

# La psychiatrie de liaison : une pratique de la transdisciplinarité, une éthique de la rencontre

Daniel SIBERTIN-BLANC\*, Sophie ROTHENBURGER\*\*, Bernard KABUTH\*\*\*

\*Professeur des  
Universités-Praticien  
Hospitalier.  
\*\* Praticien  
Hospitalier,  
2<sup>e</sup> secteur de  
psychiatrie  
infanto-juvénile,  
Centre  
psycho-thérapeutique  
de Nancy-Laxou,  
1, avenue Voltaire,  
54300 Lunéville,  
France.

sophie.rothenburger@  
cpn-laxou.com

\*\*\* Praticien  
Hospitalier, 4<sup>e</sup> secteur  
de psychiatrie de  
l'enfant, CHU  
Brabois, 10, allée du  
Morvan,  
54511 Vandœuvre-  
lès-Nancy, France.

## Résumé

L'afflux de situations cliniques inédites par la somme de compétences requises pour leur prise en charge, par les difficultés de l'organiser, sans compter les épreuves vécues par les patients et leur famille est en train de changer assez radicalement le fonctionnement des équipes médicales. L'approche pluridisciplinaire et en réseau, la prise en compte du malade et de ses proches, se traduisent ainsi par des collaborations de plus en plus fréquentes avec les psychiatres dit « de liaison ». La psychiatrie de liaison qui s'inscrivait par nature dans les marges et les failles de l'institution hospitalière participe de manière décisive à ce saut qualitatif qui fait passer de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité.

**Mots clés :** psychiatrie de liaison, éthique, relation de soin, cadre thérapeutique.

## Abstract

*An increasing number of clinical situations present with original features, requiring sound competences for their cure, with difficulties to organize the treatment, not to mention the ordeals experiences by the patients and their families. These original situations radically changed the functioning of medical teams. The use of multidisciplinary networks of professionals respectful of the patients and their families, implies more and more frequently the collaboration with consultative-liaison psychiatrists. Liaison psychiatry, placed by nature on the fringe – and on the flaws – of the hospital institution, takes a decisive part in this qualitative move, from multidisciplinary to transdisciplinarity.*

**Key words:** liaison psychiatry, ethic, care relation, therapeutically environment.

L'essor actuel de la psychiatrie de liaison reflète celui de la transdisciplinarité qui s'affirme de plus en plus dans la prise en charge des patients atteints d'une affection somatique. De fait, les équipes hospitalières font d'autant plus facilement appel à un psychiatre qu'elles sont convaincues de l'importance de conjointre parfois le traitement de la maladie et celui du travail psy-

chique qu'elle opère chez leurs malades, et d'autant mieux qu'elles assument leur part sans s'en décharger sur lui. Cette révolution discrète des pratiques soignantes, en rupture avec leur traditionnel cloisonnement, semble marquer directement du sceau de la pensée hippocratique qui envisageait le malade et l'homme en général comme un individu au sens fort : un être unique et indivisible qui ne peut être compris et encore moins soigné si on sépare les uns des autres les éléments qui le constituent, son corps, sa « psyché », son his-

toire et son environnement [3]. Mais l'événement déterminant est bien l'afflux de situations cliniques inédites par la somme de compétences requises pour leur prise en charge, par les difficultés de l'organiser et par les impossibles choix éthiques auxquels elles peuvent confronter les médecins et leurs équipes, sans compter l'accumulation d'épreuves vécues par les malades et leur famille ; la rançon du progrès des connaissances et des moyens thérapeutiques, en quelque sorte. Ces situations obligent les équipes médicales à repenser radicalement leur fonctionnement selon un modèle pluridisciplinaire et en réseau, en prenant en compte l'avis du malade et de ses proches pour éclairer leurs décisions : une approche intégrant la maladie et le malade, ancrée sur le terrain des valeurs et faisant faire un saut qualitatif à la pluridisciplinarité, la grande affaire de la transdisciplinarité. C'est un exercice de lucidité et d'humilité qui apprend à réviser les ambitions dont l'une est peut-être plus essentielle que toutes les autres : essayer d'épargner à ces patients le malheur supplémentaire de les réduire à leur corps malade par des savoirs de plus en plus spécialisés qui communiquent de moins en moins bien entre eux. *Primum non nocere...*

