

FORMATION DES PSYCHIATRES ET PSYCHOTHÉRAPIE : REGARDS CROISÉS SUR LES SITUATIONS SUISSE ET FRANÇAISE

CATHERINE FUSSINGER¹

1. Historienne, chargée de recherche à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP), Lausanne

Correspondance :

IUHMS
Falaises 1
CH-1005 LAUSANNE
Suisse
e-mail : Catherine.Fussinger@chuv.ch

Aujourd'hui comme hier, la place de la psychothérapie au sein de la formation des psychiatres en Suisse et en France présente des différences significatives.

Depuis plus de quarante ans, tous les médecins qui se spécialisent dans ce domaine en Suisse sont officiellement tenus d'acquiescer à une formation psychothérapeutique et se voient décerner un titre de psychiatre-psychothérapeute. Dès 1960, suite à l'entrée en vigueur d'un nouveau règlement, leur cursus de spécialisation comprend deux psychothérapies menées à terme sous supervision et, depuis la fin des années 1990, une expérience psychothérapeutique personnelle leur est également demandée.

En France, en revanche, les différents programmes de spécialisation des psychiatres élaborés au cours de la deuxième moitié du ^{xx}e siècle ne comportent pas d'exigences formelles en matière de formation psychothérapeutique. Entre 1999 et aujourd'hui, dans le tumulte des critiques et des contre-projets nés dans le sillage de l'amendement Accoyer, aucune proposition forte d'inclusion de la psychothéra-

pie dans la formation des psychiatres n'est parvenue à se faire entendre. Les projets de réglementation de l'exercice des psychothérapies offraient pourtant, *a priori*, un cadre idéal pour proposer des changements sur ce plan.

Dans quelles circonstances et pour quelles raisons la psychiatrie a-t-elle emprunté des voies apparemment aussi divergentes en Suisse et en France ? Et surtout comment comprendre cette différence ? Faut-il en conclure que la psychiatrie française, après avoir manifesté une opposition à la psychanalyse au cours des premières décennies du ^{xx}e siècle, serait demeurée réfractaire à son influence ? Mais comment interpréter alors le vif intérêt pour la psychanalyse manifesté par les psychiatres français dès les années 1960 ? Quant à la psychiatrie suisse, était-elle destinée à accorder une place centrale à une approche psycho-dynamique, compte tenu du rôle joué par Eugen Bleuler et Carl Gustav Jung dans le rapprochement entre psychiatrie et psychanalyse au début du siècle passé ? Mais comment expliquer alors que la direction de certaines institutions psychiatri-

ques formatrices en Suisse ait été confiée – tant avant qu'après 1945 – à des psychiatres ouvertement opposés à la psychanalyse ? Est-il légitime de penser que, au cours des cinquante dernières années, seule une minorité de psychiatres en France étaient au bénéfice d'une solide formation psychothérapeutique alors qu'en Suisse c'était le cas de tous ?

Si, sur le plan formel, un fossé semble séparer la formation des psychiatres suisses de celle de leurs confrères français, tout un faisceau d'indices conduit par contre à penser que, dans les faits, l'écart fut moindre. Prenant le contre-pied d'une analyse qui ne verrait dans ces différences de formation qu'une confirmation d'orientations divergentes de la discipline psychiatrique en Suisse et en France, cet article entend explorer un autre type d'explication. Notre thèse consiste en effet à dire que, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, il existait, de part et d'autre de la frontière, un petit groupe de psychiatres acquis à la psychanalyse, qui souhaitaient la voir s'implanter au sein des institutions psychiatriques. En Suisse, le mode de fonc-

RÉSUMÉ

Depuis plus de quarante ans, la psychothérapie fait formellement partie de la spécialisation des psychiatres en Suisse, alors que ce n'est pas le cas en France. Partant de ce constat, cet article expose le rôle déterminant de choix très différents opérés dans chacun de ces pays au moment de la création des titres de spécialistes. Dans sa lecture croisée de la genèse du CES français de neuropsychiatrie (1949) et du titre de psychiatre-psychothérapeute helvétique (1960), l'auteur met l'accent sur les fonctionnements et les enjeux institutionnels plutôt que sur les divergences de conceptions. Cela la conduit à mettre en lumière des aspects peu explorés de l'histoire de la psychiatrie dans ces deux pays.

MOTS-CLÉS

Psychiatrie – Psychothérapie – Formation – Titre de spécialiste – CES de neuropsychiatrie – France – Suisse

**PSYCHIATRIST'S TRAINING
AND PSYCHOTHERAPY
A COMPARISON BETWEEN SWITZERLAND
AND FRANCE**
ABSTRACT

For more than forty years, psychotherapy belongs formally to the training of Swiss psychiatrists, which is not the case in France. To understand this difference, this article explores the leading role of choices made in the two countries, when specialists' titles were created. By comparing the creation of the French CES of neuropsychiatry (1949) and the Swiss psychiatrist-psychotherapist's title, the author emphasizes the importance of institutional aspects. So, unexplored dimensions of the history of psychiatry in these two countries gain some new insight.

KEYWORDS

Psychiatry – Psychotherapy – Training – Specialist's title – CES in neuropsychiatry – France – Switzerland

tionnement du corps médical et le type de spécialisation adopté leur offrirent des marges de manœuvre qui leur permirent d'inscrire la psychothérapie dans le programme de formation de leur discipline. En France, par contre, ces mécanismes leur furent défavorables.

**AVÈNEMENT DES TITRES
DE SPÉCIALISTES :
LE POIDS DES DIFFÉRENCES**

Lié à la fois à l'évolution des connaissances et à des enjeux socioprofessionnels, le processus de spécialisation au sein de la médecine occidentale remonte à la fin du XVIII^e siècle. Il connaît une étape importante quand les élites médicales acceptent la création de chaires spécialisées au sein des facultés de médecine – en France comme en Suisse à partir du dernier tiers du XIX^e siècle [22, 38]. Autour de 1900, on observe un phénomène nouveau dans les grandes villes : dans les annuaires, un nombre croissant de médecins libéraux se désignent eux-mêmes comme spécialistes de telles ou telles affections [10, 38]. La réglementation à proprement parler sera

cependant plus tardive et prendra des formes différentes selon les pays.

C'est en 1931 que la *Fédération des médecins suisses* (FMH) adopte une réglementation des titres de spécialistes. Délivrés par la FMH, et non par l'État ou les facultés de médecine, ces titres ne sont pas obligatoires et reposent sur un certain nombre d'années d'expérience clinique, accomplies en qualité de "médecin-assistant" dans les hôpitaux publics (universitaires ou non) ou dans les cliniques privées du pays, pour autant que ces institutions aient été reconnues comme dignes d'assurer la formation de spécialistes [11, 24, 9]. Si ces titres se généralisèrent rapidement, ce n'est qu'en 2002 qu'ils devinrent obligatoires.

Pour des raisons historiques sur lesquelles nous reviendrons, le titre de "médecin spécialiste FMH en psychiatrie" fut d'emblée distinct de celui de neurologue ; moyennant une année de formation complémentaire, il était toutefois possible de cumuler ces titres. Relevant essentiellement des sociétés de spécialistes concernés, les programmes de formation furent

régulièrement révisés au fil des décennies. Ainsi, dès 1953, les psychiatries d'adulte et d'enfant constituèrent des spécialisations distinctes. Quelques années plus tard, on assista à un nouveau changement, résultat d'intenses négociations menées au cours des années 1950. Dès 1960, les psychiatres d'adultes comme les pédopsychiatres obtinrent en Suisse une qualification en "psychiatrie et psychothérapie", après cinq années d'études dont deux largement consacrées à la psychothérapie [8, 25].

En France, "la question des spécialités" fut discutée dès les années 1920 et, dans les années 1930, les syndicats médicaux élaborèrent plusieurs projets [15, 39]. Toutefois, la réglementation entra en vigueur après 1945 seulement, dans un contexte d'après-guerre qui vit la création de la Sécurité sociale et la confirmation du rôle de l'*Ordre des médecins* [15, 37].

Le modèle de spécialisation adopté en France à la Libération se distingue sous de nombreux aspects des options prises en Suisse vingt ans plus tôt. Il s'agit en effet de titres d'État, délivrés par les

facultés de médecine suite à des examens. Attestée par l'obtention d'un "certificat d'études spéciales" – les fameux CES –, la formation accorde une grande importance à l'acquisition de connaissances théoriques que viennent compléter quelques stages. Autre différence de taille : la psychiatrie et la neurologie se trouvent liées l'une à l'autre, suite à la parution de l'arrêté de mars 1949 annonçant la création d'un "certificat d'études spéciales de neuropsychiatrie" [3].

