

TOPO

Ouverture

Dr David Briard, Pédiatre & Emmanuelle Borgnis Desbordes, Psychanalyste (co-organisateurs)

Mot d'ouverture de la journée

Bonjour à toutes et à tous,

Remercier Emmanuelle Borgnis Desbordes

C'est la première fois que le colloque Puls à lieu à l'hôpital. Il y avait pour les précédents colloques une volonté assumée d'un pas de côté du discours médical, de sortir de la réalité médicale qui ne fait pas dans le léger. Ailleurs pour nous sortir de ... Avec ce thème « Le corps des femmes et le discours de la science », ce colloque puls, ne pouvait se faire qu'au sein de cet hôpital mère-enfant qui plus est dans la perspective du futur FME, femme mère enfant. C'est un choix politique que d'être dans l'hôpital qui réunit de très nombreux services, déclinés en très nombreuses consultations spécifiques très très variées accueillant les femmes à des moments particuliers de leur vie. Vincent va en décliner certaines. Lors de ce moment puls, ouvrons un espace temps, pour cerner des problèmes, faut-il se rassurer de l'absence de problèmes ? Un espace temps pour avoir nos questions dont on ne prend pas assez le temps. Je vous propose de faire de ce 5 juin, partie du service « puls », d'avoir de nombreux types de conversations, d'usage de la parole communs à celle d'un service de médecine. Vous verrez, comment vous allez tous apporter des patients dans cette salle, c'est sain. Nous aurons un directeur qui va nous ouvrir à ses réflexions sur notre institution, interpréter l'hôpital en 2026, Le Pr Vincent Lavoué chef de service nous donnera ses orientations, un autre cap, ajoutons des conversations pour réfléchir et affiner nos orientations de pratique médicale sur des thèmes pris dans l'époque, un staff clinique en début d'après midi, entre infirmiers, médecins et psychologues, et deux extimes, François Leguil et Laure Naveau, psychanalystes qui vont nous déplacer, décaler, relire, nous ouvrir à d'autres lectures. Des empêcheurs de penser toujours de la même façon. Rendons-nous disponibles, sensibles à leurs interventions. Un service aussi fait dans l'assemblée, de médecins, des étudiants, internes, psychologues, infirmiers, sages femmes, cadres... mais aussi nos collègues qui travaillent en ambulatoire ou à l'hôpital dans le privé, y-a-t-il encore des frontières entre le privé et le public, Nicolas Revel, directeur de l'AP-HP, propose une nouvelle étape qui gomme les différences, pourquoi pas ? La question est ouverte. Nos partenaires du « privé » sont aussi dans ce programme, eux avec nous, et nous avec eux, c'est notre discours au sein de ces institutions qui a valeur d'accueil ou pas, JAM, c'est notre « je parle » qui fait institution pour le malade, A puls 2 on parlait de l'hôpital comme mise à l'abris des patients, F Leguil parlait d'abris en temps qu'abris de parole.

TOPO

Florent POIRET

Directeur Délégué du pôle Femme-Enfant, CHU Rennes

Tribunes – 08h45

TOPO

Pr Vincent LAVOUÉ

Chirurgien gynécologue, Chef de service de gynécologie, CHU Rennes

Tribunes – 08h45

Pr Vincent Lavoué. Pulsmédecine le 5 juin 2026

Mesdames, Messieurs, chers collègues,

Bienvenue au colloque « Le corps des femmes et discours de la science ».

Je m'appelle Pr Vincent Lavoué Je suis gynécologue-obstétricien, professeur et chef de service à Rennes. J'anime un service dédié aux pathologies somatiques féminines — cancers gynécologiques, endométriose, infertilité — et j'accompagne chaque jour des femmes à travers des trajectoires de soins souvent longues et chargées de sens. Parallèlement, le service s'est élargi et a créé en partenariat avec des associations la Maison des Femmes dans notre territoire, initiative qui a profondément élargi notre approche clinique et sociale du soin.

Aujourd'hui je voudrais partager quelques repères cliniques, éthiques et sociaux qui, je l'espère, alimenteront nos échanges psychanalytiques. Le geste médical que nous pratiquons — qu'il s'agisse d'une chirurgie conservatrice, d'une hystérectomie ou d'une greffe utérine — ne relève jamais d'une simple réparation technique. Il touche des éléments fondamentaux de l'image corporelle, de l'identité et de la place sociale que chaque femme occupe. L'utérus, qu'il soit prégnant dans la représentation individuelle ou variable selon les cultures, reste un signifiant puissant : sa perte, son altération ou son absence congénitale peuvent modifier la sexualité, la perception de soi et les relations familiales et sociales.

Ces transformations se produisent à des moments-clés de la vie — adolescence, désir de maternité, ménopause — et s'inscrivent dans des histoires personnelles et culturelles différentes. Une femme à qui l'on propose une hystérectomie pour une pathologie peut vivre cette indication comme une libération, une nécessité médicale, ou comme une profonde atteinte à sa féminité. Les professionnels, souvent focalisés sur la dimension somatique et la sécurité chirurgicale, doivent s'efforcer d'accueillir la dimension symbolique et sociale de ces vécus.

La création d'une Maison des Femmes dans notre institution illustre cette nécessité d'élargir le cadre du soin. En proposant une offre pluridisciplinaire — prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique des femmes victimes de violences — nous constatons que le soin devient plus global et moins stigmatisant. Les violences vécues, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, produisent des conséquences somatiques fréquemment méconnues : troubles gynécologiques, douleurs chroniques, décompensations endocriniennes, isolement, et renoncement aux soins. En offrant un lieu dédié, nous déchargeons la femme d'une assignation culpabilisante — elle n'est pas responsable d'avoir été agressée, d'avoir développé une maladie — et nous permettons une reconstitution progressive d'une image de soi moins marquée par la honte et l'isolement.

Cette approche montre aussi comment les projections de la société — attentes genrées, stigmatisations culturelles, représentations de la féminité — s'inscrivent dans le corps et influencent les parcours de soin. La médecine, à son tour, participe parfois à ces projections lorsqu'elle réduit la prise en charge à la seule dimension reproductive ou lorsqu'elle néglige les conséquences psycho-sociales des interventions. La transplantation utérine, les techniques de reconstruction, la prise en charge hormonale après ablation, sont autant d'avancées qui interrogent notre rôle : soigner pour restaurer une fonction physiologique, pour réparer une image sociale, ou pour répondre à un désir subjectif d'être reconnue dans sa féminité ?

Enfin, il faut reconnaître la diversité des demandes : femmes nées sans utérus, femmes ayant perdu leur utérus pour maladie, personnes transgenres souhaitant accéder à la parentalité — toutes ces situations requièrent une écoute attentive, une évaluation éthique et une coordination pluridisciplinaire. La clinique gynécologique se retrouve ainsi au carrefour du corps somatique, du désir subjectif et des normes sociales.

Je souhaite que ce colloque nous permette d'approfondir ces questionnements, d'enrichir nos dispositifs de soin par la parole, et de renforcer des pratiques qui respectent à la fois le corps, la subjectivité et la dignité des femmes. Merci de votre attention ; je suis heureux d'ouvrir ces journées et d'échanger avec vous.

TOPO

Dr François LEGUIL

Psychiatre, Psychanalyste, Paris — Extime de Pulsmédecine

Tribunes / Conversation de clôture

TOPO

Dr Mathilde DOMIN-BERNHARD

Gynécologue médical, CHU Rennes — « Garder son cap »

Table-ronde 1 – Préserver le désir

TOPO

Dr Clémence DELHOMME

Cardiologue, APHP Paris — « Un médecin au défi »

Table-ronde 1 – Préserver le désir

TOPO

Dr Flore DELAUNAY

Chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice — Saint Grégoire, libéral Rennes — « Réglage(s) de l'image »

Table-ronde 2 – Dé-consistance(s) du corps

- **Sa bio...** choix de cette profession/lieux d'exercice : libéral et opérations en clinique privé... liens avec autres professionnels ?
- **Les préjugés** sur la profession : réalité ou fantasme ? enjeux financiers ?
- **Des constats cliniques / modernité**
Inflation demande de jeunes adultes (femmes) pour « restauration » de l'image
A l'heure de l'Idéal de perfection de l'image
Sans doute majoré par les réseaux et le culte de l'image qu'ils véhiculent
- **De plus en plus de « jeunes »** (mais pas d'intervention avant 18 ans) – viennent à 16 ans, accompagné ou pas ?
- **Levée des tabous** -> aujourd'hui on ose...
- Ex cliniques :
 - anorexie/boulimie -> augmentation ou réduction mammaire / liposuction (Quid de la demande ?)
 - réduction lèvres (nymphoplastie) → réduction... amélioration de la position du sujet ? pris dans le désir de l'Autre ou pour soi-même (être désiré)
- Moment de l'adolescence (vacillement) Cf. Éveil et exil... incidences
- Modifications réelles du corps : hypertrophie ou hypotrophie mammaire/perturbation endocrinienne/pilule non – ça fait grossir → **Quid des demandes et de leurs ressorts à ce moment délicat de la puberté.**
Cf. Du + et du – (Cf. l'image, le corps aujourd'hui...)
- **Et les garçons ?**
 - souvent « troubles de l'image »... rectifier l'image du corps...ex : l'ovale du visage...
 - anorexie du garçon... ?
- Sollicitation du médecin (demande/commande) - comment F Delaunay :
accueille (dès 16 ans)
accompagne
entend la demande (jusqu'où elle entend ?)
explique (power-point/incidences des changements... très physio mais permet que le patient soit informé+++)
et intervient/opère – **ou pas**. Quid des **freins** ? Travail à plusieurs (sollicitation avis des psys ou autres professionnels – psychiatres, psychologues, gyneco)... pour se faire un avis et serrer la demande)
Quid du post-opératoire ? satisfaction ou pas des patients... « Rectification » ou pas...
- Ses interventions : chirurgie plastique et réparatrice... **Demandes / changement genre ?** Cf. Ex clinique (David) M → F... augmentation mammaire... puis « allongement des jambes » ! **la**

question de l'identité de genre aujourd'hui... pris dans les discours et non sans lien avec des « particularités psychiques » qui peuvent ne passer par un changement / l'image/corps.. etc

- ou F → M : mastectomie ou pas... pousse à l'identité...

