

## Allocution présidentielle

### Psychiatrie et psychopathologie : limites et changements

par M. TIMSIT

---

L'on m'a confié pour un an la présidence de notre Société. Au moment de vous dire combien je me réjouis de cet honneur qui m'est fait, je ne peux m'empêcher d'exprimer en même temps le regret que j'ai de voir mon prédécesseur d'Hollander quitter cette tribune. Son affabilité constante, sa courtoisie, comme la pondération et la sagesse dont il a fait preuve dans ses interventions, sont la marque d'un humanisme profond.

Je ne peux m'empêcher également de profiter de cette occasion pour dire toute l'admiration que j'éprouve pour l'ardeur, le dévouement et le désintéressement que notre Secrétaire Général J. Titeca déploie, malgré l'ingratitude de sa tâche, à la tête de notre Société et, aux côtés de J. Bobon, à la direction des Acta. Sa modestie dut-elle en souffrir, je me plais à lui rendre hommage pour ces qualités rares qu'à la vérité nous ne sommes pas étonnés de rencontrer chez ce grand rotarien.

Je me propose de parler aujourd'hui des relations complexes qui se tissent entre la psychiatrie et la psychopathologie.

De longues errances au cours d'une existence ne présentent pas que des désavantages. Au-delà des vicissitudes d'ordre matériel ou moral, souvent rapidement surmontées grâce aux vertus hospitalières du pays d'accueil, il reste au transplanté la faculté de comparer à travers son expérience vécue, gens et méthodes, coutumes et habitudes de pensée, réactions affectives et comportements.

Sans doute dois-je, en toute objectivité, préciser que l'on a abondamment montré dans la littérature scientifique combien une rupture de ce genre, qui intervenait dans le mode de vie, et notamment lorsqu'elle présentait un caractère radical lié à une méconnaissance de la langue et des usages linguistiques du pays d'accueil, combien cette rupture était génératrice de troubles mentaux d'intensité diverse, troubles mentaux que l'on pouvait à juste titre considérer comme l'expression de

manifestations défensives face à l'émergence d'une angoisse née de la maladaptation et de sentiments de dépersonnalisation.

L'exercice de sa profession permettrait-il à un psychiatre d'échapper à ce genre de troubles ? J'ose le croire, mais peut-être certains de mes collègues de travail me démentiront-ils ? Il y aurait beaucoup à dire sur les motivations profondes de la vocation psychiatrique et nous nous y sommes essayé ici-même il y a quelques années avec M<sup>me</sup> Donnay-Richelle et M. Dongier ; toujours est-il qu'il reste au psychiatre la ressource — et le privilège — de rationaliser, quelquefois à l'infini, d'autres fois en réussissant la performance de se faire parfaitement comprendre de ses confrères, à tout propos et en toute circonstance. Dans le cas présent en l'occurrence, c'est par un intérêt jamais démenti pour cette question des « frontières », et concrétisé par de multiples tentatives d'approche du problème des « états limites », que je pense avoir mis à l'épreuve cette attitude défensive, attitude qui en vaut bien une autre après tout.

Le respect que je porte à la vérité historique me fait un devoir cependant de préciser que cette attirance, sinon cette fascination qui s'est marquée chez moi toujours davantage pour ces problèmes d'interfaces, comme on dit familièrement aujourd'hui, à l'ère des ordinateurs, est liée aux doubles polarités entre lesquelles je n'ai cessé d'évoluer : à mi-chemin de la *neurologie* et de la *pathologie infectieuse* autrefois lorsque j'affrontais les problèmes complexes soulevés par l'introduction de thérapeutiques alors révolutionnaires — streptomycine, isoniazide, cortisone — dans le vaste champ des méningo-encéphalites tuberculeuses, des encéphalites virales, des poliomyélites, des polynévrites ; à cheval aujourd'hui sur une *pratique psychiatrique* dont les modalités se sont néanmoins modifiées au fil des années puisque j'ai eu en quelque sorte le privilège d'exercer aussi bien dans le domaine de la psychiatrie que l'on dit « lourde » qu'en psychiatrie légère, et sur une *activité de recherche psychopathologique* complexe puisqu'elle m'amène à traiter tout à la fois des techniques projectives et des explorations fonctionnelles électroencéphalographiques.