Un peu moins de dix ans après la création du titre de psychiatre-psychothérapeute en Suisse, suite à une ample mobilisation dont témoigne le *Livre blanc de la psychiatrie française* [35], les psychiatres français obtinrent la reconnaissance de l'autonomie de leur discipline. Ainsi, l'arrêté du 30 décembre 1968 instaure la création de deux CES distincts et contraint les professeurs de neuropsychiatrie à faire un choix entre les deux spécialités [5].

Cette première présentation permet de mesurer l'étendue des différences entre la Suisse et la France : en effet, les conditions d'élaboration des titres de spécialistes, les modalités de leur obtention, leur statut, ainsi que la date de leur création diffèrent. Nous allons maintenant examiner dans quelle mesure ces différences ont pu favoriser ou, à l'inverse, freiner l'intégration de la psychothérapie au sein de la psychiatrie.

LE CES DE NEUROPSYCHIATRIE DE 1949 OU L'AUTONOMIE PERDUE DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE

COUP DE FORCE DES UNIVERSITAIRES OU MÉFAIT DES ROUAGES DÉCISIONNELS ?

La création du CES de neuropsychiatrie en 1949 est le plus souvent, et à notre avis à juste titre, présentée comme un coup de force des professeurs de neuropsychiatrie [5, 20, 21]. Le rôle de ces derniers a toutefois été largement condition-

né par les options prises avant la Guerre et il importe de se rappeler que celles-ci concernaient l'ensemble du corps médical et non la psychiatrie en particulier. En effet, bien que, dans un premier temps, les syndicats médicaux aient été très opposés à la création de CES, car ceux-ci conféraient un pouvoir accru à la Faculté, ils finirent par se rallier à cette solution en 1938 [15, 39]. Ce faisant, ils renoncèrent également à défendre un modèle de formation essentiellement clinique, très proche du cursus de spécialisation helvétique, mais également de celui de l'internat. Or, dans le cas de la psychiatrie, ces deux options furent lourdes de conséquences.

Confier aux facultés de médecine l'élaboration des cursus de spécialisation conduisit en effet à instaurer une coupure, entre les hôpitaux psychiatriques et l'Université, que l'on ne retrouvait pas en Suisse. Premièrement, compte tenu du petit nombre de chaires de psychiatrie existant alors au sein des facultés de médecine en France (Paris, Strasbourg et Alger), le pouvoir accordé aux professeurs de neuropsychiatrie semble s'être traduit par une prééminence de la neurologie sur la psychiatrie, du moins à en croire les critiques formulées par les psychiatres dans les années 1960 [35]. Rarement rattachée à des hôpitaux psychiatriques, l'activité clinique des universitaires aurait en effet surtout été tournée vers la neurologie : d'une part, en raison des pathologies des patients traités dans les services de neuropsychiatrie des hôpitaux généraux – qui différaient passablement de celles des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques –, d'autre part, en vertu des intérêts scientifiques des professeurs.

Le second élément réside dans l'articulation entre les deux filières de spécialisation existant en France, à savoir la voie royale de l'internat et celle des CES. Or, dans le cas de la psychiatrie, le rapport entre ces deux cursus connut des distorsions qu'on ne retrouve pas dans les autres spécialités. Au moment

de sa création en 1949, le CES de neuropsychiatrie, comme les autres CES, fut présenté comme une spécialisation de base n'ayant pas la "prétention de façonner les intelligences pour livrer des spécialistes de haut rang, encore moins des savants qui eux sortent des grands concours, mais d'excellents praticiens avertis de leurs spécialités" [7]. Or, dix ans plus tard, après la réforme Debré de 1958 instituant les *Centres hospitalo-universitaires*, les internes de psychiatrie, dont l'excellence de la formation ne semblait jusque-là pas avoir été remise en cause, se virent à plusieurs reprises refuser la qualification de neuropsychiatre par les professeurs de neuropsychiatrie [35]. Comme le relève Patrice Pinell, dans son étude socio-historique, ce fut là un facteur décisif dans la bataille menée contre le CES de neuropsychiatrie au cours des années 1960 [20, 21]. Si ces développements avaient été pressentis au moment de la création du CES de neuropsychiatrie en 1949, l'opposition initiale aurait vraisemblablement été plus déterminée et il n'aurait pas fallu quinze ans pour obtenir l'autonomie de la psychiatrie.

DU PROJET DE L'ORDRE DES MÉDECINS À CELUI DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Concrètement, comment a-t-on abouti à la création des titres de spécialistes à la Libération et à qui doit-on attribuer la paternité de ce CES de neuropsychiatrie, source de tant de difficultés pour la psychiatrie française ? L'*Ordre des médecins* commença par reprendre la liste des spécialités reconnues et opéra une distinction entre des spécialités à part entière (impliquant une pratique exclusive) et des "compétences spécialisées" (venant enrichir la pratique du généraliste) [4]. Puis, dans le cas de la psychiatrie, il nomma une "commission de neuropsychiatrie" composée de seize membres, dont trois professeurs : Antonin Théophile Alajouanine (clinique des maladies du système



JEAN DECHAUME (1896-1968)

In *Journal de Médecine de Lyon*, 50e année, 5 juin 1969, p. 905

Source : Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, Paris, Cote 112107

Interne des Hôpitaux de Lyon, Dechaume a brillamment parcouru le chemin des grades hospitaliers et universitaires : moniteur d'anatomie pathologique, chef de clinique médicale, Médecin des Hôpitaux, agrégé de médecine générale, il a été nommé professeur de pathologie générale puis à la chaire de Clinique neurologique et psychiatrique de la faculté de médecine de Lyon.

nerveux) et Jean Delay (chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale), tous deux récemment nommés à la Faculté de médecine de Paris, ainsi qu'un certain professeur Villey [32]. Plusieurs psychiatres connus pour leurs travaux et leur engagement en faveur d'une réforme des institutions psychiatriques, tels que Henri Ey, Georges Daumezon ou encore Lucien Bonnafé, siégèrent également dans cette commission aux côtés de neurologues.¹

Chargée d'élaborer un premier programme de formation, cette commission avait également à se prononcer sur la nécessité d'unir ou de séparer la neurologie et la psychiatrie. Or, une majorité des membres de cette commission se prononcèrent en faveur de la seconde solution. Aussi, leur rapport, avalisé par le Conseil national de l'Ordre lors de la séance du 5 octobre 1947, préconisait-il la création de deux certificats distincts : l'un de neurologie et l'autre de psychiatrie [32].

D'une durée de quatre ans, la spécialisation devait essentiellement reposer sur des stages hospitaliers, complétés par un enseignement théorique, et se voyait sanctionnée par un examen. Insistant sur les différences entre les deux disciplines, le rapport reconnaissait leurs relations étroites et proposait par conséquent que, sur les quatre années de formation des psychiatres, une année de stage se fasse en neurologie et inversement pour les neurologues. Une possibilité de cumul des deux spécialités était prévue, qui nécessitait une année de stage supplémentaire, ainsi que la réussite aux examens de la discipline non retenue initialement. Enfin, les années d'internat, de clinicanat et d'assistantat dans les services spécialisés habilités par le Conseil de Faculté étaient considérées comme des années de stage et les médecins ayant suivi cette

1. Participent également à cette commission les Docteurs Bessière, Buvat, Cochemé, Cossa, Gallot, Garcin, Lhermitte, Nick, Masquin et Plichet.

filière se voyaient également dispensés d'une bonne partie des examens.

Après avoir reçu l'aval du ministre de la Santé publique et de la Population, l'Ordre des médecins remit le rapport de la Commission de neuropsychiatrie au *ministère de l'Éducation nationale*, en lui demandant d'œuvrer à la création d'un certificat d'études spéciales (CES). Or, c'est à la faveur de cette répartition des compétences entre Ministères que les professeurs de neuropsychiatrie purent opérer un coup de force, qui fit perdre pour vingt ans son autonomie à la psychiatrie.

En effet, pour élaborer le programme de ce CES, le *ministère de l'Éducation nationale* nomma une nouvelle commission composée des Professeurs Pierre Combemale (médecin des hôpitaux psychiatriques et doyen de la Faculté de médecine de Lille dès 1944), Jean Delay (Paris), Marcel Riser (Toulouse) et Jean Dechaume (Lyon) [26]. Faisant fi des conclusions de la Commission de l'Ordre, ces quatre professeurs élaborèrent un programme de formation débouchant sur un CES unique de neuropsychiatrie, une décision officialisée sans autre discussion par le ministre de l'Éducation nationale, lors la publication de l'arrêté de mars 1949.