PS : Un urologue au CHU opère...

- **Difficultés psychiques...** demandes de réparation chirurgicale pour un lieu du corps, puis un autre... « addiction »... illimitée de la demande.
- **Traitement des cicatrices** après des **scarifications** : laser ou peeling ? dermato ou chirurg ? Cf. Morgane Grandemanche... Acte du médecin/stratégie du médecin/demande courrier autres professionnels
- Les femmes / après accouchement : changement/épisiotomie (trop systématique... mais aussi pris dans les discours actuels / accouchement dans la douleur/ pas de péri / pas d'épisio. Demande chirurgie réparatrice / cicatrice / épisio et/ou périnée ! Quid « vaginisme secondaire » ?
- **Demandes variées** de femmes :
 - moment de changement dans leur vie / ex : après divorce... **Quid relance désirante ?**
 - ou « sécheresses vaginales à la ménopause (injection graisse)
 - des femmes + âgées qui viennent avec leur mari
 - ex : cas clinique : après un viol... « pour se réparer »
- **CHU / Clinique privée** : la demande est refreinée par l'offre... « illimitée en clinique privée et en libéral
- **Engagement / service public** de F Delaunay : Covid + papillomavirus

TOPO

Pr Philippe VIOLAS

Chirurgien orthopédique, CHU Rennes — « Des aléas de la croissance d'a(dos) »

Table-ronde 2 – Dé-consistance(s) du corps

TOPO

Dr David BRIARD

Pédiatre, CHU Rennes — « Corpor(é)el »

Pulsmédecine au CHU

TOPO

Emmanuelle BORGNIS DESBORDES

Psychanalyste, MCF HDR Psychopathologie clinique, Université Rennes 2 — « Genèse de Pulsmédecine »

Pulsmédecine au CHU

Colloque Pulsmédecine 6 juin 2026
12H 12H30 « Genèse de Pulsmédecine » E Borgnis Desbordes

Pulsmédecine est né de la rencontre avec l'anorexie de la jeune fille – des jeunes filles hospitalisées ici au CHU - aux histoires toujours singulières mais aux montages symptomatiques des plus serrés qui ont fini par les *isoler*. Elles méritent *attention* et *écoute* même si elles semblent ailleurs, rétives au traitement, provocatrices, inquiétantes. Témoignages :

- l'une d'entre elles : « à un moment je n'avais plus le choix »
- une autre « y'a qu'à l'infirmière à qui je *peux* parler »
- une autre « y'a que la nuit que me retrouve vivante »
- enfin une dernière « si je me remets à manger, je ne pourrais plus m'arrêter ».

Dans des *conditions propices*, elles parlent et bien souvent là où, justement, on ne s'y attend pas... et plus encore là on ne le leur demande pas.

Que ces jeunes filles soient accueillies dans un service hospitalier - parce que oui le risque vital est bien souvent en jeu – peut être l'occasion de *rencontres* – et nous avons à favoriser *ce qui fait rencontre* pour elles. Les professionnels, ici, ont souvent témoigné de leur inventivité, leur désarroi aussi. Etre hospitalisée – ne serait-ce que pour les maintenir en vie - peut être l'occasion pour elles de *rencontres* :

- rencontre avec du nouveau,
- dans un autre lieu que celui de leur « vie quotidienne »,
- confrontées à de nouveaux codes ou limites,
- extraites des exigences familiales,
- extraites de ce qui les englobe en de tels montages mortifères,
- *extraites*, tout court.

Ces jeunes filles nous déplacent, poussent à l'invention de *conditions propices* à ce qu'elles *traitent*, un peu différemment, « **ce qu'il y a de plus réel** » pour elles. Tout le monde sait que derrière la question alimentaire dans l'anorexie se joue une autre partie, subjective. Une *aventure humaine* et *dialectique* doit pouvoir s'engager pour chacune en misant sur la rencontre. Là se situe le « traitement » - en dehors de tout ce qui pourra être envisagé d'un point de vue médical. Ce qui se traitera, avant tout,

- est *l'isolement* dans lequel elles se sont progressivement murées,
- et ce qui les a conduites à cette radicale solitude, hors lien social (hors discours même parfois)

Les recevoir est une chose. *Faire le pari de la rencontre* en est une autre... la plus difficile – qui plus est dans un hôpital logiquement prévu pour résorber les symptômes et leurs souffrances afférentes. S'il y a un hôpital, il y a surtout des professionnels qui y exercent. *D'où chacun s'autorise-t-il ?* = soit s'autoriser à parier sur de la rencontre possible – au-delà de toute mission soignante.

Nous avons entendu les professionnels parler de leurs inventions auprès de ces jeunes filles – et nous avons bien souvent élaboré, à plusieurs, ici ou ailleurs, sur ce qui pouvait sans doute se jouer pour chacune d'entre elles, en ce moment de vacillement de la *puberté*,

de rencontre avec *l'altérité radicale*. Ils nous ont enseigné. Nous avons à prêter l'oreille à ce que ces jeunes filles peuvent dire, ou qu'elles ne peuvent dire, de *ce qui s'invite dans leurs corps* quand ce dernier semble échapper à leur commande, un « **réel sexuel** » disent les psychanalystes, qui monte sur la scène et désorganise le montage jusque-là supportable. Elles le diront après, plus tard, quand elles auront pu traverser ce moment :

ex : « je pensais que je partirais ainsi avec la vague *jusqu'au bout de la vie...* euh pardon, jusqu'au bout de la nuit ».

Jusqu'au bout de la vie... il y a sans doute quelque chose à réfréner, à entendre et à dire.

Quand le réel se dévoile, ou quand ce réel est dénié – ce qui est sans doute ce à quoi la clinique a le plus affaire aujourd'hui – les conséquences ne se font pas attendre. Quelles que soient nos professions, nous y avons affaire...un *réel* que nous rencontrons comme une *butée*, voire un *impossible* – là où **aucun savoir** ne suffit à le résorber parce qu'il participe du montage singulier de chacun. Ce *réel*, à condition de l'envisager, peut-être approché, serré, cerné, par le langage et la parole mais avant tout par les conditions d'accueil que chacun propose, conditions propices à une dialectisation de ce qui peut s'avérer des plus *compacts* dans les symptômes. Cette dialectisation qui subjective, il en sera question aujourd'hui. *Pulsmédecine* se fait caisse de résonance de ces expériences dialectiques qui méritent d'être partagées.

Que *Pulsmédecine* soit né de la rencontre avec la clinique de l'anorexie n'est sans doute pas le fruit du hasard et donner la parole aux professionnels qui ont affaire au *réel de la clinique* non plus. La rencontre avec ces jeunes filles pousse au bord, au bord du savoir et ...au bord de la désillusion. Que suscitent-elles ? et donc, Qu'est-ce qui se joue pour chaque professionnel ? Ce qui est certain, c'est que *ça fait vaciller* tout le monde ! Le constat est pourtant là : ils ne cèdent pas sur l'accueil qu'ils peuvent leur réserver, des professionnels qui ne mesurent pas toujours ce qu'ils produisent : des *effets subjectifs*... qui se mesurent dans l'après-coup.

Petite vignette personnelle : la première fois que je suis rentrée dans ce service la porte d'une chambre est ouverte. A l'intérieur, un enfant âgé de 4 ans, présent pour son traitement (une leucémie) A côté, ou plutôt sous le lit d'à côté, une jeune fille de 13 ans qui fait des pompes, en douce... « Discordant » est le mot qui m'est venu. Il s'avèrera plus tard que finalement ce « duo » avait plutôt pas mal fonctionné.

Pulsmédecine donne la parole aux professionnels de santé, s'enseigne de leurs pratiques et de leurs inventions, entendent leurs contraintes (multiples). Les avancées scientifiques demandent à ce qu'ils renouvellent sans cesse leur savoir (qu'il soit médical ou autre) Leurs conditions d'exercice sont loin d'être aisées et ils disent s'éprouver bien « seuls » parfois devant l'acte qui leur incombe dans l'exercice de leur profession, confrontés à des « butées » - que ce savoir ne peut résoudre - égarés parfois dans ce qui peut surgir dans la rencontre.

Pulsmédecine se situe là, s'invente au lieu même de la *discordance* – le lieu du non-savoir sur la part toute subjective qui s'invite dès qu'un patient s'adresse - qu'il formule une demande ou qu'il n'y parvienne pas d'ailleurs. Il en va de la *responsabilité* de tous les

professionnels de favoriser les *condition propices* à accueillir ce qui parfois ne peut se dialectiser, opérer des déplacements dans les *commandes* parfois compactes qui leurs sont faites. Les témoignages des professionnels – de disciplines variées - nous ont permis de saisir l'impact de leurs inventions pour entendre les patients et, si nous ne le savions pas encore, mesurer que leur engagement dans un *dispositif de soin* les engagent bien plus loin que la seule réponse médicale pour laquelle ils sont sollicités. S'il y a la médecine, le savoir médical, paramédical, il y a surtout des personnes qui l'exercent et là psychanalyse et médecine se croisent laissant place à *ce que chacun engage*. Ce sont ces témoignages qui méritent d'être entendus.

D'une première rencontre avec l'anorexie de la jeune fille, *Pulsmédecine* s'attèle aujourd'hui à interroger le corps, le corps des femmes, dans ses spécificités et dans ce qui fait à la fois *impasse* et *exception*. Vous aurez lu – ou pourrez lire notre argument – qui tire nombreuses pistes de réflexion, un argument qui ne soutient pas quelque « essentialité féminine » mais qui fait valoir la nécessité – plus que jamais – de prendre en compte *ce qui échappe au sens commun*, parfois même aux mots et qui s'invite dans les corps de manière toute singulière, symptomatique. En son temps, Roland Barthes a eu cette formulation qui pourrait bien être une de nos boussoles : « Tout homme qui a rencontré l'absence, du féminin se déclare ».