### ***La pensée médicale en crise***

Cette aspiration à une approche intégrée de la maladie et de l'homme malade n'est pas une question nouvelle que découvrent les médecins et les équipes soignantes d'aujourd'hui ; sauf que les progrès des connaissances et des moyens thérapeutiques, les exigences de résultats et la judiciarisation des actes médicaux lui donnent un relief singulièrement nouveau. Cette aspiration participe en effet à l'histoire de la médecine depuis ses origines, avec bien sûr des fortunes diverses. Elle a poussé les pratiques soignantes à d'incessantes remises en question, mettant à profit les apports tirés de l'expérience et les avancées des connaissances avec plus ou moins de conviction et de résultats selon les époques et les attentes adressées à la médecine. Cette attente est désormais très forte sinon impérative un siècle et demi après le triomphe de la révolution pastorienne et la consécration du modèle « dualiste » dont la pensée médicale depuis se réclame. C'est dans le creuset de ce modèle distinguant la psyché du soma en deux grands territoires « ou étendues séparément intelligibles » [1] que la pensée médicale s'est ensuite structurée et que la médecine a acquis son statut scientifique la libérant de sa tradition de charité. La médecine

s'est alors développée et institutionnalisée avec le succès que l'on sait, en se démultipliant en « spécialités » comme autant de petits territoires séparément organisés selon un découpage du corps par organe ou par fonction, toutes avec ce même postulat leur dictant que le traitement de la maladie passe par celui de ses causes, le malade en bénéficiant de surcroît.

Ce découpage a créé des frontières commodes pour la carrière des cliniciens et les découvertes des chercheurs, efficaces pour le traitement des maladies, mais inopérantes contre leur prévention et pas toujours satisfaisantes pour les patients ; jusqu'à ce que les responsables de la Santé, alertés par son coût sans cesse croissant, se mettent à douter et fassent douter. « La santé a un prix », ose-t-on dire maintenant, d'autant plus lourd à supporter qu'on prend conscience que la mutation technologique de la médecine, qui en est une des causes principales, n'empêche pas les impasses cliniques, thérapeutiques et éthiques en elles-mêmes très coûteuses. L'« hyper-spécialisation » des connaissances est l'une de ces impasses, en renforçant le morcellement artificiel du champ clinique et le cloisonnement des pratiques soignantes, en imposant un contrôle et une gestion bureaucratique de plus en plus envahissants, en produisant des effets en cascade exportés jusqu'au sein même de la relation médecin-malade : d'un excès dans la volonté de pouvoir sur la maladie à un excès de pouvoir sur le malade et pour couronner le tout, un excès d'indifférence à son égard, allant à l'encontre du but visé puisque ruinant les chances d'établir des liens de confiance avec lui et d'obtenir de sa part une bonne observance des traitements. Nombreuses sont en effet les situations cliniques qui laissent perplexes et font prendre conscience que le progrès continu des connaissances en médecine ne fait pas nécessairement progresser la médecine : par exemple, ces malades qui meurent guéris après un acharnement thérapeutique, ceux qui meurent, oubliés et privés de soins (cf. lors de « la canicule » de l'été 2003), ceux qui guérissent mais restent à jamais traumatisés d'avoir été malades, d'autres encore d'avoir été soignés sous l'autorité de médecins savants mais possessifs.

### ***À la recherche du sujet perdu***

Ces situations interrogent la médecine sur son avenir et les médecins sur leurs pratiques quand, au nom de leur compétence de spécialiste ils ne prennent pas le temps d'écouter leur malade, ignorent son vécu, ses angoisses, sa

parole, son histoire mais aussi ses ressources. Ainsi se privent-ils d'un ensemble méconnu de compétences qui pourraient être utiles à leur mission. Cette tendance n'a bien sûr pas échappé aux penseurs de la médecine de demain qui ont fait figurer en bonne place dans leur horizon conceptuel les notions de prévention et de promotion de la santé, ainsi que celle de facteur de protection qui leur est consubstantielle. Cette dernière notion à vrai dire très vague et extensive inclus des facteurs les plus hétérogènes : ceux innés qui appartiennent à la « nature » même du patient et participent à sa résilience, ceux qui gravitent dans son environnement, en forment le tissu vivant et participent à sa croissance. Ces derniers vont de l'éducation à l'intégration scolaire et à la réhabilitation sociale et professionnelle en passant par le loisir. Ces facteurs échappent au « pouvoir médical » sauf peut-être l'un d'entre eux, particulièrement déterminant : « le sujet », un acteur ainsi nommé car déterminé par la force créatrice de la pulsion de vie, en fait un inconnu, insaisissable, résistant à tout savoir sur lui, qui vit au cœur de chacun sans jamais se laisser découvrir. Un simple regard, une rencontre pourrait suffire. Encore faut-il que ce soit au bon moment. On ne rencontre l'autre, celui qui peut être deviendra une figure de son destin, qu'à condition d'être en état de le rencontrer. Sans doute en est-il de même entre un malade et ceux qui le soignent, à l'origine de bien de malentendus, de déceptions réciproques, de rejets mutuels si lors de cette rencontre, celui-ci lit dans le regard de ses interlocuteurs son assignation à un statut conféré par son état de malade : un être disqualifié, privé de valeur, à part.

