

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Le risque iatrogénique des soins institutionnels dans la prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale



■ Cet article explore le potentiel impact iatrogénique des soins institutionnels sur les patientes souffrant d'anorexie mentale, en se basant sur une perspective issue des sciences humaines et sociales. ■ Il met notamment en évidence les mécanismes sociaux, tels que la collision des intentions, l'émulation pathologique, la stigmatisation et la dédifférenciation identitaire, qui peuvent aggraver la pathologie en milieu hospitalier. ■ Quatre recommandations sont proposées pour repenser les soins, en favorisant une approche plus holistique et moins iatrogénique.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – anorexie mentale ; épistémologie ; iatrogénie ; sciences humaines et sociales ; soins institutionnels

The iatrogenic risk of institutional care in the management of patients with anorexia nervosa. This article explores the potential iatrogenic impact of institutional care on patients suffering from anorexia nervosa, based on a perspective drawn from the human and social sciences. In particular, it highlights the social mechanisms - such as the collision of intentions, pathological emulation, stigmatization and identity dedifferentiation - that can aggravate pathology in the hospital setting. Four recommendations are put forward for rethinking care, favoring a more holistic and less iatrogenic approach.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – anorexia nervosa; epistemology; human and social sciences; iatrogeny; institutional care

STEVE VILHEM^{a,*},^{b,c}

Médecin, anthropologue, docteur en sciences humaines et sociales de la médecine et de la santé

^aInstitut des sciences humaines en médecine, centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne, avenue de Provence 82, 1007 Lausanne, Suisse

^bLaboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse, École doctorale 261, Université Paris Cité, 71 avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^cPsychiatrie du développement et trajectoires, Inserm U1018, CESP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn, 97 boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

L'anorexie mentale est-elle une pathologie intentionnelle ? La définition de la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) allait en ce sens, la décrivant comme un « trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient » [1]. Caractère controversé, l'intentionnalité de l'anorexie mentale a désormais disparu de la CIM-11 [2].

■ Or, sur le plan psychanalytique, de nombreux auteurs s'accordent avec cette vision selon laquelle « l'anorexie mentale n'est pas une maladie de l'appétit mais une position du sujet, c'est-à-dire un choix du sujet » [3], « poursuivant obstinément un chemin délibéré » [4], « une conduite réfléchie

et délibérée, une stratégie de défense adaptative » [5]. En écho, certains chercheurs en sciences sociales parlent quant à eux de « projet déterminé d'amaigrissement » [6], tandis que des philosophes la décrivent comme l'expression d'un comportement porteur de sens et cohérent [7], voire d'une « passion » [8]. Dans de précédents travaux, nous avons proposé de conceptualiser l'anorexie mentale non pas comme une pathologie intentionnelle, mais plutôt comme une pathologie de l'intentionnalité elle-même [9,10], portée vers un but : la légèreté [11]. C'est la définition sur laquelle nous nous baserons ici.

■ Partant de ces prémices, l'objectif de cet article est triple. Il s'agit premièrement

de rappeler l'importance du « social » dans la genèse de l'anorexie mentale et d'expliquer pourquoi il est autant occulté par la biomédecine de nos jours ; puis d'analyser, au prisme des sciences humaines et sociales, les mécanismes par lesquels cette pathologie peut s'aggraver en contexte institutionnel ; et, pour terminer, d'émettre des propositions visant à diminuer le caractère iatrogénique des soins.

ENTRE ART ET SCIENCE, LA MÉDECINE ET SES "DEUX TÊTES"

Forte de ses innombrables succès thérapeutiques au cours des deux derniers siècles, la médecine

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : steve.vilhem@unil.ch (S. Vilhem).

NOTES

¹ C'est-à-dire un processus de différenciation et d'opposition entre les normes des sous-groupes au sein du même groupe social.

