

**Travailler ensemble,  
un défi pour le médico-social**

Alain Depaulis

Travailler ensemble,  
un défi pour le médico-social  
Complexité et altérité

avec la participation de  
Jean Navarro et Gilles Cervera

Préface d'Axel Kahn



Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Illustration :  
Paul Klee, *Cat and bird*, 1928

Version PDF © Éditions érès 2014  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3651-3  
Première édition © Éditions érès 2013  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (crc), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

# Table des matières

Préface. Complexité et altérité, Axel Kahn.....	9
Introduction. Une clinique en partenariat : un accord impossible ? .....	13
Une interdépendance disciplinaire.....	15
Deux tentatives de pluridisciplinarité .....	19
<i>Le registre psychosomatique en question</i> .....	19
<i>La neuropsychanalyse, nouvelle science ou interdisciplinarité ?</i> .....	20
Les éclaireurs .....	24
<i>La méthode complémentariste</i> .....	25
<i>La complexité humaine</i> .....	28
« <i>Un monde pluriel mais commun</i> » .....	32
Préambule lexical .....	37
1. Analyse des écueils de la pratique médico-psychosociale.....	41
Les dérives du spécialiste.....	41
<i>Le risque de la certitude</i> .....	41
<i>La tentation de la maîtrise</i> .....	49
<i>Les incidences passionnelles</i> .....	50
<i>L'imperméabilité au travail en équipe</i> .....	51
<i>La difficulté d'anticiper les risques</i> .....	51
Les résistances institutionnelles .....	53
<i>L'inertie institutionnelle</i> .....	54

<i>La défiance entre services .....</i>	56
<i>Les présupposés professionnels, idéologiques ou moraux .....</i>	56
<i>La méconnaissance des missions, des logiques et des fonctionnements des autres services .....</i>	57
<i>L'absence de langage commun .....</i>	64
Les interactions contradictoires entre spécialistes, entre services...	65
Les risques d'écueils imputables à l'usager.....	77
<b>2. Éléments pour une clinique en partenariat.....</b>	<b>83</b>
Un dispositif qui donne une place centrale à l'usager .....	83
Un dispositif qui permette de conjoindre des actions disparates.....	84
Un dispositif qui favorise l'échange.....	85
Un dispositif régulé ? .....	86
Conclusion.....	87
<b>3. Qu'avons-nous à partager ?</b>	
Recherche d'un concept fédérateur :	
un diagnostic multidisciplinaire.....	89
Les conditions d'un diagnostic multidisciplinaire :	
la question du sujet .....	91
<i>Les limites de la réponse aux besoins .....</i>	91
<i>Une personne en état d'infériorité .....</i>	95
<i>L'usager en position active .....</i>	102
Un exemple de démarche diagnostique multidisciplinaire .....	109
<i>Un diagnostic élargi... .....</i>	109
<i>Un diagnostic en extension .....</i>	112
<b>4. Comment travailler ensemble ?</b>	
Recherche de modalités d'échange multidisciplinaire :	
l'analyse de situation .....	119
Composer les conditions d'un collectif médicosocial .....	119
<i>La position du sujet face au collectif d'experts .....</i>	119
<i>L'axe de l'équipe pluridisciplinaire .....</i>	122
<i>L'axe d'élaboration du collectif multidisciplinaire .....</i>	126

*Table des matières*

Application de la démarche diagnostique .....	136
<i>Présentation d'une analyse de situation</i> .....	136
<i>Divergences dans le traitement d'un cas</i> .....	140
<i>Une impasse partenariale</i> .....	143
<i>Des vertus de la division aux dépens de la synthèse</i> .....	146
<i>Déjouer le conflit</i> .....	149
Le refus de conclure .....	154
 5. La régulation du collectif .....	157
Le modèle centralisé et centralisateur :	
l'exemple des MDPH .....	157
Un collectif coordonné ? .....	160
 Conclusion. Sur les pas et sur les pentes de Sisyphe ! .....	167
La reconnaissance mutuelle : Mandela-de Klerk .....	168
L'éthique .....	175
<i>De l'autonomie à l'interdépendance</i> .....	175
<i>L'éthique dans la rencontre</i> .....	179
L'enseignement de la démarche multidisciplinaire	
à l'Université ? .....	187
Un pari sur l'avenir .....	188
 Abréviations .....	191
 Bibliographie .....	193
 Remerciements .....	197

*À Mireille*

*Dans ce paysage nourri  
par tant de rencontres,  
un jour, ton visage m'a souri.  
Depuis nous partageons  
les mêmes aventures...*

« Agis en ton Lieu, pense avec le Monde. »  
Édouard Glissant, *La Cohée du Lamentin*,  
Paris, Gallimard, 2004.