Mis à part la réunion de la neurologie et de la psychiatrie au sein d'une seule et même spécialité, le programme élaboré par Combemale, Delay, Dechaume et Riser diffère sur d'autres points importants du premier projet. Premièrement, ils réduisirent la durée de la spécialisation de quatre à trois ans. Deuxièmement, ils inversèrent le rapport entre connaissances théoriques et cliniques, deux de ces trois années devant être consacrées aux cours et aux travaux pratiques ou de laboratoire. Aussi, la mention de stages obligatoires de quelques mois dans différents services durant les trois années de la formation ne parvint-elle pas à atténuer le sentiment que la formation clinique se trouvait ici sacrifiée à l'acquisition de connaissances livresques. Suite à ces chan-

gements, la durée du stage en hôpital psychiatrique, de trois ans dans le projet de l'Ordre des médecins, se voyait ramenée à une année. Enfin, contrairement au projet de l'Ordre, celui de l'Éducation nationale ne prévoyait aucune équivalence pour les internes de psychiatrie.

UN CES CONTROVERSÉ

Dès la publication, en mars 1949, de l'arrêté relatif à la création, dans les facultés de médecine, de ce CES de neuropsychiatrie et de son programme de formation [3, 31], la contestation s'organisa.

Un mois plus tard, la *Société médico-psychologique* adressa un courrier aux ministères de l'Éducation nationale et de la Santé, dans lequel elle s'étonnait de l'absence de toute forme de consultation. Parallèlement, elle créa une commission interne pour élaborer un contre-projet [29].

En octobre 1949, le *ministère de la Santé*, qui avait avalisé le projet de l'Ordre, tenta de réaffirmer sa position, face à l'Éducation nationale, en promulguant un arrêté qui établissait deux spécialités distinctes, tout en prévoyant toujours un possible cumul. Restée sans effet, cette décision dota cependant d'un surcroît de légitimité les opposants qui, jusqu'en 1951, tentèrent en vain d'obtenir la création d'un CES de psychiatrie séparé de celui de neurologie. Un homme en particulier s'investit dans cette cause, le Docteur Xavier Abély : chef de clinique à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne à Paris, il était également membre à cette époque du comité du *Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques* créé en 1945.

Après avoir initié le débat au sein de la Société médico-psychologique, Abély amena également la Commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale, instance officielle créée en mars 1949 au sein du ministère de la Santé, à prendre position sur ce sujet. Entre novembre 1949 et jan-

vier 1950, il parvint à rallier une majorité des membres à son point de vue, au grand dépit du professeur Delay [26, 27, 28].

La *Société de l'Évolution psychiatrique* décida également de prendre position et procéda à une consultation interne de l'ensemble de ses membres, dont un grand nombre exerçait la psychiatrie en libéral : une majorité d'entre eux déclarèrent se rallier au projet initial de l'Ordre, légèrement remanié par Abély [30, 35].

Comment, dans ces circonstances, expliquer le maintien du CES de neuropsychiatrie ? Qu'aurait-il fallu pour obtenir son abrogation par le ministre de l'Éducation nationale ? Pour quelles raisons ce dernier est-il parvenu à maintenir sa position contre l'Ordre des médecins et contre le ministère de la Santé, alors même que ses compétences auraient dû se limiter, aux dires d'Abély, à l'organisation des certificats sans intervenir sur la délimitation des spécialités, cette question étant plutôt du ressort des deux premières instances [2] ? Autant de questions qui mériteraient d'être approfondies.

On peut cependant d'ores et déjà relever que le coup de force des professeurs de neuropsychiatrie découle moins de leur autorité au sein du champ scientifique que de leur statut d'interlocuteur privilégié auprès du ministre de l'Éducation nationale. Par ailleurs, compte tenu de l'absence de toute forme de consultation élargie, la création de ce CES peut difficilement être présentée comme l'expression des conceptions alors dominantes au sein de la psychiatrie française. Enfin, quand on se penche sur la controverse qui opposa, entre 1949 et 1951, partisans et adversaires du CES unique de neuropsychiatrie, on constate que les arguments invoqués s'organisent autour de plusieurs antagonismes. Les médecins des hôpitaux psychiatriques se confrontent aux professeurs de neuropsychiatrie, la valeur de la formation clinique est opposée à celle de l'enseignement théorique,



GEORGES HEUYER (1884-1977)

In J.-L. Lang, *Georges Heuyer. Fondateur de la pédopsychiatrie. Un humaniste du XX^e siècle*, Paris, Expansion Scientifique Publications, 1997. Copyright Elsevier France

Source : Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, Paris, Cote 182963

Nommé à l'internat des Hôpitaux de Paris en 1909, médecin des Hôpitaux dès 1923, Heuyer dirigea dès 1925 un service de neuropsychiatrie infantile, finalement rattaché à la Salpêtrière. En 1937, il présida à Paris le premier Congrès international de neuropsychiatrie infantile. En 1948, à 64 ans, il obtint la première chaire consacrée à cette spécialité en France.

les réalités de l'exercice libéral à celles de la psychiatrie publique, les conditions d'exercice en province à celles en vigueur à Paris.

Compte tenu d'une telle superposition d'enjeux, voir uniquement cette controverse comme un affrontement entre tenants d'une conception étroitement biologisante de la psychiatrie et partisans d'une conception psycho-dynamique serait réducteur, quand bien même certaines citations, isolées de leur contexte, semblent confirmer cette lecture.

LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LA PSYCHANALYSE DANS LA TOURMENTE DE NÉGOCIATIONS PROFESSIONNELLES COMPLEXES

Lors des discussions autour du CES de neuropsychiatrie, la psychothérapie n'est mentionnée qu'à deux reprises, et encore en passant² ; quant à la psychanalyse, son emprise apparaît menaçante. Tardive, la discussion sur ce point est lancée par Georges Heuyer, alors récemment nommé professeur de neuropsychiatrie infantile à la faculté de médecine de Paris. Rappelons que, tout en conservant ses distances avec la psychanalyse, celui-ci fut le premier à ouvrir son service à des psychanalystes, dès le milieu des années 1920. Pourtant, en janvier 1950, alors qu'il collaborait toujours avec des analystes, Heuyer mit ses collègues de la Commission des maladies mentales en demeure de choisir entre une psychiatrie unie à la neurologie à la française et une psychiatrie dominée par la psychanalyse à l'américaine [28]. Son intervention s'acheva sur une vibrante mise en garde : seule "l'association de la biologie et de la psychiatrie" permettra d'éviter en France une évolution semblable à celle observée aux États-Unis, tandis qu'un certificat de psychiatrie détaché de la neurologie l'encouragera.

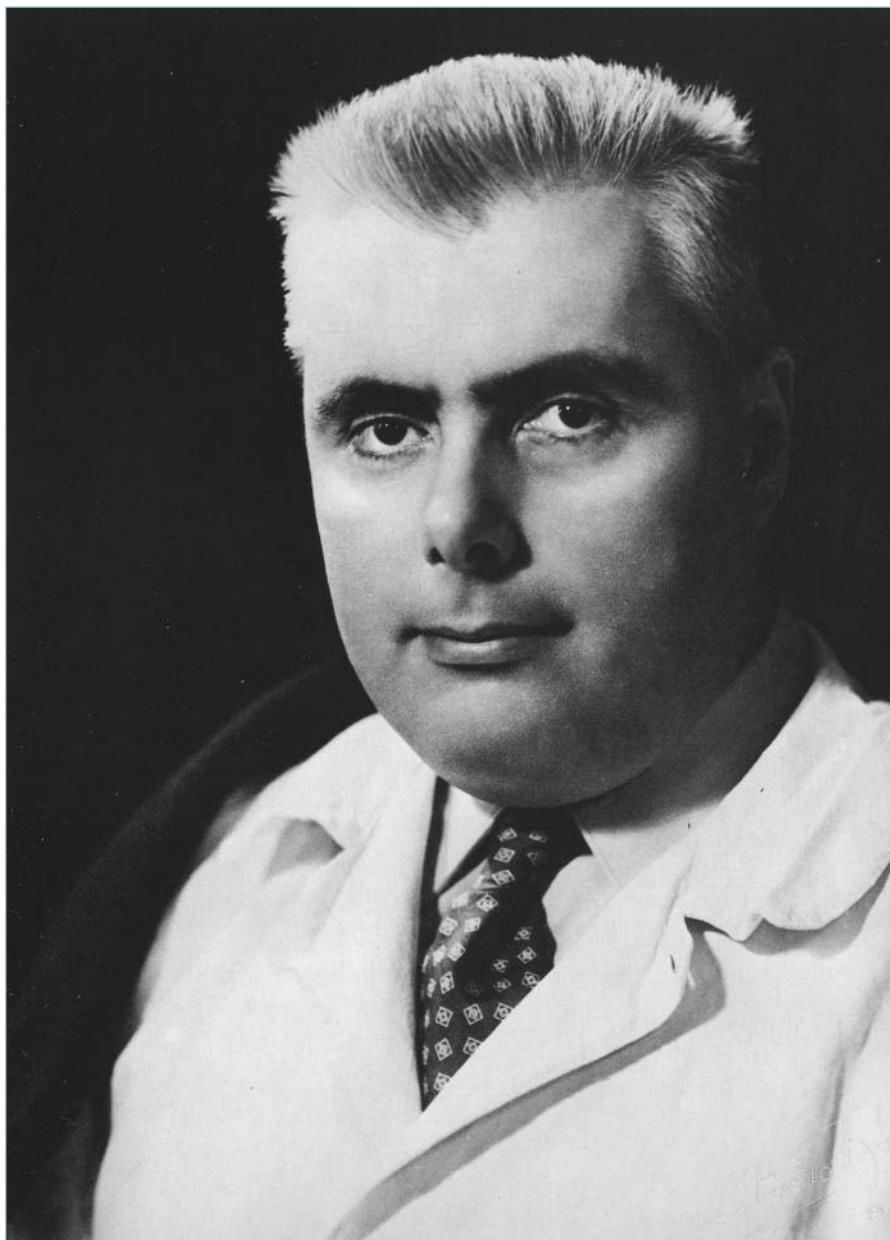
2. Abély la mentionne dans son rapport [1] tandis que le Docteur Rouart souligne dans une discussion que l'exercice libéral de la psychiatrie comprend éga-