Cette approche ouvre le champ clinique et thérapeutique à des données qui leur étaient jusque là lointaines ou étrangères : psychologiques, éducatives, familiales, sociales, et donc à d'autres acteurs participant à la santé. Elle suppose une pensée médicale libérée du carcan d'un « dualisme psyché-soma » étroit et restrictif, s'intéressant sans a-priori à l'ensemble de ces données, en privilégiant celles susceptibles de servir de levier pour faciliter l'acceptation des soins, améliorer la qualité de vie et peut-être accélérer le retour vers la guérison. La difficulté pour le clinicien est alors de mettre en lien et en perspective ces différentes données, d'en saisir la dynamique dans toute sa complexité sans la subir ni être saisi par elle. Cette démarche n'a évidemment guère de sens sans y associer les patients, autrement dit sans un préalable : celui de les reconnaître - et de les aider à se reconnaître eux-mêmes - non comme

« victime », « client », « usager »... mais comme « sujet » solidaire de l'effort commun contre leur maladie. La promotion de la santé devient alors une notion qui prend sens et ouvre sur un champ clinique large, hétérogène et riche de potentialités même s'il est plus difficile à maîtriser et si l'imprévu y est roi.

### *L'appel à la loi*

La prise de conscience de ces impasses éthiques et thérapeutiques en médecine et le regain d'intérêt pour l'idée de promotion de la santé doit, il faut le reconnaître, beaucoup aux patients et à leur famille. Au moment où les soins bénéficient de l'apport de technologie aux performances encore jamais atteintes, ils veulent en effet être soignés « autrement », c'est-à-dire davantage considérés, écoutés, informés, associés aux décisions et responsabilisés dans leur lutte contre la maladie, en étant assurés de rester les sujets lucides de ce qui leur arrive et ne plus subir en assiégés et en assistés leur condition de malade. Leur attente à l'égard du médecin n'est pas seulement de recevoir des traitements appropriés, mais aussi d'être respectés et reconnus comme acteur dans le dispositif nécessaire à leur santé. Mais à force d'attendre dans le silence du monde médical, leur attente de malade s'est transformée en revendication d'usager, se dressant volontiers en contre-pouvoir. Rompant avec leur soumission à la loi du silence emblématique de la vie hospitalière qui depuis longtemps, sinon toujours, régit les relations médecin-malade, ils ont su se faire entendre, relayés par des associations, par l'opinion publique. Au point que leurs revendications ont maintenant un cadre législatif et la relation médecin-malade un encadrement juridique supplémentaire sous la forme d'un contrat subordonné au « droit des malades ». Cette loi est encore trop récente pour en apprécier les effets mais suffisamment pour réfléchir à ce qu'elle dénonce et contre quoi elle a été conçue.

En voulant jeter les bases d'une relation médecin-malade plus équilibrée, la loi s'est appuyée notamment sur le droit à l'information des malades ; ce qui ne signifie pas nécessairement plus de communication et d'échanges au sein de cette relation ni un renversement de l'asymétrie qui fondamentalement la caractérise. Face au médecin prescripteur, le patient reste toujours en dernier ressort celui qui, par définition, doit endurer « patiemment » et accepter « passivement » les décisions prises pour lui. L'obligation faite au médecin de dire au malade la vérité sur sa

maladie et son traitement n'implique pas celle d'écouter sa vérité de sujet en prise avec l'épreuve d'une maladie. Il faut pour cela au médecin bien d'autres conditions qu'une loi, c'est-à-dire du temps pour se rendre disponible et obtenir la confiance du malade ; elle se mérite, se gagne, s'use, elle est parfois trahie, mais elle ne se décrète pas !

