

Octobre 2025

Newsletter 3 2025



Judith Dormandi – Dupont

(dite aussi Jeanne Van den Brouck)

Budapest, 22 septembre 1925 – Andilly, 1^{er} octobre 2025

Membre d'honneur de l'APPPsy

*sous le fusain de sa mère à Paris à 20 ans
et chez elle le 17 novembre 2024 à Andilly
dans sa centième année*

Sommaire

P 3

Judith Dupont (1925-2025)

«Je suis prête à voir venir...»

Francis Martens

P 5

Sándor Ferenczi évoqué sur France-Culture, en 2021, par Judith Dupont et quelques autres

P 6

Le Coq-Héron

P 8

Jeanne Van den Brouck, Ferenczi, l'APPPsy, et "Confusion de langue"

P 10

"DPI", un avis nuancé de la Cour Constitutionnelle

Une lettre à nos membres et à nos collègues avec le rappel des textes légaux

Lara Nils

P 13

Secret professionnel et santé mentale à l'ère numérique

Lara Nils

P 21

Plaidoyer pour un jardin secret

Geneviève Monnoye

P 26

Judith Dupont chez elle, à Andilly en 2024, et à Bruxelles en 2007

Judith Dupont

(1925-2025)

Judith Dormandi, épouse Dupont, s'était aussi appelée Jeanne Van den Brouck (une traduction flamande erronée du patronyme de son mari, médecin-imprimeur, issu d'une famille de Flandre) sur la couverture du «Manuel à l'usage des enfants qui ont des parents difficiles» (Seuil, 1982). Fondatrice, en 1969, de la revue psychanalytique «Le Coq-Héron» (<https://www.lecoqheron.fr/histoires>), aussi bienveillante qu'allergique à la langue de bois, praticienne discrète de l'humour juif, membre de l'APF (Association Psychanalytique de France), Judith Dupont est restée jusqu'au bout une des plus opiniâtres représentantes de la liberté de pensée psychanalytique. La dernière livraison du Coq-Héron (n°261, juin 2025, "Le vide, émergences et représentations"), pilotée par un membre de l'APPPsy - Tigrane Tovmassian - en témoigne après tant d'autres.

Judith se souvenait encore de l'émoi causé dans sa famille et dans le voisinage par l'annonce de la mort du docteur Ferenczi : un proche de ses parents, mais surtout l'analyste de sa grand-mère Vilma Kovács, devenue elle-même une des premières femmes psychanalystes. La remarquable éclosion de la psychanalyse hongroise l'imprégna d'autant plus que sa tante maternelle devint bientôt l'épouse de Michael Balint. C'est via l'héritage de celui-ci qu'elle entra en possession du manuscrit du «Journal clinique» de Sándor Ferenczi que Balint, réfugié en Grande Bretagne, n'était pas parvenu à éditer sous le règne institutionnel rigide d'Ernest Jones : celui-là même qui tenta d'accréditer la légende de la «folie» de Ferenczi — ne supportant ni sa liberté d'esprit, ni sa créativité clinique. Plus tard, Dieu merci ! Vladimir Granoff (cofondateur de l'APF) remit les pendules à l'heure en soulignant que «si Freud a inventé la psychanalyse, Ferenczi est le premier à l'avoir pratiquée» (communication à l'APPPsy, en février 1992).

Imprégnée par l'esprit d'ouverture d'un père éditeur et écrivain, et d'une mère peintre et portraitiste, Judith n'aimait «ni diriger, ni être dirigée». Émigrée à Paris à l'âge de 13 ans avec ses parents qui fuyaient le nazisme, elle estimait que «les minoritaires ont quand même une expérience de la non-appartenance et de ses avantages», et que l'on apprend aussi du «désaccord». Elle pensait notamment à la pratique des présentations de «cas d'enfants» par Serge Lebovici, qui lui faisaient horreur. À côté d'une riche expérience clinique avec adultes et enfants, principalement à Paris au «Centre Étienne Marcel» et - en privé – Place Dauphine

sur l'Île de la Cité, Judith Dupont – seule ou en collaboration – avait développé une importante activité de traduction des œuvres de Ferenczi et de sa correspondance avec Freud. Après la publication des quatre tomes des "Œuvres Complètes" (Payot, 1968-1982), la première publication, par ses soins, en 1990, du «Journal clinique» constitua un événement important pour la communauté psychanalytique mondiale, tout comme allait le devenir, grâce à son travail et à celui de l'équipe de traduction du «Coq-Héron», la publication des trois volumes de la correspondance Freud-Ferenczi (Calmann-Lévy, 1994-2000).

Judith Dupont était lauréate 2013 du "Sigourney Award : honoring outstanding psychoanalytic work worldwide". Membre d'Honneur de l'APPPsy, elle avait participé, en 2014, au colloque : "Où va la psychanalyse ?". «On ne peut pas enseigner la psychanalyse, disait-elle, on peut l'apprendre». Lors de son centième anniversaire, ce 22 septembre, elle avait confié à une amie, co-rédactrice du "Coq-Héron" : «Je suis prête à voir venir» ...

Francis Martens



La troisième oreille ...