lement de longues et pénibles psychothérapies de cas de névroses [26]. La psychothérapie figure également dans la rubrique "thérapeutiques" du CES de neuro-

psychiatrie [31].

Étonnamment, l'engouement supposé des jeunes psychiatres pour la psychanalyse inquiétait également le secrétaire général du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, Georges Daumézon, co-auteur en 1952 d'un article jugé fondateur sur la "psychothérapie institutionnelle". Au moment de la controverse autour du CES de neuropsychiatrie, Daumézon venait d'obtenir un poste à Sainte-Anne après avoir dirigé l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, près d'Orléans, durant plusieurs années : cette expérience l'avait sensibilisé au problème du recrutement et de la formation des psychiatres, préalables indispensables à une meilleure prise en charge des malades. En janvier 1950, devant ses collègues de la Commission des maladies mentales, ce fut sans doute ce souci qui le poussa à présenter la psychanalyse comme un danger : "La psychiatrie paraît menacée par deux tendances essentielles : un très grand nombre de jeunes internes parmi les plus intelligents, parmi les plus exigeants, abandonnent la pratique psychiatrique au bénéfice de la psychanalyse jugée à tort ou à raison plus exhaustive – beaucoup d'autres, cette fois parmi les médiocres enhardis par la pratique des médications de choc, rêvent de pratiquer dans une ville de petite ou moyenne importance, en étant des 'presse-bouton' d'un petit service hospitalier et les factotums neuropsychiatriques de chefs-lieux. Ces deux tendances, séduisantes au premier abord pour les profanes et même les administrateurs, sont susceptibles de réduire à néant la psychiatrie véritable." [28] Sur la base de cette analyse, le remède qu'il préconise se situe à l'opposé de celui de Heuyer. Pour Daumézon, seul un "sérieux enseignement psychiatrique permettant une réelle synthèse des facteurs divers" serait en mesure de faire obstacle aux spécialisations hâtives de l'une ou l'autre de ces deux tendances.

Comment comprendre ces déclarations ? Faut-il y voir un rejet



GEORGES DAUMEZON (1912-1979)

In Mélanges en l'honneur de Georges Daumézon. Regard, accueil et présence. Trente-deux études de psychiatrie et de psychopathologie, Privat, Toulouse, 1980. Photo Studio Rodofa.

Source : Bibliothèque de l'Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé publique, Lausanne

Daumézon étudia le droit et la médecine à Montpellier, puis à Paris. Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, reçu au Médicat en 1937, il dirigea jusqu'en 1952 l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, près d'Orléans, puis il reprit le service des admissions à l'hôpital Ste Anne. En 1967, il devint médecin-chef à l'hôpital Henri Rousselle.

de la psychanalyse et un attachement à une conception biologique de la psychiatrie ? Quelle part attribuer aux craintes des psychiatres face à un nouvel empiètement de leur territoire ? Compte tenu des difficultés de recrutement des psychiatres, la supposée captation des meilleurs par la psychanalyse ne pouvait-elle pas susciter de réels soucis ? De même, que conclure du fait que la psychothérapie n'ait pas constitué un enjeu, lors des discussions autour du CES de neuropsychiatrie ? Mais surtout comment mettre en lien cet apparent désintérêt avec l'importance qui lui est accordée à peine une année plus tard, certes dans un autre contexte mais par les mêmes personnes et au sein des mêmes instances ?

En effet, la plainte déposée en mars 1949 pour exercice illégal de la médecine par l'Ordre des médecins contre une psychanalyste non-médecin d'origine américaine, qui s'occupait d'enfants, joua un rôle très important dans la reconfiguration des rapports entre psychiatres, psychanalystes et psychologues. Sans revenir ici en détail sur le déroulement de l'affaire Clark-Williams [19, 23, 33, 34], celle-ci nous montre très clairement que si l'Ordre se préoccupait essentiellement de réaffirmer son monopole sur l'exercice de la médecine, les psychiatres tenaient quant à eux à garder le contrôle sur la psychothérapie, qu'une partie d'entre eux au moins jugeait très utile. C'est notamment le cas de Heuyer qui, tout en défendant l'idée, devenue très vite dominante, que seuls les médecins pouvaient être psychothérapeutes, se vit contraint de demander une exception dans le domaine de la psychiatrie infantile, faute d'un nombre suffisant de neuropsychiatres formés à la psychothérapie [16].

Daumézon intervint également dans ce débat, en soulignant pour sa part le fait que les psychothérapeutes non-médecins recevaient une "forma-

tion indiscutable dans des organismes privés et en particulier par la Société de psychanalyse" et en exhortant ses confrères à "abandonner une attitude purement défensive, à l'abri des textes qui, indiscutablement, leur donnent, à l'heure actuelle, le monopole juridique de traiter les malades" [16]. Mais ce qui nous intéresse surtout ici c'est qu'il opta pour une stratégie consistant à utiliser la concurrence entre psychothérapeutes

non-médecins et psychiatres pour obtenir des changements dans la formation de ces derniers : "[...] les bases actuelles de l'enseignement de la spécialité, qui prétendent former un psychiatre en un an (le reste de l'enseignement étant destiné à l'apprentissage de disciplines différentes : neurologie, neuropsychiatrie infantile, etc.), doivent logiquement aboutir à inférioriser ce prétendu psychiatre à l'égard du psychologue et du psychothérapeute. Ces techniciens auront en effet consacré de nombreuses années à se familiariser avec des problèmes que le susdit 'psychiatre' n'aura fait qu'effleurer." [16]

Pourquoi cet argument est-il demeuré sans écho en France, alors qu'en Suisse il joua un rôle décisif pour l'introduction du titre de psychiatre-psychothérapeute ? Sans doute existait-il en Suisse des psychiatres davantage déterminés à implanter la psychothérapie dans le cursus de formation des psychiatres, mais les réalités politiques jouèrent un rôle déterminant. En France, en effet, la condamnation, certes symbolique, de la psychanalyste d'enfants, en 1953, fit jurisprudence sur l'ensemble du territoire national. En Suisse, c'est faute de pouvoir obtenir une telle mesure législative – les lois sanitaires étant cantonales – que les psychiatres acquis à la psychothérapie parvinrent à convaincre leurs collègues de la nécessité de défendre le monopole des psychiatres de manière constructive, soit en modifiant la formation des psychiatres [13, 14].

LE TITRE DE PSYCHIATRE-PSYCHOTHÉRAPEUTE : ORIGINES D'UNE SPÉCIFICITÉ HELVÈTE

Ainsi que mentionné précédemment, c'est dans les années 1950 que se déroulèrent les discussions qui conduisirent à la création du titre de psychiatre-psychothérapeute, en 1960, et à l'entrée en vigueur, en 1961, d'un nouveau programme de spécialisation rendant obligatoire pour tous les psychiatres suisses une formation en psychothérapie, théorique et clinique, s'inspirant fortement du modèle psychanalytique. Avant d'aborder les éléments qui amenèrent à opter pour cette solution, alors que plusieurs autres possibilités avaient été prises en considération, il importe de revenir sur certains éléments, liés à l'histoire de la psychiatrie en Suisse, qui permirent à quelques psychiatres de faire adopter à leurs collègues, mais également au reste du corps médical, un tel changement aussi rapidement.