TOPO

Mme Laure NAVEAU

Psychanalyste, Paris

Clinique(s) du corps

TOPO

Dr Morgane GRANDEMANGE

Pédiatre endocrinologue, Rennes

Clinique(s) du corps

TOPO

Coralie GIBOIRE & Emma LE CUNF

Infirmière et Psychologue clinicienne, CHU Rennes — « Comme une toxicomane »

Clinique(s) du corps – Duo clinique n°1

Duo clinique n°1 : « Comme une toxicomane – une perfusion vitale »

Coralie Giboire, infirmière, Service grands-enfants Pédiatrie, CHU Rennes

Emma Le Cunf, psychologue clinicienne, CHU Rennes

(En vert, l'infirmière, en bleu la psychologue)

I) L'arrivée de Camille

Coralie :

Camille était rentrée dans le service des grands enfants en juin pour une pathologie somatique entraînant des douleurs abdominales. Elle avait d'ailleurs perdu 5 kg. Une hépatite était suspectée. À cause de ces douleurs, elle n'allait plus en classe de CM2.

Les douleurs nécessitaient des antalgiques de différents paliers (il en existe trois : palier 1, palier 2 et palier 3). Camille recevait du paracétamol et du Spasfon (palier 1), ainsi que du Nubain pouvant uniquement s'administrer par voie veineuse (palier 2).

Lors des épisodes douloureux, Camille se mettait en position de chien de fusil, tremblait des jambes et avait le visage fermé.

Dès le début de l'hospitalisation, les parents de Camille se montraient extrêmement stressés. L'équipe avait fait le lien avec le décès récent du grand-père paternel causé par une hépatite. Cet événement avait entraîné une perte de confiance envers l'institution hospitalière, rendant le contexte anxiogène pour cette famille.

II) Une douleur qui inquiète

Les parents de Camille étaient inquiets face aux douleurs de leur fille et souhaitaient une administration rapide de traitements antalgiques. Très rapidement, Camille avait demandé à recevoir du Nubain (antalgique de palier 2) en première intention au lieu des antalgiques de palier 1. Or, envisager de débiter par une médication plus forte ne correspondait pas aux pratiques habituelles.

À plusieurs reprises, les soignants avaient été confrontés au mécontentement du père, qui insistait pour que le Nubain soit administré d'emblée, refusant l'utilisation préalable du paracétamol ou du Spasfon.

La situation était progressivement devenue tendue. Après une à deux semaines d'hospitalisation, il avait été décidé d'administrer le Nubain en première intention, afin de limiter les conflits avec la famille et de préserver la cohésion des soins.

Emma :

J'avais été sollicitée par l'équipe pour que Camille puisse formuler quelque chose sur ce qui lui arrivait. Camille se servait de nos séances pour me parler de sa douleur. Camille pouvait me décrire très précisément les différents stades de sa douleur (une douleur à 7 puis 6 et demi après le Spasfon ou sinon 3 après le Nubain). Elle utilisait ces échelles précises sans que je l'y aie amenée. Camille m'avait d'ailleurs dit qu'auparavant elle n'était pas plaintive, je la cite : « mais puisqu'ici on me dit de dire quand j'ai mal alors je le dis ».

Camille ne se saisissait pas des autres sujets que je pouvais amener comme ses amies, sa famille, ses centres d'intérêt. Elle répondait succinctement comme « je sais pas » ou pouvait rester perplexe.

La mère de Camille s'était présentée à moi en étant très remontée, pour elle les médecins minimisaient la douleur de sa fille. Selon elle, sa fille ne disait jamais lorsqu'elle avait mal, prenant l'exemple d'une fois où ils étaient sur le trajet pour partir en vacances. Ce n'était que lorsque la mère de Camille avait vu dans le rétro la pâleur de sa

filles qu'elle avait compris qu'elle était mal. « Camille ne s'était jamais plainte, si elle vous disait qu'elle avait mal c'est que c'était grave ».

III) Un IRM rassurant

Coralie :

En parallèle, un suivi par l'équipe spécialisée de la douleur avait été mis en place, avec notamment l'utilisation d'un TENS (électrostimulation) que Camille pouvait activer elle-même.

Les résultats biologiques étaient revenus à la normale. Malgré cela, Camille présentait encore des épisodes douloureux importants à certains moments. Nous avons rapidement observé que les manifestations de la douleur (changement de posture, visage plus fermé) survenaient fréquemment au moment où l'administration du Nubain devenait possible (le Nubain ne pouvait être administré que toutes les 4 heures).

L'état de santé de Camille était devenu rassurant et malgré l'assurance de l'équipe soignante à ce sujet, les parents restaient très inquiets. À plusieurs reprises, l'équipe avait dû accueillir leur colère, imputant celle-ci à la persistance des douleurs de leur fille et à leur sentiment d'impuissance. Les parents de Camille avaient réclamé à plusieurs reprises une IRM. Il faut savoir que les deux parents étaient dans le milieu soignant. Pourtant, l'IRM n'avait pas été retenue par les médecins car des examens plus adaptés à l'hépatite de Camille étaient ressortis favorables.

Cependant, face aux difficultés de prise en charge, à la prolongation de l'hospitalisation et à l'incompréhension des parents, l'IRM avait finalement été réalisée dans l'objectif de maintenir l'alliance thérapeutique. Cet examen était revenu sans anomalie.

Lors de ce premier mois d'hospitalisation, les parents étaient très présents (ils restaient la journée et dormaient à l'hôpital la nuit). Suite aux résultats rassurants de l'IRM, ils avaient cessé de dormir sur place et se rendaient dans le service uniquement pour les allées et venues de Camille.

Emma :

À ce moment-là, Camille pouvait dire qu'elle était mal et triste lorsque ses parents n'étaient pas là, le soir elle avait d'ailleurs du mal à s'endormir. Camille demandait à sa mère de partir entre l'heure de sa dose de Nubain et le repas du soir. Autrement, le départ de sa mère lui était trop difficile.

IV) La fonction du Nubain

Emma

Lors des crises douloureuses, Camille était recroquevillée dans son lit et répondait en chuchotant. À plusieurs reprises Camille, m'avait demandé de repasser après le Nubain. Lors d'un entretien où j'étais allée chercher Camille dans sa chambre, celle-ci s'était pris les murs. Je m'en étais étonnée, Camille m'avait alors expliqué que c'était à cause du Nubain qui la « shootait ».

Coralie :

Des permissions de sortie avaient été proposées afin de favoriser un retour progressif au domicile. Initialement limitées à quelques heures, celles-ci restaient difficiles. À son retour, elle sollicitait immédiatement le traitement et adoptait de nouveau une posture antalgique en attendant l'administration du Nubain.

En dehors des épisodes douloureux, Camille était une jeune fille capable d'échanger facilement avec l'équipe soignante mais ne faisait pas lien avec les autres jeunes du service.

Progressivement, un nouveau protocole avait été proposé à Camille : les doses avaient été diminuées. Au cours de l'hospitalisation le nubain était passé de 0,77ml (dose habituelle) à 0,04ml rendant l'administration difficile (les soignants n'apercevaient plus la goutte de nubain). Les prises de Nubain avaient été fixées à des horaires réguliers (trois fois par jour), afin de structurer la prise en charge et de faciliter le quotidien de Camille.

Emma :

Suite à la diminution des prises de Nubain, Camille venait la journée et les nuits dans un manège où elle ne loupait pas (je cite) « sa dose » de Nubain. Lors d'une séance, je l'avais questionnée sur le fait qu'elle me disait « devoir » revenir à l'hôpital. Elle était étonnée de ma question et m'avait dit « ben oui si jamais j'ai mal ». Je lui avais répondu : « Ah bon tu avais prévu d'avoir mal ? », Camille s'était mise à pleurer. Elle m'avait dit : « j'ai peur de ne pas pouvoir revenir ici ou qu'ils refusent que je revienne ».

Je lui avais indiqué que même si elle ne revenait pas les 2 jours du week-end à l'hôpital cela ne voulait pas dire qu'elle ne serait plus accueillie le lundi.

Après 2 mois à l'hôpital, Camille m'avait reparlé du début de ses douleurs, elle m'avait expliqué qu'elle était allée à Burger King et avait trop mangé, ensuite ses douleurs étaient apparues et n'étaient jamais reparties. Elle me différenciait ses douleurs, lorsqu'elle mangeait trop elle était « ballonnée », lorsqu'elle avait mal ici à l'hôpital elle avait le ventre qui se « serrait ».

Coralie :

En septembre, Camille avait pu faire sa rentrée en sixième. Elle souhaitait également reprendre ses cours de danse, ce qui avait été envisagé après sollicitation et réassurance des parents ainsi que de l'équipe soignante. Pour ses premiers cours, Camille se sentait toutefois plus rassurée si le traitement antalgique était administré avant de s'y rendre.

Emma :

Camille pouvait aussi être très inquiète d'aller en sport au collège, me disant que ça lui faisait mal, lorsque le médecin allait dans le sens de ne pas forcer elle me disait être « soulagée d'un poids ».

Coralie :

Au cours de l'hospitalisation, Camille était devenue une adolescente, prenant de plus en plus soin d'elle, se maquillant, écoutant de la musique mais restant très souvent dans sa chambre.

Un jour où Camille nous disait avoir de grosses douleurs et avoir besoin du Nubain, nous avons fait un concours de roulades, Camille avait demandée à un collègue de nous filmer, au bout d'un moment Camille voulait me montrer l'exemple et avait fini par faire une roulade.

Néanmoins, malgré ces temps d'échange, Camille finissait systématiquement par réclamer l'administration du traitement par voie veineuse. Dès la mise en place de la perfusion, Camille présentait une diminution des tremblements des membres inférieurs (pourtant il faut au moins 30 minutes pour avoir les premiers effets).

