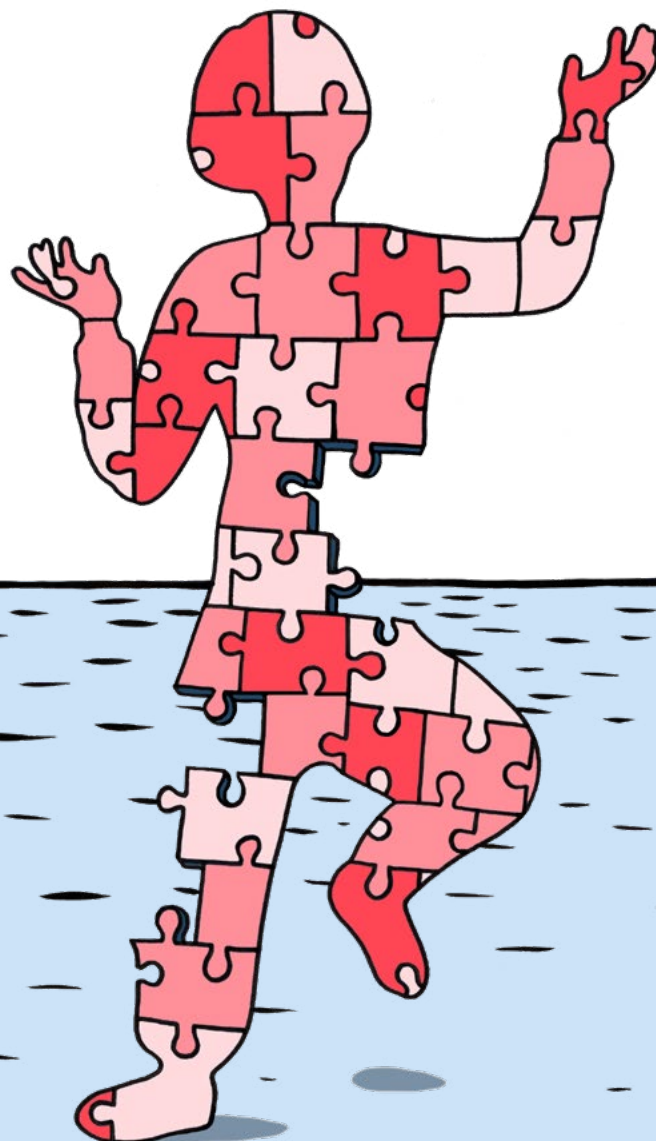
LA PSYCHANALYSE LACANIENNE
AU XXI^E SIÈCLE

A contrario, le propre de la psychanalyse lacanienne c'est de faire une place, comme nulle autre expérience ne le permet, à l'incohérence, à ce qui précisément résiste à toute tentative d'adaptation. En effet, la place centrale qui est faite au symptôme, à ce qui ne va pas pour un sujet, à « cet incohérent durable et permanent », va à l'encontre d'une cohérence et adaptabilité voulues et attendues, comme c'est le cas avec la psychothérapie. Comme l'indique Lacan, dans *Télévision*, « La psychothérapie spéculé sur le sens, et c'est ce qui fait sa différence d'avec la psychanalyse⁵ ». L'incohérence, l'incurable, l'insupportable, sont autant de noms donnés au réel du symptôme, à ce qui ne cesse de revenir, malgré le sens, le savoir ou la compréhension construits et articulés. La pratique analytique se différencie ainsi radicalement de la psychothérapie qui, elle, œuvre sur le mental des individus, pour mieux tamponner le réel, soit ce qui est à la racine du symptôme. Le dispositif analytique permet au contraire le surgissement ou la nomination par le sujet du réel en jeu. Cette pratique qui se centre davantage sur ce qui est hors sens pour un sujet, au-delà de toute relation rationnelle à l'autre parental, familial, accentue *de facto* la dimension thérapeutique de la psychanalyse. Le traitement, que le sujet effectue lui-même en séance lorsqu'il prend la parole, s'établira à la lumière de l'intratable qu'il a rencontré jadis, de cet ève-

nement qui a marqué son existence et qui cause sa souffrance. Un lien social, autre, différent, ira alors de surcroît. Cette orientation vers le réel permet aux cliniciens de faire déchoir leur croyance au mental, à la pensée, ou pour le dire d'une autre manière, au sens cohérent. Dans cette perspective, la clinique peut alors s'appréhender en deçà du mental, de la pensée, qu'elle soit déficitaire ou folle. Cette conception originale du symptôme, différente de celle de Freud, a été promue par Lacan « comme la réponse proprement psychanalytique à l'époque de l'indifférenciation clinique, à l'époque de la décadence de la clinique⁶ ». 

Le dispositif analytique permet au contraire le surgissement ou la nomination par le sujet du réel en jeu.

6. Miller J.-A., « L'orientation lacanienne. Le lieu et le lien », enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris 8, leçon du 21 mars 2001.



CONVERSATION

AVEC STEEVES DEMAZEUX

1. Steeves Demazeux est Maître de conférence au département de philosophie à l'Université Bordeaux-Montaigne et membre du laboratoire SPH (Sciences, Philosophie, Humanités).

2. Demazeux S., *Qu'est-ce que la folie ?*, Ed. VRIN, coll. « Chemins philosophiques », 2024.

Steeves Demazeux¹ est l'auteur de nombreux ouvrages faisant autorité en matière d'historiographie de la psychiatrie. En mai 2024, il publie *Qu'est-ce que la folie ?*². A destination des étudiants et du grand public, Steeves Demazeux propose un traitement direct et clair d'une question de philosophie aussi ancienne qu'actuelle. A l'ère où les repères et la vérité sont dilués et la folie réduite à une neurodiversité ou à un dysfonctionnement neurobiologique, réinterroger ce qu'est la folie semble crucial. Avec son travail, on s'aperçoit que l'enjeu est moins de répondre à la question « qu'est-ce que la folie ? » que de savoir « où est la folie ? ».

Samedi 13 juillet 2024, 10h, Café Le petit atelier, 61 rue Colbert, 37000 Tours, Propos recueillis par HIATUS

HIATUS : Votre livre semble arriver à point nommé. A l'époque de la crise de la vérité et des *fake news*, réinterroger la folie, c'est une façon de chercher à se repérer ?

STEEVES DEMAZEUX : J'ai mis plus de dix ans à écrire ce livre. J'ai eu une sorte de blocage. Il faudrait peut-être que je m'allonge sur un divan pour interpréter ça ! En partie, ça tient au format imposé par l'éditeur mais surtout au thème parce que la folie se mêle à la question de la souffrance. Ça a été un énorme défi pour moi. Venant de la philosophie, je ne voulais pas faire une dissertation spéculative sur la folie et que ce soit hors-sol.

H : Que vouliez-vous faire ?

SD : Même si je savais d'avance que je n'aurais pas la réponse à la question « Qu'est-ce que la folie ? », mon but était de faire entendre qu'il y a des questions qui n'ont pas de réponse. Le mot « folie » est énormément utilisé en philosophie alors que celui de « maladie mentale » pas du tout.

C'est même considéré comme hors philosophie. Et c'est justement là le cœur du problème. Les psychanalystes, les anthropologues ou même certaines associations de patients comme les *Mad Studies*, revendiquent le mot de « folie ». Il permet de garder un syntagme qui ne soit pas trop médicalo-centré. Par contre, les psychiatres refusent ce mot. En écrivant ce livre, certains de mes collègues psychiâtres s'étonnaient et me disaient : « C'est dépassé, on ne parle plus de ça, tu es en train de te perdre là ! ».

mon but était de faire entendre qu'il y a des questions qui n'ont pas de réponse.

H : Comment vous y êtes-vous pris pour traiter cette question de la folie ?

SD : La meilleure façon me paraissait de découper la notion de folie selon trois nouages. D'abord idéologique, au sens strict ; la folie ne serait qu'une étiquette qu'on colle sur des comportements déviants que la société réprouve. Ensuite comme expérience. Avec la psychanalyse mais aussi la phénoménologie, il y a eu une attention tout à fait particulière portée à l'expérience des patients, à leurs paroles, à ce qu'ils avaient à dire plutôt qu'à ce qu'on pouvait observer. Le troisième nouage, c'est la folie considérée comme maladie. Parce qu'il y a un problème philosophique qui me semble tout à fait central aujourd'hui : est-ce que seuls les humains peuvent être fous ? Les étudiants s'intéressent beaucoup aux *animal studies*, à l'éthique animale et critiquent notre anthropocentrisme et le réflexe spéciste propre à la philosophie occidentale. Si l'expérimentation animale a permis d'énormes progrès en neurosciences, elle est aujourd'hui dans l'impasse. On supporte de moins en moins socialement de torturer des souris pour découvrir de nouveaux médicaments. En psychiatrie, l'expérimentation animale est d'autant plus fragilisée qu'elle n'a permis aucune découverte majeure depuis 50 ans.

H : Au fur et à mesure de la lecture, on s'aperçoit que la vraie question n'est pas de savoir « qu'est-ce que la folie ? » mais « où est la folie ? ». Qu'entendez-vous par là ?

SD : « Où est la folie ? », c'est une manière de ne pas essentialiser la question comme s'il y avait une réponse toute faite de ce qui constituerait la folie et qui flotterait au-dessus de l'histoire et des sociétés. Parce que la folie se déplace avec les représentations culturelles, selon les problèmes tels qu'ils sont identifiés dans la société. Sans tomber dans le relativisme, poser la question « où est la folie ? », c'est permettre un travail scientifique positif sur des catégories constituées sans avoir forcément à jeter d'emblée un doute septique. C'est simplement appeler à plus d'empirisme et de prise en compte des dispositifs tels qu'ils existent dans le tissu de la société. La question « qu'est-ce qu'une maladie mentale ? » se posait dans les années 70 et 90 surtout en réponse à l'antipsychiatrie et aux doutes de l'époque. Le problème central aujourd'hui, c'est comment faire pour soigner les gens. En tant que philosophe, je constate qu'il y a un rapprochement conceptuel qui se produit entre ce qu'on appelle la souffrance mentale et ce qui est défini socialement comme handicap, de l'ordre de la blessure. C'est là où la folie se déplace actuellement.

H : Avec le concept de santé mentale, la folie s'est déplacée du côté du handicap ?

SD : Longtemps, on a conceptualisé la maladie mentale comme relevant de la maladie chronique et aujourd'hui, on conceptualise la maladie chronique

je constate qu'il y a un rapprochement conceptuel qui se produit entre ce qu'on appelle la souffrance mentale et ce qui est défini socialement comme handicap, de l'ordre de la blessure. C'est là où la folie se déplace actuellement.

3.
Castel R., *La Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Ed. Minuit, 1981.

4.
Harmful Dysfunction Analysis.
5.
Demazeux S., *Qu'est-ce que la folie ?*, Ed. VRIN, coll. « Chemins Philosophiques », 2024, p.104, cf. J. Wakefield, "fixing a Foucault sandwich : cognitive universals and cultural particulars in the concept of mental disorder", in K.A. Cerulo (ed.) *Culture in mind: toward a sociology of culture and cognition*, New York, Routledge, 2002, p.245-266.

du côté du handicap. C'est un enjeu de stigmatisation, de reconnaissance des droits pour les patients, de leurs places dans la société et dans le rapport au travail. Dans le traitement des schizophrènes, si l'accent est mis sur les symptômes cognitifs c'est surtout parce qu'il s'agit de les ramener au travail le plus rapidement possible.

H : **Étymologiquement, *hand in cap* signifie « la main dans le chapeau ». Son sens premier était de donner un handicap aux meilleurs chevaux pour égaliser les chances lors d'une course.**

SD : Oui, c'est tout l'enjeu actuel de la dyslexie par exemple. Pour les comités de défense, la dyslexie est en réalité un haut potentiel. Pour eux, c'est l'école et la manière dont on enseigne qui en fait un handicap. C'est pareil avec le TDAH, c'est le système éducatif qui ne serait pas adapté. C'est tout le problème de la perception de la différence. Qu'est-ce que c'est qu'être différent ? Faut-il mettre la différence du côté du dysfonctionnement, de la vulnérabilité ou du rapport à la société ?

H : **Mais aujourd'hui la différence est revendiquée.**

SD : C'est la question du lien. Y-a-t-il plus ou moins de lien qu'avant ? Pour certains, pas de salut en dehors de l'autonomie. Les psychanalystes sont méfiants à l'égard de cette notion parce qu'elle renvoie au néolibéralisme. Dans un immense livre, *La Gestion des risques*³, Robert Castel montre qu'une nouvelle manière de faire lien social apparaît avec l'émergence du développement personnel. Tout est à présent lié au Bien-Être, à l'*Empowerment*, à l'épanouissement. On est dedans. Ce qui est intéressant et doit être investigué, c'est le rapport entre autonomie et lien social. Il y a selon moi deux erreurs symétriques majeures. D'un côté la concentration de la psychiatrie moderne sur le tout neurobiologique. C'est une erreur fondamentale, à la fois politique et thérapeutique. Et de l'autre côté, il y a une erreur épistémologique qui consiste à prôner le tout subjectif sans tenir compte de ce que le cerveau peut nous apprendre. Si Lacan était encore vivant, je crois qu'il s'intéresserait à la neurobiologie. Il faut avoir une critique informée des neurosciences.

H : Vous avez choisi de commenter un texte du philosophe américain Jerome Wakefield pour présenter son concept de HDA⁴ qu'il appelle non sans humour un « sandwich foucaldien⁵ ». Pourriez-vous nous éclairer sur ce choix ?

SD : En français, on traduit par « Analyse du Dysfonctionnement Préjudiciable ». En choisissant Wakefield, je voulais pointer que pour beaucoup d'auteurs anglo-saxons, notamment philosophes, *Madness* est un concept dépassé. Certes, il permet de théoriser et de discuter mais il est surtout une impasse. Pour en sortir, Wakefield propose de travailler à partir de concepts qu'on peut analyser et décomposer en ingrédients ; *Mental illness* et *Mental disease*. Il a une conception très positiviste de Freud et il est très lié à une tradition méconnue en France, la philosophie analytique. J'ai choisi de le commenter parce qu'il incarne aujourd'hui aux États-Unis une position incontournable. Malgré toute l'admiration que j'ai pour son travail, je ne partage pas sa solution.

H : **Quelle est sa solution ?**

SD : A l'époque, Wakefield cherche une définition convaincante du concept de « trouble mental » pour répondre à la position sceptique de Thomas S. Szasz pour qui la maladie mentale ne serait qu'une mystification de jugements moraux maquillés en jugements médicaux. Wakefield va décortiquer le concept de « fonction » pour savoir ce qui permet sans aucun jugement de valeur d'établir une fonction biologique. Il prend



l'exemple paradigmatique du cœur qui dans sa fonction biologique sert avant tout à pomper le sang. C'est sur ce modèle qu'il construit son hypothèse générale pour reconnaître l'existence des fonctions mentales. Si la « peur » peut être considérée comme un mécanisme biologique qui remplit une fonction naturelle utile à la survie de l'individu, ce mécanisme peut à l'occasion dysfonctionner. Ne plus avoir peur peut donc devenir préjudiciable. Pour qu'il s'agisse d'une maladie mentale, il faut que le dysfonctionnement porte préjudice à l'individu.