² Howard Becker est un sociologue américain connu pour ses travaux sur la déviance. L'un de ses concepts importants est celui de "carrière", qu'il aborde notamment dans le cadre de ses études sur les musiciens de jazz et les consommateurs de marijuana. Pour Becker, la carrière est un processus au cours duquel un individu traverse différentes étapes, acquérant des rôles et des identités spécifiques. Ce concept ne se limite pas à la carrière professionnelle traditionnelle mais englobe tous les parcours sociaux, y compris ceux liés à la déviance ou à des sous-cultures spécifiques.

³ « La normalité représente une différenciation par enrichissement. L'anormalité représente une différenciation par appauvrissement. Cela explique le fait parfaitement établi qu'un névrotique esquimau ressemble plus à un névrotique congolais qu'il ne ressemble à un Esquimau normal ; il lui ressemble même plus que deux Esquimaux normaux ne se ressemblent. » [26]

souhaite être reconnue comme une science basée sur des preuves, ce qu'elle est bien entendu... mais elle ne se limite pas à cela. Elle possède "deux têtes" [12] : l'une est dévolue à la science et l'autre aux "arts", c'est-à-dire aux sciences humaines et sociales ; et idéalement, ces deux têtes devraient être également remplies.

Par ailleurs, deux métaphores jumelles ont façonné la naissance de la médecine moderne : « *d'une part, l'image du corps comme une machine et, d'autre part, la médecine comme une "guerre" contre la maladie* » [13]. La "science", promesse d'un avenir meilleur, a commencé à susciter des espoirs justifiés au XIX^e siècle, période qui a vu naître la philosophie positiviste, héritière de la pensée mécaniste cartésienne, amenant à la sécularisation et la médicalisation de la société [14]. Cela a conduit la médecine à étudier le corps comme une machine, s'aventurant à comprendre ses plus infimes rouages. En conséquence, elle s'est segmentée progressivement selon les organes d'intérêt, et les hôpitaux ont rapidement été subdivisés en départements spécialisés.

LA PSYCHIATRIE, UNE "SPÉCIALITÉ SANS ORGANES" AU SEIN D'UN CHAMP DE BATAILLE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Alors qu'il existe maintenant des spécialités médicales basées sur les organes, telles la cardiologie et la neurologie, il y a aussi des spécialistes plus transversaux, comme les médecins généralistes, et certains responsables de différentes étapes de la vie : les pédiatres et les gériatres. La question est donc de savoir, dans une société mécaniste où le ciel est vide et le

corps-machine est sans âme, en quoi se spécialisent les psychiatres. Soignent-ils des troubles du cerveau ou des problèmes de vie ?

■ **En France, en 1968, dans le cadre de la réforme des universités**, deux nouveaux certificats d'études spécialisées (CES) en médecine ont été créés : l'un en neurologie et l'autre en psychiatrie, remplaçant l'ancien CES de neuropsychiatrie introduit en 1949 [15]. Les débats précédant cette scission ont vu des médecins s'efforcer de replacer la psychiatrie dans le champ des connaissances et des pratiques. Tous reconnaissent la nécessité pour les psychiatres de recevoir une formation de base en

**Dans de nombreux pays,
les psychiatres ne sont formés
que dans un seul domaine :
l'organogénèse
des troubles mentaux**

sciences du cerveau et en neurologie, tout en insistant sur les liens entre la psychiatrie et d'autres disciplines, comme les sciences humaines, la psychologie ou la psychothérapie [15].

■ **Alors que la psychiatrie se développait en tant que discipline autonome**, elle a rapidement subi un processus de schismogénèse¹ [16], devenant un "champ de bataille" épistémologique où s'affrontent les partisans de l'organogénèse, de la psychogénèse et de la sociogénèse des troubles mentaux [17]. Tandis que la psychanalyse étendait son influence, la période d'après-guerre a vu la découverte des premiers neuroleptiques, avec la commercialisation de la chlorpromazine en 1953,

accentuant la division déjà existante. Désormais, la majorité des financements de la recherche se concentre sur les causes biologiques des troubles mentaux, avec un succès mitigé, et ce, alors que les systèmes de soins manquent cruellement de ressources [18].