Voilà les raisons qui me conduisent aujourd'hui à tenter de formuler les interrogations que je ne cesse de me poser sur les relations qui peuvent bien exister entre psychiatrie et psychopathologie, sur la nature des changements qui interviennent dans les processus historiques, sur les notions de continuité ou de discontinuité entre champs d'investigation.

L'on comprend que de la clinique des états-limites, le regard se porte le plus naturellement du monde « au delà » ou « en-deçà », et que le discours s'émancipe pour se risquer à traiter de la psychiatrie des

limites, et, pourquoi pas, des limites de la psychiatrie et de la psychopathologie.

Je dois reconnaître que j'ai éprouvé un vif sentiment de satisfaction et que mon intérêt pour ces questions s'est trouvé redoublé lorsqu'il est apparu, ces toutes dernières années, qu'elles suscitaient en des lieux très divers des préoccupations et des réflexions bien souvent d'ailleurs non dépourvues d'esprit passionnel sinon de polémique, qu'il se soit agi des controverses qui ont agité les cliniciens au sujet de la légitimité des états-limites, des neurophysiologistes s'interrogeant sur la validité des modèles qu'ils proposent et des limites de leur fameuse boîte noire (1), des psychanalystes se questionnant sur les « limites de l'analysable » (2) ou encore de ce débat extrêmement fécond qui était organisé en septembre 1972 au Centre Royaumont sur le thème de « L'unité de l'Homme » (3).

Mais à ces impressions euphoriques n'a pas manqué de s'ajouter un état de déplaisir engendré par l'extrême émiettement des données scientifiques issues des savoirs les plus divers, alors que l'on peut se demander si leur acquisition n'est pas indispensable à l'exercice de notre profession. Il n'est que de reprendre la lecture des Acta, sur une année ou deux, pour se convaincre de l'impétuosité du développement des disciplines connexes dont a à connaître le psychiatre. Faut-il le regretter ? Assurément pas, mais force est de constater — et sans doute ne suis-je pas le seul à le ressentir — qu'on peut être en proie à un sentiment de désarroi si l'on prétend, par une lecture rapide, passer d'études, au demeurant très remarquables, sur les aspects génétiques de la maniaco-dépressive, à celles, non moins rigoureuses, qui traitent des problèmes épidémiologiques, des essais psychopharmacologiques, des recherches neurophysiologiques, des problèmes institutionnels ou de considérations métapsychologiques.

Et pourtant, peut-on valablement de nos jours se tenir à l'écart de ce foisonnement d'idées, de résultats et de découvertes ?

Comment définir psychiatrie et psychopathologie ?

Il arrive encore souvent que leur sens soit confondu par l'usage. Ce sont pourtant deux entités bien distinctes que Henri Wallon, il y a

---

(1) ATLAN H. *L'organisation biologique et la théorie de l'information*. Paris, Hermann, 1972, 300 pages.

(2) Aux limites de l'analysable. *Nouvelle Revue française de Psychanalyse* : Paris, n° 10, automne 1974.

(3) MORIN E. et PIATELLI-PALMARINI M. *L'Unité de l'homme. Invariants biologiques et universaux culturels*. Centre de Royaumont pour une Science de l'Homme. Paris, Seuil, 1974, 829 pages.

près de cinquante ans, dans un petit livre aujourd'hui épuisé (4), opposait d'une manière on ne peut plus claire :

- la psychiatrie est une discipline *médicale* ;
- la psychopathologie ou psychologie pathologique, une discipline *psychologique* ;
- toutes deux ont un même terrain d'études, le domaine des maladies mentales qui ressortit à la médecine.

Elles ont cependant des buts différents : comme toute autre branche des sciences médicales, la psychiatrie a pour objet la connaissance des maladies, affections ou infirmités mentales, c'est-à-dire qu'elle se propose de décrire des groupes de symptômes, de syndromes ou d'entités nosographiques, de déterminer leur évolution, d'énoncer dans la mesure du possible leurs causes, pour viser un traitement, une prophylaxie et une réadaptation.

