

Lacan Quotidien



N° 848 – Mercredi 10 juillet 2019 – 14 h 18 [GMT + 2] – lacanquotidien.fr

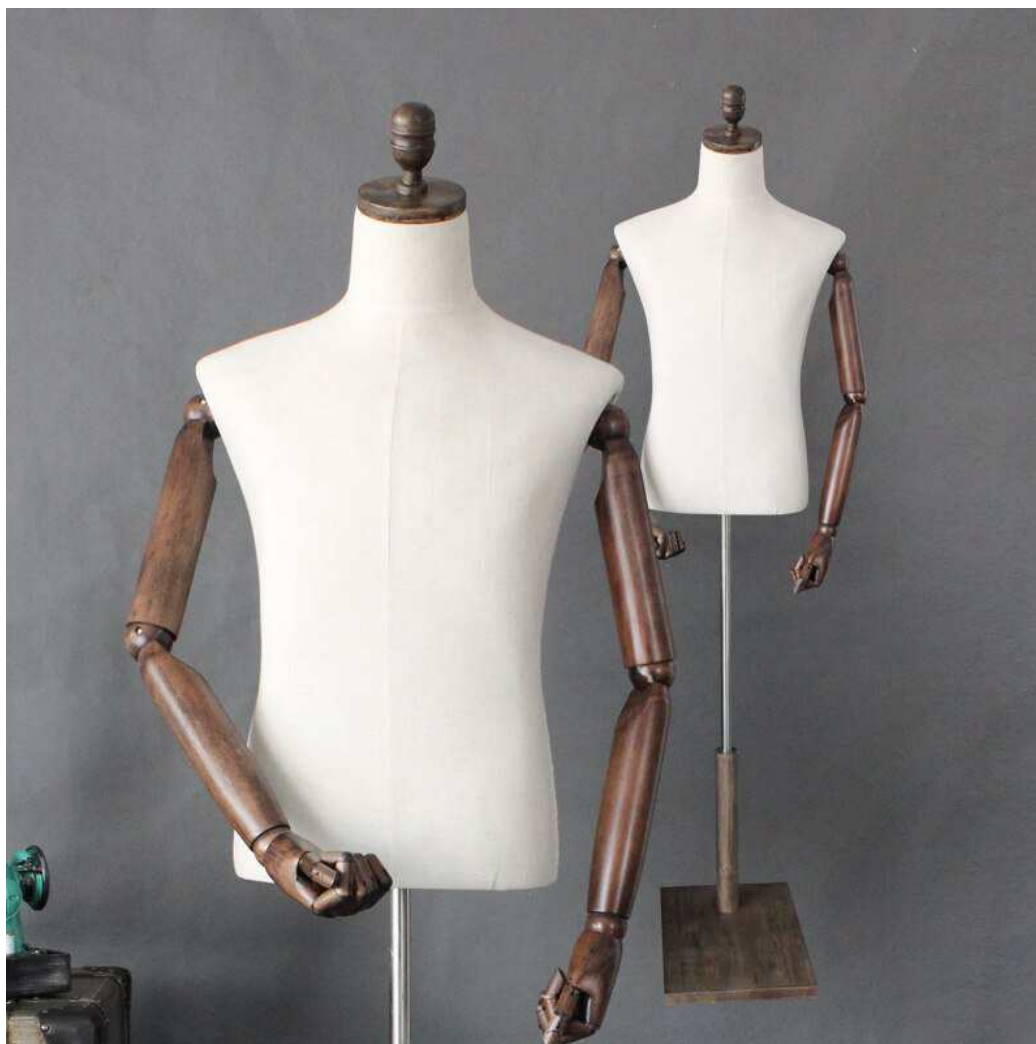


Pente raide

EN AVANT

La psychiatrie, symptôme politique contemporain
par Valérie Pera Guillot

Nettoyer la psychiatrie de la psychanalyse ?
par Edmond Vaurette



La psychiatrie, symptôme politique contemporain

par Valérie Pera Guillot

Depuis les années 1980, les réformes de la psychiatrie visent à l'inclure dans l'ensemble des disciplines médicales, au nom de la science. Cette inclusion a un prix : la disparition de la spécificité de la psychiatrie dans le champ de la santé tandis qu'elle devient un instrument politique au service du discours sécuritaire (1).