### *Dans le cercle de la maladie*

Toutes ces questions cliniques, juridiques, éthiques, culminent, avec les patients souffrant d'une maladie grave, il y a peu de temps mortelle, et que l'arsenal thérapeutique transforme désormais et pour la plupart en maladies « chroniques ». Leur destin a changé. Ils ont la vie sauve, même si leur sort est suspendu à la nécessité plus ou moins durable de rester en lien avec un dispositif thérapeutique spécialisé. Si peu s'en plaignent, la plupart en souffrent pour avoir beaucoup perdu : leur autonomie, leur aire de déplacement, leur rôle dans la famille, leur statut d'élève ordinaire ou leur projet professionnel, leur place dans la société, tout ce qui participe à l'estime de soi, au sentiment d'identité, au plaisir de vivre. Leur souffrance est d'autant plus vive qu'elle reste indicible du fait de leur crainte, en la partageant avec ceux qui les soignent ou les accompagnent dans leur itinéraire, de les charger indûment de leurs angoisses, de leurs plaintes ou de leurs récriminations mais aussi d'augmenter leur dépendance et leur dette à leur égard. Leur souffrance reste indicible aussi parce que difficile à entendre par ceux auxquels elle s'adresse. Elle ne laisse jamais indemne ceux qui la côtoient, les proches, les équipes soignantes, toujours tentés de s'en protéger pour ne pas être atteints par le désespoir qu'elle leur transmet, ni se retrouver en première ligne face à des demandes impossibles à satisfaire, celle « d'un souffrir-avec sans réserve » [5]. Plutôt que de souffrir d'atteindre les limites de ce qu'elles peuvent donner, les équipes soignantes se rabattent volontiers sur des gestes techniques au risque de laisser leurs patients livrés à leurs tourments et dans une insécurité qui augmente leur besoin d'être protégés, rassurés, consolés. On sait la rapidité avec laquelle ce scénario circulaire mène vers une dépendance pathologique et la construction de liens pathogènes durables entre les patients et leur entourage, oscillant entre la symbiose et le rejet, au détriment du désir mutuel de coopération et de l'observance des traitements. La vigilance des soignants s'en trouve renforcée en même

temps que la passivité résignée des patients qui ont alors de plus en plus tendance à renoncer à toute aspiration à l'autonomie, jusqu'à perdre toute raison d'espérer de quiconque et de l'avenir. Le terrain difficilement gagné contre la maladie risque alors d'être rapidement perdu.

Cette perspective est loin d'être une fiction catastrophiste quand en plus les problèmes s'accumulent au niveau scolaire, professionnel, familial, social... Les progrès des connaissances en médecine, ne font pas en effet nécessairement progresser la médecine, pas plus qu'ils n'augmentent les chances des patients si sont négligés les conséquences individuelles de leur maladie et de leurs traitements sur le plan psychologique, social, existentiel, identitaire.

Ces questions de pratique soignante constituent un véritable défi mais aussi un enjeu pour la collaboration avec les psychiatres de liaison dans cet avenir technologique promis à la médecine où il s'agira de maintenir un juste équilibre entre éthique du savoir et éthique du sujet [4] ; entre les recommandations tirées de l'avancée des connaissances scientifiques et la prise en compte du vécu singulier de chaque malade ; entre le modèle « dualiste » auquel s'est arrimée la pensée médicale moderne dite « scientifique », explicative et prédictive, et un modèle « holistique » probabiliste, acceptant l'incertitude, la surprise et beaucoup d'imprévus mais intégrant « le sujet » dont nul ne sait jamais à l'avance le sens qu'il donnera à ses expériences, y compris à l'épreuve d'une maladie : rien qu'un accident de parcours ne laissant qu'un mauvais souvenir, une crise maturative et libératrice, ou une blessure aliénante qui, après avoir annexé au passage d'autres traumatismes antérieurs en attente de réactivation, prendra le relais mortifère de la maladie contre lui-même ? Sans doute, la qualité de la relation médecin-malade est là un facteur de prévention décisif.