Sans doute ce rappel peut-il paraître incongru devant une assemblée de psychiatres rompus tous les jours à cette pratique et je vous prie de bien vouloir m'en excuser, mais il me paraît impossible de développer une argumentation quelconque sans qu'aient été établies au préalable des définitions claires et indiscutables. Il convient d'ailleurs de préciser, d'une manière qui sera nécessairement extrêmement brève si nous voulons rester dans le vif de notre sujet et surtout dans ces limites de temps qu'en vertu de mes nouvelles fonctions je me dois de faire respecter, que la pathologie mentale ne peut se constituer avec son objet propre que dans la mesure où, précisément, elle ne se confond pas avec la pathologie générale. Comme y insiste Henri Ey, la maladie mentale apparaît dans la société humaine comme une atteinte, non de la vie organique qui menacerait plus ou moins mortellement la « vie », mais comme une pathologie de la vie psychique qui saisit l'homme dans son « Humanité », donc dans sa *sociabilité*. Qu'on ne s'y trompe pas, la querelle du modèle anatomo-clinique des maladies mentales est loin d'être éteinte et il n'est que de discuter avec certains de nos collègues internistes, souvent éminents, pour s'en persuader.

C'est précisément à la *psychopathologie* que l'on doit cet élargissement du cadre classique de la psychiatrie et les bouleversements de ses catégories nosologiques. La psychopathologie générale, branche de la psychologie, ne peut se réduire à la psychiatrie puisqu'elle poursuit un but différent qui consiste à étudier les symptômes morbides pris

---

(4) WALLON H. *Psychologie pathologique*. Paris, Alcan, 1926, 100 pages.

en eux-mêmes, leurs conditions d'apparition et leurs aspects psychobiologiques et psycho-sociologiques dans le but d'élaborer ces matériaux en une théorie de la connaissance qui, d'une part, enrichit la psychologie générale, et, d'autre part, ferait retour à la psychiatrie pour l'amener à se dépasser.

Sans reprendre ici à notre compte le fameux — et acerbe — apologue de Skinner (5) imaginant le retour à notre époque d'un Socrate incapable de comprendre un mot du langage des physiciens ou des mathématiciens, mais nullement dépaycé au sein des savantes sociétés de psychologues — j'ose espérer que la nôtre échapperait à ce sort — l'on doit convenir que, malgré une somme énorme de travaux, aucune théorie à l'heure actuelle ne rend un compte exact de l'ensemble des phénomènes psychopathologiques.

Si nous devons recourir à des mots-clés pour tenter de fixer notre propos, nous dirions, avec un schématisme qui paraîtra forcément outrancier, que ce sont les « grandes mutations » des tableaux cliniques qui caractériseraient l'état de la psychiatrie aujourd'hui, et l'« éparpillement » des connaissances qui définirait l'état actuel de la psychopathologie. Dans l'un et l'autre cas n'est-ce pas, outre celui de l'« écartèlement » du psychiatre, le problème des *limites* qui se trouve posé, limites dans le temps et limites dans l'espace ?

### 1. Les grandes mutations des tableaux psychiatriques

C'est devenu un lieu commun, désormais, de reconnaître que les manifestations « typiques » de l'hystérie n'ont plus qu'un caractère historique et qu'une asthénie plus prosaïque a pris leur place, de constater que les catatonies d'antan sont révolues, que les paraphrénies ont perdu leur luxuriance — et je sais certains de nos collègues qui le déplorent —, de proposer à la suite de Brisset que nos sociétés hautement développées sur le plan technologique par la complexification des tâches qu'elles supposent, par la déshumanisation qu'elles entraînent dans les relations interpersonnelles et peut-être aussi par la modification radicale des rôles qu'elles déterminent dans le couple et la famille, sont responsables de la substitution de ce que l'Ecole de Paris a nommé l'enlèvement psychosomatique, d'une part, et de l'obsessionnalisation des conduites, d'autre part, à ce qui était du registre de l'Hystérie, névrose d'expression.

---

(5) SKINNER B.F. *Par delà la liberté et la dignité*. Paris, Laffont, 1972.