Sandor Ferenczi et le sculpteur Oscar Nemon

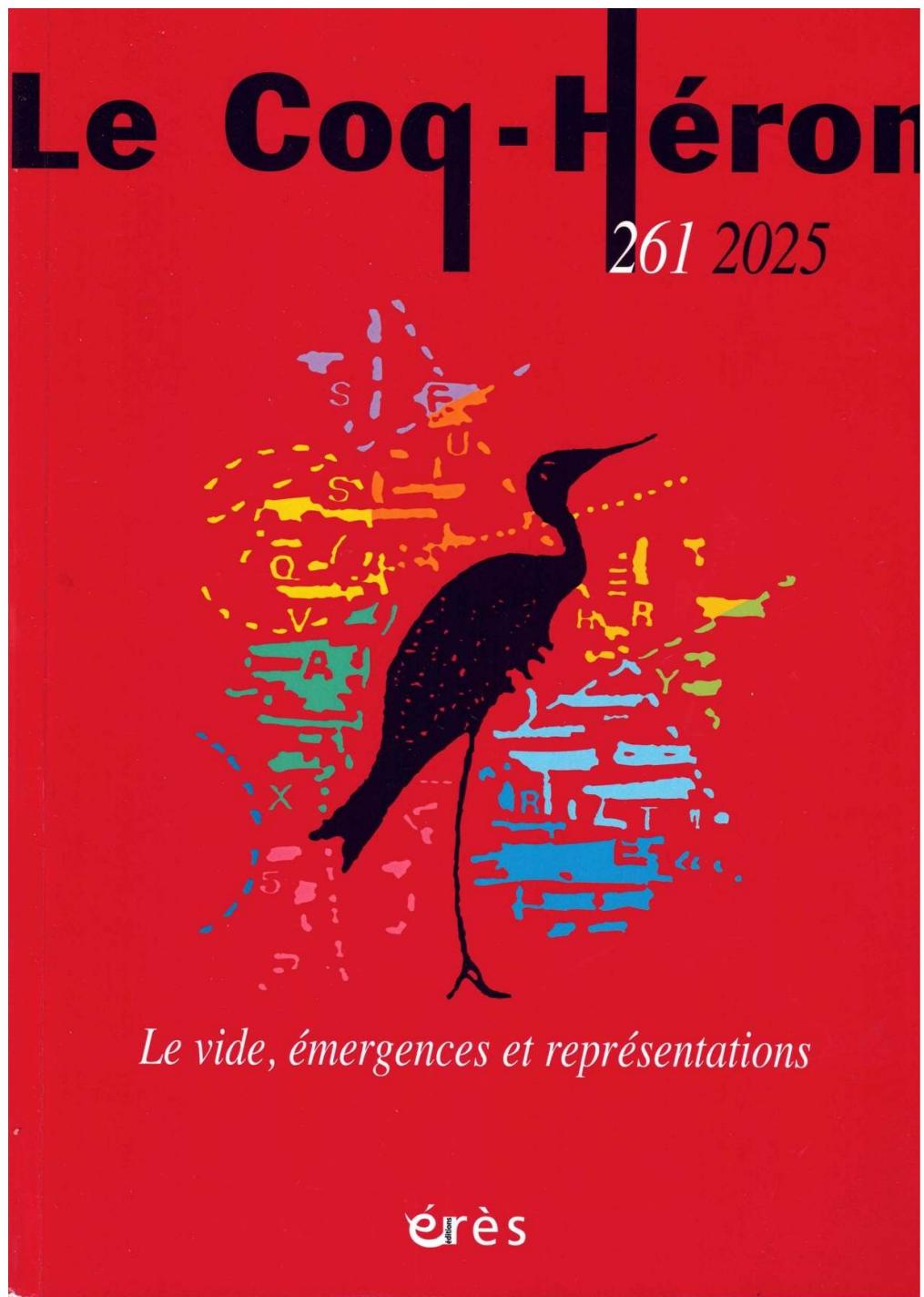
Schrift gezeigt worden: L' grinzwelt grün
Stimmladen & Leben. Ob mehr oder: schreibt.
 Ein gewisses Gedränge auf Leben - auch Unmöglichkeit aller
 gleichartigen Heilimpulse zu befriedigen. Dies eine grüne
 Voraussetzung. Daher Aufschub, Verzögerung, dieser Bedarfspunkt,
 Verzug & Erstzähmung.
 Eigentlich lieberbedürftig beschert zu befreidigen
 Stoffwechsel von allein. L' Daraus ents: Begr. der Zugabe
 - die anderen Befr. eintreten.
 Lieberbedürftig nicht genüge. Rehministerium, er und was
 Ich hielt im Schlaf gehalten, weil Lieberbedürftig Kunstgeschichte,
 Olympia haut. Dagegen woh. Ich hielt lebend, kleidig,
 Instrumente.
 Manche von Liebenden galt es bill, immer glück. Sie
 waren aber an bill alisch, nicht diese reichen Herren, mit Leib, und
 sie haben Kunst & angefärbt. Sacho. und. i. Kopfspielige
der Tanz Autogenismus. beiden Trübe
 Dieser Kampf nachtblt auch hässlich wie ein alter Kommentar
 Mythen. Es ist das Vorbiß desselben, blauwichtig
 die Not einer line. Objektiv ist die Liebe muss sie erst
 fühlbar. Wenn die Kleidung röhrt sich der Not ausgesten Fuß
 Kleidchen d. Hader & Autogeny d. Schwachen. Erst die Liebe
 macht sie fühlbar, wenn sie widersteht den Jochabgründen
 in loppelter Weise. Indem sie neue Ich schafft die Ausprägung

Sandor Ferenczi, feuillet du "Journal clinique", 1932

« Sándor Ferenczi, le psychanalyste des traumas infantiles »
France Culture, le 6 février 2021

avec la collaboration de **Judith Dupont** et **d'Eva Brabant** (*Le Coq-Héron*), de **Benoît Peeters**
Kathleen Kelley Lainé, **Elisabeth Roudinesco** et **Pierre Sabourin**

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/toute-une-vie/sandor-ferenczi-1873-1933-2971447>



Editorial – « J'ai peur du vide »
Laurent Tigrane Tovmassian

DOSSIER : LE VIDE, ÉMERGENCES ET REPRÉSENTATIONS

Ouverture sur le vide
Psychotraumatisme et transformations
Laurent Tigrane Tovmassian

Représentations du Vide dans la clinique et dans la tradition
Daniel Schurmans

Trois nuances de vide dans le discours de Lacan
Francis Martens

Dernières nouvelles du vide : le vide existentiel
Régine Prat

Touching the Void
Lorenza Escardó Zaldo

Vide, origine, transformation
Simone Korff-Sausse

« La nature a horreur du vide »
Variations cliniques des angoisses de vide
et leurs impacts sur la technique
Constance Giuly

Perspectives du vide ou non-vide. Comment rendre
le « vide malade » au service de la clinique ?
Sophie-Caroline Cromphout

« Ça tombe dans le vide »
Vincent Estellon

L'éprouié du vide et l'engagement affectif
du psychothérapeute
Stéphanie Van Leemput

Les enfants autistes et l'absence de points de rebond.
Représentation du vide ou vide de représentations.
Le vide, le rien et le zéro
Bernard Golse

Adolescences évidées
François-Xavier Polis

Quand le vide adolescent convoque l'élasticité
du cadre et du thérapeute
Julien Buñoir

Apostille pour une approche psychanalytique
des pratiques du vide en escalade
Lionel Raufast-Senigallia

Le Coq-Héron

261 2025

Le vide, émergences
et représentations

ENGAGEMENT : CLINIQUE ET THÉORIE

Transferts en cliniques de l'extrême,
l'engagement de l'analyste
Clara Duchet

Au-delà de nos préconceptions : que nous
a appris la pandémie sur la capacité négative
et le nécessaire changement de vertex
métapsychologique ?
Régine Prat