H: Quel est l'intérêt de la définition de Wakefield ?

SD : Pour Wakefield, nous avons besoin de clarté conceptuelle pour distinguer les mauvais usages coercitifs des catégories mentales des bons usages. Il prend l'exemple de la « drapétomanie⁶ ». Ça semble aujourd'hui ridicule mais c'est un exemple très discuté dans la littérature anglo-saxonne. Wakefield montre que son concept permet de détruire de l'intérieur la position idéologique de cette catégorie. Il est convaincu qu'on a besoin d'un outil conceptuel pour trancher les questions litigieuses et que si nous n'avons pas cette barrière conceptuelle entre le normal et le pathologique, c'est la porte ouverte à toutes les dérives. C'est important aussi bien pour les professionnels que pour les patients.

H : Il s'agit de fixer les limites du normal et du pathologique ?

SD : La première chose que fait un bon clinicien, c'est de poser des questions pour comprendre ce qui ne va pas, essayer de contextualiser. Et non pas juste faire un interrogatoire en demandant si cela fait deux semaines que la personne a du mal à dormir ou à manger. C'est l'erreur du DSM d'avoir évacué le contexte. La position relativiste consiste à reconnaître le normal et le pathologique dans un état donné de la société suivant les forces en présence. Pour Wakefield, tout ne se vaut pas. Il y a des raisons de penser qu'un phénomène puisse être ou non pathologique.

H : La conclusion de votre travail est pour le moins surprenante. Vous ponctuez avec ce dialogue qu'imagine Voltaire entre un fou et son médecin. Le fou demande au médecin: « De grâce, vous qui en savez tant, dites-moi pourquoi suis-je fou ? ». Et Voltaire de commenter : « Si les docteurs ont encore un peu de sens, ils lui répondront : je n'en sais rien⁶ ». A l'heure où plus rien ne semble faire mystère, où la folie n'est plus qu'une question neurobiologique, votre réponse est presque un pied de nez à notre époque. Quelle est la force de votre conclusion ?

SD : C'est toute l'opération du livre. L'hypothèse selon laquelle la folie serait une affaire du cerveau est extrêmement ancienne. Je voulais donc insister sur cette continuité dans l'historiographie psychiatrique et terminer en disant que finalement, personne ne sait ce que c'est la folie.

H : Comme si la folie serait ce qui ne se laisse pas appréhender ni représenter totalement ?

SD : Je voulais surtout éviter toute position de surplomb du philosophe comme celui qui viendrait au-dessus de la mêlée déterminer qui a tort et qui a raison. Si les docteurs ne savent pas, comme l'affirme Voltaire, l'idée, c'est de dire que les philosophes ne savent pas non plus. Objectivement et sans être trop péremptoire, aujourd'hui, il y a les maladies mentales, presque trois cents catégories, mais elles restent toutes mys-

térieuses. Personne n'a vraiment la clé même si on n'est pas à l'abri d'une grande découverte.

H: Dans votre livre, vous reprenez deux aphorismes. L'un de Lacan, « n'est pas fou qui veut » puis celui de Socrate, « nul n'est méchant volontairement ». Comment articuleriez-vous ce lien entre méchanceté et folie ?

SD : Merci de faire ce lien, vous proposez au philosophe un très beau sujet de réflexion! Sans doute, ces deux aphorismes se nouent autour du grand problème philosophique de la liberté. Dans les années cinquante, la grande idée, c'est que justement les maladies mentales seraient des maladies de la liberté. Quant à l'aphorisme de Socrate, il est fascinant pour réfléchir aujourd'hui sur l'éducation. Pour Socrate tout le monde cherche à faire ce qui est bien et que même quelqu'un qui torture le fait dans l'idée de faire le bien. Pour lui, il y a un principe théorique fondamental ; la connaissance du bien suffit à produire l'action de faire le bien. Si on récuse ce principe alors on est obligé de diviser la psyché, ce que refuse de faire Socrate. Et c'est là que la psychanalyse prendrait le relais. Pour Socrate, si Médée savait vraiment que tuer ses enfants n'est pas bien, elle ne le ferait pas. L'idée de Socrate est contre intuitive parce qu'on sait bien, même à son époque, qu'on peut avoir le diable dans son corps et être méchant volontairement. Actuellement, certains auteurs considèrent que dans cet aphorisme, avec sa reprise chez Platon, s'inscrit historiquement l'idée de santé mentale. C'est-à-dire que celui qui serait méchant le serait parce qu'il est malade. Et il est malade

parce que mal éduqué. Platon lie directement la question de la maladie mentale à celle de l'éducation. Pour ces auteurs, Platon est l'inventeur de la santé mentale. En suivant cette logique, la maladie se résout alors par l'éducatif. On guérit par l'éducation. 🎲

*personne ne sait
ce que c'est la folie.*

6. Demazeux S., *Qu'est-ce que la folie ?*, Ed. VRIN, coll. « Chemins philosophiques », 2024, p.63. Dialogue extrait de *Voltaire, Dictionnaire philosophique*, Paris, Folio-Gallimard, 1994, p.275.





DISCOURS CINÉMA

ONE MILA'S SHOW
FLORENCE HAUTECŒUR

**« PRENDRE LE RÉEL
COMME BOUSOLE... »**
RADU TURCANU

**CONVERSATION
AVEC LE DOCTEUR**
PATRICIA BRAZILLE

FLORENCE HAUTECOEUR

ONE MILA'S SHOW



Lorsqu'un jeune arrive à Thélèmythe, il s'engage dans un circuit d'admission qui tente de dégager¹, au-delà de la demande de l'ASE qui le précède, celle du jeune pour en cerner les enjeux. Il s'agit notamment de repérer les points de ruptures dans son parcours et ce qui relève déjà d'une certaine répétition. Le clinicien bute alors sur une question : comment parier, dans la rencontre à Thélèmythe, sur ce qui peut permettre de sortir de la série ?

Mila a dix-huit ans et elle est déjà connue du secteur de psychiatrie depuis l'enfance. L'enjeu pourtant est de trouver comment y entrer de la bonne façon, car ce qui se répète jusque-là c'est plutôt son éjection. Mila vient en effet de se faire « virer » d'un accueil de jour pour adolescents après avoir voulu « tout casser ». Sortie contentionnée par les pompiers, elle a passé la nuit aux urgences, pour en sortir au matin. Le CMP la met régulièrement dehors dans un contexte similaire : elle arrive sans rendez-vous, menace de tout casser ou de s'en prendre à la psychiatre. Chez sa mère, les relations sont incandescentes : « Ma mère est toxique, on est fusionnelle ». Mila part régulièrement aux urgences mais ne supporte pas d'attendre. Elle se retrouve alors en chambre d'isolement pour avoir renversé les chaises

1. Après avoir reçu la demande d'admission adressée par l'ASE, le directeur de l'équipe concernée reçoit le jeune en entretien, puis ce dernier rencontre trois thérapeutes et donne son choix au directeur d'équipe. Enfin, lors de la supervision qui réunit l'ensemble de l'équipe, chacun rend compte de sa rencontre avec le jeune et la demande est étudiée.

2. Verlan de « perdue ».

Maintenir un flegme compact, là où Mila n'est qu'éclats, pointer l'objet qui l'encombre et lui proposer de s'en décharger, a constitué ma mise pour tenter de desserrer un tant soit peu ce circuit pulsionnel fermé.

ou bien au poste de police, en cellule, pour avoir menacé l'équipe soignante : « À chaque fois que j'arrive quelque part, je me fais éjecter ». Mila se voue en effet avec fureur à cette place d'objet rebut, répétant la scène de son enfance où sa mère, persuadée qu'elle est « possédée par le diable », la dépose à cinq ans au CMP pour « l'exorciser ». Prise dans une boucle infinie et fermée sur elle-même, Mila est tout à la fois objet malmené et malmenant l'autre. Dans ce circuit pulsionnel fermé, nul écart entre Mila et cet Autre de la langue qui l'envahit et la pousse à l'acte.

À Thélèmythe, Mila peut dissenter sur un livre, un film, témoignant d'un certain goût pour la langue. Mais ce savoir prend une tournure métonymique, les références s'enchaînent comme les jeux de mots, sans qu'elle puisse d'ailleurs en faire usage du côté de la scolarité. Inscrite au lycée Autogéré de Paris, sa présence s'étirole, elle se déscolarise. Bien qu'elle ne rate aucune séance, le suivi est mouvementé : Mila s'assied par terre ou s'allonge dans la salle d'attente, elle arrive sans rendez-vous, revient plusieurs fois par jour ou refuse de quitter le cabinet. En séance, elle s'emporte dans un glissement confus contre sa psychiatre, contre une femme dans le métro, contre sa mère qui ne l'appelle pas ou l'appelle trop, contre moi tout aussi bien. Toute tentative pour interrompre ou ponctuer son monologue, pour s'arrêter sur un dérangement ou cerner un point d'insupportable renforce la dimension interprétative. Elle m'apostrophe, m'insulte, menace de me tuer ou de se « foutre en l'air ». Indifférenciée au réel qui la submerge, Mila agit son discours éclaté. « Je suis *dupère*² » dit-elle, soulignant à la fois l'errance qui est la sienne et un point d'identification au père, qui s'est défenestré au moment de la séparation du couple quand Mila avait douze ans.

Fermement mais avec un certain flegme, je m'oppose à ce qu'elle reste par terre. Je lui propose de « revenir pour une autre séance » quand elle refuse de partir. Je lui indique qu'il faut trouver comment venir et pouvoir repartir. Lorsqu'elle sort un couteau « pour [s]e planter ou planter [s]a mère », je lui fais remarquer qu'il ne s'agit pas d'un objet quelconque. « C'était à ma grand-mère » dit-elle. Je lui propose de mettre cet objet de valeur à l'abri et elle me le laisse. Maintenir un flegme compact, là où Mila n'est qu'éclats, pointer l'objet qui l'encombre et lui proposer de s'en décharger, a constitué ma mise pour tenter de desserrer un tant soit peu ce circuit pulsionnel fermé. Un jour qu'elle m'apostrophe, menace de me frapper puis frappe dans le mur, je m'inquiète de sa main. Elle consent alors à se rendre aux urgences. C'est « pour soigner [s]a main » que Mila formule une première demande à adresser à l'hôpital ; elle commence à évoquer ses angoisses, l'impression que tout est faux, ses alcoolisations. Je soutiens alors que l'hôpital peut servir à se « désintoxiquer ».

Toujours sur le fil, les séances avec Mila restent imprévisibles, souvent chaotiques. À la fin d'une séance, je lui dis en me levant, « c'est une performance ! ». Au « *dupère* » de Mila qui signait son errance, la « performance » rétablit une scène – celle où s'énoncent les dires mais également où le corps se produit – et donne une valeur à ce qui s'y joue sous transfert. Dans l'art contemporain, la performance désigne en effet une forme d'art qui met en jeu le corps de l'artiste dans une action. C'est une pratique artistique qui vise à produire un effet, parfois transgressif. Mon intervention fait mouche et opère un virage. Mila invente le « One Mila's show » pour nommer, non sans ironie, ses débordements. Elle n'est plus seulement l'objet éjecté ou malmené, mais elle a trouvé un objet dont elle peut parler. Par cette nomination, Mila réduit ce qui la submerge et la rend étrangère à elle-même et aux autres à un objet original. La fois suivante, elle me montre la vidéo d'une chanteuse, une star, dont la voix à failli lors d'un concert dans un stade. Elle se passe la vidéo en boucle et derrière son rire ironique, m'ex-

plique que cela l'apaise. Elle commence à écrire des chansons et des poèmes. D'une scène à l'autre, Mila trouve où loger la faille, à lui faire une place, du côté de l'objet voix, et à pouvoir en parler, voire en rire en séance.

À Thélèmythe, le clinicien doit bien souvent jouer sur deux tableaux : la scène qui se joue à deux, dans le cadre des séances, et la scène du dehors, scène sociale ou scène du monde. Lorsque les jeunes présentent des symptômes qui relèvent de la psychiatrie, le clinicien se doit de prendre langue avec la psychiatrie comme avec les autres institutions du champ social. D'autant que, pour ce qui est de la psychiatrie, il ne s'agit plus tant désormais de savoir comment en sortir mais plutôt de trouver comment y entrer³. La mise en place de soins pour un jeune constitue pourtant une modalité d'insertion à part entière, en tant que l'accueil de ce qui le déborde et la reconnaissance de ce qu'il éprouve permet l'entrée dans un lieu et dans un discours où il peut trouver une place et arrêter de s'en éjecter.

Accueillir Mila à Thélèmythe a ainsi consisté à trouver comment traduire son errance tonitruante et erratique en demande de soins auprès des équipes de secteur, au CMP comme en hospitalisation temps plein. Souligner le circuit qui la conduisait à être exclue ou à toujours plus de violence et en faire le signe de sa désorganisation croissante, soutenir que, lorsqu'elle vient, c'est justement là qu'il faut pouvoir la recevoir et lui proposer de rester. Ici le clinicien se fait point de jonction entre le symptôme de la jeune et l'adresse à la psychiatrie. À la suite de nos échanges, une psychologue lui propose de participer à un atelier d'écriture en intra-hospitalier. Mila accepte une hospitalisation en séquentiel puis un projet d'hôpital de jour. Pour que l'hôpital cesse d'être un lieu d'enfermement ou d'exclusion, il aura fallu que le clinicien s'oriente de ce qui agissait Mila tout autant qu'elle l'agissait et puisse en transmettre quelque chose aux équipes soignantes. Mais c'est seulement au terme d'un trajet sous transfert et à partir d'un trait qui la singularise, l'écriture, que Mila a finalement consenti à s'y inscrire. 

À Thélèmythe, le clinicien doit bien souvent jouer sur deux tableaux : la scène qui se joue à deux, dans le cadre des séances, et la scène du dehors, scène sociale ou scène du monde.

3. Lepoutre T. et Sibony L., « État des lieux du rapport de la psychiatrie avec Thélèmythe », Journée d'étude de Thélèmythe du 27 janvier 2024, Science-Po Paris, inédit.

RADU TURCANU

« PRENDRE LE RÉEL COMME BOUSSOLE... »

LA BOUSSOLE, LE THÉLÈMYTHIEN ET L'ÉCRIRE LA PSYCHOSE

BOUSSOLE

Il y a boussole et boussole. Normalement, une boussole est censée indiquer le Nord. Quand pourtant on navigue sur l'étendue qui n'est pas faite de mers et d'océans, mais de cette « substance jouissante » qu'est le corps parlant, on se demande si le Nord est toujours le Nord (question absurde), ou si l'on sait vraiment ce que Nord veut dire (absurdité encore).