La prise en charge somatique de Camille était devenue progressivement plus complexe. En effet, en pédiatrie, une voie veineuse pouvait être conservée environ une semaine, mais au fil des hospitalisations (notamment à partir du mois d'août), le capital veineux de Camille s'était fragilisé. Les reposés de perfusion étaient devenues de plus en plus fréquentes et difficiles, nécessitant plusieurs tentatives.

L'utilisation de patchs anesthésiants (type EMLA) était proposée devant les difficultés de perfusion. Cependant, Camille refusait d'attendre le délai d'action de la crème (environ une heure) et préférait être reperfusée immédiatement, malgré la douleur du geste.

V) « Ils vont s'occuper de moi »

Quelques jours avant sa sortie définitive, une nouvelle difficulté de perfusion était survenue. Les médecins avaient alors pris le temps de lui expliquer la proximité de sa sortie et le fait que la répétition des perfusions pouvait être éprouvante. À ce moment-là, cette perspective était difficilement acceptable pour Camille : elle avait réagi par une grande détresse émotionnelle, se mettant au sol, pleurant et tapant sur le sol. Une nouvelle perfusion avait finalement été posée. Cette situation avait progressivement soulevé des questionnements éthiques au sein de l'équipe soignante, notamment face à la répétition des gestes invasifs et à l'altération du capital veineux.

Un retour à domicile avait été proposé à Camille afin de lui permettre de s'y projeter. Camille avait décidé jusqu'à la veille de son départ d'avoir une dose de Nubain. Elle avait constitué une liste de 40 choses à faire pour ne pas penser à sa douleur : voir ses copines, l'école, voyager, lire, jouer...des choses de la vie. Elle n'était plus revenue dans le service et était reçue 2 journées par semaine dans un centre de la douleur, permettant rapidement d'être totalement scolarisée.

Emma :

Camille m'avait alors dit : « ils vont s'occuper de moi ». Son départ du service avait également mis fin à notre suivi.

TOPO

Dr Véronique DESPERT & Sarah CAMOUS-MARQUIS

Rhumato-pédiatre et Psychologue clinicienne, CHU Rennes — « Une perfusion incontournable »

Clinique(s) du corps – Duo clinique n°2

« Une perfusion incontournable »

Dr Véronique Despert, rhumato-pédiatre, CHU de Rennes

Sarah Camous-Marquis, Psychologue clinicienne, CHU de Rennes

Duo clinique n°2

Dr Despert : L est suivie au CHU rennes depuis sept 2012 pour une maladie rhumatismale chronique (arthrite juvénile), par ma collègue également Rhumato-pédiatre.

Elle vit avec sa maman à Lannion, les parents sont séparés depuis sa naissance, son père ne la reconnue que tardivement (8 mois ?). De mon côté, je fais sa connaissance pendant le congé maternité de ma collègue, elle a alors 3 ans. Par la suite, la maman souhaitera que nous continuions ensemble. La forme d'arthrite qu'elle présente, sans être grave, est compliquée, avec nécessité d'infiltrations articulaires, de mise sous traitement immunosuppresseur, (Ipuis 2). Le suivi rhumato tous les 3 mois au CHU doit être couplé avec un suivi ophtalmo car elle présente une complication classique de cette maladie qui est une uvéite.

Je la vois grandir, aller en maternelle puis en primaire, au collège. Sa maman a eu une petite fille avec un conjoint dont elle s'est séparée également, qui a maintenant 7 ans. L et sa mère déménagent à Rennes en 2020, rapprochement souhaité par la maman du fait des consultations rapprochées.

Assez vite, dans le suivi, la prise des médicaments est difficile, ce qu'on appelle une mauvaise compliance, (c'est alors la maman qui doit surveiller cela) et au fur et à mesure que L grandit, c'est elle qui est dans le refus des prises de médicaments.

En tout cas, sa 1^{ère} ligne de traitement ayant échoué, elle en reçoit un nouveau, en sous cutanée, dont le protocole de mise en place se fait pour les 2 1^{ères} injections en HdJ : C'est là qu'elle va rencontrer Sarah pour la 1^{er} fois en avril 2022 à ma demande, car sa mère me rapportent des difficultés de comportement, des conflits, et L semble en difficulté par rapport à cela.

Sarah C.-M. : Quand je rencontre L. elle a 12 ans. Elle se plaint de sa maladie, mais ce n'est qu'une porte d'entrée. Très vite, elle évoque son lien aux autres et à la famille et il est question de son rapport à la parole : les paroles des camarades qui se sont moqués d'elle, celles des enseignants qui l'ont grondée « à tort », sans qu'elle ne dise rien pendant longtemps. La parole qui manque de sa mère. Celle de sa grand-mère, qui est là et qu'elle appelle. Le Dr Despert s'inscrit dans la série des partenaires de parole, qui permet le transfert au psychologue et une place pour sa parole à elle. L. est d'accord pour revenir, mais ne se présente pas au rendez-vous.

Dr Despert : Lors d'une consultation en début 2023 elle m'avoue avoir arrêté ses injections en sous cutané... « ça ne marche pas, ça ne sert à rien, ça fait mal ». Après un long temps où j'essaie de la traiter « symptômes par symptômes » (c'est-à-dire anti inflammatoires simples), je pense l'avoir convaincue de reprendre les injections, je refais une ordonnance, mais

plusieurs mois après, en janvier 2025 à une consultation où elle vient seule car elle s'est fortement disputée avec sa mère le matin, elle m'avoue n'avoir jamais repris le traitement. Je redonne alors le nom de Sarah à L et à sa maman que j'appelle au décours de cette consultation. Elle se souvient en effet avoir vu une psychologue une fois à l'hôpital... Elle et Sarah se revoient en consultations externes.

Sarah C.-M. : Une question de place

Je la revois il y a un peu plus d'un an, elle est en 3^e SEGPA et a adopté les stéréotypes féminins avec un maquillage excessif. Elle se demande pourquoi ses parents sont « comme ça », tout en ayant la finesse de dire « je vais pas mettre la faute tout sur mes parents ». Selon sa formule, elle « n'était pas prévue » ; ça ne l'a pas empêchée d'être « la fille à papa », jusqu'à ce que son père ait d'autres enfants, d'une autre union. De même avec sa mère, elle n'a plus été « la fille unique » à l'arrivée de sa sœur. La seule chose qui tienne encore, c'est l'école. Là, elle reste « une bonne fille ». Délogée de sa place élective, elle se retrouve désormais soit en retrait, soit « au milieu » des conflits parentaux et des nombreuses embrouilles familiales. L'arrêt des traitements s'inscrit dans sa pente à s'éjecter. Elle trouve un appui auprès de sa grand-mère et de son copain qui, dit-elle, lui parlent et la comprennent.

Des préalables

L. déploiera que les conflits n'ont pas seulement pris de l'ampleur, ils ont changé de tonalité ; sa mère l'insulte d'être une « P.U.T.E. » Une fois nommée l'insulte maternelle qui vise le moment d'effraction de la puberté, L. aborde d'autres symptômes médicaux ; des règles tellement douloureuses qu'elle manque parfois les cours, et une douleur au cœur qui lui donne l'impression qu'elle va mourir. Je lui demande si elle en a parlé à un médecin, elle n'y avait pas pensé. Je lui dis qu'elle ne peut pas rester comme ça ! « Faut que j'en parle au Dr Despert » conclue-t-elle. S'il y a un au-delà de la demande somatique, il s'agit de ne pas négliger la dimension médicale. Je consens à me faire instrument, passant à plusieurs reprises des messages au Dr Despert.

Accuser réception de ses plaintes somatiques n'est qu'un préalable. Je l'invite à préciser. Elle situe l'apparition des symptômes à un moment où elle était chez son père. Quand elle parle de ses difficultés de sommeil, je lui propose alors : vous êtes angoissée.

Cette nomination lui permet de déplier les embrouilles familiales, d'évoquer une demande de placement passée et plusieurs tentatives de suicide. Elle avait « des problèmes avec tout le monde » et l'impression que « tout le monde était contre [elle] ». Elle repère que quand on lui met « toute la faute dessus », elle « doute », se sent « en trop ».

Elle reprend à son compte la nomination de l'angoisse et nous cherchons ce qui déclenche les crises. Elle peut dire alors les questions qu'elle se pose, sa « dépendance affective » et les événements violents auxquels elle a assisté. Démêler les embrouilles lui permet de prendre position autrement, elle s'éloigne d'amitiés toxiques, peut dire « un parent devrait pas demander ça à un enfant » ou encore qu'une parole blessante ne l'a pas « rabaissée ». Elle décide de reprendre son traitement et me demandera s'il est possible de faire ses cures sur

l'hôpital de jour. Les plaintes somatiques fluctuent selon les humeurs de ses proches mais elle est maintenant au travail de les cerner.

Dr Despert ; En effet, en juin 2025, alors que l'évolution reste médiocre sur le plan articulaire et ophtalmologique, j'insiste pour une reprise du traitement par voie sous cutanée, ce qu'elle refuse. C'est elle qui m'avance que je lui ai dit un jour que ce traitement pouvait se faire par perfusion en Hôpital de jour (HdJ), solution rarement proposée puisqu'elle implique de venir une fois par mois une journée à l'Hôpital, être perfusée, surveillée plusieurs heures scopées. Mais lui ayant fait part de mon inquiétude sur les séquelles possibles articulaires et ophtalmologique sans traitement adéquat, elle me dit préférer cette solution qui « l'oblige » à être surveillée et traitée... J'accepte donc cette proposition alors même que théoriquement, le traitement en sous cutané aura la même efficacité.

Sarah C.-M. : *La place dans le transfert*

Deux rêves indiquent, il me semble, la place que nous occupons dans le transfert. Dans le premier, elle est à l'hôpital sud. Il y a un grand escalier. Le bras de son copain s'ouvre, comme s'il était cassé jusqu'à la tête. Elle essaie d'appeler les pompiers, sa mère, mais c'est « comme si tout était fait pour pas que je les appelle ».