LECTURE

À l'écoute du subtil. Clinique des états
archaïques de la psyché, de Marie Dessons
et Dominique Mazéas
par Mireille Fognini

LIVRES REÇUS



www.editions-eres.com

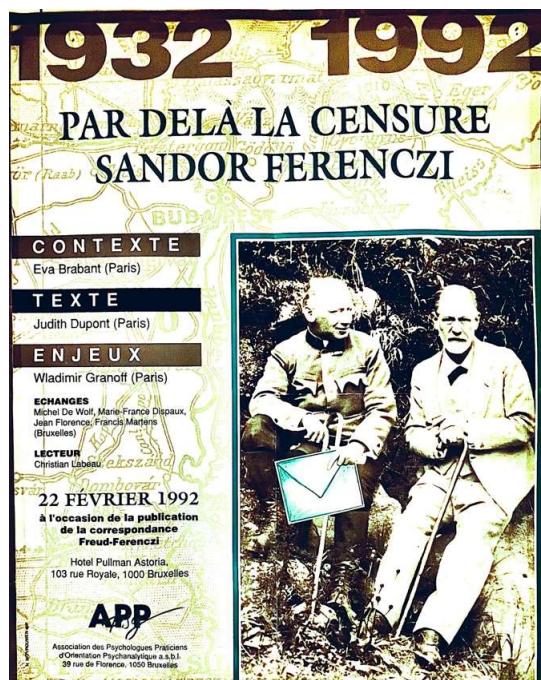


9 782749 283746

CNL
CENTRE NATIONAL DES

Revue trimestrielle
Août 2025
ISSN : 0335-7899

22 € - Imprimé en France



Confusion de langue, entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion, 1932
 Freud mis à part, probablement le plus important article théorico-clinique de la littérature psychanalytique

https://www.constellation-familiale.net/wp-content/uploads/MOD-2-Confusion-de-langue-entre-les-adultes-et-la-enf_2010_Neurosciences-de-l-E-1.pdf



*Ferenczi mobilisé en tant que médecin militaire et visité par Freud
durant la première guerre mondiale*

Un avis nuancé de la Cour Constitutionnelle

Chers Membres, chers Collègues,

Cet été, la Cour Constitutionnelle a rendu son jugement, dans le cadre de notre participation avec différentes associations au recours visant l'annulation de la révision de la Loi Droit du Patient. Bien que cette demande n'ait pas été retenue, elle a pourtant rappelé certains points fondamentaux pour notre pratique clinique.

Le consentement du patient est bien la condition pour le partage d'informations ou pour la concertation pluridisciplinaire. L'arrêt de la Cour Constitutionnelle renouvelle cette norme.

Comme nous l'avions développé lors de notre journée d'étude au printemps, c'est un point essentiel et crucial qui est à nouveau remis au centre des considérations, en ce qui concerne le Dossier Patient et donc aussi le Dossier Patient Informatisé.

La protection de la liberté du consultant s'ancre dans l'esprit de la loi relative au Secret Professionnel, et aux confidents nécessaires, et reste une référence essentielle pour notre Code de Déontologie structurant les devoirs du psychologue et les droits des bénéficiaires ainsi que la loi Droits des Patients.

Ces réglementations structurent d'une part, la responsabilité des missions des professionnels de soins en Santé Mentale en cadrant les modalités de la pratique clinique, détaillant ce qui est déontologiquement validé, et ce qui ne l'est pas, et d'autre part en indiquant les droits du consultant placé ainsi « au centre » du soin.

Ainsi, comme le rappelle la Commission Belge des Psychologue, à propos des litiges concernant la revendication par le patient du Droit à la Consultation de son dossier devant le Conseil Disciplinaire, le cadre de l'éthique de la relation du psychologue et de son consultant est basé sur le devoir d'information par le psychologue et le droit du patient à se prononcer concernant les modalités de la pratique de soin proposé :

« L'initiative de fournir des informations doit émaner spontanément du praticien professionnel ainsi que répondre à la demande d'informations du patient. Si le patient doit invoquer son droit de consultation de son dossier, afin d'obtenir, à posteriori, des informations dont il aurait déjà dû disposer précédemment, cela démontre que la communication initiale des informations a été défaillante. »

Il s'agit donc bien d'une véritable conception de la relation clinique, en santé mentale basée « sur l'humain », dans sa conception intrinsèquement phénoménologique et démocratique, considérant le patient comme un « sujet », un individu-partenaire dans le processus de soin.

Si le consentement est au cœur du processus, il est à considérer dans toute sa complexité multimodale. Il ne peut donc être réduit à une formalité, car le risque de le méconsidérer comporte le danger de passer à côté de l'esprit de la loi, de l'éthique du soin, des objectifs thérapeutiques.

N'est-ce pas l'alliance clinique et ses interventions qui constituent la portée potentiellement thérapeutique visée par la rencontre clinique ?

« Le » consentement est en réalité pluriel: il s'agit davantage d'un enchaînement de consentements et de non-consentements dans une temporalité déployant différents moments successifs et progressifs exprimé par le bénéficiaire. Ceci constitue un « processus ». Il est à considérer comme évolutif, à « préciser », à « détailler », pas à pas, au cours de la dynamique clinique et des « événements » thérapeutiques. Il n'est donc pas univoque.

Comme l'exposent les différents articles de notre code de déontologie, repris ci-dessous, ils nous rappellent en quoi, le professionnel ne peut se suffire d'un consentement « a priori », de « principe » ou « administratif ».

En plus d'assumer à cet égard un devoir d'information, il se doit d'évaluer cliniquement la position du sujet dans la relation de soin à propos de ce qui lui est communiqué. Présente t-il une inhibition de sa capacité à s'affirmer ? Est-il médicalement, psychiquement apte à se prononcer en toute conscience... ?

Il en va de la responsabilité du soignant d'apporter à ces questions une attention particulière et une grande prudence. Quels en sont les éléments explicites, implicites, conscients, pré-conscients voire inconscients pour le bénéficiaire ? Notre devoir n'est-ce pas alors de le questionner, à plusieurs reprises, à mesure de l'évolution et des étapes de soins, et/ou, du cadre des éventuels échanges dans la prise charge multidisciplinaire ? En ceci, il en va de la sécurité de l'alliance clinique et du soin proposé.