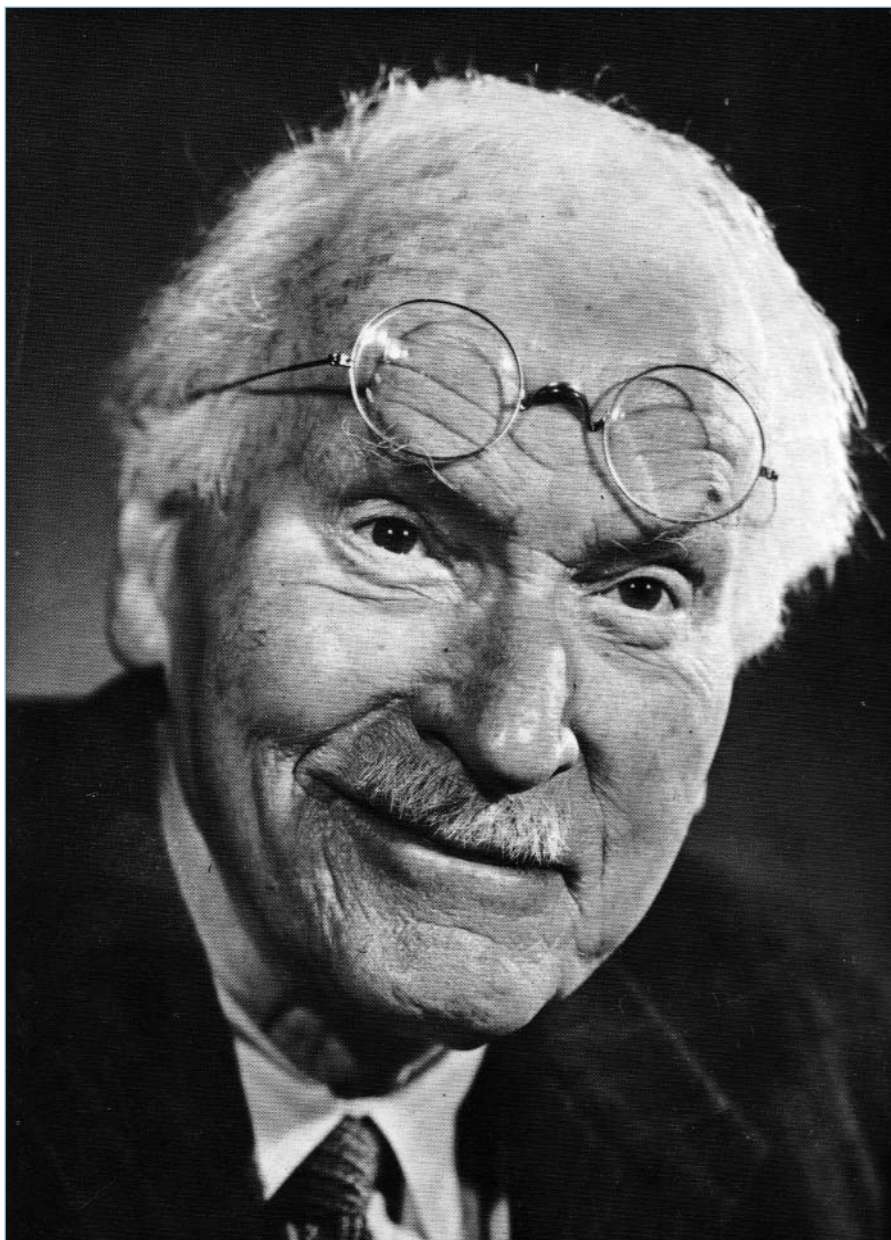
LE RÔLE DES HÉRITAGES

Un aspect très important réside dans le rapport entre l'Université et les hôpitaux psychiatriques, très différent en Suisse de ce qu'il était en France. En Suisse, comme dans le reste de l'Europe, on assista à une vague de construction d'asiles d'aliénés entre les années 1830 et 1880 [12] et, dès la fin du XIX^e siècle, dans les cinq cantons dotés d'une faculté de médecine³, le poste de médecin-directeur de ces asiles d'aliénés se trouva lié à une chaire de psychiatrie. En outre, la proximité géographique entre ces asiles d'aliénés et les facultés de médecine, vu la petite taille des cantons suisses, ne justifia pas la création de services cliniques universitaires au sein des hôpitaux généraux, comme cela a été le cas en Allemagne ou en France.⁴ Par conséquent, la volonté d'établir des liens entre la psychiatrie et les autres services universitaires de

3. À savoir Bâle, Zürich, Berne, Genève et Vaud.

4. Discutée en 1900, la création d'une telle clinique fut

refusée à Genève [12].



CARL GUSTAV JUNG (1875-1961)

Source : Collection Jean-Pierre Bourgeron, Paris

Jung se spécialisa en psychiatrie au Burghölzli où il fut assistant de Bleuler jusqu'en 1909. Ensuite, il se dédia à son activité privée près de Zürich. Après la rupture avec Freud en 1913, il accepta de présider, de 1933 à 1940, la Société médicale allemande de psychothérapie, société qu'il transforma en association internationale. En Suisse, il fut le président de la Société de psychologie clinique, créée en 1935.

suisses fut également renforcé par le fait qu'elle figura, dès 1888, parmi les branches obligatoires des examens fédéraux de médecine. Dans ces conditions, contrairement à leurs confrères français, les psychiatres suisses n'eurent pas à élaborer des stratégies pour obtenir l'autonomie de leur discipline et sa reconnaissance au niveau universitaire, ce qui leur permettait sans doute d'envisager de manière plus sereine la différenciation interne de leur champ.

La difficulté des psychiatres des hôpitaux français à se voir reconnaître une fonction enseignante – un problème qui demeura une fois l'autonomie de la psychiatrie acquise, au point de dominer les débats des années 1970 [20, 21, 35] – est également épargnée à leurs confrères suisses puisque l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, universitaires ou non, sont reconnus comme pleinement qualifiants par la *Fédération des médecins suisses* [9].

La situation de la psychiatrie suisse se caractérise donc par l'existence d'une forme de continuité entre la psychiatrie hospitalière et ambulatoire, entre les institutions universitaires et non-universitaires mais aussi entre la psychiatrie publique et privée. Cette absence de cloisonnement contraste avec les antagonismes qui structurent très tôt le paysage français.

De même, alors qu'il n'existe pas en France d'instance représentant l'ensemble des psychiatres, la *Société suisse de psychiatrie* réunit en son sein les psychiatres de la fonction publique comme les praticiens libéraux, les universitaires comme les non-universitaires. En outre, à l'instar de l'ensemble des associations du corps médical en Suisse, la *Société suisse de psychiatrie* articule une fonction d'échanges scientifiques et de défense des intérêts professionnels, tout en se voyant déléguer par la FMH l'élaboration et le contrôle des exigences de formation post-graduée pour cette spécialité. Tous ces éléments jouèrent un rôle important lors de la

médecine se traduit, dès les années 1910, par l'ouverture de services de consultation ambulatoire, de "poli-cliniques". Après la Seconde Guerre mondiale, c'est