Dans un autre rêve, elle est dans un train, avec son copain, sa mère, et plein de passagers. Ils marchent trop vite ; avec ses douleurs, elle va doucement. Elle se retrouve seule, il y a un labyrinthe. Sa mère l'insulte par sms, notamment parce qu'elle fume la puff. Une dame écrit sur un papier ce que sa mère lui dit. A la fin, elle les retrouve. Elle associe : « la puff, j'ai arrêté. Je veux pas me faire de mal. » Je lève la séance.

Les rêves font entendre l'appel à l'hôpital où quelqu'un accuse réception de ce à quoi elle a affaire. Et puisque le rêveur est à toutes les places, c'est elle-même qui apprend aussi à les lire, pour trouver comment refaire lien. Elle pourra ainsi faire appel le jour où sa mère est au bord du passage à l'acte, et lui annonce que je vais faire un signalement, ce que je ferai. L. sera hébergée chez sa grand-mère où les douleurs au cœur et les difficultés de sommeil cesseront.

Le transfert est néanmoins comme sa vie, embrouillé ; il lui est arrivé régulièrement de m'adresser des questions médicales ou sociales. Je répondais que c'était une question pour le Dr Despert, ou Cyrielle Cousin, l'assistante sociale. Je me suis faite, courroie de distribution. Petit à petit, elle distingue elle-même ce qui s'adresse à l'une ou à l'autre, me demandant si je peux transmettre au médecin. Très récemment, elle a d'ailleurs demandé à avoir ses coordonnées pour lui écrire directement.

Dr Despert : Depuis presque un an son traitement est donc repris en HdJ avec la certitude de la compliance ; quand je viens voir L. en HdJ, elle a à chaque fois des plaintes douloureuses articulaires mais qui ne sont objectivement pas liées à sa maladie. Je le sais en m'appuyant sur mon examen clinique, sur son suivi ophtalmo régulier, sur des radios et échographies... Ainsi il n'y a eu aucune récurrence de sa maladie articulaire, et pas de rechute de ses uvéites. Pour autant, j'entends ces plaintes (pas forcément des douleurs articulaires d'ailleurs.) je

rassure, ou tente de rassurer, car elle ne semble pas toujours me croire ... En tout cas je lui dis alors qu'on continue les perfusions si elle se plaint.

Actuellement, on pourrait poursuivre le même médicament à la maison en sous cutanée tous les 15j, injections réalisées par elle-même (il y a des formes en stylo injectable très faciles), ou par une IDE à domicile.

Désormais je vois L seule en HdJ. On parle de sa maladie mais pas que... On se connaît depuis longtemps... On peut parler ensemble de ses conduites à risque, sur le plan de la sexualité par exemple, mais aussi de ses relations « amicales » ou « amoureuses » parfois dangereuses, que j'apprends par sa mère ou par d'autres canaux, par hasard. Elle prend ça à la légère, minimise, elle peut parfois me parler de façon effrontée, hautaine, non respectueuse. Dans ces cas-là je me fâche, lui rappelle que je suis médecin, qu'elle s'adresse à une adulte. J'ai peu lui dire « à qui crois tu t'adresser ? ». Je me fais l'impression de la reprendre comme je le ferais à mes filles, comme une mère ?

Sarah C.-M. : Dans les fluctuations des embrouilles, elle s'interroge sur sa place, l'amour, repère la répétition avec entre la relation à son copain et son père. Pour tenter, comme dans son rêve, de retrouver ses proches, c'est sa propre position de sujet qu'elle cherche. Avant, ces questions étaient soit remises à l'autre, soit évacuées quand elle se coupait du lien de parole. S'adresser à l'hôpital a été une condition absolument nécessaire à notre rencontre mais dans le même temps, il s'agissait de ma place de ne faire ni la mère, ni l'aidante, ni le médecin, pour dégager un lieu pour qu'elle élabore son savoir à elle.

Il a fallu pour cela un duo, même un trio avec Cyrielle Cousin l'AS.

TOPO

Dr Razi ABDELWHAB, Caroline DENOLLE & Lucie BÉLAIR

Pédiatre, Diététicienne & Psychologue clinicienne, CHU Rennes — « Se faire adresse »

Clinique(s) du corps – Duo clinique n°3

« Se faire adresse »

5 juin 2026 – PULS Médecine

Razi Abdelwahab – Caroline Denolle – Lucie Bélair

Caroline - Introduction

Iris est une adolescente hospitalisée pour anorexie mentale. Ce qui nous a d'emblée frappés, au-delà de la clinique du trouble du comportement alimentaire, tient à sa manière singulière d'être en lien avec les autres. Avec Iris : ça passe ou ça casse. Elle peut interrompre tout échange, se retirer brutalement, ou au contraire s'y engager sans filtre en étant très direct voir parfois intrusive. Elle se présente d'ailleurs la 1^{ère} fois comme ayant déjà effectué un travail sur elle, et se montre même dans l'attente de ce que l'autre peut lui apporter de plus. C'est autour de cette modalité de lien, et de ce qu'elle produit dans les équipes, que s'est construit notre travail commun. Iris nous a progressivement amenés à interroger nos pratiques pour se faire adresse pour elle.

Lucie - Une histoire de ruptures : le corps pris dans les expériences d'abandon

Iris situe le début de ses difficultés autour de 10–11 ans, lors de l'entrée au collège et des premières transformations pubertaires. Elle « *ne se sent plus à l'aise dans son corps* » et commence « *à se comparer aux autres* ». Elle se sent toujours « *plus que les autres : plus grande et plus grosse* ». S'installe alors une exigence de contrôle, une recherche de perfection. Mais c'est à la fin de la quatrième année que s'opère le basculement majeur : lors d'un voyage scolaire, elle vit une trahison amoureuse et une mise à l'écart de ses pairs. Elle décrit un avant et un après ce voyage et dira « *ne s'être jamais remise de ce moment* », se sentant « *abandonnée* ». À cette scène viennent s'ajouter d'autres expériences d'abandon dont l'emménagement de sa mère avec son beau-père et son départ en voyage avec lui sans Iris. Face à ces ruptures successives, Iris ne parvient pas à élaborer une adresse à l'autre. La restriction alimentaire s'installe alors comme tentative de reprise de contrôle, sous forme de règles strictes. La perte de poids devient progressive puis rapide, jusqu'à l'hospitalisation.

Razi – l'adresse médicale déplacée

Quand je rencontre Iris, elle est déjà hospitalisée depuis quatre mois. La reprise d'un suivi m'interroge : par où commencer ? Avec les patientes TCA, j'y vais souvent naturellement. Mais avec Iris, quelque chose m'oblige à m'ajuster. Je me souviens d'un doute assez constant en sortant des consultations avec elle : dois-je adopter un ton plus médical, plus cadré ? Ou au contraire quelque chose de plus simple, plus accessible ? J'ai rapidement choisi la deuxième option. Pas le médecin debout face à sa patiente. Mais je m'assois, je lui parle. Je ne me sens plus uniquement médecin. En fermant la porte, je me demande souvent : est-ce bien ça mon travail ? N'y a-t-il pas d'autres professionnels plus qualifiés que moi pour le faire ? Lors de nos études de médecine, on nous apprend à prescrire des médicaments, à faire des imageries dans telles ou telles situations mais nous n'avons pas de cours sur comment mener les discussions avec nos patients, comment supporter de fait de ne pas savoir où ça nous mène ?

Lucie – le refus comme protection du lien

Comme le dit Razi, Iris nous pousse à interroger notre pratique. En séance, elle me prévient dès notre première rencontre : « *Je n'aime pas les pys* » Elle n'aime pas parler et encore moins « *qu'on fouille dans*

sa vie, dans son passé ». Elle demande à arrêter les séances. Cette attitude me tend, j'en oublie même mes consultations avec elle. La supervision permet un pas de côté. Je repère aussi que ce refus n'est pas seulement dirigé envers les soignants, mais s'inscrit dans une modalité plus générale de rapport à l'autre. Iris refuse la visite de ses proches, les repas, la reprise scolaire, mais aussi toute forme d'exposition. Je comprends qu'Iris prend cette position de surplomb dans ses relations aux autres quand elle se sent vulnérable. Cette position défensive la protège de la potentielle malveillance de l'autre qui pourrait la laisser tomber. Après discussion, nous choisissons donc de lui indiquer que les rendez-vous psy font partie du traitement, ayant en tête qu'une des problématiques d'Iris est sa difficulté à parler et sa tendance à se laisser tomber.

Caroline – quand la parole ne suffit plus

Le suivi diététique met en évidence un point central : il existe des moments où la parole ne suffit plus. Lors de sa deuxième hospitalisation Iris affirme pouvoir reprendre du poids, mais cela ne se traduit pas dans les faits. On se confronte à ce qu'elle se dit capable de faire de manière très convaincante et ce qui se passe en réalité. Iris se restreint toujours sur son alimentation et n'est que peu accessible à la parole du moins au début. De la faire parler de ses ressentis la poussait à aller mal et rendait son mal-être encore plus réel « le fait de parler de ma tristesse la rend concrète ». Au moment où elle va plus mal, elle « se sent vide », à des idées noires est en boucle sur ses repas, son corps qu'elle n'aime pas etc. Elle vient en consultation évoquer ses impossibles : ne peut pas manger devant les autres, ne peut pas manger un long repas, nous cherchons ensemble quelles solutions proposer. Face à une dynamique d'autodestruction, nous convenons en équipe de remettre la sonde. Cette décision sonne comme une trahison pour Iris qui est très en colère, mais a amené à déplacer le travail vers des médiations concrètes : repas, organisation à la maison, sorties.