Il y a des films qui, loin d'être des chefs d'œuvre, laissent entrevoir, entre les lignes et les images, un point de torsion. C'est comme une sorte de point noir ou point de fuite d'où le spectateur est regardé, interpellé. C'est ce qui se passe aussi devant un tableau, quand on est saisi par ce même point de fuite d'où nous fixe, rien de moins, que le désir du peintre, selon le psychanalyste Jacques Lacan.

Dans le film *Pirates des Caraïbes*, sommé par son équipage d'expliquer pourquoi l'aiguille de sa boussole indique des directions contraires, ce qui les égare plus qu'autre chose, le capitaine Jack Sparrow sort une formule tout aussi absconse et contrariante que le personnage qu'il incarne : selon lui, cette boussole est singulière, car elle indique non pas le Nord, mais... l'objet du désir. Même l'objet cause du désir, on pourrait ajouter. D'où la confusion générale au moment où le bateau des pirates se retrouve à la fois à la surface de l'eau et à son envers, « tête en bas », comme s'il naviguait sur une bande de Möbius. Fameuse bande qui, dans ses torsions, fait que le sujet passe d'une face sur l'autre, en l'occurrence de sa pensée consciente à sa pensée inconsciente, de ses fantaisies à ses rêves, sans franchir le bord de la bande.

THÉLÈMYTHIEN (ADJECTIF)

Quel serait alors le Nord à Thélèmythe ? Et de quelle boussole s'agit-il dans l'accompagnement d'un(e) jeune qui met tout en œuvre pour brouiller les pistes de la normalité ? Je dirais tout simplement que la boussole c'est le désir du clinicien : celui d'occuper une position inédite, complexe et compliquée, souvent inconfortable. Désir qui fait que, malgré les vents et marées de la triangulation jeune-chef de service-thérapeute, on n'oublie à aucun moment de mettre le cap sur ce Nord : le désir du jeune, resté longtemps enfoui et illisible.

La boussole donc ici c'est la manière dont le thérapeute *se pose* dans sa fonction de telle manière que cette boussole puisse indiquer ce Nord à géométrie variable qu'est la volonté du jeune de s'en sortir, selon une formule consacrée. Ce qui ne serait pas nouveau, on pourrait même affirmer qu'on n'a fait que ça auparavant pour ce jeune. La nouveauté à Thélèmythe

La boussole c'est le désir du clinicien.

est que cette volonté de s'en sortir est censée devenir opérante selon son vœu à lui, de jeune, désir contrariant l'état dans lequel on le récupère dans le dispositif thélémythien : pommé, malmené, malade, délirant...

PSYCHOSE (STRUCTURE)

Car le jeune arrive à Thélémythe déjà bien installé dans des formes contemporaines du discours du maître et du discours capitaliste : esclave, prolétaire, client, usager, etc. Il n'a pas souvent été encouragé à regarder de plus près sa position d'agent dans son existence, si ce n'est que pour pointer ses faiblesses, ses errances ou ses transgressions, et pour le mettre ainsi en accusation, plutôt que de le responsabiliser. Cela ne l'a rendu qu'encore plus objet, écrasé par des demandes qui, même partant d'une bonne intention (ah ! vouloir le bien de l'autre), lui sont apparues de plus en plus comme demandes exorbitantes et par-là sources d'une profonde angoisse, parfois « psychotisante ».

L'intelligence du dispositif de Thélémythe c'est de proposer à ses interlocuteurs, l'ASE et les jeunes d'abord, mais pas seulement, car il y a aussi le pan médical, judiciaire, associatif, social et politique, etc., de faire une place à ce qu'on appelle l'inconscient. Et cela malgré le fait que cet inconscient n'a pas bonne presse aujourd'hui (mais a-t-il jamais eu bonne presse ?). Il s'agit donc de faire une place à l'inconscient sans pourtant court-circuiter tous ces divers, et précieux, interlocuteurs, mais au contraire, de les convoquer à une élaboration commune autour du bien-être des jeunes. Ceci en considérant cet inconscient comme un allié, pas facile à manier, mais pas moins partie prenante quand il est question des enjeux existentiels pour le jeune. Ce dispositif constitue une preuve, brillante, que l'inconscient « c'est le social » et que l'inconscient « c'est la politique ».

PASSAGE À L'ÉCRIT

L'autre versant qui rend Thélémythe attractif pour un clinicien éveillé à la psychanalyse et intéressé par la psychose, versant tranchant et risqué, c'est le fait qu'il peut s'autoriser à « ne pas reculer devant la psychose ». Et ainsi non seulement à la reconnaître et à élaborer sa structure, à partir des séances avec le jeune et des échanges en supervision (et aussi en réunion d'équipe) ; mais aussi à pouvoir en restituer quelque chose qui soit à la fois sensé et aidant pour le jeune comme pour les interlocuteurs qui nous lisent.

On sait déjà, avec Freud, que l'écrit est second par rapport à la parole, ce qui a pourtant comme conséquence que l'écrit permet à la parole de se saisir dans son tranchant. En séance avec les jeunes ou en réunions institutionnelles, nous énonçons et essayons d'attraper un point d'énonciation. Quand il s'agit de la psychose, au risque de devenir parfois un gros mot, nous n'hésitons pas à faire des recommandations aux jeunes ; consultations psychiatriques, traitements médicamenteux, hospitalisations. Implémenter tout cela n'est pas facile, car tout accord, même partiel, à l'intérieur de l'équipe ou du binôme, peut se heurter au degré d'adhésion du jeune à ce qui lui est ainsi indiqué.

Quand on accompagne un jeune à des rendez-vous psychiatriques, à l'hôpital ou en clinique pour des hospitalisations, le terrain est déjà préparé depuis plusieurs semaines, voir plusieurs mois, lors de ces réunions. Le résultat est parfois le fait que la prise en charge à Thélémythe continue, en maintenant une fragile suppléance en place et en essayant d'empêcher un effondrement total. Mais cela n'est pas toujours possible.

Il reste l'écrit, le passage à l'écriture. C'est une séquence qui s'inscrit dans un temps logique où on se doit de conclure quant à la pertinence de la prise en charge, tout en énonçant les impasses auxquelles se confronte

le jeune. Je trouve que cet endroit, de l'écrit, représente un des moments propices où l'on peut faire passer la psychose d'un versant pathologisant, handicapant, source de ségrégations et de pénalisations, à un versant humanisant et moins extra-ordinaire. C'est ce passage à l'écrit qui peut rendre la psychose, fut-elle dans tous ses états, abordable et intelligible : comme positionnement du sujet par rapport à la liberté insensée que lui confère le fait d'être corps parlant. Positionnement « original », sans doute, souvent « inventif » - mais qui n'a jamais « déliré » ? -, et qui rend compte d'autre chose que simplement de la psychose comme handicap ou déficience.

Passer la psychose à l'écrit est ainsi une forme de résolution, non pas de la psychose elle-même, trop asymptomatique ! pour cela, mais de la position à prendre pour le clinicien, en termes de ce qu'il a à défendre : parfois, pas toujours, la prise en charge du jeune, mais surtout la position de l'inconscient, qui lui incombe. Ainsi, alerter sur la possibilité des passages à l'acte chez un jeune ou sur les phases de dépression grave ne devrait pas forcément être synonyme d'un désengagement du dispositif. Ce qu'il s'agit de défendre, en raison, c'est cette posture du jeune qui, même dans son rejet de la division, reste un sujet aux prises avec les aléas de la parole. 🎲





CONVERSATION

AVEC LE DOCTEUR PATRICIA BRAZILLE

L'

Unité Guy Môquet, Espace Santé Jeunes à l'Hôtel-Dieu est un service d'accès aux soins dédié aux jeunes. Pour ceux qui travaillent à Thélème, cette Unité est devenue une référence incontournable. Hiatus a rencontré le Dr. Patricia Brazille, infectiologue et médecin chef de service.

*Jeudi 6 juin 2024, 14h, Hôpital Hôtel-Dieu AP-HP, Espace Santé Jeunes
Unité Guy Môquet, bureau du docteur Brazille, A3 3ème étage,
1, place du Parvis de Notre-Dame, 75004 Paris,
Propos recueillis par HIATUS*

HIATUS : Pour les lecteurs de *Hiatus*, que pouvez-vous dire à propos de l'Espace Santé Jeunes ? C'est quoi ? C'est qui ? Et qu'est-ce qu'on fait ?

DOCTEUR PATRICIA BRAZILLE : C'est une unité qui existe depuis 1998 dont la vocation est d'accueillir des jeunes dits « en rupture », âgés de 13 à 21 ans, ou 25 ans lorsqu'ils présentent une pathologie chronique. Sur une même unité de lieu, les jeunes sont pris en charge tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique ; nous travaillons avec des partenaires tels que Thélème. On fait des bilans de santé — terme que je n'aime pas beaucoup, mais c'est la réalité — adaptés à chaque jeune, et ensuite on adapte la prise en charge, que ce soient les soins, la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé pour chaque jeune et ensuite on se propose d'être leur médecin traitant pour les suivre, soit lorsqu'ils ont des pathologies chroniques, soit comme le ferait un médecin généraliste en ville ; lorsqu'ils ont un problème, ils viennent nous voir.

En médecine, on ne devrait pas dire « pris en charge », on devrait dire « pris en soin ».

¹
Girard T., Léger F., *La santé des adolescents en rupture*, Toulouse, Érès, 2016.

C'est via le corps que peut s'ouvrir chez le jeune la possibilité d'aborder le côté psychologique. D'abord le corps, après l'esprit.

H : Qui peut venir chez vous et qui ne peut pas venir ?

PB : Il y a deux conditions pour que le jeune vienne chez nous. Il faut qu'il ait une couverture sociale ou une couverture sociale en cours d'obtention. La deuxième condition est que le jeune soit adressé par un partenaire : soit l'ASE, soit la protection judiciaire de la jeunesse, la médecine scolaire, des structures comme Thélème, Métabole, ou la Mission Locale. L'idée étant que dans un accompagnement global, le jeune puisse intégrer aussi l'entité qu'est la santé.

H : Pourquoi, comment, à partir de quelle réalité ce service a été créé ?

PB : Ce service a été créé par le Dr. Dina Veran, anesthésiste, voici vingt-six ans. Elle avait un engagement spécial à l'égard des jeunes. On reçoit aujourd'hui beaucoup de migrants. À l'époque, il y en avait moins. Elle s'était rendu compte que pour la population jeune il y avait peu de structures qui s'occupaient d'eux, d'autant plus lorsqu'ils rencontraient des difficultés de la vie. En médecine, il y a la pédiatrie et la médecine adulte. Entre les deux, il y a un peu un « trou dans la raquette ». S'occuper des adolescents, des mineurs, ça fait un peu peur parce qu'on n'a pas cette habitude de communication avec ces jeunes et toutes les questions relatives à la minorité peuvent également effrayer les soignants, c'est-à-dire sur ce qu'on a le droit de faire ou non, sur un plan légal, quand il n'y a pas de parents, lorsqu'il s'agit d'un placement, quand ce n'est pas un placement. Il n'y avait pas de structure de ce genre. Il y avait deux choses que le docteur Veran souhaitait faire. D'une part, qu'on s'occupe spécifiquement de ces jeunes en grande difficulté en ayant comme point de départ le corps et pas l'esprit, pas le psychologique. Parce que, souvent, ces ados connaissent bien les services de psychiatrie. Nous, notre idée, était de faire rentrer les jeunes par le somatique, par un système de soins, de s'occuper d'abord du corps, de la souffrance du corps.

H : Depuis pas si longtemps, certains thérapeutes de Thélème ont systématisé l'accompagnement de jeunes dans votre service. C'est un changement de voie. Avant, notre pratique tendait à faire place d'abord à la parole et ses effets. Et puis, on a changé le fusil d'épaule. Nous nous apercevons justement que la parole du jeune n'est plus tout à fait la même une fois que le corps est pris en compte, pour ne pas dire pris en charge.

PB : Oui. D'ailleurs en médecine, on ne devrait pas dire « pris en charge », on devrait dire « pris en soin ».

H : Voilà, pris en soin. Avez-vous l'impression que la prise en soin du corps des jeunes modifie quelque chose de leur rapport à l'Autre, de leur rapport au monde ?

PB : En fait, mon prédécesseur et ancien chef de service de l'Espace Santé Jeunes, le Dr. Thomas Girard ainsi que Frédéric Léger, psychologue du service, ont écrit un livre sur l'Unité Guy Môquet¹ à propos de la prise en charge des jeunes. Le corps en est le fil d'Ariane. C'est via le corps que peut s'ouvrir chez le jeune la possibilité d'aborder le côté psychologique. D'abord le corps, après l'esprit. Car, si on entre d'emblée dans la psychologisation de leurs problèmes, les jeunes répondent de façon hermétique. Tandis qu'en essayant de définir avec eux leurs souffrances physiques au sens large, on arrive parfois à mettre en exergue des problèmes psychologiques. Je m'explique. À partir des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des douleurs abdominales, des maux de tête, etc., parfois on peut conclure qu'il s'agit de manifestations de la

souffrance psychique, d'une dépression ou de l'anxiété. À partir d'une douleur, de troubles du sommeil, de troubles de l'alimentation, on fait une exploration et lorsqu'il n'y a pas de problème organique, on peut mieux faire valoir qu'il s'agit de problèmes psychologiques.

H : Lors de la première consultation à laquelle nous accompagnons le jeune, il apprend beaucoup de choses. Souvent, des choses qu'il ne peut pas assimiler tout de suite. Seriez-vous d'accord pour dire qu'il apprend qu'il a un corps ?

PB : Qu'ils découvrent qu'ils ont un corps, je ne dirai pas ça. En revanche, ils sont étonnés que l'on puisse s'intéresser, que l'on puisse trouver des solutions justement à leurs problèmes de corps. Ils sont toujours étonnés qu'on leur pose des questions, par exemple : combien de fois ils mangent par jour, voire est-ce qu'ils mangent ? À chaque fois, on va leur expliquer pourquoi on pose la question, on n'est jamais dans le jugement. Lorsqu'un jeune me dit qu'il fume quinze joints par jour, je ne vais jamais lui répondre : « Oh là-là, ce n'est pas bien, c'est illégal, c'est mauvais pour le corps ». On n'est pas dans le jugement. On procède plutôt organe par organe ou fonction par fonction, le sommeil, l'alimentation, le ventre, la douleur, les yeux, la tête, les dents. On explique à chaque fois pourquoi, par exemple : « Si tu as mal à la tête c'est peut-être parce qu'il te faut des lunettes », etc. Ils découvrent en tout cas qu'ils ont un corps qui peut être en souffrance, un corps qui peut être soigné ; ils découvrent qu'ils ont un corps dont ils ne prennent pas soin et qu'il est désormais possible d'en prendre soin, et que nous pouvons les aider sur ce registre. Ce n'est pas qu'ils se rendent compte qu'ils ont un corps mais que les comportements qu'ils ont peuvent avoir un effet néfaste ou positif sur leur corps. Et c'est là où nous avons un rôle d'éducation à la santé.