### *Pour une éthique de la rencontre*

Ce « juste équilibre » entre éthique du savoir et éthique du sujet suppose en même temps une éthique de la rencontre, c'est-à-dire un travail des soignants sur eux-mêmes pour s'identifier à leurs malades, s'ajuster à leurs besoins, donner en un visage et une âme à leurs rencontres avec eux, et ce tout au long d'un parcours émaillé d'événements et de nouvelles souvent difficiles à annoncer, sans déroger à deux règles absolues : ni leur men-

tir, ni les désespérer. Il s'agit surtout de créer les conditions pour que le dispositif de soin prenne la dimension d'un authentique cadre thérapeutique et qu'il soit reconnu comme tel par les patients : un lieu au service de leur santé, de leur sécurité et de leur bien-être où leur sont garantis les traitements les plus appropriés tout en restant un lieu d'écoute et de parole où ils sont accueillis et respectés dans leurs demandes, même lorsqu'ils ne demandent rien. De la fiabilité de ce cadre dépend ensuite l'évolution des liens entre soignants et soignés et les enjeux sont importants sinon vitaux : permettre aux soignants de faire alliance avec le désir des patients de se soigner, soutenir leur aspiration à être autonomes et devenir eux-mêmes les garants de leur propre santé, les aider à mieux résister à la tentation de la régression, du repli narcissique voire de l'abandon des traitements

Lorsque ceux-ci sont longs, douloureux, contraignants, lorsque la pathologie s'annonce durable et invalidante, la détermination de l'équipe soignante pour construire ce cadre thérapeutique mais aussi le tenir dans la durée malgré l'usure du temps, l'ennui, les moments de vide, de doute, de désespoir, est alors décisive. Car nombreuses et diverses sont les forces toujours prêtes à se conjuguer pour mettre en échec le projet de soin, le fuir, l'attaquer, rompre les liens. À cet égard, rien n'est jamais acquis dans ces situations où le moindre événement intercurrent peut, contre toute attente, faire tout basculer dans une rupture mortifère. Cette incertitude menaçante figure en filigrane dans les textes qui sous forme de chartes, de protocoles, de procédures, de contrats de soin, doublés de règlements intérieurs, déclarent des engagements pour éloigner tout ce qui pourrait les rompre et faire violence aux malades. Aucun texte n'empêchera jamais la violence contre laquelle ils sont conçus d'exister ni de se déployer au cœur de la relation de soin sous de multiples facettes dont il serait très long de dresser le catalogue, d'autant plus qu'elle n'agit jamais complètement seule, mais intriquée et tempérée par des forces qui la contrôlent. Sauf que ces patients, vulnérables, meurtris dans leur corps comme dans leur vie psychique, arrachés à leur vie familiale et professionnelle, y sont plus que d'autres sensibles, faute de solution de dégageant, y compris par la parole lorsqu'ils veulent bien la prendre. C'est ainsi que certains s'enferment silencieusement dans un véritable bastion narcissique en guise de rempart contre l'effondrement ; un rempart souvent bien insuffisant pour contenir une souffrance indicible et long-

temps méconnue car rendue méconnaissable par des symptômes qui ne font que l'aggraver. La tâche du psychiatre de liaison est là simple à énoncer mais plus difficile à réaliser : aider l'équipe soignante à comprendre le sens de ces troubles et à trouver les bonnes réponses pour apaiser la souffrance du patient, l'aider lui-même à faire appel à ses propres ressources. Encore faut-il que celui-ci accepte cette offre de soin sans la vivre comme une remise en cause personnelle, qu'il ressente cette écoute comme une aide possible dans l'épreuve qu'il traverse et sa mise en mots comme une occasion de l'atténuer. Car cette rencontre ne va jamais tout à fait de soi dans ce contexte où, faute de préparation suffisante, elle peut être rejetée par le patient car ressentie comme un risque d'emprise supplémentaire, un désaveu, une mise en doute blessante de ses facultés mentales ou encore une mesure discriminatoire et humiliante. Le problème est alors de transformer ce refus en nouveau point de départ et ses symptômes en demande de dialogue avec les soignants, d'encourager ceux-ci à reprendre à leur compte le mandat délégué au psychiatre et à assumer eux-mêmes sa fonction attendue sans se sentir dépassés, mis en cause ou en danger.