Razi – faire avec le désaccord

Iris est déroutante, elle se sent mise à l'épreuve par nos questions. « J'ai l'impression que vous savez tout sur moi, alors que je ne sais rien de vous, je me sens vulnérable ». Je lui propose d'inverser les rôles pour le prochain entretien, ce qu'elle a fait, avant de dire « On va quand même parler de moi, c'est moi la patiente ». Nous repérons que bien au-delà d'une curiosité malsaine, Iris cherche par ces questions à décaler la fonction du médecin « de qui elle est à la merci » mais aussi à percevoir autre chose que des soignants : on part en week-end, allons boire des verres, avons des amis etc. Je me suis aperçu que la face à face formel n'était pas possible pour elle, je lui ai proposé de se poser sur les fauteuils devant la ou en allant se balader dehors, ça a facilité la parole.

La période de la pose de la sonde a été un moment difficile pour Iris, qui a pu se disputer avec un certain nombre de soignants. Elle a pu me dire qu'on s'en « foutait d'elle, que les médecins ne peuvent pas comprendre ce que c'est, qu'on voit 10 patients par jour etc ». Devant son agressivité, j'ai mis fin à l'entretien. Faire ça lui a permis de prendre conscience qu'elle avait franchi certaines limites, et de s'excuser le lendemain, d'elle-même. Cela lui a donné la possibilité de vivre des relations sociales faites de malentendus, de disputes, de désaccord sans que la relation ne soit entachée. Ce qui lui permet d'ailleurs maintenant de pouvoir être en désaccord avec sa mère, se fâcher, sans mettre son corps en danger et d'affirmer ses envies sans avoir peur de blesser. Elle peut aussi parler avec ses parents des choses qui les dérangent chez ses beaux-parents, par exemple, sans mettre son corps en jeu.

Caroline – Se faire adresse : quand le sujet emprunte les lieux de l'autre

Finalement, la confronter à ses difficultés et l'amène en s'appuyant sur nos échanges à la sortir de ce cadre, cette « zone de confort » comme elle dit, l'a aidé à trouver des solutions autres que la privation. Une expérience marquante, qui a été un tournant de sa prise en charge, est celle d'une sortie scolaire où Iris a accepté de se présenter auprès de ses camarades avec sa sonde et de manger en dehors de l'hôpital et de la maison, une première ! Le repas est redevenu alors support de lien social et non plus uniquement objet de contrainte. Nous cherchons ensemble comment rendre le moment plaisant : elle cherche des recettes de pique-niques jolis, cherche des équivalences. Progressivement, un autre registre apparaît : celui du plaisir et de la spontanéité qu'elle va apprivoiser. Un autre élément transversal apparaît dans l'ensemble du suivi : Iris ne parle pas directement de son corps, qu'elle décrit uniquement comme « moche », mais elle l'élabore autrement, en s'identifiant partiellement aux professionnels. Elle reproduit des gestes, des styles, des manières d'être des soignants. Elle prélève de Razi son style décontracté, de Lucie sa manucure, d'Enora sa politesse, et de moi ma façon de me lisser les cheveux, etc. Un travail d'adresse indirecte est à l'œuvre : Iris se construit à partir de ceux à qui elle s'adresse.

Conclusion Lucie

Avec Iris, nous avons été confrontés à une clinique où la parole, le corps et le lien ne se superposent pas simplement. Ce travail nous a amenés à penser que « se faire adresse » ne signifie pas seulement parler à quelqu'un, mais accepter d'être pris dans un dispositif où le lien à l'autre soignant est constamment testé comme lieu possible d'accroche, parfois de malentendus mais sans abandon possible. Ainsi, le traitement pour elle n'a pas consisté à uniquement restaurer une maîtrise de son corps, en s'intéressant à ses bios et son poids mais bien à permettre qu'Iris puisse, malgré ses ruptures, continuer à adresser quelque chose à l'autre sans s'y effacer. Elle est désormais sortie de l'hôpital, et repère elle-même que depuis qu'elle nous parle de ses disputes avec les autres, cela ne se traduit plus dans ses assiettes, de nous en parler lui permet de ne plus mettre sa vie en danger.

TOPO

Dr Patrick BRIEND

Médecine générale, Saint-Malo

Conversation – Femmes, des discours, des pratiques

TOPO

Pr Krystel NYANGHO TIMOH

Chirurgienne obstétricienne, CHU Rennes — « Opérer avec des mots »

Conversation – Femmes, des discours, des pratiques

TOPO

Antoine ROBIN

Sage-femme, enseignant école des sages-femmes, CHU Rennes — « Accueillir et accompagner les femmes »

Conversation – Femmes, des discours, des pratiques

Le groupe de recherche clinique *Puls-médecine* reprend ses travaux pour l'année 2022-23 avec 4 Ateliers cliniques et 1 Colloque Puls#4.

4 ateliers cliniques – en présence - préparatoires au colloque.
Mercredi 28 septembre - « L'urgence : tromperies, temporalités »
Mercredi 7 décembre - « Solitude contre isolement »
Mercredi 1^{er} février - « Tyrannie de la demande »
Mercredi 29 mars - « Refus, renoncements, rejets »

Lieu des ateliers : Salle Conférence A – CHU Rennes Hôpital Sud - 20H30 – 22H30
Entrée libre, ouverte à tous.
Inscription sur le Blog <https://www.pulsmedecine.com>
ou davidbriard@free.fr - ebornis@yahoo.com

Colloque Puls#4 : Vendredi 9 juin 2023 [8H-17H] - Fac de droit, Rennes

Cette année *Puls-médecine* remet au travail la question de l'urgence. Il est un fait, un « sentiment d'urgence » est palpable et s'imisce un peu partout... si nous le prenons au pied de la lettre, « dans l'urgence, le temps est [toujours] compté, il presse : et la réponse ne souffre pas d'être différée... »¹ L'urgence est au cœur de nombreux débats et aux commandes de nombreuses actions aujourd'hui et ce, en des champs divers. Comment saisir que tout le monde semble marcher au pas de cette nouvelle obligation ? Ce qui est certain est qu'il est urgent de se demander pourquoi nous assistons à une telle *accélération* dans de nombreux champs et notamment celui de la médecine où « il est [parfois] urgent d'agir pour éviter l'irréparable ».²

L'épidémie de Covid est passée par là et n'a fait qu'accentuer l'urgence à intervenir et à s'organiser pour traiter le virus et sa contagion mais aussi l'inquiétude voire l'angoisse qui s'est abattue soudainement sur chacun. Mais avant cette terrible réalité, un mouvement était déjà en marche et ne laissait déjà pas tranquille. Un déni de la subjectivité et de sa temporalité toute singulière ne cesse depuis un moment de pousser à vite prendre en charge, vite traiter et surtout, vite résoudre. Le domaine du soin y était déjà particulièrement exposé, pour le meilleur – et les avancées scientifiques permettent aujourd'hui des choses inouïes – mais aussi pour le pire – la négligence de ce qui fait toute la *division* de chacun, sa radicale altérité.

La pandémie a eu un « effet zoom » sur une crise déjà là : celle de la médecine. Si les soignants ont été particulièrement sollicités au moment les plus durs de la pandémie, et jusqu'à l'épuisement parfois, nous assistons à une désertion de plus en plus accrue des personnels de santé : remise en cause de leur choix professionnel – et ce à tous les niveaux hiérarchiques – déceptions quant aux contenus de leur formation, crise des vocations. Les exigences d'efficacité et de performance dans le domaine du soin tendent à occulter *ce qui faisait sens* dans l'engagement. Les témoignages des personnels de santé sont nombreux et méritent d'être accueillis : « j'en peux plus d'être pressurisé(e), tout est urgent ». Le personnel est épuisé.³ Paradoxalement, ces professionnels n'ont jamais été tant recherchés, sollicités, attendus.

¹ Leblanc A et al., « Urgence », *Erès, Enfance et psy*, 2002/2, 18, pp.5-9.

² Ibid.

³ Tougeron S. « Personnels épuisés : un droit d'alerte déposé à l'hôpital du Mans », *Ouest-France Pays de la Loire, La Maine libre*, 22 juillet 2022, en ligne : <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/le-mans-72000/personnels-epuises-un-droit-d-alerte-depose-a-l-hopital-du-mans-5f4b279c-09a8-11ed-89ff-d7b4632af60c>

Puls-médecine fait le choix du pas de côté pour interroger les ressorts de *ce qui fait urgence* aujourd'hui, et les conséquences de cette soumission à une nouvelle temporalité dans laquelle personne ne se retrouve, une soumission qui désubjective.

« Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais, mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne sais plus ».⁴

Puls-médecine se propose cette année de lire autrement ce symptôme de notre modernité – l'urgence généralisée – et déconstruire la consistance qu'incidemment elle revêt. La réalité du terrain – dont les services d'urgence ne sont que le reflet – n'est que la partie émergée de l'iceberg.