H : Pensez-vous que les jeunes peuvent prendre en charge leur santé tout seuls ?

PB : Ça dépend des jeunes. Il y en a qui viennent au premier rendez-vous, qui font le bilan, la prise de sang, où tout ira bien ; même s'ils ont un parcours chaotique, ils vont bien sur le plan médical. On les revoit au deuxième rendez-vous, on règle les problèmes médicaux, tels que la mise à jour des vaccins, la prise de vitamines. Après, on a d'autres jeunes plus fragiles, soit parce qu'ils ont des pathologies chroniques et on met en place des rendez-vous réguliers. J'ai envie de dire que ce n'est pas vraiment le sujet pour vos jeunes. Mais vos jeunes (les jeunes « de Thélème ») sont fragiles, de fait, sur le plan psychologique. Ils n'ont pas nécessairement des problèmes somatiques, mais des problèmes psychologiques, déscolarisation, difficultés à s'inscrire dans un projet éducatif ou professionnel pour des carences psycho-cognitives, ou carences éducatives. Ce sont des jeunes pour qui nous savons qu'ils sont accompagnés par vous, mais quand nous les trouvons fragiles, que nous repérons des mises en danger, alors que médicalement nous n'avons pas de raison de les revoir, nous leur redonnons quand même rendez-vous pour essayer de garder un lien.

H : Le suivi médical, c'est vous, mais le suivi santé, c'est nous !

PB : On reste disponible pour eux. Mais ce sont des jeunes qui ne vont pas forcément venir nous voir. J'ai l'exemple d'une jeune, suivie dans une structure équivalente à Thélème, qui a pris vingt-cinq rendez-vous et est venue sept fois. Le problème, c'est que c'est le jeune qui doit venir à nous, nous ne pouvons venir à lui.

Lorsqu'un jeune me dit qu'il fume 15 joints par jour, je ne vais jamais lui répondre : “ Oh là-là, ce n'est pas bien, c'est illégal, c'est mauvais pour le corps ”.

H : C'est ça !

PB : C'est ça le truc, nous sommes à leur disposition, nous avons tous les outils pour les accompagner, parce que c'est notre mission. Je réponds à votre question de départ, on ne peut rien régler en une ou deux consultations. Il y a des jeunes que nous suivrons durant des années. Nous sommes là pour accompagner ce moment de creux de la vague, le temps de turbulences que peut être l'adolescence. Ce qu'on souhaite, c'est que les jeunes identifient ce lieu comme un lieu ressource où, s'ils ont un problème, quel qu'il soit, ils savent qu'ils peuvent s'adresser à l'Espace Santé Jeunes.

H : Y a-t-il une certaine idée que les associations qui prennent en charge le médico-social pour les jeunes adultes priorisent le psy au détriment des problèmes somatiques. Est-ce que vous avez une critique, même discrète à adresser à ces associations quant à cette primauté de la parole au détriment du corps ?

PB : On parle des majeurs ?

H : Des jeunes de seize à vingt-et-un ans.

PB : Souvent dans les structures comme la vôtre, les jeunes n'ont pas d'éducateurs. On est d'accord ?

H : C'est exact, ils n'ont pas d'éducateur, ils ont un thérapeute.

PB : Le psy prend souvent la casquette de l'éducateur ?

H : À Thélème, le thérapeute est mobile.

PB : Voilà, la critique que j'aurais à faire de ça, c'est que le problème est que les jeunes vous identifient comme le psychologue et l'éducateur, celui qui va aussi surveiller, contrôler (est-ce que la chambre est rangée, le budget bien géré, etc.). Et il y aussi vos réunions, synthèses, bilans. Alors les jeunes ont souvent un doute, potentiellement, sur la confidentialité. Cette double casquette fait que vous n'êtes pas identifiés que comme des psys.

H : Et quelles en sont d'après vous les conséquences ?

PB : Eh bien, parfois ils peuvent avoir du mal à se confier. Ils ont peur que le secret soit partagé au niveau de tout le reste.

H : Et chez vous, ils se confient mieux ?

PB : Ce n'est pas une généralité mais oui, chez nous ils peuvent se confier mieux. Justement, l'éducateur sert aux démarches administratives, aux prises de rendez-vous, aux interventions éducatives du type « ta chambre est mal rangée », etc. Est-ce le rôle d'un psychologue de faire de l'éducatif en plus de la thérapie ? C'est là que je pose la question. La difficulté pour eux de se confier, c'est qu'après ils peuvent se dire qu'il y aura des réunions d'équipe et que donc la parole avec le psychologue peut avoir des conséquences pour eux sur d'autres domaines. Chez nous, c'est différent. Ce qui se passe dans chaque endroit de l'unité reste confidentiel.

H : Qu'est-ce qui vous passionne dans votre métier, la rencontre avec l'autre différent ? L'acte pédagogique qui implique l'acte médical mais en même temps autre chose aussi ? Qu'est-ce qui vous pousse à être si concernée par votre travail et par l'offre de votre service ?

PB : Réellement, je pense qu'on est très utiles à l'échelle individuelle. Nos patients, ce sont des personnes qu'on voit très jeunes et qui, si je prends l'exemple de la tuberculose, sans dépistage de celle-ci et sans traitement, pourraient être très malades dix ou vingt ans plus tard. C'est aussi une

problématique de santé publique. La tuberculose est un problème mondial qui diminue un peu mais qui reste encore trop présent. C’est une maladie mortelle. J’ai l’impression de véritablement me sentir utile en matière de santé publique. C’est-à-dire, si on traite les tuberculoses latentes, il y aura moins d’infections, et peut-être qu’un jour on va éradiquer cette maladie. J’ai donc vraiment, à mon échelle, l’impression de me sentir utile pour une problématique mondiale. Parce que tous ces jeunes qui ont la tuberculose, l’hépatite B, des infections parasitaires telles que la bilharziose, aujourd’hui ne sont pas malades, mais si on ne les traite pas, il y a le risque qu’ils développent des maladies graves. Quand j’ai un jeune à qui je dis qu’il faut manger des légumes et des fruits et qui ne sait pas ce que c’est que des fruits et légumes, je suis contente de le lui avoir appris, ou qu’il ne faut pas regarder son téléphone le soir parce que la lumière, ça empêche de s’endormir. Pour nous, ça semble des choses évidentes, mais pour eux, ça ne l’est pas. Pourquoi ça m’intéresse tant, c’est parce que j’ai un énorme respect pour eux. Lorsque j’ai un jeune de quinze ans qui a traversé la Mauritanie, l’Algérie, la Tunisie, l’Italie puis la France et qui trois ans après, est à l’école où exerce un métier, j’ai un immense respect pour lui. Il faut les aider. On est là pour ça. Mais il faut être humble, patient, parce que ça se fait dans l’accompagnement, et cela prend du temps.

H : Il y a un certain confort dans votre travail, c’est que vous pouvez ne rien leur exiger en contrepartie, là où nous, on doit exiger d’eux certaines choses. Le calme, la sérénité et la tranquillité qui se respirent dans votre service nous étonnent toujours. Là où chez nous, c’est un petit peu plus animé.

PB : Oui, mais nous n’avons pas la même position.

H : Oui, c’est sur ce point que votre proposition, très humaniste, est louable. Vous ne leur demandez rien.

PB : Non, en effet, nous travaillons en complémentarité. On peut travailler confortablement parce que vous, vous êtes là. On a un travail confortable et on peut se focaliser sur notre rôle de soignants parce qu’à côté les jeunes ont un toit, un adulte référent, ils ont une sécurité sociale, ils ont un projet. On peut faire notre travail en paix parce que le reste est assuré ou fléché, en tout cas. On peut travailler sereinement, faire des choses qui paraissent un peu idéales, parce qu’à coté il y a tous les travailleurs psycho-sociaux qui sont actifs autour du jeune. Sans vous, ce ne serait pas possible. C’est pour nous très précieux.

H : Oui, c’est réciproque.

PB : Nous, on n’a pas ce rôle, on est à leur service. Ça paraît une obligation au départ : « Tu dois aller voir le docteur », mais ça ne doit pas être présenté comme ça.

H : Il y a là un énorme paradoxe. Parce que nombre de jeunes arrivent à Thélèmythe après avoir été placés dès leur plus jeune âge, dès quatre ou cinq ans. Nous recevons un dossier très conséquent à propos d’un parcours parsemé de ruptures liées au comportement de l’enfant. Mais au sujet de leur santé, bien souvent nous n’avons rien.

PB : Mais oui...

H : Donc, votre expression « le trou dans la raquette », dit exactement cela. Le trou dans la raquette auquel nous avons très sou-

vent à faire, c’est le fait que nous n’avons pas ou très peu d’informations sur le plan médical à l’arrivée du jeune.

PB : Le but de la première consultation c’est d’aborder toutes les entités, les parents, le placement, foyer, carnet de santé, avoir tous les éléments qui vont permettre de faire ressortir ou non une pathologie. Nous, les bêtises qu’ils ont faites, fugue ou pas fugue, on s’en fiche...

H : C’est sans doute mieux comme ça...

PB : Et c’est ce qu’on leur dit. Il y a des sujets dont on sent qu’ils ne veulent pas parler. Notre rôle, c’est de concentrer, de regrouper tous les éléments. Parfois, il y a des jeunes qui arrivent avec des tas d’exams (radio, prise de sang, etc.), mais il n’y a parfois (souvent) personne qui s’est posé pour prendre tous ces éléments en considération et dire : « voilà, maintenant, qu’est-ce qu’on fait ? ».

H : Voilà, c’est ça... personne ne s’est posé pour relier tout ça...

PB : Il y a quelque chose qui les empêche de venir.

H : Oui, c’est plutôt ça...

PB : Oui, parce que le soin s’inscrit dans une mise en série d’échecs de tout ce qu’on peut leur proposer.

H : Parce que leur histoire est faite d’une succession d’échecs. Alors quand une perspective autre à l’échec s’ouvre, cela peut être violent pour certains. Parlons d’une jeune à qui, plus son entourage lui demande de trouver un travail, plus elle se fragilise. L’accompagnement à Thélèmythe a permis de constater que son inscription dans le lien social passe par le médical. Dès qu’il y a un truc de travers, elle se rend aux urgences, seul lieu où elle sait qu’on ne la laissera pas tomber, où elle peut être reçue 24h/24 et pour elle, c’est déjà beaucoup.

PB : C’est un lieu ressource. Certains jeunes disparaissent pendant un an, puis reviennent, à l’occasion d’un évènement, positif ou négatif. À partir du moment où ils sont rentrés chez nous, ça restera toujours leur lieu ressource, jusqu’à l’âge de 21 ans.

H : Très beau...

PB : Très difficile...

H : Cela nous rappelle que l’entrée dans la vie passe par les soins que l’on donne à un enfant. Tout enfant qui naît reçoit, en même temps que la parole qui l’accueille, les soins prodigués à son corps.

PB : Oui. Dans ce sens, je peux vous parler d’un jeune de 14 ans, qui n’était pas à Thélèmythe, mais avait un éducateur de l’ASE. Il vivait avec ses deux parents dans 20 mètres carrés ; déscolarisé depuis l’âge de onze ans, il présentait une obésité morbide, était dans un état d’incurie alarmante. Il jouait à la *PlayStation* et mangeait des cochonneries toute la journée, devant ses parents. Et là, complètement démunie, je me demande ce que je peux faire. C’est très délicat, ne pas être dans le jugement, lui dire de bouger, de sortir au moins une fois par jour, de mieux manger, mais comment peut-il faire pour mieux manger si personne ne se met à table ? Là, les bras m’en tombent, je me demande comment est-ce possible. Là, j’ai communiqué avec l’éducateur pour savoir ce qui se passait, pourquoi cet enfant n’avait pas des habits propres, je l’ai invité à s’organiser pour aller marcher une fois par jour, pour faire en sorte que ce garçon prenne des douches, que ses habits soient propres,

C’est un lieu ressource. Certains jeunes disparaissent pendant un an, puis reviennent, à l’occasion d’un évènement, positif ou négatif.

tout simplement. En fait, le soin a commencé par là. Mais je ne l'ai jamais revu. Je suis infectiologue, pour moi, ce n'est pas compliqué, c'est facile, je maîtrise mon sujet, alors que devant cette situation-là, je ne maîtrisais rien du tout. Qu'est-ce que je pouvais faire pour ce jeune, lui dire « viens à la maison, je vais te laver tes habits » ? Mais je ne pouvais pas lui dire ça. Comment aider ce jeune ? Surtout que lui, il ne voulait pas aller voir de psychologue, car il n'avait pas identifié de problème, parce que pour lui la situation n'était pas un problème.

C'est de là qu'il faut commencer. J'ai commencé par lui expliquer les fruits et légumes. Il m'a dit qu'il ne sortait pas de la journée, pas d'amis, pas d'école, juste la console. Là, j'ai été en difficulté.

H : Il est en danger parce que personne n'est là pour lui.

PB : Ça pour moi, c'est très compliqué. Il était obèse à l'instant T. Il était en danger sur le plan humain. Au même titre que vos jeunes qui sont agoraphobes, qui sont angoissés et comme ils sont angoissés, ils fument du shit et boivent de l'alcool. Du coup, ils restent chez eux, ils ne se nourrissent plus, ils sont carencés, ils maigrissent... le cercle vicieux. Et après il faut les sortir de là. Et on ne rentre pas par « Tu bois de l'alcool, ce n'est pas bien ». C'est plutôt : tu ne vas pas bien parce que ta vie ne va pas bien, parce que tu n'as pas de boulot, parce que tu es un peu seul, donc tu consommes parce que tu considères ça comme des médicaments, tu t'es trouvé tes propres médicaments que sont l'alcool et les joints. Donc nous, on va t'aider en rentrant par ton mal-être psychologique, et quand tu iras un peu mieux, peut-être que tu consommeras un peu moins... Mais on ne rentre pas par « Il faut que tu ailles voir un addictologue parce que tu consommes ». C'est l'erreur que j'ai faite lorsque je suis arrivée ici et que je ne referais plus.

H : Finalement, ce sont les jeunes qui nous éduquent quant à ce qu'on ne doit pas faire.