Après la suppression de l'internat en psychiatrie (1986), la disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique (1992) et le remplacement du secteur psychiatrique par le pôle d'activités (2005), la création en 2016 des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) rattache plusieurs hôpitaux autour d'un établissement hospitalier dit support. Contre leur avis, la plupart des Établissements publics de Santé mentale se voient aujourd'hui intégrés à des GHT généralistes et la psychiatrie disparaît, indifférenciée, au sein des spécialités médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Disparition programmée

La part écrasante des neurosciences dans les études de psychiatrie et de psychologie, aux dépens des sciences humaines et de la psychanalyse, favorise ces réformes et, avec elles, la disparition programmée de la psychiatrie clinique.

La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, conforte cette évolution : elle interprète le malaise de la psychiatrie comme le résultat de l'éloignement que cette discipline a pris avec la médecine. La médecine prônée est ici l'*Evidence based medicine*, présentée comme une médecine objective, débarrassée des scories de l'intersubjectivité et qui impose aux médecins un modèle de traitement applicable à tous, en fonction de preuves obtenues statistiquement. Mais n'est-ce pas plutôt la médecine qui s'est éloignée de son objet : accueillir la demande particulière de chaque malade ?

Depuis plusieurs décennies les psychiatres, mais aussi les psychologues se sont détournés de la clinique et du discours des patients qui relèvent de la pratique sous transfert, au profit de théories scientifiques, voire scientifiques. Parallèlement, ils ont abandonné aux infirmiers et aux aides-soignants l'aspect relationnel du soin, avec sa part d'angoisse. Ces soignants se retrouvent souvent seuls, sans boussole pour orienter leurs interventions, ce qui provoque un réel désarroi chez eux ; en témoignent les revendications portées par les mouvements sociaux qui ont parcouru les hôpitaux psychiatriques toute l'année 2018.



Après le *patient-usager* et l'*hôpital-prestataire de services*, on entre dans l'ère de l'*empowerment*, une méthode de soins définie ainsi par madame la ministre : « la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale » (2). Le patient devient donc « acteur et responsable de sa santé ; en favorisant son autonomie ». Cependant madame la ministre ne cache pas la dimension économique de cette promotion du « pouvoir d'agir » qui ne relève pas seulement d'un « besoin du patient », mais aussi d'une « nécessité pour le système de santé ».

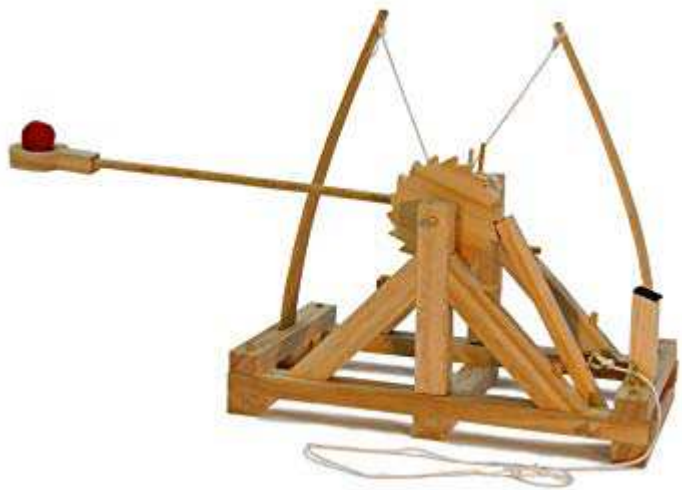
Dans la perspective de l'*empowerment*, le psychiatre devient un employé au service du système de santé et plus largement au service de la « réintégration » des patients dans la machine socio-économique : il est là pour que la machine tourne. Et la rançon de l'opération, pour reprendre les termes de Lacan dans son « Petit discours aux psychiatres » (3), c'est la ségrégation.

Les malades dont il revient à la psychiatrie de s'occuper ne se fondent pas dans le grand tout de l'intégration. À l'opposé, c'est aux marges de la société qu'ils se rencontrent de plus en plus : la prison, la rue, les lieux d'accueil et d'urgence ; et, pour les plus jeunes, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), voire la prison. Et tandis que la psychiatrie clinique, pratique liée à la parole, ne cesse de reculer, le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et aux contentions augmente, comme le pointait déjà Éric Favereau en 2017 (4).