Urgence et tromperie

L'urgence occupe une place considérable et croissante dans le champ de la santé. « Osons envisager l'urgence comme tromperie » avance François Leguil en préparation du thème de notre année et de notre colloque du 9 juin 2023 prochain. La tendance actuelle est de faire l'urgence alors qu'elle mérite d'être diffractée, interrogée dans tous ses modes de surgissement, renversée. Elle induit un nouveau rapport au temps qui laisse peu de place à l'hésitation, au doute et à l'invention. Elle opère comme un véritable rouleau compresseur. L'urgence, c'est le nouveau règne de la nécessité contre la contingence⁵ – soit l'inédit, la surprise, l'invention..⁶

A y regarder de plus près, l'urgence n'est qu'un écran sur une réalité toute autre qui tend à être déniée : des sujets de plus en plus *isolés*.⁷ Les sujets sont *isolés* dans un lien social dans lequel ils peinent à trouver inscription et les professionnels de santé tout aussi *seuls* sont pressurisés par un temps imposé, broyés par la protocolisation et pire, sommés de rendre des comptes sur la moindre de leur action. Radicalement seuls, ils ne s'autorisent plus la moindre invention. Les professionnels de santé, en première ligne sur le terrain, mettent pourtant tout en œuvre pour répondre, dans l'urgence, à toutes les demandes qui leur sont faites. D'ailleurs, ils ne savent même plus quel dispositif inventer pour y répondre !⁸ En amont des services d'urgence, parangon d'une course effrénée à la réponse la plus adéquate, des équipes mobiles sont créées, des salles d'attente sont démultipliées, des professionnels ne cessent de faire et refaire des listes d'attente en fonction des degrés d'urgence pour essayer de répondre au mieux. Toutes ces inventions étaient déjà là avant la pandémie. Mais rien n'y fait, « ça ne suffit jamais ! »

« Les services d'urgences sont devenus un véritable goulot d'étranglement, régulièrement remis en question par les politiques ». Il faut bien constater aujourd'hui leur échec « qui renvoie la responsabilité trop souvent au même manque, celui de l'organisation de la permanence des soins. La cardiologie, la pédiatrie, l'hématologie, la neurologie vasculaire, la gynécologie et bientôt la gériatrie créent leurs propres voies d'accès aux soins, leurs propres services d'urgence... »⁹

Mais rien ne se règle pour autant. Le constat d'échec cuisant nous invite à interroger la dimension de tromperie qui accompagne l'urgence. Le *diktat* de l'urgence dans le champ de la santé ne réfrène en rien l'inflation des demandes, peut-être même qu'il l'alimente. Les professionnels ont beau affiner les critères d'urgence et/ou évaluer les degrés

⁴ Saint-Augustin, « Confessions », Paris, 1964, p.264

⁵ Cf. Distinguo de Lacan entre le nécessaire et le contingent, Séminaire XX « Encore », Paris, Seuil.

⁶ Crosali C. « La nécessité de faire avec la contingence du réel », Revue en ligne, Hebdo-Blog 239, 30 mai 2021

⁷ Cf. Appui sur un texte de Philippe La Sagna qui distingue la « solitude » de « l'isolement » : « De l'isolement à la solitude », Revue de psychanalyse La Cause freudienne, 66, 2007, pp.43-49 – Cf. Cairn en ligne.

⁸ Benz S. « Hôpital : l'accès aux urgences bientôt limité, ce qui va changer pour vous », L'Express en ligne, 10 juin 2022, https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/hopital-l-acces-aux-urgences-bientot-limite-ce-qui-va-changer-pour-vous_2174989.html

⁹ Argument du colloque Puls#3 « Cliniques de l'urgence : grandes manœuvres et petits arrangements », Juin 2020

d'urgence pour trier les patients – rouge, jaune, vert – ils ne maîtrisent plus la situation. Leurs témoignages sont éloquents. Nous les entendrons.

Solitude contre isolement

La science avance, vite. Elle a de plus en plus les moyens de résoudre. Il faut que ça marche, que ça fonctionne, que ça traite et que ça guérisse. Mais de plus en plus soucieuse de son efficacité, la science tend à forclure toute invention. Aujourd'hui, les discours et les pratiques qui servent la science suscitent de *l'isolement* chez les professionnels parce que ce qui relève de leur subjectivité et de leur désir, est de plus en plus dénié : déni de la *mise* toute subjective qu'il pourrait apporter dans leur accueil des patients, déni des rapports d'identification des soignants à leur corps médical qui pourtant leur est nécessaire. A défaut de *s'autoriser*, nombreux soignants quittent la scène du travail, s'éjectent eux-mêmes de lieux devenus trop contraignants (arrêt de travail, absentéisme, signes de dépression...) *S'autoriser* suppose une mise et une rencontre. La mise vise à extraire le Sujet de ses embrouilles, le dégager de ce qui fait opacité quant à ses choix. Vœu exigeant, elle relève du « pari ». Ce risque, ils sont de moins en moins nombreux à le prendre. La rencontre, elle, est celle de la solitude, une solitude toute subjective à partir de laquelle chacun s'autorise d'un choix, fut-il un engagement professionnel.

« Cette *solitude* elle, de rupture du savoir, non seulement elle peut s'écrire, mais elle est même ce qui s'écrit par excellence, ce qui d'une rupture de l'être laisse *trace* ». ¹⁰

Les services d'urgences sont des lieux riches d'enseignement où les professionnels sont particulièrement bousculés. Ils rencontrent des situations souvent délicates, des patients compliqués, des familles inquiètes : un « tout » bien souvent compact qui mériterait d'être diffracté. Démêler l'urgence médicale de l'urgence subjective n'est pas toujours aisé. Mais pourtant, il revient à chaque soignant de réordonner les choses... calmer la crise... introduire une nouvelle temporalité... engager de l'altérité. Si les soignants se plaignent du manque de temps (!) pour le faire... l'urgence véritable est celle de l'engagement de chacun à faire avec sa propre *solitude* hormis toutes les contraintes entravantes auxquelles il peut être soumis. Elle est sans nul doute à réhabiliter, au moins à faire valoir. De cette solitude, il en est bien question dans les situations cliniques que nous exposent les professionnels dans les ateliers cliniques et dans nos colloques. De plus, de nombreux professionnels de santé s'engagent aussi dans des supervisions ou des contrôles de leur pratique pour élaborer leur cas et parler de la mise toute singulière – qui a trait à cette solitude – dans leur suivi de patients. Là, ils évoquent aussi leur épuisement malgré tous leurs efforts. Mais précisons. La *solitude*, choisie, toute subjective, est à différencier de *l'isolement* subi. La *solitude*, ou qu'elle soit rencontrée, en n'importe quel lieu, à n'importe quelle heure – qu'elle soit redoutée ou fuie – est à prendre au sérieux car elle ouvre à du nouveau et fait rupture avec le savoir établi. *L'isolement*, lui, est bien plus symptomatique !

Puls-médecine a toujours fait le choix de donner la parole aux professionnels de santé, en première ligne dans les services, pour qu'ils nous donnent la température du terrain et témoignent de leurs possibles mais aussi impossibles inventions. Mettons au travail cette nouvelle tyrannie de l'urgence pour en repérer les ressorts et tenter d'en réfréner le mouvement en l'interrogeant. Si les services d'urgences n'ont pas le monopole de l'urgence, ils sont le symptôme d'une course généralisée propre à l'époque.

« Il est certain que se coltiner la misère du monde [...] c'est entrer dans le discours qui la conditionne, ne serait-ce qu'au titre d'y *protester*... » ¹¹

¹⁰ Lacan J., Le Séminaire Livre XX « Encore », Paris, Seuil, p.109.

Tyrannie de la demande, forclusion du temps de comprendre, déni de l'altérité

« L'urgence, en soi, est une dictature » avance François Leguil par l'exigence de réponse qu'elle impose. Là où elle ne devrait être qu'une variable – il y a parfois à répondre à quelques situations urgentes, vitales, en médecine – elle est devenue une réalité de tout premier ordre, réalité construite de toute pièce, nouveau timing qui organise le soin et la mise au pas de tous les soignants : les protocoles ne viennent que renforcer cet état de fait. Alors que la demande explose, les médecins sont finalement de moins en moins joignables, toujours pris ailleurs, jamais vraiment là. « Prendre du temps » pour accueillir un patient est devenu un luxe. Les consultations en « 7 minutes top chrono », les injections en « 2 minutes top chrono », les toilettes en « 4 minutes top chrono ». Les soignants s'épuisent à tenter de répondre à une demande qui leur semble de plus en plus féroce. La demande vire à la tyrannie et se mue en commande. Quels sont les ressorts de cette course qui ne laisse plus de temps à la moindre *ponctuation* ? Or le temps passé aux urgences, le temps pris par chaque professionnel pour accueillir, entendre et prendre en charge, devrait pouvoir réintroduire ce *temps pour comprendre* disparu - parce qu'en ces lieux des histoires inédites se déposent, des liens nouveaux se créent et de nouveaux horizons parfois se dessinent. Les services d'urgence sont l'opportunité de rencontres possibles... si seulement, elles pouvaient le rester !

Les services d'urgence – bien au-delà de toutes les politiques de santé - sont devenus de nouveaux lieux d'adresse pour chacun, garant d'un accueil et d'un lien social qui n'est plus assurés ailleurs. Le nouvel engouement pour ces lieux dépasse sans nul doute la question de la permanence des soins. Il est le signe d'une quête toute autre : la garantie d'une présence continue.¹² Prenons ces lieux comme une réponse à une nécessité de « faire du deux ». Aujourd'hui, le lien social tend à se déliter – coupure plus que séparation d'avec l'Autre - et les sujets n'ont jamais été si *isolés* : ils font appel, là où ça ne répond plus. Comment réintroduire de l'altérité dans ce règne de l'Un, si propre à l'époque, « faire du 2 » là où il n'y plus que du 1 ? Comment relancer une dialectique, là où le signifiant de l'identification a fichu le camp (le S1) au profit d'une pluralisation qui ne dit rien de chacun, si ce n'est son égarement ¹³ – autant celle des patients que des soignants.

Aux urgences, il y a toujours de la lumière, nuit et jour... ce qui garantit à tous, une présence continue de quelques-uns – la possibilité d'un lien. Le soignant, par sa seule présence, offre la possibilité d'une rencontre, suscite du 2 et, nous pourrions l'espérer, la construction d'un savoir nouveau – bien au-delà du traitement de l'affection présumée pour laquelle un patient – ou une famille - est venu. Pour que du *transfert* entre en jeu, engage et déplace, il lui faut bien quelques conditions. Et la *mise* de chaque professionnel sera toujours décisive – avec ce qu'il est, avec son style, avec le temps qu'il pourra prendre et s'autoriser.

Ce temps de la construction d'un *savoir nouveau*, Lacan l'a déplié en une fonction logique qu'il décline en trois moments : *l'instant de voir, le temps pour comprendre et le moment de conclure*.¹⁴ Entre *l'instant de voir* et *le moment de conclure*, Lacan insère un *temps de comprendre* décisif, temps de décompression, de déconstruction de ce qui se donne à voir, temps d'élaboration aussi par le soignant lui-même de ce qui se joue au-delà de ce qui se montre. Mais aujourd'hui, l'urgence généralisée court-circuite *le temps pour*

¹¹ Lacan J., « Télévision », Autres écrits, Paris, Le Seuil, 2001, p. 517.