En fait, ce sont tous les tableaux psychiatriques qui sont transmutés peut-être même dans leur essence et le professeur Pichot rappelait, il y a quelques années, à Bruxelles, les vicissitudes qu'avaient connues les aspects des dépressions à travers le temps et à travers l'espace, lorsqu'on les appréhendait dans des cultures différentes. Une expérience plus récente conduite au Maudsley Hospital par une équipe de chercheurs anglais à l'aide d'enregistrements de cas magnétoscopiques a abouti à des résultats dont le caractère paradoxal de certains d'entre eux abonderait dans ce sens. Il était en effet demandé à deux équipes de psychiatres français et allemands suffisamment familiarisés avec la pratique de l'anglais de porter un diagnostic psychiatrique précis à partir de l'observation des cinq premières minutes des entretiens enregistrés sur ces bandes. Si, pour un certain nombre d'affections, la concordance s'est révélée parfaite entre les conclusions avancées par les trois équipes, en revanche les distorsions sont apparues — d'une manière statistiquement significative — à propos de cas dont on aurait attendu au contraire un accord unanime, étant donné le caractère typique qu'on leur assigne classiquement puisqu'il s'agissait de patients présentant une psychose maniaque-dépressive.

Le temps me manque pour évoquer comme il conviendrait tous les travaux, tels ceux de Guyotat, Tissot et bien d'autres qui ont été consacrés aux modifications considérables des tableaux cliniques des schizophrénies depuis l'avènement des traitements par les neuroleptiques. Ce phénomène nous est d'ailleurs devenu si familier que je suis persuadé que l'on ne m'en fera pas grief. Plus troublantes cependant, paraissent être les conclusions des rigoureuses enquêtes épidémiologiques auxquelles se sont livrés Américains et Scandinaves. Je pense notamment à la célèbre enquête de Manhattan (Midtown) qui avait révélé que de toute la population non consultante qui avait fait l'objet de ces investigations psychiatriques, moins de 20 % des gens pouvaient être considérés comme indemnes de toute affection et dispensés d'assistance. Dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant, Diatkine et son équipe du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris devaient aboutir à des conclusions identiques (6).

Comment ne pas éprouver un sentiment de vertige devant cette dilution des frontières d'un domaine que l'on pouvait croire jusqu'ici assuré, sinon rassurant ? Il y a un moyen commode et peut-être élégant de s'en défendre, c'est celui qui consiste à créer de nouvelles entités nosologiques. Je me demande si ce n'est pas le sens même de la démarche

---

(6) DIATKINE R. Difficultés de l'approche épidémiologique en psychiatrie infantile. *Evolut. psychiat.*, 1968, 33, 217-237.

qu'effectuait encore tout récemment Tosquelles lors d'un symposium qui avait à traiter de l'apport des techniques projectives dans les maladies psychosomatiques, en réintroduisant le concept de « normopathie » à propos des malades psychosomatiques, des psychopathes mais aussi des mélancoliques, patients dont la parenté des protocoles Rorschach relevés par les différents rapporteurs s'était révélée frappante (7).

Ellenberger rappelle qu'il existait traditionnellement en Europe aux siècles passés une névrose dominante, différente selon les sexes : l'hypochondrie chez l'homme et les « vapeurs » chez la femme au XVIII<sup>e</sup>, la neurasthénie et l'hystérie au XIX<sup>e</sup>. Je pense que l'on serait bien en peine en cette seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle d'avancer des conclusions de cet ordre. Il est certes possible que cela soit dû à une faiblesse grandissante du gonochorisme qui nous ferait atteindre l'applanation ou en d'autres termes cette égalisation psychologique des sexes que certains auteurs germaniques voudraient considérer comme l'une des causes de la décadence des nations. Les transformations dans les tableaux cliniques me paraissent plus vraisemblablement être la cause de cette difficulté.

En tous cas, états-limites et affections psychosomatiques — si l'on envisage ces dernières d'une manière globale — semblent bien se distribuer d'une façon égale selon les sexes.