■ **La sociogénèse des troubles mentaux, quant à elle, est une perspective peu répandue** dans la communauté psychiatrique, qui tend à s'y opposer, percevant la pathologie comme "biopsychosociale" au mieux [19]. Avec la biologisation de la psychiatrie, le terme "biopsychosocial" a progressivement pris un nouveau sens, c'est-à-dire d'abord "bio", puis "psycho" et enfin "social". Caricaturalement : la pathologie psychiatrique trouve son origine dans le cerveau, s'exprime par des dysfonctionnements psychologiques qui, eux-mêmes, ont des conséquences sociales, telles que la stigmatisation. Pour moult chercheurs en sciences humaines et

sociales, le paradigme tend à être inversé, le mécanisme étant d'abord "socio", puis "psycho" et enfin "bio", l'influence du social prévalant sur le reste, la société façonnant le psychique avant d'impacter le biologique – la pathologie étant ainsi une « *construction sociale* » avant d'être une « *réalité biologique* » [10].

Quant à l'organe en psychiatrie, aux antipodes de l'approche biologisante et de l'origine cérébrale, d'autres voix s'élèvent, à l'instar du plaidoyer philosophique de Natalie Banner consistant à définir l'organe affecté en psychiatrie comme « *la personne, dans son environnement* » – considérant comme une « *erreur fallacieuse* » le fait de suggérer que le cerveau seul est le lieu du trouble [20].

■ Au sein de ce champ de bataille épistémologique, les perdants sont les patients.

Dans de nombreux pays, les psychiatres ne sont formés que dans un seul domaine : l'organogénèse des troubles mentaux. Peu de pays offrent une double formation de psychiatre-psychothérapeute – la Suisse étant une exception en ce sens [21], ouvrant à une nouvelle vision, celle de la psychogénèse. Mais de manière constante, les sciences sociales sont presque totalement absentes du cursus, ainsi que les perspectives utiles qui remettent en question les représentations des médecins, de la médecine, des maladies et des patients, notamment une approche complémentaire qui accorde davantage de poids à une part de sociogénèse des troubles mentaux.

LA SOCIOGÉNÈSE DE L'ANOREXIE MENTALE ET LE CONCEPT SOCIOLOGIQUE DE "CARRIÈRE"

Le psychiatre britannique Robert Evan Kendell écrivait en 1975 que « *chaque [...] vague de technologie a ajouté de nouvelles maladies, et à chaque étape, certaines ont survécu* » [22]. L'anorexie mentale, quant à elle, a été l'objet de toutes les hypothèses, à chaque nouvelle vague technologique, à chaque nouvelle découverte médicale majeure. Ainsi, l'idée d'une étiologie hormonale de l'anorexie mentale est venue dans le sillage de la découverte de ces mêmes hormones au début du xx^e siècle. De même pour les hypothèses génétiques. Et désormais pour celles liées au microbiote. Or, peu d'arguments sont en faveur d'une origine biologique au trouble anorexique.

■ Si le monde social est le résultat d'une projection de la psyché individuelle, tandis

que l'inconscient se construit par l'introjection du monde social, loin des hypothèses biologiques pures, la genèse de l'anorexie mentale se trouve dans un modèle circulaire où le psychique et le social interagissent de manière constante pour entraîner son émergence. L'anorexie mentale est donc une « *position* » du sujet, mais cette position se situe dans un contexte qui doit être pris en compte.

■ D'un point de vue sociologique, l'anorexie est décrite comme une forme de "déviance" dans laquelle on peut faire « *carrière* »² [23,24], faisant écho au fait qu'elle évolue le long d'un continuum avec différents stades de sévérité. Si les hôpitaux prennent en charge des patients atteints de pathologies mentales, ce point de vue sociologique permet de mettre l'accent sur le fait qu'il s'agit aussi de personnes qui s'écartent des normes acceptées dans la société dans laquelle elles vivent et que l'institution psychiatrique donne la possibilité de réunir des individus qui autrement auraient souffert d'un trouble similaire sans jamais se rencontrer.

LA IATROGÉNIE DE L'INSTITUTIONNALISATION DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE AU PRISME DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Selon une analyse nourrie par les sciences humaines et sociales, la iatrogénie des soins se décline selon quatre mécanismes principaux. Premièrement, l'*intention* pathologique des patientes souffrant d'anorexie mentale se "heurte" inévitablement à l'*intention* des soignants qui tentent de la prendre en charge.