¹² Cf. Arrimage S1-S2 référé à l'enseignement de Lacan.

¹³ Cf. Réflexion de Miller J-A « Cinq remarques au cas présenté par Nathalie Crame » Hebdo-Blog 276, 3 Juillet 2022. <https://www.hebdo-blog.fr/>

¹⁴ Lacan J., « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée, Un nouveau sophisme » (1945) in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 204.

comprendre et se fonde en moment de conclure. La réduction drastique du *temps pour comprendre*¹⁵ est signe de l'époque et laisse les professionnels exsangues.

Le temps, il est à prendre. Le moindre signe du corps doit pouvoir être resitué dans une histoire pour être décrypté, décodé, traduit, étoffé, précisé - un corps toujours « pris aux mots »,¹⁶ corps parlant « qui n'est pas unitaire comme l'imaginaire le fait croire ». ¹⁷ Ce qui affecte le corps ne peut se lire que dans les conditions d'une dialectique.

« Le corps de l'être parlant est parlé, marqué par eux, par leur matière sonore, par les modulations de la voix. Le corps est noué à la parole, non séparé d'elle. Il en subit l'incidence traumatique sans le savoir, c'est le symptôme qui en porte la trace... Cette prégnance du signifiant sur le corps, sa marque singulière, ouvre le champ d'une analyse. Le corps n'y est plus au titre de l'organisme mais de ce qu'il dit en tant que corps vivant, pris dans la trame qui l'a fait sujet ». ¹⁸

Nous ne pouvons négliger que dans l'accueil réservé aux patients dans les services de médecine, de la rencontre peut avoir lieu, des situations cliniques se débloquent et des histoires peut-être même se rectifier.¹⁹ Des professionnels de santé viendront témoigner de leurs trouvailles pour déplacer la fixité du symptôme – malgré l'urgence généralisée – et de l'autorisation qu'ils se sont donnée dans leur accueil.

Administration du soin : clinique du refus, du renoncement, du rejet

Administrer... c'est un nouveau signifiant qui *lie* et *délie* les soignants du terrain comme les dirigeants qui administrent les politiques de santé. Au colloque du 9 juin prochain, nous inviterons ces professionnels, leur donnerons la parole, pour saisir ce à quoi ils sont soumis. Face aux nouveaux impératifs gestionnaires de l'époque, quelle marge de manœuvre ont-ils encore ?

Aux protestations et revendications des professionnels, les ARS n'ont rien à répondre si ce n'est l'adaptation de chacun aux directives préétablies. Impasse. Les gestionnaires sont coupés des réalités du terrain. Aujourd'hui, « on administre du soin » comme on ingère un médicament. Des règles sont à administrer et de nouvelles gouvernances s'imposent à tous les étages. Ces *passages en force* ont de conséquences aussi bien chez les professionnels que chez les patients. La médecine échapperait-elle de plus en plus à ceux qui l'exercent ? François Leguil proteste :

« Nous entendons que la médecine ne serait plus l'affaire des médecins et bien non ! que soigner ne serait plus l'affaire des soignants et bien non ! »²⁰

Selon Leguil, il est urgent de réaffirmer que la médecine est l'affaire des médecins qui font toujours accueil à ce qui se manifeste et se dit. De jeunes médecins, à peine sortis des bancs de leur fac, remettent en cause leur choix professionnel. Du jamais vu. L'orientation de la psychanalyse est d'un solide appui pour accueillir ceux qui souffrent – et ce qui fait souffrir. Elle est un *soin*.

« La psychanalyse est traversée par les idéaux de la science... elle repose sur le fait que nous laissons les gens parler sans leur donner de directive... et nous faisons le pari que grâce à cela nous allons trouver des axes qui vont permettre – aux patients - de trouver les solutions à leurs

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Bonnaud H., « Le corps pris aux mots – Ce qu'il dit, ce qu'il veut », Paris, Navarin Editeur, 2015.

¹⁷ Cf. Miller J-A., « L'inconscient et le corps parlant », Revue de psychanalyse La Cause du désir, 88, 2014, pp.103-114.

¹⁸ Bonnaud H « Le corps pris aux mots », op.cit. pp.9-22.

¹⁹ Cf. Réflexion de Dominique Laurent sur la question de la « rectification subjective ». Son article : « Dire pour être », Focus vers les J52 - 52èmes Journées de l'Ecole de la Cause freudienne les 19 et 20 novembre 2022, Article en ligne Site des Journées, 4 juillet 2022 <https://journées.causefreudienne.org/>

²⁰ Leguil F. Préparation ateliers et colloque *puls-médecine* 2022-23.

impasses... La psychanalyse est une pratique de la parole et du soin. C'est un soin qui n'est pas un soin médical mais qui est profondément un soin ».²¹

« Rejoindre la subjectivité de son époque », ²² c'est mesurer avec sérieux que les sujets sont de plus en plus *déboussolés* dans leur rapport à ce qui les rend vivants, que s'adresser à l'hôpital pour le moindre mal est une manière de se mettre en lien, de réinventer un lien qu'il n'y a plus.

« Les sujets contemporains nient le plus souvent l'inconscient, et même plus, le dénie, jusqu'à en oublier son existence. Il s'immisce pourtant dans la parole et dans ce que le sujet veut dire, il oriente sa vie et son désir ».²³

A l'heure du « déni de l'inconscient », ²⁴ les soignants ne mesurent plus que « faire du deux » est essentiel et ils n'ont d'ailleurs même plus le temps pour cela. Pris dans un renoncement du « temps de comprendre », isolés, ils vivent une véritable crise identitaire sur fond de non-reconnaissance par leurs pairs : soit ils sont soumis à un ordre de fer – et s'éprouvent comme toujours « insuffisants » - soit ils renoncent à tout compromis – et s'épuisent jusqu'à renoncer à leur métier.²⁵ Le doute s'installe dans leur rapport à leur pratique au point de ne plus savoir d'où ils s'autorisent... au point de « Renoncer, refuser voire rejeter » ce qu'ils sont, ce qu'ils font. Aujourd'hui, le sujet tend à être de plus en plus « libre » - une liberté des plus suspecte. Avec de tels montages, la réponse ne peut être qu'*insatisfaisante* voire complètement à côté - malgré toute la bonne volonté des professionnels sur le pont. Reste la frustration des personnels de santé, leur progressif renoncement à leur métier – et la frustration des soignés qui renoncent même parfois à consulter. Nous étudierons ce déni – que ce soit du côté des soignants comme du côté des patients. Ce déni il est de structure et a ses formes cliniques : refus, renoncements, rejets.

« Les modalités du lien social contemporain favorisent un individualisme tendu, la revendication d'une liberté sans limite, poussent à une autodétermination de soi, à une fixité de l'identité qui va à l'opposé du jeu souple des identifications... » ²⁶

La « fixité de l'identité » n'est pas sans conséquences sur le rapport au savoir – toujours plus extérieur au sujet – rapport à une « vérité absolue » - qui ne simplifie pas non plus la tâche des professionnels. D'ailleurs, les médecins se demandent de plus en plus sous quel savoir ils sont aujourd'hui convoqués ! Où est passé le deux dans le rapport de chaque professionnel au savoir médical d'aujourd'hui ? Cette fixité fait signe, signe d'une *errance* dans les repérages, d'une *défaillance* dans le montage dialectique, d'un manque de bords. Les conséquences sont logiques : soumission à une jouissance qui peine à être réfrénée, « liberté » sans limite.

« Cette *liberté* peut mener à l'inverse de ce qui est attendu ; à la souffrance de l'errance ou à une cruelle soumission à une main de fer (...) le garde-fou de la structure de discours donne le cadre inconscient, souple et inextensible, à partir duquel le sujet divisé joue sa partie, ignorant les signifiants-maitres qui le déterminent ».²⁷

²¹ Leguil F., Interview en ligne pour Dora-news : <https://youtu.be/lu7SbmQLMvY>

²² Selon l'expression de Lacan.

²³ Mariage V. « Faire exister l'inconscient », Focus vers les Journées 52 de l'Ecole de la Cause freudienne, « Je suis ce que je dis – déni de l'inconscient », Paris les 19 et 20 novembre 2022, Site des Journées, <https://journées.causefreudienne.org/>

²⁴ Cf. Journées 52 de l'Ecole de la Cause freudienne, « Je suis ce que je dis – déni de l'inconscient », Paris les 19 et 20 novembre 2022, Site des Journées, <https://journées.causefreudienne.org/>

²⁵ Stromboni C, Le Monde 25 Juillet 2022, https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/25/ces-medecins-qui-quittent-l-hopital-j-adore-mon-boulot-mais-la-je-va-is-y-laisser-ma-sante_6136016_3224.html?fbclid=IwAR2kpXfoL7AwOVrILXjuN2MmoxC9FqVIqD4OYFyqUJ9dBtJIVQOB2woumTQ&fs=e&s=cl

²⁶ Porcheret B. « Le sujet libre », Focus vers les Journées 52 de l'Ecole de la Cause freudienne, « Je suis ce que je dis – déni de l'inconscient », Paris les 19 et 20 novembre 2022, Site des Journées, <https://journées.causefreudienne.org/>

²⁷ Ibid.

Puls-médecine propose cette année 4 *ateliers cliniques*, en présence, préparatoires au colloque du 9 juin 2023, de nombreuses *Newsletter* que vous trouverez en ligne ou que vous recevrez en vous inscrivant sur le *Blog* : <https://www.pulsmedecine.com> Le *Blog* ne cessera de s'enrichir d'informations, de textes, de brèves ou de dépêches ciblées jusqu'au colloque : « #1 minute top chrono » ou « Dépêche #1 ». Tous ces rendez-vous de travail, de réflexion et d'élaboration viseront le colloque du 9 juin 2023 - 8 H -17H – à la fac de Droit de Rennes où nous vous espérons, comme à l'accoutumée, nombreux.

David Briard et Emmanuelle Borgnis Desbordes