De telles mutations dans les tableaux cliniques, comme l'extrême diffusion du trouble mental pris dans son acception la plus générale, au-delà des limites du champ traditionnel, n'ont pas été sans exercer une profonde influence sur les pratiques psychothérapeutiques elles-mêmes. C'est à une véritable reconversion que l'on assiste. M. Dongier, à cette tribune même, il y a quatre ans, évoquait déjà le déclin rapide de la vocation psychanalytique au sein des universités américaines qu'il avait été appelé à visiter. A ce phénomène répondait, comme corollaire semble-t-il, un engouement non moins rapide pour les techniques de groupe, et l'on doit reconnaître que ce mouvement a très vite gagné l'Europe. Parvenant à des conclusions identiques, Rausch de Traubenbergr nous faisait part récemment, lors d'une séance de la Société Rorschach, des impressions qu'elle avait recueillies au cours d'une longue tournée aux Etats-Unis : certains des éminents praticiens du Rorschach dont les manuels sont religieusement compulsés par nos étudiants avaient renoncé à cette pratique et s'étaient eux-aussi adonnés aux techniques de groupe, voire aux méthodes de thérapie conjugale ; d'autres enseignaient la Behaviorthérapie. Il ne s'agit pas là d'un effet du hasard

---

(7) Symposium annuel de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives. Liège, 19 octobre 1974.

et l'on a bien l'impression que c'est encore une fois le problème d'un dépassement des limites qui est posé dans cette mutation opérée au travers d'une double décentration qui nous fait aller, d'une manière qui semble peu réversible, d'une part, de l'*individu* au *groupe* — ce vocable englobant également couple et famille — et, d'autre part, à rebours pourrait-on dire, de l'*organisation défensive* envisagée dans l'ensemble de son économie, comme un tout, au *symptôme* pris isolément et traité comme tel.

## II. L'éparpillement des connaissances

La diversité des disciplines auxquelles le psychiatre clinicien est désormais confronté s'il veut enrichir ses connaissances en psychopathologie pour, en retour, affiner sa propre pratique, est telle qu'elle ne peut manquer, assurément, de susciter chez lui un sentiment de malaise, si ce n'est une impression d'écartèlement. S'il me fallait respecter les règles de la rhétorique, je devrais consacrer à ce problème une part au moins égale à celle que j'ai attribuée aux transformations des tableaux cliniques et aux considérations que l'on est en droit de faire devant ces mutations de la psychiatrie. Vous pensez bien qu'il n'en sera rien, parce qu'il me paraît exclu, précisément, que de nos jours — et je l'évoquai au début de cette allocution — un seul et même individu soit en mesure d'appréhender ces innombrables données. Tenterai-je de le faire que je ne saurais, de toute façon, que me livrer à un travail de compilation qui se révélerait très vite fastidieux.

Quelques remarques me paraissent cependant s'imposer. La première concerne un phénomène qui ne manque par d'être troublant : que la discipline vers laquelle on se tourne ressortisse aux sciences biologiques ou au champ du langage, l'on doit en effet se rendre à cette évidence qu'elle a donné lieu à des découvertes importantes, découvertes dont on peut penser qu'elles sont liées aux impressionnants progrès que connaît la technologie, mais dont il est frappant aussi de voir qu'elles débouchent sur des vérités assurées. Chacune d'elles, en effet, est susceptible d'apporter une explication — fût-elle partielle — aux troubles qu'en notre qualité de cliniciens, nous sommes appelés à traiter.

L'on sait, notamment, jusqu'à quel point on est parvenu à approfondir les mécanismes biologiques intimes qui président au fonctionnement du système nerveux central, qu'il s'agisse du fractionnement cellulaire par centrifugation, de l'autoradiographie au microscope électronique, aux confins de la biologie cellulaire et de la biologie moléculaire, ou des nouvelles méthodes de neuroanatomie qui, tout en nous



donnant des grandes voies nerveuses une image colorée, nous éclairent sur leur structure biochimique. Ce n'est pas le lieu de rappeler, ici, les réalisations obtenues dans le domaine des amines cérébrales et les progrès qu'elles ont permis dans la compréhension des mécanismes d'action des psychotropes, en psychopharmacologie ; mais j'aurais scrupule à passer sous silence les résultats d'investigations qui nous sont plus familières, au Laboratoire de Neurophysiologie Clinique du Département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège, et qui ont trait aux explorations électroencéphalographiques qui portent notamment sur l'étude des potentiels lents cérébraux, variation contingente négative de Grey Walter et phénomène de préparation motrice de Kornhuber.