La situation des soins sous contrainte évolue en fonction de la lecture politique de la notion de dangerosité. Ainsi, depuis les attentats de 2015, le discours sécuritaire conduit à une confusion grandissante entre ce qui relève de la radicalisation ou de la psychiatrie, les patients souffrant de symptômes psy sont de plus en plus appréhendés comme de potentiels terroristes.

Ainsi dès 2015, la création de cellules de prévention de la radicalisation – mises en place par les préfetures sans que le ministère de la Santé y soit impliqué – fait appel au volontariat des psychiatres hospitaliers. Plusieurs praticiens ont demandé à leur ministère de préciser le cadre de ces interventions, « car il ne s'agirait ni de "psychiatriser" toutes les situations suspectes ni de se détourner d'un problème qui touche à la sécurité intérieure » (5).

Il revient aux psychiatres d'apprécier et de mesurer la dangerosité psychiatrique du patient, au cas par cas. Il s'agit en effet pour la psychiatrie de traiter un sujet délirant, quel que soit la thématique de son délire, en assurant un suivi très régulier des patients les plus fragiles et les plus « à risque ».



Une bascule s'est ainsi récemment opérée du ministère de la Santé, dont dépend la psychiatrie, vers le ministère de l'Intérieur. Le décret du 23 mai 2018 a entériné le renforcement de la « surveillance » des patients hospitalisés sous contrainte par le ministère de l'intérieur à travers la création du fichier HOPSY. Ce décret ordonne aux directeurs des établissements hospitaliers de signaler à la préfecture tout patient hospitalisé en soins sans consentement, qu'il s'agisse de patients hospitalisés à la demande d'un tiers (SDT) ou de patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État (SDRE). Il s'agit, dit-on, de lutter contre le terrorisme en croisant le suivi des personnes fichées S et hospitalisées sans leur consentement.

Que les préfets soient informés des décisions médicales qui concernent les patients hospitalisés à leur demande (SDRE) est légitime. L'est beaucoup moins le fait qu'ils soient informés de l'hospitalisation de patients à la demande d'un tiers (SDT), le motif d'hospitalisation relevant le plus souvent, dans ces cas, de dépression avec risque suicidaire.

Pas le patient, le terroriste

Le 5 septembre 2018, le *Canard enchaîné* révèle le contenu d'un courrier envoyé par la DGSI (Direction générale de la sécurité intérieure) à un directeur d'hôpital l'invitant à répondre aux questions suivantes : le patient détient-il un téléphone portable ? quelles sont les personnes lui ayant rendu visite, quel est le contenu de ses conversations, avait-il un comportement prosélyte à l'égard des autres patients ?

Ce patient, lors d'une incarcération, avait trouvé dans le discours djihadiste un lieu où inscrire son délire et sa haine, il était depuis lors fiché S. Cependant la psychiatrie, éclairée par la psychanalyse, lui avait permis d'entrer dans un autre discours où le lien social était pacifié. Parce qu'il avait consenti à se faire accompagner dans le traitement de sa folie, de nouvelles perspectives de vie se dessinaient quand la nasse sécuritaire s'est resserrée autour de lui, et autour des psychiatres qui le prenaient en charge, la direction de l'hôpital les sommant d'assurer « les meilleures conditions de prise en charge avec le maximum de garantie de sécurité ». Ces psychiatres se sont trouvés face à ce paradoxe : devoir garder en confinement, dans une unité fermée, un patient qui pourtant acceptait les soins psychiatriques dont il savait avoir besoin, s'inscrivait dans une insertion socioprofessionnelle et jusque-là sortait régulièrement en ville.

Dès lors, cet homme n'a plus attendu l'aide de personne, et spécialement plus des psys en qui il avait confiance, mais dont il mesurait l'impuissance face au discours sécuritaire. Il s'est suicidé. Cet ultime passage à l'acte signe l'impasse des soins psychiatriques quand ils sont contaminés par la peur de la maladie mentale et qu'ils passent sous contrôle du ministère de l'Intérieur.