Deuxièmement, la socialisation entre patientes favorise des phénomènes de comparaison, d'émulation et de mimétisme, qui engendrent une certaine aggravation de la "carrière anorexique". Troisièmement, la stigmatisation liée au diagnostic est à considérer, mais nous ne l'aborderons pas plus en détail ici car cela est commun avec d'autres diagnostics psychiatriques ou somatiques. Quatrièmement, l'acquisition d'une nouvelle identité anorexique, qui devient peu à peu l'identité principale des patientes chroniques, s'affermi au fil des hospitalisations par le biais des trois mécanismes précédents.

Renforcement de l'intentionnalité pathologique

L'un des principaux effets iatrogènes de l'hospitalisation des patientes souffrant d'anorexie mentale est le renforcement de leur intentionnalité pathologique. Lorsqu'elle est hospitalisée, la personne atteinte d'anorexie se trouve dans un environnement qui, paradoxalement, peut stimuler sa quête pathologique de légèreté. Les soins intensifs, les contrôles stricts et l'accent mis sur la renutrition sont susceptibles de renforcer sa perception que sa lutte contre le poids est un combat contre l'institution elle-même. Cela transforme l'hôpital en un espace de défi, de combat, de lutte, voire de « *jeu* » [24], plutôt qu'en un lieu de soins et de guérison, exacerbant le comportement anorexique au lieu de le diminuer.

Socialisation et émulation pathologique

L'hospitalisation met en contact des personnes qui, autrement,

RÉFÉRENCES

- [1] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. 1993. <https://www.who.int/publications/item/9241544554>.
- [2] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD). 11th revision. 2019. www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases.
- [3] Recalcati M. Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie. *Psychanalyse* 2010;18(2):5–17.
- [4] Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. 6^e ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
- [5] Corcos M. Abécédaire de l'anorexie. Paris: Odile Jacob; 2020.
- [6] Durif-Bruckert C. Du "petit régime" au refus de manger. Expériences anorexiques. Récits de soi, récits de soin. Malakoff: Armand Colin; 2017.
- [7] Giordano S. Qu'un souffle de vent : an exploration of anorexia nervosa. *Med Humanit* 2002;28(1):3–8.
- [8] Charland LC, Hope T, Stewart A, Tan J. Anorexia nervosa as a passion. *Philos Psychiatry Psychol* 2013;20(4):353–65.
- [9] Vilhem S. "From *pourquoi* to *pour quoi*." What is anorexia nervosa? A philosophical and historical perspective in favour of a pathology of intentionality. *In Analysis* 2021;5(3):289–95.
- [10] Vilhem S. Redefining anorexia nervosa and its causes to rethink its care. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2024;26(1).
- [11] Giordano S. Understanding eating disorders: conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 2005.
- [12] Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pedagog Med* 2006;7(3):135–41.
- [13] Bleakley A. Thinking with metaphors in medicine: the state of the art. Abingdon (Angleterre), New York (États-Unis): Routledge/Taylor & Francis Group; 2017.
- [14] Brumberg JJ. Fasting girls: the history of anorexia nervosa. New York (États-Unis): Knopf Doubleday; 2000.