L'on sait que l'enregistrement de ces potentiels présente deux exigences techniques (utilisation d'une longue constante de temps et traitement par moyennage) et qu'il suppose une situation expérimentale qui requiert du sujet une participation active puisque celui-ci est tenu d'accomplir des tâches motrices simples en réponse à des stimulations sensorielles. L'étude des corrélations électrocliniques a permis de constater que, d'une manière statistiquement significative, certaines configurations électroencéphalographiques — les VCN de durée brève et les potentiels moteurs biphasiques — se rencontraient plus volontiers chez les sujets de contrôle et les névrosés, tandis que d'autres — les VCN plates, les VCN prolongées et les potentiels moteurs monophasiques — étaient l'apanage des psychotiques. Ces recherches, toujours en cours, ont certes une visée psychopathologique précise, mais elles ne sont pas dépourvues d'implications pratiques puisqu'il apparaît déjà que la mise en évidence de courbes normales chez un sujet qui aurait été suspecté de développer une schizophrénie incipiens, conduit à écarter un tel diagnostic, et que l'on peut valablement espérer qu'elles soient prochainement en mesure d'offrir aux cliniciens la possibilité de disposer de critères de décision utiles, sensibles et fiables, grâce au dégagement d'indices précis des changements survenus au cours des divers états psychopathologiques (8).

Si nous faisons retour au champ neurobiologique proprement dit après cette digression dont on voudra bien m'excuser, force est de constater que ce foisonnement de résultats ne va pas sans incohérences sporadiques ni contradictions quelquefois. Il n'en reste pas moins, et ce sera le sens de ma seconde remarque, que l'on peut être assuré que,

---

(8) TIMSIT-BERTHIER M., DELAUNOY J., XHENSEVAL B. et TIMSIT M. The importance of event-related slow potentials in the diagnosis of psychotics. *1er Congrès mondial de Psychiatrie biologique*, Buenos-Aires, 24-28 septembre 1974.

dans l'unicité de ce champ, rien n'interdit de penser que, à la condition que l'on se place à un point de vue méthodologique, le jour n'est pas loin où l'on sera en mesure de passer *sans discontinuité* du codage génétique aux codages biochimique et physiologique.

Mais puisqu'il s'agit encore une fois de passage de « frontières » et de questions de limites, l'on peut se demander s'il n'est pas permis de rêver que soit également franchie celle qui sépare ce champ neurobiologique de celui du langage et de l'histoire, le champ psychologique proprement dit qui, à notre sens, spécifie l'Homme, de telle sorte que soient articulés, dans un *continuum* cohérent, codages génétique, biochimique, physiologique et « psychosociologique ». D'aucuns le croient fermement, bien que les arguments ne manquent pas pour fonder, à l'opposé, la « discontinuité » des champs et leur spécificité. Il nous faudrait pour énoncer ces arguments effectuer une plongée dans les sciences du langage et de l'inconscient qui posent l'homme dans sa singularité à travers son histoire et ses rapports sociaux que médialisent les institutions, comme à travers la réalité de fantasmes qui lui assignent son statut d'être de désir. Cette décentration de l'approche psychopathologique marquée par une focalisation double — et complémentaire semble-t-il — vers les profondeurs de la psyché et des zones toujours plus étendues de l'environnement du sujet malade mental a permis le dégagement de notions qui sont désormais tellement fondées et reconnues que je me crois dispensé d'y insister.

Dois-je conclure ? La tâche me paraît bien malaisée. Peut-être serait-il opportun de l'aborder en envisageant les différentes attitudes que le psychiatre clinicien peut éventuellement adopter face à cette situation respective de la psychiatrie et de la psychopathologie, face à ce monde écartelé en mutation. Au risque de paraître faire référence à nos schémas défensifs habituels, j'en imaginerais quelques-unes.

— La première serait marquée par un respect certain des habitudes nosographiques, mais aussi par un certain conservatisme. Ne serait-il pas plus juste de la qualifier de « conservatoire » dans la mesure où elle tend à sauvegarder les valeurs qui nous ont été léguées par des maîtres aussi prestigieux que Kraepelin, Bleuler, Regis, Guiraud et tant d'autres ?

— La deuxième, plus « phobique », se traduirait par une sorte de « fuite en avant », sinon « à côté », dans le but d'aller chercher chez le voisin, le biophysicien, le sociologue ou l'économiste, les théories explicatives et les modèles qui nous font défaut en psychopathologie, procédé souvent séduisant qui dispense cependant d'approfondir ses propres contradictions.