Pas le malade, l'étranger

Ce glissement de la médecine et plus spécialement de la psychiatrie du ministère de la Santé vers le ministère de l'Intérieur s'est étendu aux étrangers malades. Jusqu'au 1^{er} janvier 2017, la décision de délivrer une carte de séjour au titre de la pathologie était prise par des médecins de l'Agence régionale de Santé (ARS), dépendant du ministère de la Santé. Depuis cette date, l'autorité administrative en charge de délivrer ce titre de séjour relève d'un collège de médecins de l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui dépend du ministère de l'Intérieur.

Le premier diagnostic qui revient dans la quasi-totalité des certificats médicaux psychiatriques « étranger malade » est celui d'« état de stress post-traumatique » (PTSD). Cependant, ce diagnostic ne permet le plus souvent qu'une régularisation ponctuelle, d'un an. Est-ce la notion de risque et l'incertitude qui la définit qui conduisent les médecins de l'OFII et les préfectures à n'accorder que des séjours d'un an, ou bien des considérations plus économiques ? Le PTSD est considéré comme provoquant une altération des capacités occupationnelles, physiques et sociales qui conduit à un coût économique élevé et un niveau important de médicalisation.

Il n'est pas rare également que les psychiatres travaillant auprès d'immigrés rencontrent des patients présentant des psychoses déclenchées avec des symptômes sévères.

Mais, dans le cas de psychose, pas plus que dans celui de PTSD, le certificat médical détaillant la pathologie psychiatrique ne suffit pas pour que le patient obtienne un droit de séjour au titre de sa pathologie. Quand la réponse est positive, elle n'accorde le plus souvent qu'une année. Le patient se voit ainsi renvoyé à son état de précarité psychiatrique et sociale antérieur après une année de relative stabilité.

Que dire de ces patients qui ont obtenu un titre de séjour « étranger malade » de cinq ans avant la réforme de janvier 2017 ? Ils trouvent une stabilisation de leur pathologie grâce aux soins, stabilisation qui leur permet de s'insérer socialement, voire professionnellement, et ils se voient déchus de leur droit à l'occasion d'un nouveau certificat médical étudié par l'OFII : retour dans l'errance.

La psychanalyse pourrait disparaître, si elle cherche à inscrire sa présence directement dans le champ psychiatrique contemporain dominé par un scientisme autoritaire, alimenté par le discours capitaliste, car la psychiatrie est devenue le symptôme politique de l'époque. Mais elle est attendue, demandée partout où la science, de par sa structure même, conduit à la forclusion du sujet avec son corollaire d'angoisse. Face au malaise social, la psychanalyse a toute sa place pour ce qu'elle réveille de vivant en chacun.

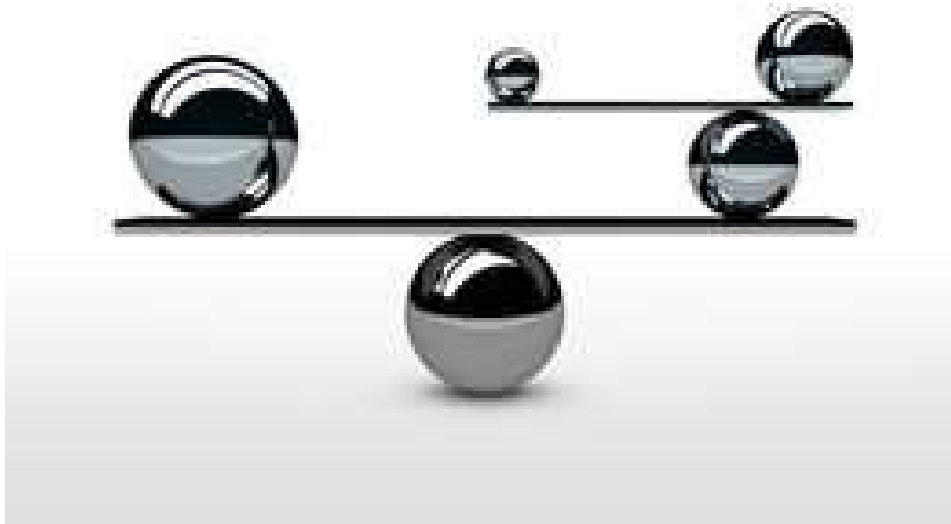
1 : Ces éléments introductifs ont été développés dans *Lacan Quotidien*, n° 598, sous le titre « La psychiatrie, malade de ses réformes », disponible [ici](#).