RÉFÉRENCES

- [15] Schneckenburger R. La distinction entre neurologie et psychiatrie en France entre 1940 et 1968 : le point de vue de quelques neuropsychiatres. *Cah Centre Georges-Canguilhem* 2018;(7):33-54.
- [16] Bateson G. *Naven: a survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view*. 2^e ed. Stanford (États-Unis): Stanford University Press; 1958.
- [17] Zarifian É. *Les jardiniers de la folie*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [18] Barry E. The 'Nation's Psychiatrist' takes stock, with frustration. *Nytimes.com*. 22 février 2022. www.nytimes.com/2022/02/22/us/thomas-insel-book.html.
- [19] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6(2):101-23.
- [20] Banner NF. Mental disorders are not brain disorders. *J Eval Clin Pract* 2013;19(3):509-13.
- [21] Despland JN, Berner S. Psychiatre et psychothérapeute ? Petite histoire suisse. *Inf Psychiatr* 2012;88(7):535-42.
- [22] Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 1975;127(4):305-15.
- [23] Becker HS. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris: Éditions Métailié; 1985.
- [24] Darmon M. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris: La Découverte; 2008.
- [25] Warin M. *Abject relations: everyday worlds of anorexia*. New Brunswick (Canada): Rutgers University Press; 2010.
- [26] Devereux G. *La renonciation à l'identité : défense contre l'anéantissement*. Paris: Payot & Rivages; 2019.
- [27] Merand M. *La maladie du faux soi : enquête sur l'anorexie mentale*. Paris: Hermann; 2023.
- [28] Vilhem S. Enveloppes et symptômes, le regard clinique mis au défi. *Inf Psychiatr* 2024;100(6):428-34.



L'anorexie mentale est profondément façonnée par le monde social et une approche complémentaire socio-psycho-biologique nous pousse à repenser nos modèles de soins.

mèneraient leur “carrière” isolément. Ce regroupement favorise la comparaison, la compétition, le mimétisme et l'apprentissage mutuel de nouvelles stratégies pour contourner les soins. Les patientes peuvent se retrouver à développer des comportements encore plus extrêmes en réponse à l'influence de leurs pairs, cherchant même parfois à devenir la « *meilleure anorexique* » [25] dans un contexte d'émulation pathologique. Ce phénomène est renforcé par le fait que l'institution, par ses interdits, rend, paradoxalement, le but de la légèreté encore plus réel, désirable et illusoirement accessible.

Dédifférenciation et perte d'identité des patientes

L'institution peut accélérer la dédifférenciation³ [26] des patientes souffrant d'anorexie sévère et chronique. En les soumettant à un cadre rigide, impersonnel et normatif, l'hôpital est

susceptible de contribuer à une homogénéisation des comportements anorexiques, où les identités individuelles se fondent dans une “identité anorexique” collective.

LA NÉCESSITÉ DE REPENSER LES SOINS DANS LE CADRE DE L'ANOREXIE MENTALE

Si l'anorexie mentale est une maladie du “faux soi” [27], est-il possible que les institutions et les soignants participent malgré eux à la façonner, voire à l'accentuer [28] ? Plus de 150 ans après la naissance de son diagnostic, comment pouvons-nous repenser les soins pour éviter ou diminuer leur iatrogénie, notamment quand ils sont prodigués au niveau institutionnel ? Nous allons faire ici quatre propositions.

■ **Pour commencer, le modèle de soins doit être revu.** L'idée

de rassembler les patients présentant des pathologies similaires remonte au XIX^e siècle. Or, ce regroupement au sein de services hospitaliers spécialisés peut être délétère car il donne lieu à des comparaisons, des formes de compétition et de mimétisme, souvent entre personnes à différents “niveaux de carrière”. En l'absence d'un modèle alternatif, il semble que la première recommandation soit de privilégier autant que possible les soins ambulatoires et de n'hospitaliser les patients dans un service spécialisé qu'en dernier recours et pour une durée aussi courte que possible.

■ **Deuxièmement, il est nécessaire de toujours penser à la pertinence des soins**, notamment dans les situations chroniques. De manière pragmatique, la volonté des soignants de guérir doit être réévaluée, car si les soins psychiatriques

sont indispensables à la société, il est impératif de savoir identifier pour chaque personne où les soins se terminent et où commence le risque iatrogène, afin de ne pas s'engouffrer dans l'« impasse de la furor sanandi » [29]. Cela s'inscrit dans le premier principe de prudence hippocratique : *primum non nocere*.