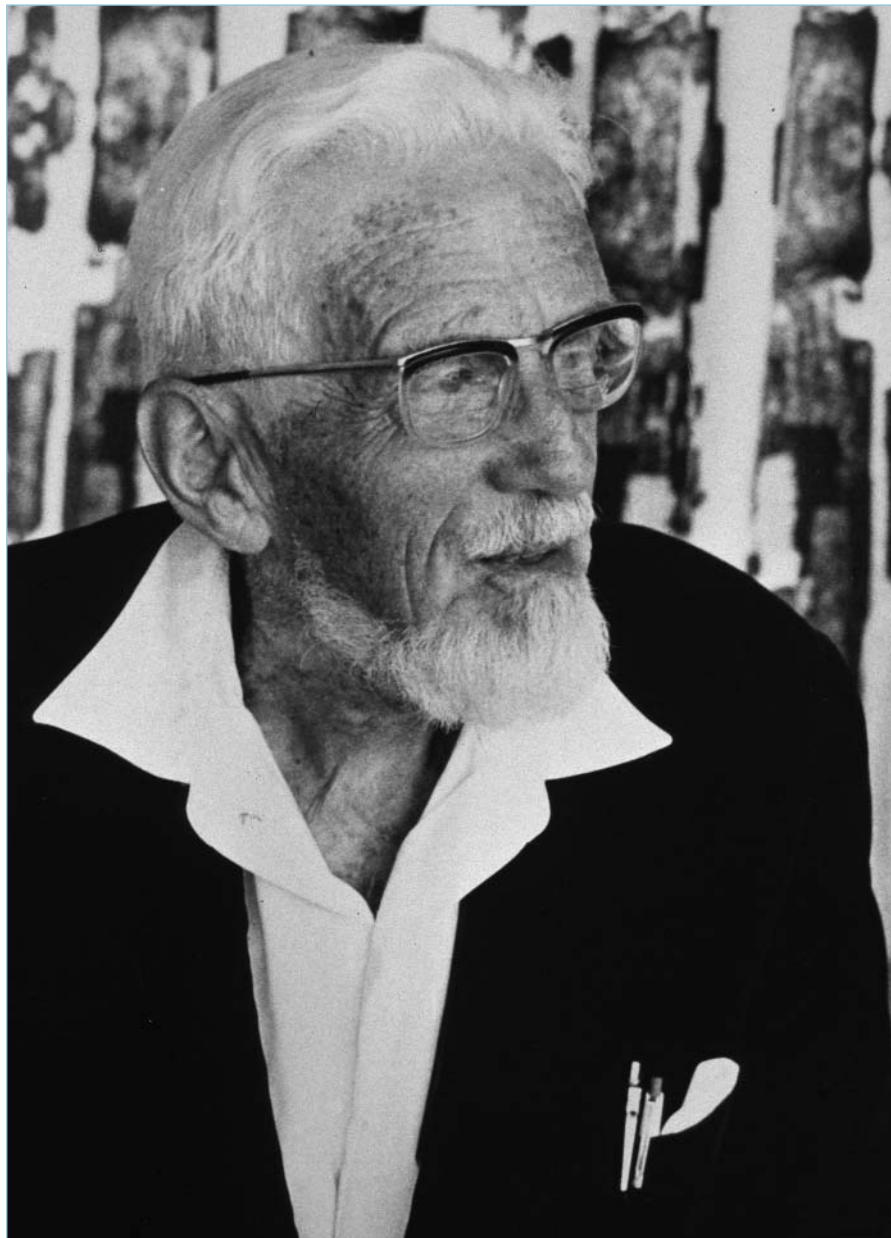
essentiellement au sein de ces institutions publiques que fut dispensée la formation à la psychothérapie.

Le statut de la psychiatrie au sein des facultés de médecine

création du titre de psychiatre-psychothérapeute.

LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR TOUS, UN MOYEN DE PRÉSERVER L'UNITÉ DE LA PSYCHIATRIE

Peu de temps après la création des titres de spécialistes, fut organisée en 1935 une première rencontre des psychothérapeutes suisses, qui réunit trente-trois personnes à Zürich. Au-delà de ses objectifs scientifiques (les orientations freudienne, junguienne, adlérienne et existentielle furent alors présentées), cette rencontre poursuivait également des objectifs institutionnels. Walter Morgenthaler – un psychiatre qui, après avoir travaillé plusieurs années comme sous-directeur dans l'hôpital psychiatrique universitaire bernois, s'était installé en cabinet – défendit la création d'une commission au sein de la Société suisse de psychiatrie. Il espérait ainsi favoriser le développement de la psychothérapie en tant que branche spéciale, tout en évitant que "la psychiatrie et la psychothérapie ne suivent des voies différentes, capables de mener à des désaccords et à des divisions" [18]. Carl Gustav Jung préconisait quant à lui la création d'une société autonome, sur le modèle de la *Société générale de psychothérapie médicale* créée en 1926 en Allemagne et nazifiée dès 1933. Il déclara à cette occasion que l'exemple de l'Allemagne avait montré que les divergences d'intérêts entre les psychothérapeutes et les psychiatres étaient trop importantes pour qu'une collaboration fructueuse puisse s'engager à ce stade [17]. Il résulta de ce désaccord la constitution de deux associations distinctes : d'un côté fut fondée au sein de la Société suisse de psychiatrie une commission de psychothérapie – présidée durant plus de dix ans par Oscar Forel, médecin-directeur de la célèbre clinique privée des Rives de Prangins –, tandis que les Junguïens créèrent de leur côté une *Société suisse de psychologie pratique*.



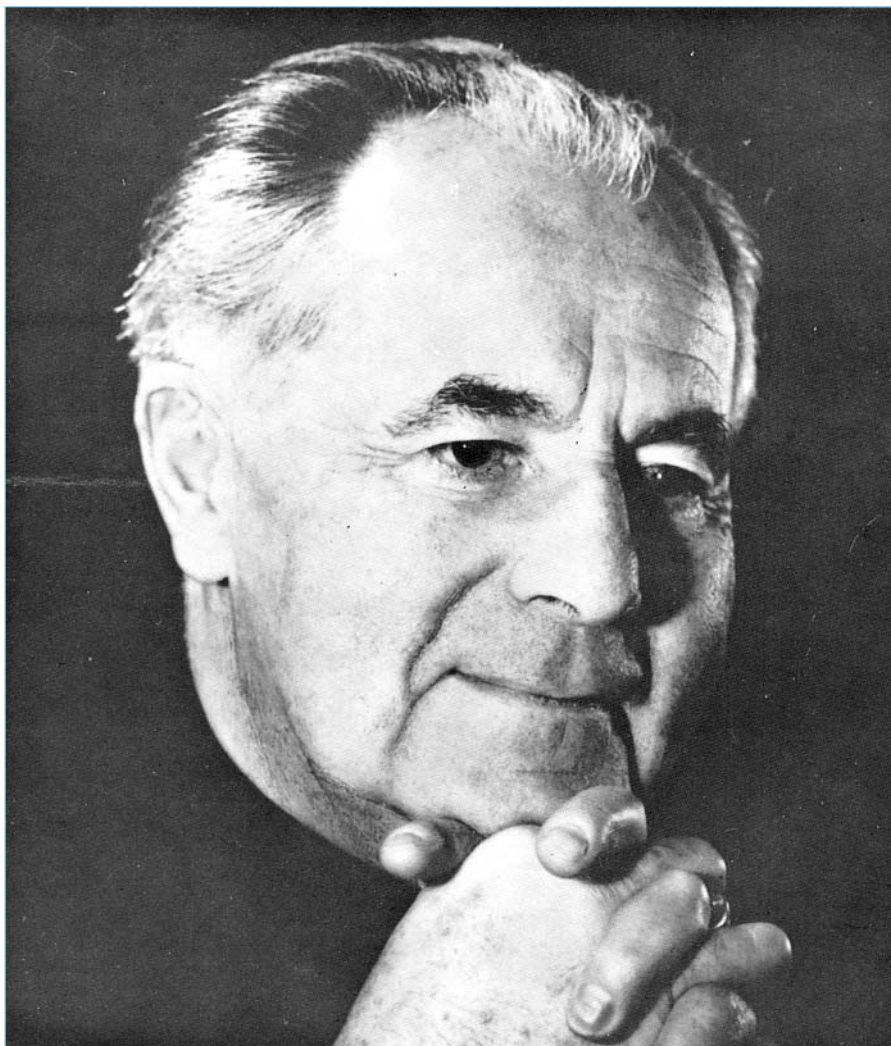
OSCAR FOREL (1891-1982)

Source : Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine
et de la Santé publique, Lausanne

Fils d'Auguste Forel, ce psychiatre a fondé en 1930 la clinique privée des Rives de Prangins sur les bords du Lac Léman où travaillèrent plusieurs psychanalystes dont Raymond de Saussure, dans les années 1930, et Paul-Claude Racamier, au début des années 1960. En 1946, quand O. Forel prit sa retraite, il vendit sa clinique au psychiatre français Charles Durand.