2 : Buzyn A., intervention au colloque sur « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs », 31 janvier 2018.

3 : Cf. Lacan J., « Petit discours aux psychiatres », conférence au Cercle d'études dirigé par Henri Ey, 1969, inédit.

4 : Favereau É., « Les chiffres affolants des soins psy sans consentement », *Libération*, 15 février 2017, disponible [ici](#).

5 : *Ibid.*





Nettoyer la psychiatrie de la psychanalyse ?

par Edmond Vaurette

Un nouveau poste de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie vient d'être créé par la ministre des Solidarités et de la Santé, qui l'a confié au professeur Frank Bellivier. Est-ce une bonne nouvelle ?

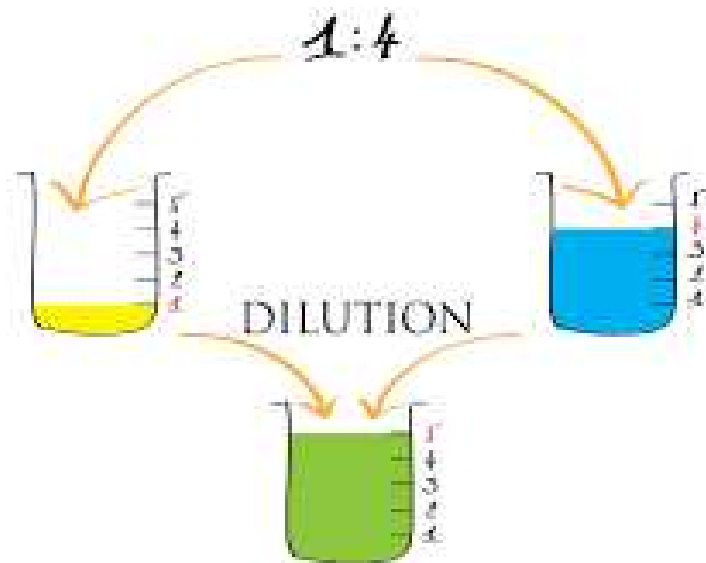
Je m'interroge en tant que psychologue d'orientation psychanalytique travaillant actuellement dans un service de psychiatrie. Un coup d'œil au curriculum vitae de ce nouveau nommé suffit pour distinguer un profil clairement axé sur les neurosciences et une proximité avec la fondation FondaMental, lobby bien connu, proche du libéral Institut Montaigne. Il s'agit donc là de faire la promotion d'une psychiatrie dite « enfin scientifique ! » – autrement dit, débarrassée de toute référence à la psychanalyse, mais aussi, disons-le, d'une volonté de « liquidation » de la psychiatrie de secteur.

Cette nomination n'a rien d'une surprise, car elle se situe dans la droite ligne de la politique menée par la ministre, bien mal inspirée en la matière. Agnès Buzyn, qui appelait de ses vœux le rapprochement de la psychiatrie avec la médecine générale (1), sait-elle bien quel cauchemar promet ce dessein louable à première vue ? Nombreux sont ceux qui mesurent chaque jour à quel point la psychiatrie est au contraire une discipline bien particulière, qui comporte une dimension scientifique et des enjeux sociaux. La « folie », pour reprendre ce beau mot que FondaMental s'empresse de rejeter, n'est pas entièrement soluble dans une médicalisation intégrale. Celle-ci n'est que le faux-nez d'une réduction de la folie à des données strictement neurochimiques (2).

FondaMental, dans ses « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », est d'ailleurs très claire concernant ses orientations. Loin de demander un accroissement du nombre de psychiatres, FondaMental propose d'initier plutôt des médecins généralistes en leur adjoignant des psychologues formés aux nouvelles techniques psychothérapeutiques remboursés par la sécurité sociale. Puis d'ajouter pour enfoncer le clou : « Ces programmes de prise en charge (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) peuvent être juxtaposés à des outils de e-santé (EMA3 et EMI4) permettant de faire à distance certains exercices, de renforcer les apprentissages, et d'assurer un suivi du patient au-delà des séances prescrites. Ces outils devront faire la preuve de leur efficacité par des études de validation, une réflexion sur leur mode d'utilisation et d'implémentation dans le soin et sur la tarification qui sera liée à leur utilisation. » (3) On confie le suivi du traitement à l'outil informatique et on consacre les efforts à améliorer l'outil sans plus se préoccuper du patient...