— La troisième, plus « opératoire », se concrétiserait — je n'ose dire sur un mode « psychosomatique » — en un traitement exclusif des comportements ou en des réalisations sectorielles méthodiques.

— Une dernière enfin, qui a connu et connaît toujours une certaine faveur auprès de nombre de jeunes collègues et dont l'on doit convenir qu'à travers les différents courants antipsychiatriques où elle a trouvé à s'exprimer, elle n'a pas peu contribué à élucider le rôle des institutions dans la genèse des troubles mentaux, serait l'attitude que l'on définirait volontiers comme un défi puisque, postulant que c'est la société qui est « malade », elle conduit à dénier la légitimité de toute démarche nosologique.

En vérité, l'on ne peut s'empêcher de penser que l'effacement des limites d'un champ qui jusqu'ici lui était familier, par la multiplicité des rôles qu'il lui impose — et l'on sait combien cette multiplicité des rôles peut elle-même devenir pathogène — doit amener le psychiatre clinicien à dépasser le registre de ces attitudes défensives que nous venons d'esquisser pour poser le problème en ses termes véritables, c'est-à-dire en termes *éthiques*. Je pense rejoindre ici, en tout point, les conclusions auxquelles S. Crahay était parvenu dans son allocution présidentielle (9). Bien des auteurs, en effet, ont déjà fait remarquer que le psychiatre tend de nos jours à prendre la place du « chaman » des sociétés dites « primitives » et certains ont même pu ajouter qu'il était préposé au rôle ingrat « d'éboueur » de la société, chargé, en se parant de l'autorité de la science, de la débarrasser de ses éléments déviants, remuants ou contestataires (10). Il arrive qu'il en soit quelquefois l'alibi et chacun d'entre nous sait, je n'en doute pas, combien il est difficile de passer du rôle d'expert à celui de psychothérapeute.

On tendrait volontiers à nous faire assumer « l'unicité de l'homme » ; mais face à ces démons tentateurs qui risquent, flattant notre narcissisme, de nous conduire à nous mouler sur l'image du personnage omnipotent et omniscient qui nous est renvoyée par la demande qu'autrui formule sous la pression de l'environnement social, et, ce faisant, peuvent nous amener à outrepasser les fonctions que notre discipline médicale nous assigne, nous avons le devoir de nous interroger.

Ce rôle est-il conforme à notre propre désir ? Je doute que nous puissions jamais répondre à cette question sur un mode qui nous satis-

---

(9) CRAHAY S. Condition psychiatrique et condition scientifique. Allocution présidentielle. *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73, 7-13.

(10) EISENBERG L. Éthique et science de l'homme. In : *L'unité de l'homme*, *op. cit.*, pp. 790-815.

fasse entièrement et définitivement. Le propre de l'homme n'est-il pas de rester toujours insatisfait de telle sorte que la prise de conscience de son manque fondamental le pousse davantage dans la voie de la recherche, du progrès des connaissances et de son propre dépassement ? Ne peut-on pas dire, à l'instar des neurophysiologistes, que dans chaque « boîte noire » dont nous serions parvenus à percer le secret, il y a encore une autre « boîte noire » (11) ?

Le problème, me semble-t-il, est ailleurs : en psychiatrie comme en psychopathologie, dans notre pratique comme dans la recherche, il est de savoir si l'on décide de passer par la nécessaire médiation de la raison et le recours à une démarche authentiquement scientifique ou, au contraire, de persister dans le dogme de l'inaccessibilité de la psyché dans son essence même. Or, il nous faut bien nous rendre à l'évidence qu'il n'y a de connaissable que ce qui est mesurable. Aussi, croyons-nous que c'est la généralisation de systèmes de mesures, avec comme corollaire l'estimation de leur erreur, qui seule, en dernière analyse, permettra au psychiatre clinicien de procéder, en toute justice, à l'évaluation de son savoir et de son pouvoir.

M. TIMSIT

Rue Principale, 154  
B-4420 Rocourt (Belgique)

---

(11) PAILLARD J. Intervention au cours de la réunion de la Société d'Electro-encéphalographie et de Neurophysiologie de langue française consacrée aux « problèmes méthodologiques de l'étude du système nerveux ». Paris, 3-4 décembre 1974.

---