Ces différentes positions comprises dans « le » consentement, le « non-consentement » ne peuvent être minimisées, car elles témoignent de la temporalité nécessaire au sujet pour s'approprier sa subjectivation, s'énoncer et faire entendre sa parole, conscientiser sa propre histoire. Il s'agit bien en cela, d'une fonction centrale de la visée thérapeutique.

En outre, cette expression influence les notes manuscrites que le professionnel rédige dans son dossier papier, dossier qui appartient bien au patient mais aussi, et surtout, dirige les modalités de l'encodage numérique, traces potentielles de la mémoire de l'ère numérique, de l'État numérique¹.

Ne serait-ce pas un abus dans l'éthique du soin que de postuler à un consentement global, a priori, voire implicite, donné préalablement, ou à défaut de non-consentement spontanément exprimé et encodé de manière permanente, à défaut d'une demande proactive de changement ?

Voici donc, pour rappel, certains articles directement liés à ce droit du patient à consentir ou à refuser certaines modalités de la pratique du soin, et aux devoirs du psychologue quant à la déontologie de sa responsabilité professionnelle.

Nous pourrions peut-être conclure en statuant que, finalement, l'encodage de certaines informations concernant le patient est à assimiler aux règles cumulatives et exclusives qui régissent la communication nécessaire avec certains tiers liés au projet thérapeutique, dans l'article 14 de notre code de déontologie relatif aux conditions strictes du « secret partagé ».

pour l'APPPsy, septembre 2025

Lara Nils, vice-présidente

¹ Elise Degrave, L'État numérique et les droits humains, Académie Royale de Belgique, 2024

RAPPEL DES TEXTES LÉGAUX

Arrêté royal du 4/4 2018 qui modifie l'AR du 2/4/2014 fixant les règles de déontologie du psychologue en vigueur (Code de Déontologie du Psychologue, Belgique)

Art. 21. :

« Le psychologue respecte et défend sans aucune discrimination les droits fondamentaux des personnes et groupes de personnes à savoir : leur liberté, leur dignité, leur intimité, leur autonomie et leur intégrité. Il préserve la vie privée de toute personne en assurant la confidentialité de son intervention y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de celle-ci. Le respect scrupuleux du secret professionnel est l'aspect minimum de cette obligation. (...) Le psychologue donne au client ou au sujet une description de sa démarche qui soit compréhensible et conforme à la vérité. Il a le devoir, à la demande du client ou du sujet, de l'informer des résultats des investigations qui le concerne et ce d'une façon qui puisse l'aider. Il répond aussi aux questions concernant le devenir des données recueillies. »

Art.19. :

« Le consentement libre et informé du client, du sujet ou de son représentant légal doit être obtenu avant tout enregistrement (par exemple : manuscrit, audio-visuel, informatique) des données qui le concerne. Ceci vaut également pour le transfert de données à quelques fins que ce soit. (...) Toute personne garde le droit d'accès à l'enregistrement des données la concernant et uniquement à celles-ci. Le psychologue fait en sorte que les documents issus de son travail soient toujours présentés et conservés de manière à conserver le secret professionnel. »

Conditions de concertation en équipe :

Art. 14 : Le secret professionnel partagé

« Le Psychologue peut, sous sa responsabilité, partager des données confidentielles en sa possession en vue d'optimiser l'efficacité de son travail. A cet effet, il applique les règles habituelles cumulatives quant au secret partagé : information préalable, accord du maître du secret, dans le seul intérêt de celui-ci, limité à ce qui est strictement indispensable, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel oeuvrant dans le cadre d'une même mission. » **Distinction des mandats** : avis, expertises, suivi : domaine médical, domaine juridique, domaine des soins psychiques

Art. 45. :

« Lorsqu'un psychologue exerce diverses activités (par exemple expertise, diagnostic à la demande de tiers, thérapie, fonction administrative,...) il veille à ce que le client (ou sujet) soit au courant de ces divers types d'activités. Il précise toujours, dès le départ, à son client (ou sujet) dans quel cadre il le rencontre. Il s'en tient à une seule activité avec la même personne. »

Art.15. :

« Le psychologue s'informe du contexte éventuellement litigieux dans lequel son avis est sollicité. »

Autonomie de la profession (liberté thérapeutique) et responsabilité individuelle du psychologue quelques soit le contrat qui le lie... :

Art. 28 :

« Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privée ou organisme public ne modifie pas ses devoirs professionnels et en particulier les obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix des méthodes et de ses décisions.

Il fait état du présent code de déontologie dans l'établissement de ses contrats et s'y réfère dans ses liens professionnels. »

Lara Nils



Jean-Michel Longneaux, Pascale Gustin, Francis Martens, Geneviève Monnoye

Secret professionnel et santé mentale à l'ère numérique

Exposé de *Lara Nils*, vice-présidente
au colloque de l'APPPsy «*Vers un Casier Psy ?*»
le 4 avril 2025, aux Facultés Universitaires Saint-Louis, UCL, Bruxelles

En guise d'introduction, avant de céder la parole aux intervenants invités pour développer les enjeux récents qui émanent des réformes en cours, il nous faut souligner que ces actualités législatives ont des incidences notables sur nos pratiques et questionnent ce précieux garant de la relation clinique qu'est le secret professionnel.

Depuis plusieurs années, notre travail de mobilisation collective vise, en effet, à ne pas se résigner à ce que l'enveloppe de la consultation « psy », constituée du tissu des différents fils normatifs qui protègent la confidentialité, ne soit fragilisée et ne s'effiloche.

Car, certaines de ces nouvelles contradictions normatives introduisent de l'ambiguïté, et une sorte d'antinomie, au cœur même de la rencontre clinique et concerne, qu'ils le veuillent ou non, les protagonistes de la scène à visée psychothérapeutique.

D'un côté pour le patient, au sujet de son intimité, de l'autre, pour le professionnel du soin face à ses devoirs et responsabilités, et finalement, pour le lien clinique lui-même.

Je vais ici introduire en quoi la prise en compte de la notion d'a priori concernant un supposé un « consentement libre et éclairé » par le législateur impacte la dynamique clinique.

En effet, à l'ère de la numérisation, les changements envisagés, et déjà appliqués de ci-de-là, par la tenue du « Dossier patient informatisé », provoquent des répercussions dans les liens transférentiels et contre-transférentiels, entre nos patients et nous.