PB : Exactement. Moi je suis infectiologue au départ, donc si je diagnostique une maladie, une infection, je donne un médicament, je guéris et j'ai beaucoup aimé les maladies infectieuses pour ça : tu as une maladie dangereuse, tu donnes des antibiotiques et trois jours après, tu es guéri. Tu as une infection urinaire, un médicament et deux jours après tu es guéri. Tu as une tuberculose, tu donnes un traitement et six mois après tu es guéri. Mais là, comment je fais ? J'ai beaucoup appris depuis que je suis ici.

H : Il y a des infections qu'on ne peut pas guérir ?

PB : Le VIH, on traite et on contrôle. L'hépatite B, ça ne se guérit pas. La grippe, le rhume, ça se guérit tout seul, on ne sait pas les guérir.

H : Merci beaucoup. 📺



DISCOURS MALAISE DU DANS LA CIVILISATION

LA DYSPHORIE DES ANGES
GRIGORY ARKHIPOV

CONVERSATION
AVEC DANIEL TAMMET

DÉFIS DE L'ADOLESCENCE
ET DE L'AUTODÉTERMINATION
PATRICK ALMEIDA

CONVERSATION
AVEC ANASTASIA ARKHIPOVA

GRIGORY ARKHIPOV

LA DYSPHORIE DES ANGES

... la seule science vraie, sérieuse, à suivre, c'est la science-fiction...
Lacan J., Entretien pour le journal *Panorama*, le 21 novembre 1974.

Ces dernières années, les influenceurs se sont imposés dans le domaine de la santé mentale. Outre les spécialistes du bien-être, il existe un vaste segment de cybernautes populaires (souvent des adolescents ou de jeunes adultes) qui témoignent dans leurs blogs, vlogs et autres instruments médiatiques¹ de leurs troubles mentaux. Ils dévoilent l'intimité de leurs parcours familiaux, professionnels et sentimentaux à la lumière de leur souffrance psychique². Comment analyser ce phénomène de communautés virtuelles réunis par un même diagnostic ?

LE NOUVEAU SYNDROME D'INFLUENCE : ENTRE SUR- ET DÉ-PATHOLOGISATION

Il existe deux principales approches : l'une guidée par l'idéologie de droite et l'autre inspirée par l'idéologie de gauche. Cernons leurs idées clefs pour pouvoir ensuite développer notre propre approche.

Commençons par essayer les lunettes du représentant de la droite. Un vlog de la journaliste Léane Charreau nous serait d'un grand secours³. Dans son analyse, publiée dans le média d'extrême droite *Valeurs Actuelles*, elle utilise un néologisme anglophone *sickfluencer*. Ce mot-valise marie les influenceurs web à l'adjectif *sick*, signifiant « malade » ou « malsain ». La coloration dépréciative du mot *sickfluencer* souligne l'aspect douteux des contenus publiés : il s'agit du « syndrome d'Érostrate⁴ », c'est-à-dire une version avilie de *Narcisse* qui ne dédaigne pas de se faire passer pour un infirme afin de gagner en célébrité et d'obtenir les avantages pécuniaires qui en découlent (par exemple, sous forme de publicité).

Ladite *sickfluence* « glamouriserait » les troubles mentaux en incitant les jeunes à imaginer en eux toutes sortes de maladies psychiques afin d'éviter l'existence ordinaire d'un « neurotypique ». Dans son vlog, Léane Charreau se déchaîne contre les *sickfluencers* qui utiliseraient leurs troubles (réels ou imaginaires) pour se créer une « identité victimaire ».

La journaliste ne se cantonne pas seulement à la critique du *wokisme*. En se référant au rapport du Sénat déposé le 4 juillet 2023, sur les dangers de *TikTok*⁵, elle suggère que la popularité épidémique de la *sickfluence* serait une conséquence des algorithmes de l'application faisant partie intégrante de la stratégie d'une « guerre cognitive » au service du régime chinois. La fomentation numérique des maladies jugées comme imaginaires viserait ainsi à fragiliser la civilisation occidentale.

Enfin, Léane Charreau affirme que la surpathologisation propre à la *sickfluence* est une conséquence du DSM-5 (lequel surdiagnostiquerait des comportements auparavant considérés comme normaux) et du déclin de l'autorité médicale (et de l'autorité tout court).

À l'autre bout du spectre politique actuel, une autre approche se fait entendre, illustrée par le film-manifeste de Paul B. Preciado⁶. Sorti en juin 2024, *Orlando, ma biographie politique* s'inspire du roman presque homonyme⁷ de Virginia



1. Ces témoignages rejoignent en quelque sorte la pratique de la paire-aidance initiée en France il y a une dizaine d'années.

2. Par exemple, l'autisme, le syndrome de Gilles de La Tourette, le trouble de la personnalité *border-line* et, *last but not least*, le trouble dissociatif de l'identité que nous aborderons ci-dessous.

3. Un vlog de *Valeurs Actuelles* « Troubles mentaux : l'inquiétante influence des réseaux sociaux », 15 novembre 2023 (<https://www.valeursactuelles.com/societe/troubles-mentaux-linquietante-influence-des-reseaux-sociaux>).

4. Rappelons qu'Érostrate (mort en 356 av. J.-C.) eut une telle soif de gloire qu'il incendia le temple d'Artémis à Éphèse, considéré comme l'une des sept merveilles du monde.

5. Rapports de commission d'enquête n° 831 (2022-2023), tome I, déposé le 4 juillet 2023. « La tactique *TikTok* : opacité, addiction et ombres chinoises » : <https://www.senat.fr/>

6. Paul B. Preciado est un écrivain, réalisateur espagnol, intellectuel radical et militant pour les droits des personnes trans.

7. Woolf, V., *Orlando: A Biography*, Hogarth Press, London, 1928.

8. Conservons ce terme par commodité, en faisant abstraction de ses connotations négatives ; rappelons qu'avant de devenir des notions respectées, les mots « baroque » et « *queer* » étaient péjoratifs.

9. Ou du *faking*, comme l'on peut lire dans des commentaires discréditant les propos des *sickfluencers*.

10. Feldman, M.D., « Münchhausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *Southern Medical Journal* », 93(7), 2000, p. 669-672.

11. Le lecteur pourra se reporter au brillant article sur le sujet, publié en juin 2024 : Dumoulin Q., Bonny P., « Le trouble dissociatif de l'identité (TDI), du nouveau dans la division subjective ? », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 89, n° 2, juin 2024, p. 299-321.

Woolf, dont le noble protagoniste né à l'ère élisabéthaine traverse les siècles en conservant sa jeunesse éternelle mais pas son identité sociobiologique (au cours du XVII^e siècle, il se transforme en femme, lors d'un profond sommeil). La figure d'Orlando constitue un idéal utopique auquel Preciado aspire car elle brise le péché originel de la binarité sexuelle imposée par le « régime patriarco-colonial ». Dans le monde d'Orlando, les notions de pathologie, de maladie et de norme sont caduques. Le héros va à l'encontre des fictions patriarco-coloniales en affirmant sa singularité naturelle.

Contrairement à Léane Charreau, Paul B. Preciado n'accorde aucun crédit aux experts. Dans son film, l'acteur Frédéric Pierrot nous propose la version satyrique d'un psychiatre moliéresque qui ne sait que coller des étiquettes pathologisantes, comme la « dysphorie de genre » à ce qui relève de la poésie non-binaire. Dans cette optique, le *sickfluencer*⁸ est celui qui refuse de placer sa particularité sous l'égide du pathologique : tout en étant « atypique », il est tout à fait normal dans un monde libéré des experts imposant leur jugement colonial. Pour résumer, dressons une liste d'oppositions structurelles servant de boussole provisoire pour naviguer dans les eaux troubles de la *sickfluence* :

La motivation de la *sickfluence*. Là, où Léane Charreau soupçonne la *victimisation*, l'œil orlandesque discerne l'*insurrection* (j'affirme mon atypicité en l'élevant au rang d'une variété de la norme) ; la place de l'Autre méchant. La *malveillance chinoise* trouve son sosie structural dans le *patriarcat colonialiste* avec ses *algorithmes pathologisants* ; la place du savoir. Chez des *experts*, selon Charreau. Chez l'individu lui-même qui *s'autodétermine*, d'après la logique orlandesque.

SCIENCE-FICTION

Comme cela a été indiqué ci-dessus, les *sickfluencers* sont souvent accusés de simulation⁹. Pour certains auteurs¹⁰, cette simulation n'est pas intentionnelle et relève du syndrome de Münchhausen, isolé pour la première fois par Richard Asher. Ce syndrome ne relève plus d'une simulation calculée mais d'un *trouble factice* (du latin *facticius*, « artificiel ») dont la caractéristique distinctive consiste en l'absence de motivation rationnelle précise. En effet, le Baron de Münchhausen est bien connu pour ses affabulations grotesques (comme son fameux voyage vers la Lune sur un boulet de canon ou sa pérégrination maritime dans le ventre d'un gros poisson). Son caractère fantastique nous sort du registre d'une simple représentation mensongère d'une maladie *déjà* existante.

Pour illustrer ce caractère excentrique des contenus créés par les *sickfluencers*, il serait difficile de trouver un exemple plus réussi que celui du trouble dissociatif de l'identité (TDI) qui représente un large segment en pleine expansion de *sickfluence*¹¹. Le phénomène doit partiellement sa popularité au fantastique thriller *Split* de Manoj Night Shyamalan (2016). Son méchant protagoniste, Kevin Wendell Crumb suit sa psychothérapie avec le Dr. Fletcher fascinée par son extraordinaire patient aux multiples identités, chacune d'entre elles ayant son nom, son âge (de neuf ans à la cinquantaine), son sexe etc. ; certaines sont fragiles, tandis que d'autres possèdent des capacités paranormales. La psychiatre se spécialise en TDI et défend farouchement ses protégés souvent soupçonnés de simuler. « Nous pensons que les personnes brisées sont moins que nous. Or, ne sont-elles en fait pas plus que nous ? », dit-elle à ses collègues méfiants.

Les *tdi-nfluenceurs* se désolidarisent du personnage négatif du film et des excès scénaristiques tels que les superpouvoirs, en indiquant le DSM-5 (si peu apprécié de Léane Charreau) comme leur point de repère clef. Or, en y regardant de plus près, cette référence s'avère très ambiguë. Dans le manuel, le TDI se subdivise en deux types : sous forme de possession (propre à certaines cultures) et sans possession. Le manuel précise, entre autres, que



« l’élaboration d’états dissociatifs de la personnalité avec différents noms, garde-robes, [...] accents, etc., ne se produit que chez une minorité d’individus souffrant d’un TDI [...] et n’est pas essentielle au diagnostic. »

Dans les communautés numériques consacrées au TDI¹², le résumé aride du DSM se transforme en une théorie « science-fiction » de l’appareil psychique avec sa propre terminologie, largement inspirée des technologies informatiques. La tonalité dépathologisante de ce modèle conceptuel spontané remplace un « patient atteint par le TDI » par une « personne multiple ». Cette dernière s’appelle plus fréquemment *système* (en opposition aux *singlets*, c’est-à-dire à ceux qui sont « tout seuls dans leurs têtes¹³ »). Le *système* est structuré comme une république présidentielle composée d’identités alternantes (chacune ayant son caractère, ses désirs et ses troubles) ou d’*alters* dont l’une (l’hôte) est aux commandes. Cette centralisation du pouvoir est bancale car d’autres *alters* peuvent reprendre le contrôle à tout moment (ce phénomène porte le nom de *fronting*). Le terme *switch* désigne le passage du gouvernail d’un *alter* à l’autre.

En imitant le sérieux détaché du DSM, la théorie « science-fiction » des personnes multiples subvertit cet « herbier » des troubles mentaux en y introduisant la dimension de l’illimité, si ce n’est de l’infini. En effet, si chaque *alter* a ses propres troubles, pourquoi le TDI ne pourrait-il pas en être un parmi d’autres ? Qu’est-ce qui empêche un *alter* de se dissocier en d’autres *alters* etc. ? Cette mise en abyme sous-jacente nous renvoie à la fameuse question tournant la scolastique médiévale en dérision : « Combien d’anges peuvent danser sur une tête d’épingle ? ».

Prenons cette dimension (grandiose, comme les aventures du Baron de Münchhausen) au sérieux en la considérant comme un *symptôme* témoignant des défis auxquels notre contemporanéité se heurte. Il se peut que cette voie symptomatique nous permette d’affiner notre boussole oscillante entre l’est du jugement (Léane Charreau) et l’ouest de l’idéalisation (Paul B. Preciado).

LA CIVILISATION DANS LE MALAISE : CHOC, IDENTITÉ ET SOLITUDE

Malgré son aspect hypermoderne, le TDI hérite d’une souffrance bien connue, l’hystérie. Il suffit pour s’en convaincre d’évoquer le cas célèbre d’Anna O., qui souffrait, entre autres, d’états dissociatifs au cours desquels elle développa ce que les *tdi-nfluenceurs* appelleraient des *alters*¹⁴.

Au XXI^e siècle, l’hystérie revêt une forme nouvelle car les contours du malaise de la civilisation ont changé. Cependant une chose demeure inaltérable : sa sensibilité de sismographe signalisant les secousses tectoniques de l’époque, la naissance de nouveaux discours et le déclin des anciens. La montée de ladite hystérie au XIX^e siècle est étroitement liée au développement vertigineux des communications ferroviaires et aux nouveaux maux de la civilisation qui en découlaient, notamment des accidents de trains. Les compagnies d’assurance se sont alors trouvées confrontées au dilemme de savoir s’il fallait ou non payer les indemnités aux victimes présentant des symptômes graves sans la moindre lésion somatique ou cérébrale. Autrement dit, n’étaient-ils pas de faux malades ? Question déjà familière dans le contexte de nos *sickfluencers*...

Ces accusations de simulation ont incité les premiers théoriciens de la cure par la parole à devenir les avocats de l’hystérie en avançant la notion du trauma psychique (terme clef pour les communautés des multiples). Sans nous attarder sur la question du trauma, relevons seulement son aspect technico-civilisationnel, ce que les neurologues de l’époque appelaient le « choc¹⁵ ». La « génération Z » s’est heurtée à un nouveau boom technologique. Or, cette fois-ci, il ne s’agit pas de réseaux ferroviaires mais de réseaux sociaux. La terminologie informatique utilisée par les multiples nous montre clairement le

12. Le serveur *Discord* (initialement créé pour les échanges entre *gamers*) est particulièrement populaire parmi les sympathisants francophones du mouvement TDI qui organisent de nombreux forums et foires aux questions : <https://discordboard.org/fr/servers/tag/tdi>

13. Blog *Partielles*, créé par un couple belge de personnes multiples : <https://www.partielles.com/lexique-du-tdi-en-15-mots/>

14. Dont l’un ne parlait même pas l’allemand, langue maternelle d’Anna O., et ne s’exprimait qu’en anglais.

15. Pignol P., Hirschelmann-Ambrosi A., « La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l’hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot », *L’information psychiatrique* 2014/6 ; (vol. 90), p. 427-437.