### Conclusion

La pratique du psychiatre de liaison s'inscrit dans les marges et les failles de l'institution hospitalière, là où cependant ses projets sont de plus en plus surveillés et des résultats de plus en plus attendus. Ils ont pour nom « bien-être », « qualité de vie », « éthique », des exigences qui amènent la psychiatrie de liaison à jouer un rôle mieux reconnu. Mais c'est à condition de rester ce qu'elle est, de résister à l'attraction d'une pensée médicale « dualiste » voire d'y participer en intervenant de manière mimétique selon un modèle de prescriptions systématisées. La liaison qui permet de former un nouvel ensemble porteur de qualités et de significations nouvelles, suppose des différences entre les parties à réunir et le maintien de leurs différences une fois réunies. Ici, s'y ajoute des manques : le psychiatre de liaison ne peut en effet espérer travailler dans la continuité, dans l'historicité, ni engager des traitements à visée psychothérapeutique à long terme selon les règles habituelles, sans pour autant renoncer à l'une d'entre elle, essentielle : aller à la rencontre du sujet, entrer en contact avec lui, même si c'est de manière éphémère, même si c'est pour faire acte de présence lorsque le malade

le refuse. Le psychiatre de liaison en reste le porte-parole, y compris de son refus, pour tenter de désamorcer des conflits, d'apaiser d'éventuelles tensions autour de lui et de maintenir vivantes les relations des soignants avec lui. Ces rencontres ne sont jamais anodines, ni pour le malade, ni pour le psychiatre de liaison, souvent en peine pour faire de chacune d'entre elles « une situation précieuse et rare [...] pouvant être le point de départ d'un changement... » [2]. Il doit se rappeler que ces patients ne veulent pas tant changer que rester eux-mêmes, retrouver malgré les événements somatiques qu'ils subissent et à cause d'eux, un sentiment d'unité et de continuité menacé et parfois perdu. ■

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Descartes R. *Discours de la méthode (1637)*. Paris : Livre de Poche, 1973 : n° 2593.
2. Diatkine R. Rencontres. Avant propos. *Les Textes du Centre Alfred Binet* 1984 ; n°5 : 1-3.
3. Gourevitch D. *Hippocrate. De l'art médical. Introduction*. Collection *Bibliothèque classique*. Paris : Livre de Poche, 1994, n° 704 : 7-77.
4. Marcelli D. Le pourcentage, le gène et la synapse laissent-ils une place à la recherche clinique ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1999 ; 47 (12) : 539-543.
5. Ricœur P. La souffrance n'est pas la douleur. *Autrement* 1994 ; n° 142 : 58-69.

UNIVERSITÉ  
PARIS 7 - DENIS DIDEROT



### UNIVERSITÉ PARIS 7 - DENIS DIDEROT UFR Sciences Humaines Cliniques - Département de Formation Permanente

• **DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE :  
PETITE ENFANCE, ENFANCE, ADOLESCENCE**

Janvier 2005 à décembre 2006 (184 h par an)

Responsables : Danièle Brun et Drina Candilis

Public : Psychologues, psychiatres, médecins généralistes,  
titulaires d'un diplôme de 3<sup>e</sup> cycle en Sciences Humaines Cliniques

• **DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE PERFECTIONNEMENT AUX TRAITEMENTS  
PSYCHANALYTIQUES DE LA PETITE ENFANCE À L'ADOLESCENCE**

Janvier 2006 à décembre 2006 (100 h)

Responsables : Danièle Brun et Drina Candilis

Public : Psychologues, psychiatres, pédiatres, médecins généralistes,  
titulaires d'un diplôme de 3<sup>e</sup> cycle en Sciences Humaines Cliniques

• **DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ÉTUDES DE PSYCHOSOMATIQUE  
PSYCHANALYTIQUE**

Janvier à décembre 2005 (120 h)

Responsable : Gisèle Harrus

Public : Psychologues, psychiatres, médecins

• **DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE FORMATEURS D'ADULTES**

Janvier à décembre 2006 (500 h)

Responsable : Luc Ridel

Public : formateurs, personnels souhaitant se professionnaliser, professionnels en reconversion

• **STAGES**

Améliorer sa relation avec le sujet âgé

Approche psychanalytique de l'enfant handicapé

Éléments de psychosomatique dans la relation soignant soigné

Clinique projective psychanalytique

Psychose et institution

Les psychoses : approche théorique et clinique

La psychose à l'adolescence

Potentialités psychotiques à l'adolescence

Santé mentale et précarité

Sensibilisation à la thérapie familiale psychanalytique

Les brochures détaillées sont envoyées sur demande :

107, rue du Faubourg Saint-Denis, 75463 Paris Cedex 10

Répondeur et Fax : 01 53 34 90 67 • E-mail : [dfp.psycho@paris7.jussieu.fr](mailto:dfp.psycho@paris7.jussieu.fr)

ou consultable sur site Internet : [www.univ-paris7.fr](http://www.univ-paris7.fr)