En cela, il s'agit peut-être aussi d'une forme de nouveau malaise en la civilisation, lié au risque de porosité de la confidentialité, impactant le travail clinique, en lui-même.

Plus précisément, les nouvelles contraintes législatives introduites par la Loi Qualité des Soins, la Réforme de la Loi Droits du Patient ainsi que la Réforme du décret wallon des Soins en Santé Mentale, entraînent d'une part,

- une pression grandissante sur les praticiens, dans diverses institutions, pour l'encodage de « données », « de notes » concernant la consultation clinique
- d'autre part, une conception du sujet, en demande d'aide, comme une personne « autonome » « en capacité de consentement libre et éclairé ».

Tout ceci dans un contexte où la rencontre clinique, qui concerne la dimension psychique (affective et relationnelle), est complexe, impermanente, intersubjective et ... évolutive.

Dès lors, l'imposition visant à objectiver des éléments du processus d'énonciation du sujet, et de sa parole, intruse petit à petit le cadre de notre pratique, bouscule la dynamique de l'élaboration et questionne nos principes déontologiques.

Cela nous invite à une véritable réflexion éthique car l'espace sécurisant de la consultation, du soin en santé mentale, peuvent s'en trouver, effectivement, considérablement malmenés.

En lieu et place de la temporalité psychique nécessaire au sujet pour se déployer, grâce un espace d'écoute, empreint d'une retenue de l'intervenant, veillant à ne pas le surdéterminer, surgit un risque de « forçage » s'introduisant, insidieusement, dans la dynamique clinique et créant ainsi une sorte d'équivoque au cœur des liens à visée thérapeutique.

Il y a donc, d'un côté, les Droits du Patient (et leur récente modification) relatifs à la protection des données à caractère personnel, à sa vie privée, à son droit à consulter son dossier électronique, et, de l'autre, son droit à énoncer un « consentement » ou à refuser le partage de ses « données ».

Le législateur lui a d'ailleurs conféré le droit de donner son consentement à différents niveaux : concernant les prestataires ayant accès à son dossier, le contenus des notes qui y sont consignées, la personne de confiance qui pourrait l'accompagner ou le représenter dans son droit à consulter ce dossier...

Bref, il a le « droit » pourrait-on dire de contrôler ce qui est évoqué à son sujet ...

Ce faisant, il est donc demandé à ce sujet, qui formule une demande d'aide, de prendre en compte tout une série d'informations préalables, avant de déployer sa parole.

Puis, ensuite, d'être en accord avec ce que le prestataire de soin notera dans son dossier à propos de ce qu'il aura abordé (concernant ses questionnements, ses doutes, ses souffrances intimes et relationnelles). Mais également, de se prononcer à propos de ce que qui pourra en être transmis et à qui ...

Pourtant, au moment précis où il est aux prises avec une difficulté qui l'amène à formuler une demande de soin, le consultant est-il en situation de poser un « avis éclairé » ?

Sait-il évaluer ce qui, au travers de sa parole, sera « utile, nécessaire et dans son intérêt », avant même d'avoir du recul par rapport à ce processus ?

Au fil du temps, et des changements désirés, qu'adviendra-t-il, en outre, de ce qui en sera noté ?

Tout cela n'empêche que, depuis peu, dans les services de santé mentales de Wallonie, par exemple, si le patient ne consent pas d'emblée au « DPI et à la concertation pluridisciplinaire », l'accès aux soins pourrait lui être refusé².

Voici très rapidement, ce que la psychanalyse, peut nous aider à en penser :

Dans son ouvrage « Céder n'est pas consentir : une approche clinique et politique du consentement »³, Clotilde Leguil, docteur en philosophie et psychanalyste, professeure dans le département de psychanalyse de l'Université Paris-8, rappelle : « il faut affirmer l'existence d'une frontière entre "céder" et "consentir". (...) Pourtant, il existe quelque fois une proximité dangereuse entre les deux. Le consentement comporte toujours un risque : celui de ne jamais savoir à l'avance où cela nous conduira. Se pourrait-il, dès lors, que le consentement laisse la voie libre au forçage ? ».

Elle prolongera cette réflexion, dans son ouvrage suivant, en détaillant ce qui se déploie dans la dynamique du rapport à l'autre autour de l'expérience dite du « toxique ». Dans « L'ère du toxique : Essai sur le nouveau malaise dans la civilisation»⁴, elle explore ce qui, de nos jours, peut contaminer le « consentir à » et lui donner une tonalité mortifère, « qui met en jeu la dimension du consentement mais aussi du forçage » : du « céder à » et précise en quoi la notion « d'emprise » intervient alors.

Dans sa conférence « Consentement et emprise : nouveau visage du Surmoi »⁵, elle définit « cette difficulté éprouvée par le sujet à identifier le lieu de son désir, celui de son devoir, car tout semble embrouillé en lui : ce qu'un autre attend de lui, ce que lui croit devoir à l'autre ».

« Cette expérience dite toxique peut renvoyer au champ de la vie affective et sexuelle quand le sujet s'éprouve comme soumis, en lui-même, à une jouissance qui malmène son désir mais peut renvoyer aussi au champ social et politique et à l'effet que produisent en nous certains discours qui semblent nous hypnotiser et faire obstacle à toute possibilité de nous interroger

² Décret modifiant le Code Wallon de l'Action sociale et de la Santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie, 25/3/2024. Les modifications s'alignent pour grande partie sur la Loi Qualité des Soins et article 33 et 34 : Art. 205. : « Le dossier individuel est complété par les informations issues du bilan visé à l'article 572, § 2, et celles issues de l'éventuelle concertation réalisée au sein du réseau. Le dossier individuel est une condition de la prise en charge du bénéficiaire; le refus de consentement du bénéficiaire quant à la tenue de son dossier individuel met immédiatement fin à sa prise en charge. Le bénéficiaire signe un document par lequel il autorise la tenue du dossier individuel et l'échange de données entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. »

³ Leguil Clotilde, *Céder n'est pas consentir*, PUF, 2021

⁴ Leguil Clotilde, *L'ère du toxique. Essai sur le nouveau malaise dans la civilisation*, PUF, 2023

⁵ Leguil Clotilde, *Emprise et consentement : nouveau visage du Surmoi*, Librairie Mollat, 2024

sur notre désir. La psychanalyse permet d'interpréter cette expérience toxique comme une expérience qui ne met pas seulement en jeu un rapport de domination à l'autre mais un rapport plus intime au surmoi en chacun. C'est peut-être un nouveau visage du surmoi et qui intervient en chacun au temps du toxique. Ce moment qui pourrait forcer le consentement, céder à la jouissance et faire triompher l'exigence pulsionnelle.»