■ **La troisième préconisation reste dans la continuité de la précédente** : lorsque les soins commencent à devenir plus nuisibles que bénéfiques, il est indispensable d'arrêter l'hospitalisation. Cependant, il n'existe pas d'alternatives pour accueillir les patients atteints d'anorexie mentale chronique sévère et il est nécessaire de développer des structures de vie adaptées, où l'accent est mis sur le confort et non sur la guérison, permettant aux personnes souffrantes de vivre « plus normalement » avec leurs troubles, sans subir la « médicalisation à tout prix » et sans se socialiser avec des patients « au début de leur carrière anorexique ». Ce type de soins peut, par exemple, inclure des visites médicales et infirmières au domicile ou dans des structures spécialisées qui comportent des activités thérapeutiques discutées et convenues avec le patient.

■ **La quatrième proposition est d'utiliser les sciences sociales pour parvenir à des soins moins iatrogéniques.** Le contrat de séparation, c'est-à-dire l'idée d'une coupure des patientes souffrant d'anorexie mentale de leur famille à visée thérapeutique, est peut-être un des derniers vestiges de l'asile au sein de l'hôpital psychiatrique, particulièrement en France. À cela

s'ajoutent des institutions en manque criant de moyens et des soignants de plus en plus surchargés, en grande difficulté pour relever les défis de santé publique actuels. Comment faire alors, lorsque « traditions » thérapeutiques et perte économique s'entremêlent et s'opposent à la possibilité de prises en soins plus humaines des patients en souffrance ? Comment faire pour que l'institution psychiatrique ne devienne pas le symptôme d'un dysfonctionnement sociétal plus global, mais au contraire un outil au service de la « réparation » de cette même société à laquelle elle appartient ?

**Comment faire lorsque
« traditions » thérapeutiques
et perte économique
s'entremêlent et s'opposent
à la possibilité de prises
en soins plus humaines ?**

■ **L'anorexie mentale est profondément façonnée par le monde social** et une approche complémentaire socio-psychobiologique nous pousse à repenser nos modèles de soins, par exemple en passant d'une prise en charge de l'individu seul, séparé de l'extérieur (à l'image du contrat de séparation), vers les thérapies familiales ; ou encore en passant des institutions asilaires excentrées des villes (suivant un paradigme hygiéniste) vers des centres de soins en santé mentale ouverts sur la Cité.

Les expériences de psychologie sociale du siècle passé, comme celles de Rosenhan, Milgram

et Stanford, nous mettent en garde contre nos certitudes, sans verser dans une forme d'antipsychiatrie dépassée. De plus, pour citer le psychiatre étatsunien Walter Reich : « *Avec une facilité remarquable, les diagnostics peuvent transformer la peur du chaos en confort du connu ; le fardeau du doute en plaisir de la certitude ; la honte de blesser les autres en fierté de les aider ; et le dilemme du jugement moral en clarté de la vérité médicale.* » [30]

■ **Ainsi, la quatrième et dernière recommandation est d'incorporer des enseignements** en sciences humaines et sociales tout au long du cursus médical, et de manière plus intense lors de la spécialisation en psychiatrie. Cela permettrait aux psychiatres d'étendre leur champ de conscience, d'identifier leur « périmètre de sûreté » tout en le réduisant certainement. Ainsi, lorsque l'on est conscient du moment où ce sont nos propres angoisses qui nous font agir, les soins sont moins iatrogéniques. Lorsque l'on est conscient du moment où un diagnostic que nous attribuons à un patient nous rassure plus qu'il n'explique le trouble, les soins sont moins iatrogéniques. Lorsque l'on est conscient du moment où nous donnons l'impression de savoir à un patient à défaut de pouvoir lui répondre, les soins sont moins iatrogéniques. Lorsque l'on est conscient du moment où nous exerçons un biopouvoir sur les patients dont nous avons la charge avant d'assumer notre rôle de soignant, les soins sont moins iatrogéniques. ■

RÉFÉRENCES

- [29] Ansermet F. Sigmund Freud, Impasses de la furor sanandi. In: Lefève C, Mino JC, Zaccari-Reyners N (dir.). Le soin : Approches contemporaines. Paris: PUF; 2016. p. 95-104.
[30] Reich W. Psychiatric diagnosis as an ethical problem. Chapter 10. In: Bloch S, Chodoff P, Green S, editors. Psychiatric ethics. 3^e ed. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 1999.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.