Passons sur la « paramédicalisation » agressive des psychologues que les thérapeutes cognitivo-comportementaux attendent de longue date.

Le plus grave est de réduire la psychose à un déficit, pour la faire ensuite passer sous les fourches caudines de thérapies par l'apprentissage diverses et variées. Il s'agit encore et toujours d'expliquer au patient sa maladie, de lui faire prendre son traitement à tout prix (puisqu'il est présenté comme la solution au moindre coût), de l'encourager à développer ses compétences afin qu'il parvienne à se réinsérer quoi qu'il lui en coûte.



Inutile de préciser que dans les « 25 propositions... », la psychanalyse lacanienne n'a pas sa place. Fondée sur des prémisses souvent opposées, privilégiant la conversation, les détails précieux, la prise en compte du réel auquel chaque sujet a affaire et ses propres inventions pour y parer, la psychanalyse passe pour un espace de liberté manifestement de plus en plus intolérable.

Je voudrais ici témoigner des enseignements que je tire de ma pratique dans un service de psychiatrie de secteur. Ce sera aussi l'occasion de réfléchir à la place qu'y occupe la psychanalyse.

Furor sanandi

Il serait pour autant naïf de croire que les effets de l'idéologie de Fondamental, toute puissante dans les rangs de la psychiatrie universitaire, n'est pas déjà à l'œuvre dans nos services de psychiatrie. La psychanalyse a déjà et depuis un certain temps maintenant pratiquement disparu de la plupart des services de psychiatrie. L'ennui, c'est qu'elle n'a été remplacée par rien ! Rien, mis à part un accent toujours plus fort sur la prescription médicamenteuse, qui en vient à représenter de façon métonymique l'ensemble des soins (4).

Or la violence n'a jamais été aussi présente. Encore faudrait-il se demander pourquoi les patients « outragent ainsi le bien qu'on leur veut » (5). Les équipes soignantes sont laissées en plan, souvent perdues dans une totale incompréhension, et trop souvent prises dans une surenchère de violence. Quand les repères cliniques disparaissent, il ne reste plus guère aux équipes en plein désarroi face au réel de la folie que le passage à l'acte pour issue. Ainsi les diagnostics « antisocial », « psychopathe », « pervers narcissique » pullulent sur les débris d'une psychiatrie qui a de plus en plus forclos la psychose de ses catégories cliniques. En renonçant à la prendre en charge cliniquement, elle s'expose à la voir revenir dans le réel sous la forme d'une violence sourde, *hors sens* – pourtant pas sans logique.

Mais il n'y a pas que la violence, il y a aussi les consommations de drogues qui mettent mon service en difficulté au quotidien. Et il arrive souvent que la lutte contre le cannabis – lutte, soit dit en passant, qu'il est impossible de gagner – en vienne à prendre la place des discussions cliniques, les toxiques devenant l'explication à tout faire résolvant comme par magie tous les impossibles auxquels précisément la psychose confronte. L'orientation clinique retenue consiste bien souvent à faire « plier » le patient, à l'empêcher de consommer un produit qui lui est néfaste sans jamais se demander quelle fonction peut occuper ce produit chez tel sujet singulier – sans jamais non plus questionner le fait massif, patent, que des sujets préfèrent des produits qu'il se sont, de fait, auto-prescrits, plutôt que de prendre les médicaments prescrits par le médecin. Mais pour comprendre cela il faudrait faire l'effort de tenter de nourrir un dialogue avec des sujets sans savoir, au préalable, ce qui est bon pour eux.