16. Rosa H., *Accélération : une critique sociale du temps*, Édition La Découverte, Paris, 2010.

17. Rappelons que le mot « martyr » provient du grec ancien μάρτυς, c’est-à-dire « témoin ».

18. Dumoulin Q., Bonny P., « Le TDI, du nouveau dans la division subjective ? », *op. cit.*

19. La jeune femme née au début du siècle a eu un parcours compliqué au sein de l’ASE et a fini par accepter de constituer son dossier MDPH.

Ce biologisme « science-fiction » est révélateur de la prédominance du discours scientifique dans la société actuelle.

« choc » auquel cette génération (née en même temps que le smartphone) est confrontée. L’image d’un système hôte parasité par des *alters* ne rime-t-elle pas avec celle de réseaux sociaux envahis par des *bots*, *trolls* et autres impératifs néolibéraux de performances ? L’idée d’accélération forgée par le sociologue et philosophe Hartmut Rosa¹⁶ nous semble bien saisir la spécificité du « choc » subi par la civilisation contemporaine et dont les *sickfluencers* sont les martyrs¹⁷. À partir des années 1990, le diagnostic de TDI remplace celui de personnalité multiple. Ce *switch* (comme les *tdi-nfluenceurs* l’auraient formulé) renvoie à deux discours : celui de la *science* et celui de la *politique*. Si le mot « personnalité » vient du latin *persona* (c’est-à-dire le masque porté au théâtre par l’acteur) alors l’identité fait référence à l’*idem* (« le même »). Ce « même » ne relève plus d’un rôle ou du semblant mais de la *biologie* (d’une *science dure*) : il s’agit des hormones, des phéromones ou de la génétique, autrement dit, de ce qui ne trompe pas. Dans le film de Manoj Night Shyamalan, le chien du Dr. Fletcher réagit différemment à Kevin Wendell Crumb en fonction du *fronting* (la reprise du contrôle) de tel ou tel *alter*. Contrairement à l’humain, un animal ne se laisse pas duper par un masque ; en revanche, il identifie sans équivoque les fluides biologiques (différents chez chaque *alter*). Ce biologisme « science-fiction » est révélateur de la prédominance du discours scientifique dans la société actuelle.

Concernant le discours politique contemporain¹⁸, on peut dire sans trop d’exagération qu’il souffre lui-même de TDI. En effet, l’identité y apparaît et s’y constitue en tant que chose constamment menacée. Pour la droite, il s’agit de se défendre contre l’effondrement imminent de la civilisation occidentale, alors que pour la gauche, il s’agit de protéger des minorités fragiles auxquelles on assigne la place de « bon sauvage » idéalisé. L’illimité sous-jacent de la science-fiction des *tdi-nfluenceurs* ne subvertit-il pas ironiquement cette obsession par le même identitaire que celui ayant frappé la civilisation contemporaine ?

Quoi qu’il en soit, l’infinité d’identités pointe la solitude abyssale du doigt. Malgré son nom, les multiples se plaignent de l’isolement, du sentiment du vide, du rejet et des pensées suicidaires. En 2023, Olympe (la *tdi-nfluenceuse* française¹⁹ la plus connue) a déclaré, sur son compte *Instagram*, vouloir avoir recours au suicide assisté en Belgique. Cette annonce (qui n’a heureusement pas abouti) a eu lieu dans un contexte de vifs débats sur la question de « l’aide à mourir » (la souffrance individuelle entre en résonance avec la problématique sociétale).

L’infinité abyssale des multiples fait donc en quelque sorte écho à la fluidité prônée par Paul B. Preciado mais là où le philosophe perçoit l’autodétermination, les membres des communautés TDI témoignent du désarroi et de la perplexité éprouvés face au flux d’identités (ou d’*alters*) dans lesquels ils se noient. L’euphorie du monde orlandesque imaginé par Paul B. Preciado ne peut pas voir

la tonalité mélancolique de l’œuvre woolfienne. Orlando n’est pas né par hasard à l’époque de Shakespeare, marquée par le fameux « *to be or not to be* » de Hamlet...

La *sickfluence* a encore beaucoup à nous apprendre à condition que nous évitions les écueils décrits au début de ce texte : soit l’alarmisme de la droite avec son envie de démasquer, soit une compréhension naïve caractéristique de certains représentants de la gauche. L’approche symptomatique semble être la plus productive. Seule une telle optique permettra d’esquisser les défis civilisationnels auxquels la *sickfluence* répond et d’entendre l’authentique souffrance et les ébauches des questions existentielles derrière les productions des *sickfluencers*. 



CONVERSATION AVEC DANIEL TAMMET

Dans l'imaginaire collectif, la figure d'une personne autiste, notamment de l'autiste dit « de haut niveau », est présentée comme un autre exotique. Cet autre est renfermé sur lui-même, distant, étrange, souvent doté de superpouvoirs et en même temps privé de « sentiments humains ordinaires ». Daniel Tammet réfute ces stéréotypes. Son livre, *Des pierres, ils ont fait des étoiles*¹, raconte des histoires singulières, celles de neuf personnes absolument différentes et ayant néanmoins quelque chose en commun : leur neurodivergence ou neuroatypie (l'auteur préfère ces notions à celle de l'autisme). Chose étonnante, chacun peut se reconnaître dans ces histoires. Le monde intérieur d'une personne neurodivergente, subtil, profond et rempli d'expériences synesthésiques singulières, s'avère être un portail caché en chacun de nous. Daniel Tammet semble nous encourager à découvrir les traces de notre propre neurodivergence ; c'est un appel à une poésie qui n'est pas écrite avec des mots neurotypiques.

Jeudi 24 octobre 2024, 20h00, librairie Le Divan,
203 rue de la Convention, 75015 Paris,
Propos recueillis par HIATUS

HIATUS : Dans vos récits, vous mentionnez l'importance de la rencontre avec une personne aidante, comme un psychologue ou un enseignant, ayant eu un effet sur la vie de vos protagonistes et les ayant sortis de leur solitude. En tant que psychanalystes, que pourrions-nous faire pour que cette rencontre puisse avoir lieu ?

DANIEL TAMMET : Tout d'abord, je vous remercie pour votre aide et votre accompagnement auprès de gens en difficulté. Je pense que lire des auteurs neurodivergents et des récits de la vie des neuroatypiques est

1. Tammet D., *Des pierres, ils ont fait des étoiles*, Ed. Les Arènes, Paris, sept. 2024.

2. Oliver Sacks était un médecin, neurologue et écrivain britannique. Il est connu grâce à ses œuvres de vulgarisation décrivant les troubles du comportement observés dans les lésions cérébrales.

*Heureusement,
il y a aussi de bonnes
rencontres.*

la chose la plus importante à faire. C'est seulement en découvrant leurs vécus réels que l'on peut espérer les comprendre. Souvent, la société n'accepte pas la différence cognitive et perceptuelle des individus neuroatypiques : probablement par peur.

Heureusement, il y a aussi de bonnes rencontres. C'est très important pour un neuroatypique de tomber sur quelqu'un (que ce soit un psychologue, un parent ou un ami) qui le verrait tel qu'il est et qui pourrait dire : « Mais c'est beau, cette façon d'être au monde ! », « Cela ne me ressemble pas mais, de ce fait, j'ai quelque chose à apprendre ». Cela nécessite de l'humilité.

Je pense à l'un des héros de mon livre, Warren, un enquêteur. Au début de notre travail sur son histoire, il ne voulait pas m'expliquer le déroulement de l'enquête criminelle relative au meurtre énigmatique que je raconte. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que j'ai compris la raison de cette réticence. Il était tellement humble qu'il n'avait pas envie que la lumière soit sur lui et que l'on imagine que lui seul avait résolu le mystère. Bien que ce soit, en l'occurrence, grâce à lui et à sa différence cognitive et perceptuelle que le crime a pu être élucidé, il insistait chaque fois dans nos échanges sur l'importance du fait qu'il faisait partie d'une équipe. Warren disait qu'il apprenait beaucoup auprès de ses collègues de la même manière que, sans doute, eux aussi apprenaient de lui.

J'espère que c'est là que mon livre porte un espoir ; celui d'une société où nous pourrions développer ensemble nos différentes intelligences pour le bien commun. Il ne s'agit bien sûr pas de le décréter par le haut, comme certains politiques le souhaiteraient. Et l'espoir ne suffit pas ; il faut agir collectivement parce que seul, on ne peut pas faire grand-chose. Dans chacun des récits, les protagonistes ont appris à avoir le courage et la force nécessaire pour aller vers l'autre. On n'a pas d'autre choix : si je veux vivre pleinement, y compris dans ma différence, je dois aller vers l'autre pour faire équipe et s'enrichir mutuellement. C'est nécessaire pour moi, en tant que personne neuroatypique, ainsi que pour la société.

H : Les séries télévisées, les films et les bandes dessinées actuels traitent souvent d'un héros présentant des traits neuroatypiques : il suffit de mentionner Monk, Sherlock Holmes ou Dr. House. Le héros neurodivergent est le héros de notre temps. Mais sa représentation dans la culture est très différente de ce que vous décrivez dans votre livre. Que pensez-vous de cette tendance ?

DT : Dans les années 1980, quand j'étais moi-même petit, il n'y avait qu'une seule représentation, *Rain Man*. Plus tard, Oliver Sacks² a consacré quelques pages aux autistes mais toujours de façon très négative. Pourtant, c'est un écrivain plein d'empathie et très humain... Mais quand il s'agit de l'autisme, il est très réducteur. Selon lui, les autistes n'arrivent pas à utiliser le langage. À l'époque, on voyait les autistes comme de petits professeurs, des pantins, même pas des êtres humains à proprement parler. Ça m'a beaucoup choqué. C'était donc important en tant qu'écrivain neuroatypique, d'aller à l'encontre de ces stéréotypes, en m'appuyant sur mon parcours et sur les témoignages de neuroatypiques. Le but était d'aller au plus près de leur expérience, de leur vie intérieure et de leur intimité. Il m'a donc fallu les interroger, sans cliché et avec beaucoup d'attention. Comme vous le dites, il y a une prolifération des représentations des neuroatypiques dans la culture de masse. J'ai l'impression que les auteurs de ces représentations ont beaucoup lu Sacks mais très peu Tammet (voire pas du tout !).

Ils ne prennent que les éléments les plus spectaculaires sans se soucier du parcours singulier des gens neuroatypiques. Si on ne le prend pas en compte, on ne comprendra jamais leur rapport particulier aux chiffres, aux mots, aux couleurs et à la poésie.

Certes, c'est bien qu'on en parle. Cela témoigne du fait que de plus en plus de gens sont diagnostiqués, vivent ouvertement leur autisme et peuvent en parler autour d'eux, sans crainte d'être rejetés ou incompris. Mais cela témoigne aussi de l'envie d'exploiter cette différence à des fins purement spectaculaires, comme autrefois, quand on exposait sur une estrade des « singes savants ».

H : Les adolescents avec lesquels nous travaillons sont souvent fascinés et inspirés par ces héros atypiques, non-conformistes, doués et extrêmement fragiles à la fois. Que pensez-vous de l'attirance que les jeunes éprouvent envers les héros neurodivergents ?

DT : Tout à l'heure, vous avez mentionné Sherlock Holmes. Je trouve que ce héros nous offre une représentation nuancée de la neurodivergence. Bien que ce soit un personnage créé à la fin du XIX^e siècle, il est toujours populaire ; il a une humanité profonde qui fait écho chez les ados d'aujourd'hui. Il y a d'autres représentations dans la culture de masse, comme la série télévisée *The Good Doctor*³. J'ai regardé deux épisodes puis j'ai abandonné parce que la série est truffée de clichés. Le personnage principal parle et se comporte comme un robot. Cette façon caricaturale de représenter les autistes me fait penser à la manière dont, autrefois, les acteurs jouaient les homosexuels, en les représentant comme efféminés à outrance. Certes, il y a des homosexuels efféminés et des autistes qui ont un mode de vie « robotique » mais c'est loin d'être essentiel ou représentatif. Ce ne sont que des traits isolés parmi tant d'autres. L'un des héros de mon livre est un vrai chirurgien et il n'a rien à voir avec cette image-là ! Les auteurs de la série avaient de bonnes intentions et voulaient valoriser les autistes mais je ne suis pas sûr qu'ils se soient donnés la peine d'inviter un consultant neuroatypique qui aurait pu leur donner son point de vue.

H : Dans votre livre, vous nous proposez un point de vue loin des clichés et de la caricature.

DT : Mais c'est parce que chaque autiste est différent ! Il est important d'éviter les idées reçues, d'être plus subtil, plus nuancé et plus complexe. J'essaie de raconter des histoires qui puisent leurs racines dans la neurodivergence (c'est-à-dire dans quelque chose d'exceptionnel) mais qui visent l'universel parce que c'est ça, la littérature. C'est parce qu'on néglige les vraies origines de la différence des neurodivergents que leur représentation dans la culture de masse est souvent faussée. Quoi qu'il en soit, si les jeunes aiment ces personnages, tant mieux : quand j'avais dix ans, j'ai été ravi de voir *Rain Man* à la télévision. Une mauvaise représentation vaut mieux que rien du tout !

H : Au premier abord, on peut avoir l'impression que votre livre traite de l'inclusion et de la tolérance à l'égard des neurodivergents. Mais votre message est plus large. Il s'agit de découvrir les ébauches de la neurodivergence en chacun de nous, n'est-ce pas ?

DT : Je pense que l'enfance reste plus profondément ancrée chez les neuroatypiques. Ils gardent la curiosité, l'imagination et le refus de ce qui semble évident et propre à l'enfant. À l'âge adulte, on a tellement pris

Ils ne prennent que les éléments les plus spectaculaires sans se soucier du parcours singulier des gens neuroatypiques.

Certes, il est important d'avoir des statistiques, des diagnostics et des théories. Mais au-delà, il y a des histoires individuelles au vécu singulier.

nos marques que tout nous semble codé donc banal. L'enfant en nous peut parfois nous dire : « on peut faire, vivre et penser autrement ! ». Mais c'est à double tranchant car cela peut mener à l'incompréhension de la part de la société. En tant qu'écrivain, je me dis la même chose à chaque fois : il faut raconter. Certes, il est important d'avoir des statistiques, des diagnostics et des théories. Mais au-delà, il y a des histoires individuelles au vécu singulier. Cela permet aux psychothérapeutes, aux chercheurs, aux parents et aux autistes eux-mêmes de découvrir l'immense complexité, richesse et variété de ce spectre. Je trouve que ce n'est qu'en racontant quelque chose qu'on le comprend mieux. Par exemple, à l'école, quand on apprend et que l'on reste seulement dans les chiffres, dans les conjugaisons et les règles, le savoir acquis s'avère superficiel et on l'oublie par la suite. Or, quand on est face à un récit ou à une histoire, là, on s'identifie à son protagoniste neuroatypique et ça nous parle. En s'identifiant ainsi, on peut déceler ce qui nous unit, c'est-à-dire notre humanité commune. Finalement, nous avons tous le sentiment d'être différent des autres, d'être parfois seul et déboussolé face à la réalité qui nous dépasse, tellement elle est complexe et imprévisible... 🎲

3. *The Good Doctor* est une série télévisée dramatique américaine développée par David Shore (créateur de la série *Dr House*), fondée sur la série sud-coréenne du même nom. Son protagoniste est un jeune docteur autiste prodige qui a beaucoup de difficultés à gérer les interactions sociales.