Si des désaccords politiques – mais surtout des conflits entre Junguïens et Freudiens – peuvent expliquer cette évolution, celle-ci

doit beaucoup également à des divergences de vue en matière de stratégie professionnelle : les médecins psychothérapeutes qui suivi-



MEDARD BOSS (1903-1990)

Source : Medizinhistorisches Institut und Museum der Universität Zürich

Ce psychiatre et psychanalyste suisse a été responsable, dès 1948, de la formation psychothérapeutique des médecins-assistants de la clinique psychiatrique universitaire de Zürich. Président de la *Société suisse de psychothérapie médicale* de 1949 à 1955, il fut l'un des fondateurs de la *Daseinsanalyse* en Suisse.

rent Morgenthaler privilégièrent l'alliance avec les psychiatres, tandis que les Junguiens accordèrent la priorité aux liens tissés avec les non-médecins. Or, c'est précisément une controverse autour de l'exercice de la psychothérapie par les non-médecins qui permit d'obtenir une meilleure intégration de la psychothérapie au sein de la psychiatrie suisse. L'adoption en 1952

d'une nouvelle loi sanitaire dans le canton de Neuchâtel, qui reconnaissait à des psychologues non-médecins le droit de pratiquer la psychothérapie sous contrôle médical, constitua le facteur déclenchant. Pierre-Bernard Schneider, un jeune psychiatre qui avait obtenu quatre ans plus tôt la direction de la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne, partit en

guerre contre cette décision et présenta la loi neuchâteloise non seulement comme une atteinte inacceptable au monopole médical, mais aussi comme une désastreuse mise en péril du développement de la psychothérapie au sein de la psychiatrie. Dans la foulée, Schneider, alors en analyse chez Charles Odier, n'hésita pas à réclamer un monopole médical sur la psychanalyse, sur le modèle américain. Une fois la controverse engagée, les psychiatres acquis à la psychothérapie surent en tirer le meilleur profit en jouant habilement de la menace de la concurrence des non-médecins pour parvenir à leurs fins. En particulier, Medard Boss, alors encore membre de la Société suisse de psychanalyse et président de la *Société médicale suisse de psychothérapie* (qui remplaça, dès 1948, la commission antérieure), développa une argumentation qui contraignit ses confrères à reconnaître la nécessité d'améliorer la formation des psychiatres. "[...] Avouons même que les psychiatres qui n'ont pas acquis en marge de la médecine officielle les notions que possèdent les psychologues en savent moins long que ceux-ci. De ce fait, et pour autant qu'ils sont rompus aux méthodes de l'analyse en profondeur, ce ne sont pas les psychologues non-médecins qui sont les vrais profanes, mais la majorité des médecins. Les textes de nos lois sanitaires, en affirmant le contraire, ne changent rien à ces faits. Ceux qui invoquent le bon sens de l'omnipraticien, son flair et son intuition, n'admettraient pas que l'on opère avec un couteau de poche et répudieraient des diagnostics anatomopathologiques effectués sans microscope. [...] Lorsque nous aurons des médecins formés en psychothérapie en nombre suffisant, lorsqu'il y aura assez d'instituts de psychothérapie et des polycliniques pour tous les malades, assurés ou non, le problème des psychothérapeutes non-médecins se résoudra de lui-même, grâce à l'avance dont jouissent les médecins et dont profiteront les malades [...]" [6]

Dans le cadre de cette controverse, pour des raisons à la fois pragmatiques et stratégiques, les membres de la Société médicale suisse de psychothérapie, habilités à représenter la Société suisse de psychiatrie en ce domaine, renoncèrent à exiger la poursuite systématique des psychothérapeutes non-médecins pour exercice illégal de la médecine et préconisèrent en lieu et place des “mesures constructives en vue de garantir une psychothérapie médicale qualifiée”. Celles-ci se concrétisèrent de deux manières. Premièrement, avec l’aval de la Société suisse de psychiatrie et de la FMH, la Société médicale suisse de psychothérapie adressa aux facultés de médecine, ainsi qu’aux autorités cantonales compétentes (Instruction publique et Santé), une requête, dont les deux volets obtinrent rapidement satisfaction. Il était, d’une part, demandé que l’enseignement de la psychologie et de la psychothérapie médicales figurent parmi les branches obligatoires dans les études de médecine. D’autre part, afin d’assurer aux futurs médecins psychothérapeutes une spécialisation adéquate, on préconisait le développement des polycliniques de psychiatrie et l’intégration explicite dans leurs activités de traitements psychothérapeutiques, dont les malades peu fortunés furent désignés comme les premiers bénéficiaires [36].

Parallèlement, une révision du règlement de spécialisation en psychiatrie FMH fut discutée. Schneider proposa de créer une sous-spécialité en psychothérapie, réservée aux psychiatres souhaitant travailler dans ce domaine et jugés particulièrement doués. Initialement acceptée en 1956, lors d’une assemblée de la Société suisse de psychiatrie, cette solution fut annulée quelques mois plus tard pour vice de forme par la communauté des directeurs d’établissements psychiatriques, qui demanda la créa-

tion d’un groupe de travail élargi. En juin 1958, ce groupe remettait à l’ensemble des membres de la Société suisse de psychiatrie un rapport qui présentait pas moins de cinq solutions différentes.⁵ La première, qui proposait de conserver le règlement de formation en vigueur, et la seconde, qui autorisait la mention de la psychothérapie dans le titre de spécialiste FMH comme activité spéciale sans inclure pour autant des exigences spécifiques de formation, furent d’emblée rejetées. L’idée de créer une nouvelle spécialité principale en psychothérapie, complètement distincte de celle en psychiatrie, fut également écartée. Le débat porta donc sur l’alternative suivante : fallait-il créer une sous-spécialité en psychothérapie au sein de la spécialisation en psychiatrie, permettant une formation plus poussée, mais réservée à une minorité, ou fallait-il assurer une formation à la psychothérapie de tous les psychiatres, en allongeant d’un an la formation, et transformer le titre de spécialiste FMH en psychiatrie en “spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie” ? La majorité du groupe de travail défendait cette dernière solution et, suite à un vote au bulletin secret, les membres de la Société suisse de psychiatrie s’y rallièrent.

Les avantages de ce choix par rapport à la proposition concurrente de créer une sous-spécialité, furent présentés de la manière suivante. Non seulement une scission entre psychiatres et psychothérapeutes était évitée, mais le renforcement des liens entre psychothérapie et psychiatrie augmentait la valeur du FMH. De plus, la prise en compte de leur intérêt pour la psychothérapie permettait d’opérer une sélection positive des médecins souhaitant se spécialiser en psychiatrie. En outre, une dispute doctrinaire était évitée. Enfin et surtout, les hôpitaux psychiatriques de campagne ne risquaient pas de se

trouver confrontés à des problèmes insurmontables en matière de recrutement, compte tenu de la plus grande attractivité prêtée à la filière psychothérapeutique.

Rendre la formation à la psychothérapie obligatoire pour tous les psychiatres signifiait renoncer à aligner les exigences du nouveau programme de formation sur celui des sociétés de psychanalyse. En particulier, les représentants des diverses positions tombèrent d’accord sur le fait que l’analyse didactique ne pouvait être exigée dans ces conditions. Le règlement de 1961 stipule, par contre, que tous les candidats au titre doivent avoir mené à terme deux psychothérapies, supervisées durant un minimum de cent heures par un psychothérapeute expérimenté, externe à l’institution.

EN GUISE DE CONCLUSION

L’intégration de la psychothérapie dans la formation des psychiatres suisses doit beaucoup à l’engagement des membres de la Société médicale suisse de psychothérapie – mentionnons au passage que la création d’une telle société échoua en France en 1948. Cependant, en comparaison des mécanismes observés en France, elle se révèle largement conditionnée par le mode de gestion des spécialisations et le fonctionnement du corps médical helvétique. En particulier, il est manifeste qu’une formation post-graduée essentiellement clinique, gérée par la FMH et les sociétés de spécialistes concernées sans intervention de l’État, permettait aisément d’introduire une formation psychothérapeutique qui ne soit pas purement livresque. En France, hier comme aujourd’hui, le rôle de l’Université dans la formation des spécialistes apparaît comme un obstacle à une telle intégration. ■

⁵ Cery : archives de la Société suisse de psychiatrie, carton : société médicale suisse de psychothérapie, années 1947-1959 ; annexe 1 au tractanda de la séance

administrative du 05.07.1958 de la Société suisse de psychiatrie, rapport de la Commission spéciale pour l’étude de la formation en psychothérapie, Münsingen,

16 juin 1958.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Madame Bernadette Molitor (BIUM, Paris), Madame Suzanne Ostini (IUHMSP, Lausanne) et Monsieur Jean-Pierre Bourgeron (Paris) pour leur aide précieuse dans nos recherches iconographiques.