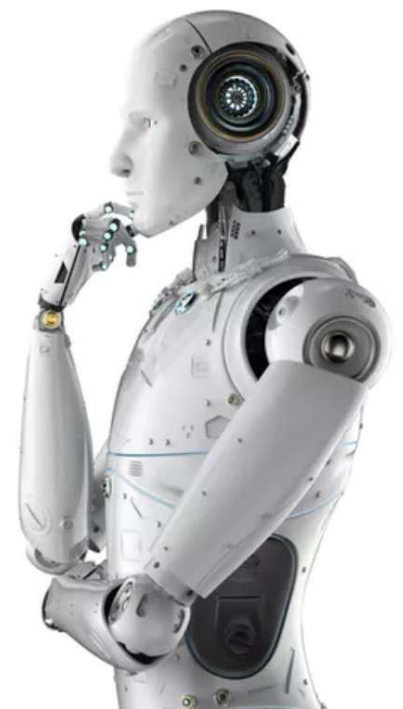
La logique à l'œuvre est la suivante : plus le maître est désemparé, désorienté, plus il renforce ce que Freud appelait la *furor sanandi* (6), et cela d'autant plus féroce qu'il se rend sourd au savoir singulier auquel la psychanalyse donne accès.

Face à cela la psychiatrie universitaire ne propose rien ou pas grand-chose, enfermée qu'elle est dans une rhétorique intimidante qui consiste à systématiquement promettre des lendemains qui chantent, des techniques enfin efficaces et définitives, des découvertes révolutionnaires bouleversant (enfin !) nos conceptions des maladies mentales. Par-là, elle balaye des décennies de savoirs patiemment construits au lit des malades, une clinique fine et remplie de détails ; bref les « trésors » que constituent ladite « psychiatrie classique » que Lacan n'avait pas manqué de remettre au travail avec le succès que l'on connaît.

Il ne s'agit pourtant pas d'opposer de façon manichéenne la belle clinique classique à la morne psychiatrie moderne. Je me garderai bien de toute idéalisation de ce qu'a été la psychiatrie notamment française, traversée de courants différents et contradictoires, penchant résolument parfois du côté d'une organogenèse héréditaire. Mais il s'agit de voir qu'à la créativité théorique foisonnante des anciens, avec son lot de débats animés et érudits, semble avoir succédé la morne gestion des administrateurs de la santé mentale promue avec d'autant plus d'ardeur qu'elle se passe pour ainsi dire de définition concrète et se réduit à une définition sociale *ipso facto* normalisatrice. Qu'il est loin le temps où les psychiatres, les psychologues et les autres lisaient « Qu'est-ce que la psychologie ? » de Georges Canguilhem, et savaient y déceler une mise en garde en forme de « conseil d'orientation » : « quand on sort de la Sorbonne par la rue Saint-Jacques, on peut monter ou descendre ; si l'on va en montant, on se rapproche du Panthéon, conservatoire de quelques grands hommes, mais si l'on va en descendant on se dirige sûrement vers la préfecture de police » (7). Aujourd'hui, force est de constater que la pente est raide !

Phobie du transfert

Une des caractéristiques les plus frappantes de la psychiatrie actuelle est le développement d'une véritable disparition de la notion de transfert. Dans son désir de se rapprocher le plus possible de la médecine somatique, elle souhaite objectiver ses résultats, autrement dit les expurger de toutes les impuretés qui sont la marque de la rencontre clinique « concrète ». Les notions de « compliance au soin » ou « d'alliance thérapeutique » ne sont qu'une manière de contourner l'incontournable : la clinique psychiatrique doit rester une clinique sous transfert – *C.S.T* comme l'a appelée Jacques-Alain Miller (8). À méconnaître le transfert, qui est nécessairement engagé quand un sujet parle à un autre de ce qui constitue le plus intime de son existence, on s'expose à en subir les effets surtout délétères. Comme le souligne Guy Briole, « les psychiatries réfugiés, dans une approche scientiste et comportementaliste, n'ont plus le sujet comme interlocuteur tant ils redoutent d'être pris dans une relation de transfert » (9). Une sorte de « phobie du transfert » (10), selon la formule de François Leguil. L'agressivité de certains patients, par exemple, est souvent vécue comme parfaitement injuste par les équipes soignantes, tant elles ignorent l'Autre scène dont parle Freud et qui permettrait de faire dégonfler certaines situations.



Un constat frappant s'impose donc : à vouloir rapprocher la psychiatrie du reste de la médecine, on la condamne à tourner le dos à la psychiatrie, c'est-à-dire à refouler le réel qu'elle est censée traiter.