Elle s'interroge : que penser de cette expérience, dans ce rapport à soi-même, ces nuances entre céder et consentir ? Que se passe-t-il lorsque le sujet « se laisse faire », lorsque quelque chose nous pousse « à forcer notre propre consentement », ce qui nous amène « à céder », à ne pas « trouver la force de refuser » ? ...

Elle suppose que l'éénigme du consentement, intime, subjectif et politique est : « qu'il n'y a pas de consentement éclairé », global, a priori, et que celui-ci n'existe que dans une logique contractuelle qui définit à partir de quand l'autre sera réduit à se taire, où sa parole ne sera plus prise en compte, car, à partir de la signature, c'est irrévocable ...

Le consentement n'est donc pas forcément un acte de raison, une parole donnée une fois pour toutes, un fait, mais une question pour le sujet lui-même. Pourquoi je consens à ... ? Est-ce que je consens vraiment et à partir de quand je me trouve dans une situation où je me force moi-même ? A partir de quand, je ne consens plus ?

Consentir à l'autre est un désaisissement de soi, en faveur de l'autre, sans savoir à l'avance où il nous emmène, sans être sûr, par confiance. Cum-sentire : se sentir avec.

Dans sa recherche, elle interroge plus finement les degrés de ce « se laisser faire » qui questionne notre rapport à l'autre. Se laisser faire par ce qui surgit :

- en confiance avec l'autre
- ou pour voir ce que l'autre veut, dans une certaine angoisse, pour interroger le désir de l'autre — pour qu'il se dévoile
- ou encore se laisser faire par sidération — mais « Qui ne dit mot, consent-il vraiment ? »

Chemin faisant, Clotilde Leguil le rappelle : le consentement peut être instrumentalisé par l'autre.

À partir de quand s'agit-il d'un forçage qui amène le sujet à franchir une frontière et à céder à la situation traumatisante ? Car le sujet chute alors, c'est une cession de son propre corps et il se perd. Il ne s'agit plus de consentir mais d'obéir à l'autre. Voici ce qui peut nous arriver : être amené à nous obliger, à forcer notre consentement, à céder à la volonté de l'autre, à se forcer soi-même. Comme une instance du dedans qui a intériorisé des obligations ...

« Les mots peuvent être comme de petites doses d'arsenic et par certains discours peuvent induire une fascination hypnotique qui tiendra lieu de voix intérieure et devenir des injonctions toxiques du surmoi. Ceci peut conduire à un consentement forcé et ce malaise qui fait emprise en nous, il se peut qu'on consente, qu'on se force, puis qu'imperceptiblement, inconsciemment, on cède à la situation dans le contexte du travail et le corps lâche ... »

Mais, comment désobéir alors à l'injonction ? Comment refuser ?

De son côté, le clinicien pourrait se trouver pressé par le « devoir d'informer », préalablement, de précéder toute écoute par une communication autour de ce qui sera encodé, partagé, rendu

public, au nom de la qualité et de la continuité des soins et/ou de ce qui sera gardé confidentiel et secret, au regard de sa responsabilité de protéger l'intime et le privé.

Il pourrait s'en trouver alors troublé, tourmenté, et lui aussi psychiquement envahi par ces nouvelles obligations.

Comment ne pas se laisser dériver et « céder », à ce qui pourrait être appelé un « pacte de sujexion » : cette contrainte particulière liée à un emploi ou à un poste de travail, qui le fait passer de la position de témoin à celle d'agent, consentant lui-même - cédant - à ce forçage qui vise à rendre transparente une identité ?

Comment veiller à ne pas asphyxier le sujet ? À s'extraire de l'emprise d'un discours qui tente de nous hypnotiser ? ...

Comment s'appuyer sur un autre discours - du devoir moral, de la responsabilité déontologique - pour trouver une réponse au désarroi et résister, tenter d'échapper à l'emprise exercée par le discours des injonctions hypnotiques ...

Comment traverser notre sidération pour continuer à penser un « agir éthique »?

Car ne pouvons rester témoins impassibles. Comme le rappelle encore madame Leguil, « froideur et indifférence sont la présence de deux affects qui disent aussi l'absence de toute considération en direction de l'autre ».

Il nous faut donc en découdre avec ce malaise, et répondre à ce danger — vu que si l'on poursuit cette expérience au-delà d'une certaine limite, quelque chose risque de basculer irrémédiablement.

Que se passerait-il alors, si répétitivement, tout au long du récit du sujet, nous étions envahis par cette question « Que puis-je noter ? ». Et si, cette notion introduite par Bion - « la capacité de rêverie » du psychanalyste - devenait défaillante ? Il s'agit pourtant d'un outil précieux qui pourrait se définir comme : « une inclination naturelle à l'état de rêverie, un état d'ouverture, de douce flottaison qui par des mouvements fluides permet de penser le monde. C'est un trésor de patience, d'indulgence, de tolérance, de constance et d'inventivité qui fera surgir de nouvelles formes ».

Voici donc en quoi, et comment, l'en-dehors du cadre empiète sur le dedans de la relation clinique. Lorsque la pensée inquiète du clinicien, est exposée au risque de se préoccuper d'un « suis-je aligné avec mes responsabilités ? ». Lorsqu'il est perturbé dans son attention flottante — nécessaire pour rester un appui pour le développement psychique de son consultant, et servir les finalités du travail psychothérapeutique.

Que se passerait-il s'il n'y avait pas de fin à cette torture infligée au sujet : une collecte de données à son endroit, même s'il est prêt à « se laisser faire » ? ... Comment évolueront, dans ce cas de figure, la confiance et l'accessibilité des soins psychothérapeutiques ? En effet, les nouvelles pratiques relatives à l'utilisation du DPI (dossier patient informatisé) en santé mentale mettent aussi à mal la double finalité du Secret Professionnel : celle qui vise la

sauvegarde du contenu du secret comme tel, et la confiance dans les confidents nécessaires. Il s'agit tout à la fois des conditions de possibilité de l'espace de transformation psychique du sujet, et des conditions nécessaires du travail à visée psychothérapeutique.