PATRICK ALMEIDA

DÉFIS DE L'ADOLESCENCE ET DE L'AUTO-DÉTERMINATION

Lorsqu'on accompagne des jeunes, il est essentiel de répondre à la question : « Qu'est-ce que l'adolescence, aujourd'hui ? ».

Autrefois, la réflexion psychanalytique sur les adolescents se concentrait sur les dynamiques familiales et leurs conséquences. On observait un rejet de la figure paternelle suivi d'un désir de s'en séparer. Cette séparation, souvent appelée « révolte », était perçue comme un hommage initial au père et à la signification venant de l'autorité paternelle. Cette révolte était orientée vers une recherche de soi et de nouvelles identités. Aujourd'hui, les adolescents ne sont plus orientés dans une révolte à l'intérieur des structures symboliques qui représentent l'ordre et les normes sociales. Ils tendent désormais vers une redéfinition de soi plus flexible et fluide, notamment en ce qui concerne les questions d'identité sexuelle. Les adolescents naviguent dans un monde où les structures patriarcales traditionnelles ont perdu de leur influence, laissant place à une nouvelle dynamique familiale et sociale. Comment se construire au-delà du père à l'époque du déclin du patriarcat ?

IDENTITÉ FLUIDE

On observe dans la clinique des enfants et des adolescents un cadre où les repères identitaires sont plus souples¹. Ils revendiquent une identité sexuelle flottante, mobile et plastique sous la bannière de la liberté de choix et de l'autodétermination. Cette tendance vers une identité sexuelle fluide s'inscrit dans un contexte législatif en évolution, de plus en plus favorable à la reconnaissance des identités de genre. La circulaire du 29 septembre 2021² recommande au personnel de l'Éducation nationale de respecter le ressenti des élèves concernant leur identité de genre, et cette prise en compte se généralise progressivement dans d'autres instances administratives³. La directive visant à « comprendre les réalités et la diversité des situations de transidentités⁴ » reflète cette tendance mais réduit parfois l'espace pour une exploration plus nuancée du vécu des jeunes concernés. Puisque l'identité de genre est considérée comme propre à chaque individu et à son ressenti intime, toute tentative de questionnement peut être perçue comme une remise en cause de la vérité subjective de l'individu. Cependant, cette autodétermination pose des questions sur la manière dont on peut accompagner les jeunes à ce stade de leur vie. L'enjeu pour les professionnels est de concilier la reconnaissance de cette autodétermination avec l'exploration de la complexité de la subjectivité.

Aujourd'hui, les adolescents ne sont plus orientés dans une révolte à l'intérieur des structures symboliques qui représentent l'ordre et les normes sociales.

1. En termes d'identification fluide, rappelons ce qu'avait souligné Zygmunt Bauman avec son concept « d'amour liquide ».

2. Circulaire du 29 septembre 2021 relative à la prise en compte des questions d'identité de genre en milieu scolaire, disponible sur le site du Ministère de l'Éducation nationale : [education.gouv.fr](https://www.education.gouv.fr)

3. Malgré les controverses, la circulaire reste en vigueur, mais elle est surveillée de près et pourrait être sujette à des révisions ou des ajustements en fonction des retours et des évolutions légales et sociales dans le domaine de l'éducation et de la protection des droits des enfants.

4. *Ibid.*

5. Ce mouvement vers une identité fixe est soutenu par la loi de janvier 2022, portée par Laurence Vanceunebrock, qui interdit les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Bien que cette loi constitue une avancée dans la reconnaissance des droits individuels, et une avancée dans la protection des droits des personnes LGBT+ en France, elle soulève des questions sur la manière d'accompagner les jeunes dans cette affirmation de soi.

6. À ce propos : Vellut N., *Le retrait des jeunes (ou hikikomori), une préférence négative*. Adolescence, t.33 3, (3), 20155, 593-602. doi :10.3917/ado.093.0593.

JE RESSENS, DONC JE SUIS... ET LE DÉFI POUR LES PROFESSIONNELS

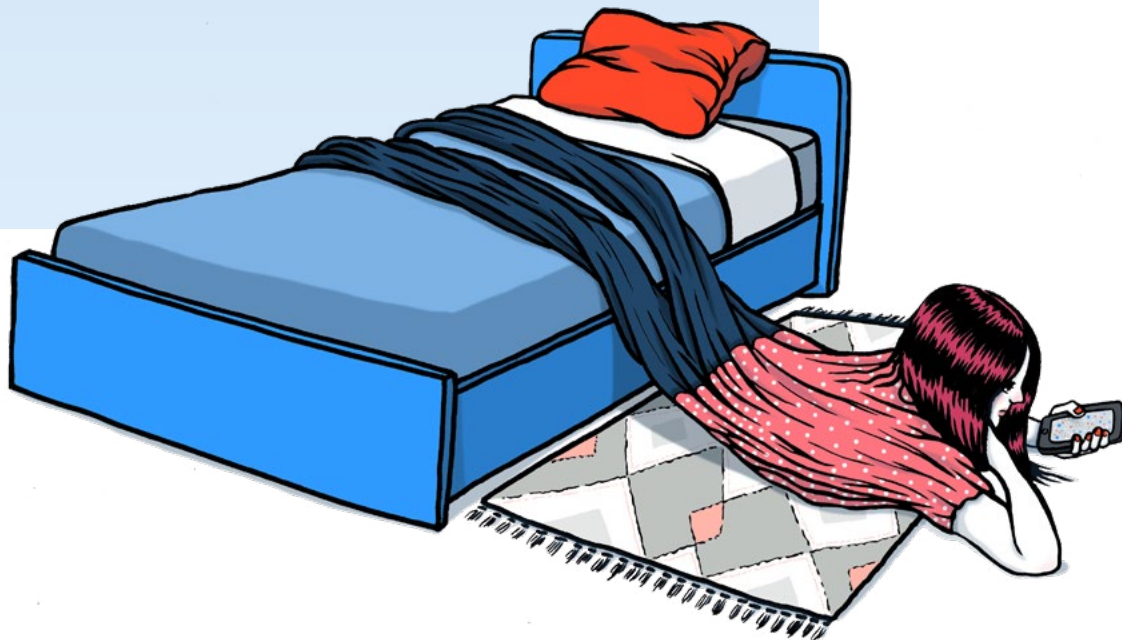
L'autodétermination est devenue une revendication centrale, où l'individu aspire à une identité parfaite, immuable, en phase directe avec ses ressentis⁵. Cette quête peut parfois occulter la complexité de la subjectivité et le lien à l'inconscient. L'identité de genre reflète une tentative de simplifier ce qui est, en réalité, un processus psychique beaucoup plus nuancé. Toute remise en question du discours de l'enfant peut être interprétée comme une atteinte à son autodétermination, ce qui menace la possibilité d'un véritable dialogue autour des choix identitaires. Le danger réside dans une fixation excessive sur l'image de soi et du corps, réduisant la place de la complexité relationnelle et du désir. Le rôle des professionnels devient plus complexe, car toute intervention pourrait être perçue comme intrusive ou corrective, même lorsqu'il s'agit d'une demande explicite d'aide. Il ne s'agit pas de remettre en question leur autodétermination, mais plutôt d'ouvrir un espace de parole où l'inconscient et les contradictions internes puissent être entendus où les aspects de leur subjectivité laissés dans l'ombre puissent être questionnés. Au-delà des enjeux liés à l'identité de genre, il existe une désorientation plus générale qui affecte de nombreux jeunes.

DÉSORIENTATION GÉNÉRALISÉE CONTEMPORAINE

Autrefois, les adolescents cherchaient à s'émanciper de l'autre, tandis qu'aujourd'hui, ils cherchent une satisfaction immédiate, influencée par le discours capitaliste. Ce dernier, centré sur la consommation et la gratification instantanée, pousse les adolescents à rechercher constamment de nouvelles formes de satisfaction et de validation extérieure. Cette quête incessante de satisfaction rapide crée un désordre majeur entre identification et identité. L'affirmation absolue « Je suis ce que je dis » reflète une tendance contemporaine à valoriser l'immédiateté du présent, limitant ainsi l'accès à une réflexion plus approfondie qui pourrait susciter un questionnement dialectique sur ses propres certitudes. Parmi ces jeunes en quête de repères, un exemple frappant de désorientation et de révolte silencieuse est celui des *Hikikomori*.

LA RÉVOLTE HIKIKOMORI

Actuellement, parmi les jeunes que nous rencontrons, il semble qu'il s'agit plutôt d'une révolte désorientée, sans l'autre. Les *Hikikomori*, avec leur isolement social extrême, en sont un exemple frappant⁶. Ils montrent comment on peut essayer de vivre – en utilisant les gadgets et produits issus de la science, tels que l'ordinateur et les écrans — de nouvelles réalités. Chez les adolescents, on observe aussi des états de décompensation sans nécessairement avoir un déclenchement bruyant, laissant souvent l'individu relativement stabilisé, quoique toujours vulnérable, dans son lien au monde. Les jeunes *Hikikomori* illustrent ce phénomène, car leur appartenance à certains réseaux sociaux et liens particuliers compensent une certaine « précarité symbolique », définie comme une difficulté à mettre des mots sur leurs maux et souffrances existentiels. À travers les communautés virtuelles, ils trouvent une forme de reconnaissance et d'appartenance qui leur manque dans le monde réel. Cette identification à l'autre communautaire, bien que fluide et souvent superficielle, permet la construction de leur identité et la création d'un point d'ancrage, renforcé par l'appartenance à un groupe. Ces interactions virtuelles fournissent des repères et des soutiens symboliques, comblant partiellement le vide rencontré par le jeune. Ces jeunes cherchent un lien dans l'espace virtuel qui vient pallier l'absence de repères dans le monde réel, un enjeu que nous rencontrons régulièrement à Thélèmythe. Toutefois, face à cette quête d'appartenance virtuelle, il devient essentiel de soutenir les jeunes dans leur quête identitaire et leur construction de sens.



SOUTENIR LA QUÊTE IDENTITAIRE ET LA CONSTRUCTION DE SENS CHEZ LES JEUNES

Accompagner un jeune dans son parcours implique de reconnaître la pluralité et la complexité de son identité. Il est crucial de l'aider à explorer ses désirs et à prendre le temps de comprendre toutes les dimensions de son vécu, y compris celles qui peuvent être refoulées ou ignorées. Dans un contexte où les repères traditionnels sont en pleine mutation, comment pouvons-nous créer des espaces de parole authentiques et constructifs, permettant à chaque jeune de s'approprier son histoire et d'avancer dans sa quête de sens ?

Dans ce cadre, il est primordial de soutenir ces jeunes, souvent issus de milieux précaires, en leur offrant une écoute attentive et une approche respectueuse de leur singularité, tout en les encourageant à développer une réflexion sur eux-mêmes et sur leur place dans le monde. Il est important de trouver un équilibre entre la valorisation de l'autodétermination et la reconnaissance de la complexité de la subjectivité humaine, sans oublier l'importance de l'inconscient dans la construction de l'identité.

Au sein de Thélèmythe, nous nous engageons à accompagner ces jeunes, dont les parcours sont souvent marqués par des difficultés sociales et familiales. Nous leur offrons un espace d'expression et de réflexion, où ils peuvent explorer leurs désirs, leur identité et leur place dans le monde, tout en respectant leur singularité. Cette approche individualisée permet de soutenir leur quête de sens et de les aider à s'ancrer dans des repères solides qui facilitent leur développement. En créant ces espaces de parole, nous permettons aux jeunes de se reconnecter avec leurs aspirations profondes et d'avancer dans un cadre sécurisant.

Ainsi, la pratique d'accompagnement se heurte souvent à un écart entre la théorie et la réalité du terrain.

LE HIATUS ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE

Il est essentiel de reconnaître le hiatus entre les idéaux législatifs, visant à protéger l'autodétermination des jeunes, et les défis concrets rencontrés par les professionnels. Cet écart, causé par la complexité de la subjectivité humaine et de l'inconscient, crée souvent une situation de blocage dans la pratique où la tension entre la protection des ressentis et l'exploration de la complexité psychique devient palpable. Ce hiatus mérite d'être exploré davantage afin d'ajuster les cadres théoriques aux réalités du terrain, pour un accompagnement plus nuancé et efficace. 



CONVERSATION AVEC ANASTASIA ARKHIPOVA

Anastasia Arkhipova est critique de théâtre et coautrice de l'ouvrage *L'époque des séries télévisées. Comment les chefs-d'œuvre du petit écran ont changé notre monde*¹. Hiatus est allé à sa rencontre pour savoir comment l'art peut encore réenchanter le monde.

Mercredi 1^{er} mai 2024, 15h30, Canal Saint-Martin, 75010 Paris,
Propos recueillis par HIATUS

HIATUS : De nos jours, tout le monde regarde des séries télévisées. Mais depuis quand sommes-nous entrés dans cette époque ?

ANASTASIA ARKHIPOVA : Il existe plusieurs façons de définir le début de cette époque. Certains prennent la saga mafieuse *The Sopranos*, en 1997, comme point de référence là où d'autres considèrent que cela a commencé plus tôt, en 1993, avec la série *The X-Files*. Personnellement, je préfère *Twin Peaks* (1990-1991) pour débiter cette nouvelle ère. Lorsque David Lynch a pris *Twin Peaks* en main, il est devenu évident que l'on pouvait faire tout ce que l'on veut avec le format de la série télévisée. Ce que l'on appelle « l'âge d'or » de la série a débuté à partir de ce moment-là et a donné naissance à un nouveau genre, combinant film indépendant et culture de masse.

H : Les séries télévisées relevaient-elles du genre « vulgaire » avant cela ?

AA : Tout à fait. D'après certains de ses chroniqueurs, les séries étaient « une zone morte pour la créativité ». Or, depuis les années 1990, le statut de scénariste et d'auteur du projet (*showrunner*) de séries a connu une évolution spectaculaire. Des caméramans et réalisateurs hors pair se sont mis à développer ce nouveau genre et les stars de séries télévisées ont commencé à avoir des carrières extraordinaires. À partir de ce moment-là, le niveau des effets spéciaux a décuplé. Les séries ont pris une ampleur littéralement planétaire : c'était le cas par exemple de la série *House MD* dans les années 2000, dont la notoriété ne s'est toujours pas estompée. Des jeunes d'environ 17 ans s'intéressent toujours à cette série culte.