Dans un de ses textes, prémonitoire comme souvent, Lacan, quant à lui, gratifie la psychanalyse d'être la « dernière fleur de la médecine » (11). Contrairement aux préjugés actuels, elle serait en passe de devenir « la seule médecine réelle possible » (12). C'est auprès de la psychanalyse que la médecine pourrait paradoxalement trouver « refuge ».

C'est pour ainsi dire l'expérience que je fais tous les jours dans mon service. Dans cette orientation offerte par Lacan, j'ai perçu un motif de réjouissance en contraste avec le tableau désespérant que j'ai dressé précédemment. J'ai aussi pu m'expliquer un sentiment qui ne me quitte pratiquement jamais dans mon travail quotidien en psychiatrie : la joie. Cette joie parfois se transforme en colère, mais soutient un désir de poursuivre stimulé par la confiance dans le symptôme, qui ne se plie pas si facilement aux injonctions du maître moderne, qui dérègle systématiquement les protocoles et les généralités. Encore et toujours le symptôme se fait insurrection, parfois révolte, mais aussi, pour qui veut l'entendre, savoir singulier, étonnant, jamais monotone.

Disposons-nous vraiment d'autre chose que la psychanalyse pour faire une place à ce réel-là ?

1 : Discours disponible [ici](#).

2 : Pour bien saisir ces enjeux, je vous invite à écouter les belles conférences animées par Clotilde Leguil à la Bibliothèque publique d'information, notamment, pour mon propos, celles de Francesca Biagi-Chaï et de Pierre Sidon « Que devient la psychiatrie sans la référence humaniste ? » [ici](#).

3 : Proposition 11 « Développer et évaluer des dispositifs de e-santé pour donner un accès plus large aux thérapies psychosociales ». Les « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence » de FondaMental sont consultables [ici](#). [NdR : à lire ou relire : Laurent É., « Le grand remplacement clinique », *Lacan Quotidien*, n° 622, 27 janvier 2016]

4 : Cf. à ce propos Lardjane R., « L'inconscient et le cerveau en psychiatrie », *Lacan quotidien*, n° 824, 18 mars 2019.

5 : Très éclairante formule de Caroline Leduc dans son argument pour la journée de l'Institut de l'enfant « Enfants violents » – à paraître dans Leduc C. & Roy D. (s/dir.), *Enfants violents*, Paris, Navarin, 2019.

6 : Freud S., « Remarques sur l'amour de transfert » (1914), *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007 p. 141.

7 : Canguilhem G., « Qu'est-ce que la psychologie ? », *Cahiers pour l'analyse*, n°2, Paris, Seuil, 1966, p. 93.

8 : Miller J.-A., « C.S.T. », *Ornicar ?*, n° 29, 1984, p. 144.

9 : Cf. « Nihil novi sub sole », interview collective de François Leguil, *La Cause du désir*, n° 88, mars 2018, p. 22.

10 : *Ibid*, p. 23.

11 : Lacan J., « Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines », *Scilicet*, n°6/7, Paris, Seuil, 1976, p. 18.

12 : *Ibid*, p. 19.

Lacan Quotidien, « La parrhesia en acte », est une production de Navarin éditeur

1, avenue de l'Observatoire, Paris 6^e – Siège : 1, rue Huysmans, Paris 6^e – navarinediteur@gmail.com

Directrice, éditrice responsable : Eve Miller-Rose (eve.navarin@gmail.com).

Rédactrice en chef : Virginie Leblanc avec Pénélope Fay (virginie.leblanc@gmail.com ,
faypenelope@gmail.com).

Éditorialistes : Christiane Alberti, Pierre-Gilles Guéguen, Anaëlle Lebovits-Quenehen.

Maquettiste : Luc Garcia.

Relectures : Sylvie Goumet, Michèle Rivoire, Pascale Simonet, Anne Weinstein.

Électronicien : Nicolas Rose.

Secrétariat : Nathalie Marchaison.

Secrétaire générale : Carole Dewambrechies-La Sagna.

Comité exécutif : Jacques-Alain Miller, président ; Virginie Leblanc ; Eve Miller-Rose.

pour accéder au site LacanQuotidien.fr CLIQUEZ ICI