Comme l'écrit Maître Letellier⁶ dans sa requête en annulation (mentionnée dans les documents de synthèse que vous avez reçus) :

« Faute de protection de la confidentialité dans les échanges, les personnes nécessitant des soins psychologiques pourraient être dissuadées de fournir des informations à caractère personnel et intime qui font l'objet même de la relation thérapeutique. Or, l'effectivité de la thérapie, et certainement de la thérapie par la parole, nécessite que le patient puisse s'exprimer sans retenue et en toute confiance à défaut de quoi c'est la qualité même des soins qui serait mise à mal, ce qui serait évidemment contraire à l'objectif poursuivi par le législateur .»

Enfin, comme le rappelait notre très regrettée collègue psychanalyste Anne Dufourmantelle⁷ :
« Devenir psychanalyste, c'est passer du côté du secret. (...) Du confessionnal, la séance a gardé le dispositif de l'aveu et du pardon, mais pas celui de la confession d'une faute sous le regard d'un Dieu. (...) Tout dire à l'analyste n'est pas une mise au pas pour atteindre une illusoire transparence à soi, ni à ce que l'époque juge important de s'avouer ou d'avouer tout court. C'est une invitation à un pari risqué : imaginer que pourront se défaire là les scénarios préfabriqués issus d'un passé en souffrance, pour en instaurer d'autres, plus vivants, plus ouverts. La chambres des secrets laisse place à ce qui ne sera jamais divulgué, ni déchiffré : le mystère. (...) En un sens, avec le secret on est toujours trois : le gardien, le témoin, l'exclu. »

Que se passe-t-il alors lorsqu'une société décrète que le secret est un danger ? Lorsqu'elle érigé des moyens pour contrôler, exposer, exhiber, ce qui est confidentiel ? Lorsque c'est la transparence qui est valorisée ?

Par qui, par quoi, au nom de quoi peut-on accepter que « les données psy » puissent être encodées au risque de la violation de l'intime — d'un dévoilement de la honte, des scénarios fantasmatiques, des pensées érotiques, des conflits relationnels, des débordements pulsionnels ?

*Ôter le voile, déshabiller le sujet, le fixer, le figer, n'est-ce pas le renvoyer au trauma ?
À la sidération, à la répétition, au silence. À l'impossibilité de penser la douleur et de l'élaborer.*

Lara Nils

⁶ Avocat porteur de la plainte déposée par Appelsy, rejointe par l'APPPsy.

⁷ Dufourmantelle Anne, *Défense du secret*, Payot et Rivage, 2015



Lara Nils, «Vers un Casier Psy ?»



*Michel Lamart - initiateur du “Casier Psy” - et François De Smet
- philosophe et parlementaire - à Saint-Louis, le 4 avril 2025*

Plaidoyer pour un jardin secret

Entre (nouvelles) exigences légales et impératifs éthiques, comment soigner l'indispensable confidentialité, le respect de l'intimité, cette clinique de la dignité ?

*par Geneviève Monnoye **

Le contexte juridique à la mi-mai 2025 ...

Lors de la publication de la loi relative à la qualité des pratiques des soins de santé (2019), ce sont les accès aux données confidentielles recueillies dans le Dossier Patient Informatisé psychologique (DPIpsy) qui ont – essentiellement-- retenu l'attention. Ces accès inversent la perspective du partage du secret professionnel : ce n'est plus la personne qui, moyennant le respect de plusieurs conditions cumulées, partage certaines informations et ce sous la responsabilité du professionnel, ce sont les professionnels qui –à certaines conditions—ont accès aux données recueillies dans le DPI. Des accès passifs remplacent le partage actif, tel que stipulé dans nos codes de déontologie.

Quel sera l'impact psychologique de cette faculté élargie d'accès « passifs » aux données non seulement confidentielles mais aussi intimes ? Ne portera-t-elle pas atteinte à la relation de confiance, cette deuxième finalité du devoir de secret professionnel ?

Début 2024, sont publiés la nouvelle loi droits du patient ainsi que le nouveau décret wallon, et le 15 décembre 2024, sont adoptés les arrêtés royaux des articles de la loi Qualité relatifs aux accès aux données confidentielles. Trois recours sont introduits.

Même si, concernant les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, la date relative à la numérisation des dossiers-patients n'est pas encore fixée, les conflits dans les services ambulatoires et hospitaliers s'enveniment.

... et ses retombées sur les pratiques cliniques dans les services publics

Comme en témoignent plusieurs collègues, *Numérisation et Transparence* sont devenus obligatoires. Que faire pour enrayer cette déshumanisation « légalisée » du soin psychique ?

La différenciation entre données confidentielles et données intimes sera une première étape : Il s'agit de prouver cliniquement, 1)- que les données intimes ne sont que très rarement pertinentes ou indispensables à la continuité des soins et que 2)- leur numérisation est pour beaucoup, iatrogène.

Juridiquement, une non numérisation des données intimes s'appuierait sur le *droit au respect de l'intimité*. (loi Droits du patient art. 10§2) et sur le RGPD (art. 9)

* Exposé fait à l'*École Belge de Psychanalyse-Belgische School voor Psychoanalyse, EBP-BSP*, le 16 mai 2025

Ricoeur a insisté sur le processus du soin psychique, « *ce plus court chemin de soi à soi qui passe par autrui* ». Ce processus passe par un autre ; c'est la personne qui choisit celui qui deviendra « *le confident nécessaire* ». L'intimité ne se dévoile que parcimonieusement ; l'essentiel n'est-il pas que la personne puisse se confier ?

Le champ de la santé psycho-sociale est amené à repréciser les balises de ses pratiques cliniques⁸. Ces pratiques seront rediversifiées ; une méthode n'est pas meilleure qu'une autre, elle n'est que plus adéquate. Ces pratiques ont un point commun, elles se rapprochent du soin dans le sens du *care*, accompagnement et non du *cure*, traitement. La pluridisciplinarité doit rester une faculté et non une obligation et ce, entre autres, en raison du devoir de respect de l'intimité psychique.