RÉFÉRENCES

1. Abély X. 1950. Rapport sur le certificat destiné à qualifier les Psychiatres. Séance du 29 novembre 1949 de la Commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale. *Information Psychiatr* 26 : 12-6.
2. Abély X. 1951. Le certificat de neuropsychiatrie. Séance du 26 février 1951 de la société médico-psychologique. *Ann Méd Psychol* 109, T. 1^{er} : 326-7.
3. Arrêté du 30 mars 1949 portant création dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie d'un diplôme de neuropsychiatrie. 1949. [1^{re} parution *Journal Officiel* du 6 avril 1949]. *Information Psychiatr* 25 : 159-61.
4. Arrêté du 6 octobre 1949 relatif à la qualification des médecins spécialistes et des médecins compétents. 1949. [1^{re} parution *Journal Officiel* du 12 octobre 1949]. *Information Psychiatr* 25 : 339-41.
5. Ayme J. 1995. *Chroniques de la psychiatrie publique. À travers l'histoire d'un syndicat*. Paris : Érés.
6. Boss M. 1953. Réflexions sur la réglementation de la profession de psychologue non-médecin. La loi neuchâteloise est-elle une provocation ? *Bull Méd Suisses* 44 (4 septembre) : 331-4.
7. Combemale P. 1950. Rapport sur la création d'un certificat d'études supérieures de neuropsychiatrie. Séance du 29 novembre 1949 de la Commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale. *Information Psychiatr* 26 : 16-9.
8. Comité central de la FMH. 1961. Diplôme de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et en psychiatrie et psychothérapie infantiles. *Bull Méd Suisses* 34 (août) : 627-8.
9. Comité central de la FMH. 1953/1954. Diplôme de spécialiste FMH. Liste des établissements reconnus pour les stages de spécialisations. Archives de la Société suisse de psychiatrie.
10. Dirlewanger D., Fussinger C. 1995. Les nécrologies des médecins romands : une autopsie du corps médical. *Revue Historique Vaudoise* (automne) : 187-246.
11. Fédération des médecins suisses. 1931. Réglementation de l'exercice des spécialités. Mémoire à l'appui des "Principes" présentés à la Chambre médicale par le Comité central sur la question de la réglementation de l'exercice des spécialités. *Bull Méd Suisses* 36 (septembre) : 493-8.
12. Fussinger C., Tevaearai D. 1998. *Lieux de folie - Monuments de raison. Psychiatrie et architecture en Suisse romande 1830-1930*. Lausanne : PPUR.
13. Fussinger C. À paraître en 2006. Le développement de la psychothérapie en Suisse à travers le prisme associatif et législatif. In Fussinger C., Barras V. (eds) *L'histoire de la psychothérapie dans la seconde moitié du 20^e siècle : modalités d'implantation et redéfinitions des frontières*.
14. Fussinger C., Ohayon A. À paraître. Exercice de la psychothérapie et monopole médical dans les années 1950 en France et en Suisse. Papier présenté dans le cadre de la journée d'études *Psychologie, Psychiatrie, Psychanalyse et médecins. Jalons pour une histoire (19^e-20^e siècles)*, Maison française d'Oxford, 22-23 octobre 2004.
15. Guillaume P. 1996. *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*. Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
16. Heuyer G., Lebovici S. 1952. Note sur la pratique de la psychothérapie, communication présentée et discutée lors de la séance du 25 novembre 1951 de la Société médico-psychologique. *L'Hygiène mentale* 3 : 79-88.
17. Jung C. G. 1935. Qu'est-ce que la Psychothérapie ? *Bull Méd Suisses* 26 (juin) : 339-40.
18. Morgenthaler W. 1935. Die Psychotherapie in der Schweiz. *Bull Méd Suisses* 26 (juin) : 340-5.
19. Ohayon A. 1999. *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*. Paris : La Découverte.
20. Pinell P. 2002. *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France (1968-2000)*. Paris : Rapport Mire, Centre de sociologie européenne, IRESCO.
21. Pinell P. 2005. La normalisation de la psychiatrie française. *Regards sociologiques* 29 : 2-21.
22. Pinell P. 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157 (mars) : 5-36.
23. Perron R. 1990. Médecins et non-médecins dans l'histoire de la Société psychanalytique de Paris. *Rev Internat Hist Psychanalyse* 3 : 167-98.
24. Procès-verbal de la séance de la Chambre médicale suisse du 28 juin 1931. Réglementation de la question des spécialistes (pt 6.). 1931. *Bull Méd Suisses* 36 (septembre) : 503-4.
25. Procès-verbal de la séance de la Chambre médicale suisse du 26 juin 1960. Point 10 : Révision partielle du Règlement pour l'obtention du titre de spécialiste FMH. 1960. *Bull Méd Suisses* 27 (juillet) : 476-7.
26. Procès-verbaux de la Commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale. 1950. Création d'un certificat d'études supérieures de neuropsychiatrie [Discussion des rapports d'Abély et de Combemale], séance du 29 novembre 1949. *Information Psychiatr* 26 : 26-36.
27. *Ibid.* 1950. Séance du 20 décembre 1949. *Information Psychiatr* 26 : 36-38.
28. *Ibid.* 1950. Séance du 24 janvier 1950. *Information Psychiatr* 26 : 77-80.
29. Procès-verbaux de la Société médico-psychologique. 1949. Motion relative à la création d'un diplôme de psychiatrie, Assemblée générale du 25 avril 1949, *Ann Méd Psychol* 107, T. 1^{er} : 496.
30. *Ibid.* 1951. Séance du 26 février 1951. Discussion de la communication de X. Abély. *Ann Méd Psychol* 109, T. 1^{er} : 327-32.

RÉFÉRENCES (SUITE)

31. Programme du diplôme de neuropsychiatrie annexe à l'arrêté du 30 mars 1949. 1949. [1^{re} parution *Bulletin Officiel de l'Éducation nationale* d'avril 1949]. *Information Psychiatr* 25 : 190-5.
32. Rapport de la Commission de neuropsychiatrie adopté par le Conseil national de l'Ordre le 5 octobre 1947. 1948. *Bull Ordre Méd* (juin) : 294-8.
33. Roudinesco E. 1986. *Histoire de la psychanalyse en France (1925-1985)*, vol. 2. Paris : Seuil.
34. Schopp G. 1990. L'affaire Clark-Williams, ou la question de l'analyse laïque en France. *Rev Internat Hist Psychanalyse* 3 : 199-218.
35. Société de l'Évolution psychiatrique. 1967. Conclusions du Livre blanc de la psychiatrie française. *Evol Psychiatr* 32 : 917-38.
36. Société suisse de psychiatrie et Société médicale suisse de psychothérapie. 1955. À propos d'une "résolution" et d'une "requête". *Bull Méd Suisses* 17 (avril) : 153-5.
37. Vergez B. 1995. *Le monde des médecins au XX^e siècle*. Paris : Complexe.
38. Weisz G. 1994. Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries. *Soc Hist Med* 7 : 177-211.
39. Weisz G. 2002. Regulating specialities in France during the first half of the twentieth century. *Soc Hist Med* 15 : 457-80.

Université Paris VIII / Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Colloque scientifique

Organisé avec le soutien du Conseil Scientifique de l'Université Paris VIII

REITERATION D'ACTES TRANSGRESSIFS : ACTIVITE DE PENSEE ET ACTES DISSOCIES

Mercredi 16 novembre 2005

Hôpital La Salpêtrière
Amphithéâtre du Département d'Anesthésie -Réanimation
47 Bd de l'Hôpital, 75651 Paris

Argument

Ce quatrième Colloque, centré sur la réitération et la récurrence des actes transgressifs s'inscrit dans *la lignée des trois Colloques précédents centrés sur le thème des relations entre l'Activité de Pensée, le Discernement et leur rapport à la Transgression* :

- Les AGES du DISCERNEMENT, Colloque des 16 et 17 janvier 2003,
- Les FAILLES du DISCERNEMENT, Colloque du 19 novembre 2003,
- LIMITES et TRANSGRESSIONS EXTREMES à L'ADOLESCENCE, Colloque du 24 novembre 2004.

Les recherches qui seront présentées au cours de cette 4^{ème} phase s'appuient *sur la comparaison entre les résultats d'interventions cliniques et thérapeutiques effectuées par les professionnels de l'équipe qui interviennent dans des situations de gravité extrême*. Une série de questions sont à débattre qui concernent l'**agir** et ses implications personnelles comme sociales, mais aussi la spécificité d'un **fonctionnement mental** dont les théories en vogue ne suffisent pas à rendre compte.

Une fois encore **le rapport entre discernement, contrôle du fantasme et contrôle des actes** est à analyser. L'objectif reste de dégager des applications pratiques dans le registre de la prévention et de la thérapeutique et de voir comment ces applications peuvent être répercutées ou aménagées dans d'autres environnements sociaux et culturels.

Les intervenants invités et les discutants représentent les professions et chercheurs assumant des responsabilités dans la prise en charge d'adolescents ou d'adultes répétant des actes de plus en plus lourds par les conséquences qu'ils ont pour eux-mêmes et pour autrui.

Une **Table ronde post-colloque** reconsidérant les thèmes débattus à la lumière des *Théories de l'agir* et des *Théories du fonctionnement mental* est organisée le 18 novembre sous la Présidence du Dr P. MARCHAIS.

Informations et inscription (gratuite mais obligatoire) :

Dr M.G. SCHWEITZER, GRECC-EDS, Hôpital La Salpêtrière, 75651 Paris cedex 13 - Courriel : marc.schweitzer@psl.ap-hop-paris.fr
Organisation : Dr M.G. SCHWEITZER, M. DRIFYFUSS