H : « Série culte », c'est une expression qui nous renvoie à la dimension du sacré...

AA : Max Weber parlait du « désenchantement » du monde moderne. Avec l'émergence du discours de la science, le monde a été désenchanté, il a cessé d'être sacré. Les chercheurs contemporains considèrent que la culture de masse offre un « re-enchantement » du monde, cette fois-ci en nouvelle symbiose avec la science.

H : Alors comment de nouveau accueillir « l'enchantement » perdu ?

AA : Pour cela, une série ne doit pas nécessairement relever de la *fantasy* ou de la science-fiction. Ce qui est essentiel est de créer un univers multidimensionnel fascinant, avec des histoires bien développées et des personnages complexes et convaincants. Ce qui est magique est le fait que nous soyons enchantés par cet univers, comme si c'était un portail magique vers un autre monde. En fait, le plus proche parent de la série n'est pas du tout le cinéma mais le roman du XIX^e siècle qui était publié en plusieurs parties dans des revues littéraires. Les lecteurs attendaient impatiemment la sortie d'un nouvel « épisode ». L'épopée « holmésienne » de Conan Doyle était également constituée de cette manière. Un exemple moderne de ce type de roman est *Harry Potter*. La temporalité particulière de la série divisée en épisodes et en saisons imite la temporalité de la vie elle-même. Nous sommes fascinés et enchantés par les personnages ; il est nécessaire que nous tombions littéralement amoureux d'eux... Ils deviennent alors nos amis proches.

H : Comme les membres d'une famille ?

AA : Plutôt comme des âmes sympathisantes, unies par de nouvelles formes de parenté. Concernant la famille, il est intéressant d'évoquer *The Sopranos*. Il s'agit d'une famille ou plutôt d'un clan... Un clan mafieux aux habitudes effrayantes ! Pourtant, le personnage principal, Tony Soprano, est très attachant. Nous suivons sa vie quotidienne, ses problèmes émotionnels, ses séances de psychanalyse et son amour envers ses enfants. En même temps, on nous fait voir ses crimes. Nous sommes impliqués dans sa vie en tant que complices et amis intimes. Les séries de l'âge d'or ouvrent la possibilité de briser tous les tabous et d'essayer des expériences audacieuses. Il n'est donc pas étonnant qu'elles s'élaborent sur la figure de l'antihéros.

H : D'où vient cette fascination pour un héros aussi étrangement inquiétant ?

AA : L'antihéros est une figure complexe. Ce n'est pas forcément un criminel ou un méchant. Le bandit n'est qu'un avatar du spectre très large, allant de l'hurluberlu inoffensif jusqu'au cannibale ou au tueur en série (en passant par le génie, le fou, l'extraterrestre ou l'être surnaturel...). L'antihéros possède des capacités extraordinaires et des connaissances particulières. Les jeunes l'appellent « *freak* ». Un *freak* est quelqu'un d'exceptionnel qui ne correspond à aucune norme. En règle générale, il a subi un traumatisme. Il ignore souvent même les règles élémentaires de la communication émotionnelle. Le *freak* est « cool », « bizarre », « romantique » et « beau », tout en étant aussi « vilain » et « dingue » ... Il a sûrement eu une « enfance difficile ». Ce « fou » atypique et traumatisé peut être incarné par un héros adolescent, comme le prouve, par exemple, l'une des séries télévisées les plus populaires ces dernières années, *Stranger Things*. Wednesday est un autre exemple de l'antihéroïne adolescente.



H : Tu mentionnes le fou comme faisant partie de ce spectre. S'agit-il d'une métaphore ou bien d'un véritable trouble mental ?

AA : Souvent, il s'agit en effet d'un trouble mental. Dans les séries télévisées, le diagnostic d'autisme de haut niveau est très répandu, bien qu'il faille préciser qu'il s'agit d'un « diagnostic cinématographique », lequel ne coïncide pas avec la description clinique de ce trouble. Des personnages comme Dexter ou Hannibal des séries éponymes pourraient certainement être définis comme psychotiques. Mais il n'est pas essentiel qu'ils soient psychotiques. Ce qui est en jeu est la non-conventionnalité d'un tel héros. Certes, il devient objet de l'amour transgressif du spectateur ou son ami imaginaire inquiétant. L'antihéros vous rend automatiquement son complice car, en tant que voyeur, vous êtes au courant de toutes ses intrigues. Mais le plus important est que l'antihéros est un outil de critique sociale très radicale et pertinent. Grâce à cet « instrument », on peut voir le monde, ses normes inertes et ses injustices foncières, à travers les yeux d'un extraterrestre. L'antihéros condense le point sensible de notre société. À l'époque des concepts *woke*, *queer* et *MeToo* et de la remise en question radicale des normes habituelles, c'est extrêmement important.

H : Si nous poursuivons le thème de la fascination du spectateur par l'antihéros, quelles formes prend-elle et à travers quelles pratiques s'exprime-t-elle ?

AA : Il est très important de souligner que les séries n'existent pas indépendamment de son destinataire et de ses fans. Ici, le spectateur n'est plus le récepteur passif d'un film d'auteur. L'ancienne hiérarchie est abolie. Désormais, le fan est cocréateur. L'épanouissement de cette nouvelle forme d'art coïncide avec l'évolution foudroyante des réseaux sociaux. Chaque série télévisée culte représente un noyau autour duquel les cercles concentriques des activités des fans se forment. Cela peut se manifester sous forme de discussions et d'explications détaillées d'épisodes, de *fanart* (dessins et vidéos sur *TikTok* et *YouTube*), de *fanfictions*, de *cosplay*, de grandes conventions de fans, de voyages sur le lieu de tournage d'une nouvelle saison etc. Les *showrunners* ont rapidement pris cela en considération.

H : Les fans étaient-ils traités différemment dans le passé ? Après tout, les séries cultes sont apparues bien avant l'âge d'or, comme *Star Trek*.

AA : Effectivement ! Oui, à cette époque lointaine, à la fin des années 1960, lorsque cette immense franchise a vu le jour, les fans étaient traités différemment. Il y avait ce stéréotype peu flatteur du *fan-geek*. N'ayant pas de relations réelles dans sa vie, il les remplacerait par des relations imaginaires. C'est un type caricatural exclu du lien social ; il ne fréquenterait qu'occasionnellement des marginaux tels que lui. William Shatner, l'acteur qui a campé le Capitaine Kirk, leur a un jour conseillé avec arrogance de « *get a life* » (« vous n'avez pas mieux à faire ? »). Depuis, il s'en est publiquement repenti à plusieurs reprises. Contrairement aux clichés, le fan est un agent social très actif et créatif qui influence directement l'industrie elle-même. Aujourd'hui, les *showrunners* et les acteurs considèrent leur participation aux conventions de fans comme un honneur. Mieux encore, certains *showrunners* sont eux-mêmes d'anciens fans, comme les créateurs du *reboot* à grand succès de la célèbre série britannique *Doctor Who*.

H : D'après toi, l'antihéros dont le spectateur tombe amoureux est porteur d'un savoir particulier. C'est ce savoir sous-jacent qui déclenche ce que l'on appelle le transfert en psychanalyse et le spectre de fantasmes, n'est-ce pas ?

A. A : En effet. La structure même des séries composées d'épisodes qui se suivent (surtout si une série dure des années) fait penser à des séances de psychanalyse (un clin d'œil à Tony Soprano). Mais tout est

encore plus intéressant. Les fans ne s'intéressent pas tant au héros en tant que tel qu'à la dynamique de ses relations avec d'autres personnages. Les séries ont un énorme potentiel créatif qui permet de développer l'histoire à l'infini. C'est ce que font les « *ficwriters* » (ou « fanfiqueurs »), c'est-à-dire des fans qui publient des millions d'histoires de leur propre cru sur Internet, en utilisant les personnages canoniques, les détails des univers déjà existants etc. de manière inventive. Ces histoires ou *fanfics* (abrégé de *fanfiction*) fournissent matière à discussion aux autres fans. L'un des genres de *fanfics* les plus populaires est celui du *slash*. Le *slash* est la description d'une relation homoérotique entre des personnages masculins charismatiques (Sherlock et Watson, Dr. House et Wilson etc.). Dans la version originale, il s'agit généralement de personnages hétérosexuels mais entre lesquels il existe une sorte d'alchimie que les fanfiqueurs du *slash* aiment développer. Ce genre a été très influencé par les mangas japonais. Il est souvent classé dans l'écriture féminine : en effet, ce sont souvent des femmes (généralement hétérosexuelles) qui élaborent ce genre. En fait, Kirk et Spock sont considérés comme le premier couple de l'histoire du *slash* (on appelle « *pairing* » cette mise en couple des personnages canoniques, du mot anglais « *pair* »).

H : Pourquoi les femmes s'exercent-elles le plus à l'écriture du *slash* ? Que trouvent-elles si attirant dans ce genre ?

AA : Les autrices-fanfiqueurs se posent souvent la même question. Elles y répondent de manière humoristique : « Deux beaux mecs valent mieux qu'un ! ».

En fait, le *slash* fait l'objet d'un vaste champ d'études. En deux mots, nous pouvons résumer l'attrance de ce genre ainsi : dans un couple homoérotique, les deux participants sont dotés de traits masculins et féminins au sens large. C'est une façon de surmonter la disharmonie inhérente aux relations amoureuses dans la vie ordinaire. Par exemple, dans les *fanfics* sur Spock et Kirk, la technique extraterrestre de « fusion mentale » qui existe dans le canon, devient une pratique érotique de fusion parfaite dans le contexte du *slash*. Il existe également un sous-genre, l'omégaverse : selon les lois de cet univers, les héros humains possèdent le cycle sexuel biologique des animaux, ce qui permet d'établir des couples parfaits en fonction de la compatibilité hormonale.

H : S'agit-il toujours d'écriture féminine ou les choses ont-elles changé ?

AA : L'une de mes jeunes interlocutrices a qualifié les tendances actuelles de « vecteur *queer* ». Bien sûr, les jeunes filles et les femmes hétérosexuelles contribuent toujours activement au *slash* mais, de nos jours, il existe beaucoup plus de dénominations sexuelles et d'autoindentifications (*queer*, non-binaire, asexuel, trans, fluide de genre etc.) et le sujet de la diversité est de plus en plus mis en avant. Les séries sont désormais souvent considérées par le *fandom* (c'est-à-dire par le collectif de fans de telle ou telle série) à travers le prisme de l'éthique *queer*. En réponse à cela, les créateurs des séries eux-mêmes ont commencé à renforcer l'attrance entre les personnages principaux, voire y introduire des relations ouvertement homoérotiques. C'est pourquoi les séries relativement récentes comme *Good Omens* et *Our Flag Means Death* sont si populaires. À mon époque (les années 2000, les années 2010), le genre le plus populaire de la *fanfiction* érotique était celui de l'*Angst*. Il mettait en scène les souffrances et les tortures psychologiques des personnages. Aujourd'hui, la jeune génération préfère le *fluff fic*, genre qui mise sur la tendresse, la romance et la positivité. On peut « fluffer », c'est-à-dire rendre mignon tout ce que vous voulez, même les relations entre le cannibale Hannibal et son antagoniste Will !



HIATUS
REVUE DE L'ASSOCIATION THÉLÉMYTHE
6 BIS, AVENUE DU MAINE
75015 PARIS



DIRECTEUR DE PUBLICATION
SAMUEL GREVERIE

RÉDACTEUR EN CHEF
MICHAËL INGERFLOM

COMITÉ DE RÉDACTION
RUBRIQUE DISCOURS POLITIQUE
MICHAËL INGERFLOM, NORBERT LIGNY
RUBRIQUE DISCOURS CLINIQUE
GUSTAVO FREDA, BEATRIZ GONZALEZ-RENOU
RUBRIQUE DISCOURS DU MALAISE DANS LA CIVILISATION
GRIGORY ARKHIPOV, JULIE MOUCHETTE



COUVERTURE
DES PAS DANS LA NEIGE
CLAUDE-LUCA GEORGES, ARTISTE PEINTRE
SAMI, MELISSA, AMIRA, FAÏÇAL

ILLUSTRATIONS
GIULIA D'ANNA LUPO

GRAPHISME
LILLI LACOMBE

VOLTAIRE
TEXTE CORRIGÉ PAR LES SOINS DE
MARIE DAVEZIES-ROSENBERG
FLORENCE HAUTECOEUR, INÉS CRESPO



REMERCIEMENTS
SAMUEL GREVERIE, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION
NORBERT LIGNY, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET AU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION THÉLÉMYTHE
CYRIL GRONDIN, DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SAINT-MANDÉ,
NELLY OURY, NATACHA KOLAZI, MME CAISEY
POUR L'ACCUEIL DE L'ÉQUIPE 14-16 DE SAINT-MANDÉ

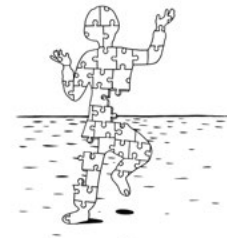
AUX CINQ INVITÉS
ANASTASIA ARKHIPOVA, DR. PATRICIA BRAZILLE, DANIEL TAMMET,
GAËL DIAS, STEEVES DEMAZEUX

ONT CONTRIBUÉ
FLORENCE HAUTECOEUR, FABIAN FAJNWAKS, MATHIEU SIRIOT,
RADU TURCANU, GRIGORY ARKHIPOV, PATRICK ALMEIDA



CONTACT:
HIATUS@THELEMYTHE.ASSO.FR

Achevé d'imprimer en france en juin 2025
par l'imprimerie FRAG, 68 rue Vaugirard - 75006 Paris



RELANCER LES DÉS



À l'heure des discours algorithmiques, difficile d'échapper à ces ordres de grandeur qui prétendent tout recenser de nos faits et gestes, quantifier nos opinions et mettre en coupe réglée nos vies matérielles. Avec le sentiment que les dés sont déjà jetés, les écarts ne semblent guère

pos-

HIATUS

atypique

cruellement

algorithm-



sibles.

est cet écart

qui manque

à l'objectivité

mique.

HIATUS, c'est l'idée que dans le langage se nichent des grains de sable qui enrayent la fabrique des discours qui nous déterminent si bien. Les dénicher,

revient

l'ordre des

à-dire

pour suivre

lière du



à contrarier

discours, c'est-

l'ordre existant,

la trame irrégul-

vivant.

HIATUS, c'est donc aussi une proposition : celle de relancer les dés. C'est ce qui s'appelle simplement une possibilité critique.



« Le jeu est déjà joué, les dés sont déjà jetés. Ils sont déjà jetés, à part ceci, que nous pouvons les reprendre en main, et les jeter encore. »

Jacques Lacan