Quelques balises indispensables dans le champ du psycho-social

1. La confidentialité et le respect de l'intimité psychique sont les premières qualités du soin psychique.
2. Une souffrance psychique et/ou un questionnement existentiel ne sont pas des maladies. Dans le champ du psycho-social, les données ne sont pas des données médicales. Le consentement éclairé de la personne est donc requis dès l'encodage. (RGPD art 9) Une possibilité de consultations psy. sous couvert d'anonymat sera réhabilitée. (État de nécessité. Cour Constitutionnelle arrêt n° 52/2021 (B.9.6)
3. Est à privilégier l'accueil de l'intimité psychique plutôt que le recueil des données. La continuité des soins sera assurée de manière orale, et pourquoi pas, si possible, par la personne elle-même.
4. La numérisation de données relatives à l'intimité psychique comporte un risque pour l'intégrité psychique de la personne.
5. Le consentement de la personne sera « mutuellement éclairé » et ce dès la proposition d'ouverture d'un DPI psy.
6. Dans l'intérêt de la personne, le droit à l'oubli des données relevant de l'intime, sera effectif
7. Dans l'intérêt de tous, la vie privée des tiers sera protégée.
8. → « *Primum non nocere* » « *D'abord ne pas nuire* » Hippocrate 4èS avant J.C.

Face à l'exigence de transparence et donc face à la déshumanisation du soins psychique, trois auteurs de disciplines différentes mais tous trois formés à la psychanalyse ont développé les même mots clés : Intimité, dignité, pacte de confidentialité, processus de subjectivation, singularité de l'être humain, responsabilité du professionnel.

Pour Muriel KATZ-GILBERT⁹ « *L'intime relève d'abord de la rencontre. Une rencontre qui en termes psychanalytiques renvoie au « Nebenmensch », cet être proche qui dit la relation première d'une part, et la relation analytique, d'autre part. Une relation qui ne saurait se déployer dans le contexte analytique sans qu'un pacte de confidentialité ait permis de placer*

⁸ Loi Qualité. art. 4.

⁹ KATZ-GILBERT M. *Psychologue. Prof. à l'Université de Lausanne. « Secret et confidentialité en clinique psychanalytique »* éditions in press.2013. p.12 et 13.

*le lien transféro-contre-transférentiel à l'abri d'écoute tierce. (...) Étant donné la tyrannie de la visibilité et de la transparence qui (...) aliène profondément le processus de **subjectivation**, nous proposons de penser la confidentialité psychanalytique comme une possible condition de dépassement du malaise contemporain qui menace le sujet. »*

Pour Cynthia FLEURY¹⁰, le concept de dignité signifie (...) *tant le respect absolu de la singularité des personnes que la défense de la qualité de l'interdépendance qui les unit. (...)*

Toute conception de la dignité est relationnelle, au sens où il n'y a pas de dignité possible sans immédiatement supposer un certain type de relations avec autrui, à savoir des relations dignes.

L'intime est fait pour rester protégé (...) Il faut garder un territoire protégé en soi pour maintenir vivant le sentiment de dignité. L'intimité est une forme territorialisée de la dignité, elle en est l'ultime bastion. (...) L'intimité se protège et/ou se partage avec ceux qui respectent la dignité de celle-ci. (...).

Bernard GOLSE¹¹ nous avertit : « *Chacun sait bien aujourd'hui la virulence des attaques dont la psychanalyse est l'objet dans le champ de l'autisme. Mais ces attaques vont en réalité, bien au-delà, dans la mesure où elles visent en fait, plus profondément le soin psychique en général, voire les sciences humaines dans leur ensemble—sciences humaines dont la psychanalyse fait évidemment partie—ce qui est lourd de danger pour la liberté de penser tout simplement.*

(...) Ce n'est pas seulement l'existence d'une psychiatrie et d'une pédopsychiatrie authentique qui se trouve ici, mise en cause. Il en va tout simplement du respect de la dignité des sujets et des patients dont nous avons la responsabilité en tant que professionnels et soignants de la psyché (...) »

Bernard GOLSE insiste sur *la médecine narrative* qui redonnerait toute sa place au monde interne de l'enfant¹².

Quelques initiatives sont à épingle :

1°- **Hilde DESCAMPS** a rassemblé diverses associations déjà sur le qui-vive, au sein d'un Comité de Vigilance en Santé Mentale (CVSM-CVGGz) – très actif-- devenu bilingue et multidisciplinaire. Après les pédopsychiatres et les travailleurs sociaux, quelques représentants des associations de médecins généralistes et de psychiatres ne pourraient-ils envisager de rejoindre ce CVSM ?

Contact: Hilde DESCAMPS descampshilde@gmail.com

2°- **APPELpsy-KLIPsy** a pris l'initiative d'entamer trois recours : dans un premier temps contre certains articles du nouveau décret wallon et de la nouvelle loi droits du patient. Concernant les recours contre les arrêtés royaux des art. 36 et 37 de la loi qualité qui règlent les accès aux données numérisées, d'autres associations professionnelles l'ont rejointe. Faire front commun est indispensable.

¹⁰ FLEURY C. Philosophe et psychanalyste. « *La clinique de la dignité* » Seuil 2023

¹¹ GOLSE B. Pédopsychiatre et psychanalyste. « *La pédopsychiatrie aujourd'hui, ce que les enfants risquent de perdre* » Odile Jacob. 2023.

¹² GOLSE reprend la citation de G. CANFGUILHEM « *Redonner droit de cité à la maladie du malade aux cotés de la maladie du médecin* »

3°- La Fédération belge des psychothérapeutes

Contact : Sonja DELBEECK, orthopédagogue clinicienne onthaal@bfpt-fbpt.be

Cette fédération vise à mettre en place un projet qui serait soutenu par le gouvernement : «*Outre les professions de santé reconnues existantes (psychiatres, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens), d'autres professions peuvent également jouer un rôle important dans les soins de santé mentale. Nous étudions donc la possibilité de reconnaître des professions de soutien dans le domaine des soins de santé mentale,....)*»

La psychothérapie en tant que profession autonome sortirait du cadre médical du «*traitement*», et serait considérée comme un «*facilitateur de processus*».

4°- La fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique (FEPP) a fondé un sous-groupe, le "Regulations group" qui en est au stade d'exploration.

Contact : Chantal HAUZOU chantal.hauzoul@telenet.be

Son objectif est de protéger et développer la pratique de la psychothérapie analytique et son éthique. La FEPP souhaite jouer un rôle de gardien – européen-- dans ces temps secoués. Actuellement elle en est au stade exploratoire : quelle est la situation de la psychothérapie psychanalytique dans ces différents pays, au niveau politique et au niveau institutionnel.

5°- L'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) a, en ligne de mire, la création d'un département «psy» dans chaque hôpital.

Geneviève Monnoye





Rachel Kramermann (EBP-BSP) et Judith Dupont (APF), à Andilly, chez elle, le 17 novembre 2024





Judith Dormandi Dupont à Bruxelles, le 12 juin 2007