## Préface

### Complexité et altérité

L'ambition poursuivie dans ce travail par Alain Depaulis, en collaboration avec Jean Navarro et Gilles Cervera, est de montrer comment la pluridisciplinarité et le souci éthique permettent d'affronter la complexité des situations dans le champ médico-psychosocial. Les auteurs adossent leur étude à une réflexion épistémologique, sociologique, analytique, clinique, voire historique témoignant de ce que cet ouvrage offre aux lecteurs professionnels de ces domaines non pas un catalogue de recettes et procédures mais une méthodologie permettant de poser les problèmes rencontrés, de parvenir à un diagnostic et à un plan d'action partagé par les divers intervenants et, au total, de progresser dans l'identification de solutions adaptées.

Parmi les pistes que nous ouvrent Alain Depaulis et ses co-auteurs, citons pour commencer leur élection de la « plurimulti-disciplinarité » des approches en tant que voie privilégiée, et leur critique. La thèse défendue repose sur l'irréductibilité des points de vue, qui constituent des contributions complémentaires à la description de l'objet ou du sujet complexe étudiés. Ce dernier, en d'autres termes, ne peut être connu qu'en l'éclairant sous toutes ses facettes grâce aux dispositifs convenant le mieux. Le remplacement de cette multiplicité des approches par un système unique procédant des performances des différents outils nécessaires a toutes les raisons d'aboutir à une perte d'information. Peut-être peut-on faire observer aux auteurs que les

études inter (ou trans) disciplinaires n'ont en fait pas la préten-  
tion de se substituer aux démarches disciplinaires mais de les  
enrichir, de mettre en lumière certains détails qui, situés aux  
interfaces des champs explorés par les disciplines établies,  
restent sans cela ignorés. Par exemple, l'exploration par imagerie  
cérébrale fonctionnelle des corrélats entre, d'une part, des symptômes relevés par le psychologue clinicien et le psychanalyste ou  
le psychiatre, voire l'efficacité de méthodes pédagogiques ou les  
comportements d'acteurs économiques et, d'autre part, des structures anatomiques, peut déboucher sur de nouvelles per-  
pectives. Il convient néanmoins d'éviter dans une telle  
démarche, comme relevé dans cet essai, tout réductionnisme ou  
tout impérialisme d'un type de savoir sur un autre.

Un autre aspect très riche et innovant de l'ouvrage est l'accent mis sur l'impératif éthique et altruiste auquel doivent  
déferer les intervenants pluriels en dialogue s'ils veulent  
parvenir à une vision et une action partagées, sans préjudice de  
leurs différences de références disciplinaires et de points de vue  
personnels. S'appuyant sur l'exemple émouvant de Nelson  
Mandela et de Frederik de Klerk, du révolutionnaire noir et du  
suprématiste blanc, les auteurs montrent que seule la conjonction  
de la fidélité à ses valeurs et à son combat avec la considé-  
ration pour « l'adversaire » et la compréhension de ses  
contraintes est de nature à permettre d'atteindre un objectif  
commun lorsqu'il a été identifié avec suffisamment de précision.  
Or, l'irréductibilité de chacun à l'autre et à ses préférences  
personnelles, liée à la reconnaissance que la valeur de l'autre, à  
travers sa différence, est une donnée évidente, représentent l'in-  
jonction éthique par excellence, celle qui fonde la possibilité  
même du vivre et progresser ensemble.

Ainsi, à travers de nombreux exemples vécus par des profes-  
sionnels de centres, réseaux et structures divers actifs dans l'es-  
pace médico-psychopédagogique, cet essai témoigne-t-il de ce  
que maintes impasses préjudiciables aux enfants et adolescents  
en difficulté sont dues à l'échec du processus de « forum  
hybride » où témoignent et proposent des acteurs attachés à la

qualité de leurs données mais à l'écoute des apports différents et sachant se préserver de toute stratégie de domination.

Au total, un livre original, profond et intelligent dont tireront parti non seulement les lecteurs professionnels mais aussi tous ceux avides de résoudre le dilemme du vivre ensemble dans une société complexe et plurielle traversée de savoirs, d'influences, de croyances et de préférences multiples.

Axel Kahn

*Médecin, chercheur*

*Ancien directeur de l'institut Cochin*

*Ancien président de l'université Paris-Descartes*



# Introduction

## Une clinique en partenariat : un accord impossible ?

Comment travailler ensemble ? Comment pratiquer *le partenariat* dans ce champ complexe que l'on nomme « médicosocial », qui recouvre en fait le registre médical, le registre psychique et le registre social, qu'il est donc plus juste de nommer « médico-psychosocial ». L'usage du mot partenariat est devenu tellement banal qu'il fait référence à des réalités fort disparates et se révèle souvent creux lorsque l'on tente d'en interroger le contenu. Selon le Grand Robert : « le partenariat est un regroupement de partenaires économiques ou sociaux dans l'intention de mener une action commune ». Cette action commune est généralement identifiée par trois principes<sup>1</sup> : le sens de la démarche, la place des acteurs et l'action. Nous constatons que le partenariat médico-psychosocial est loin de réunir de telles conditions, il est défaillant aux trois niveaux d'exigence. Relevons ici les points critiques.

Le collectif<sup>2</sup> impose une communauté d'intérêt, chaque protagoniste a compris qu'il ne peut agir seul et que le recours

---

1. Voir par exemple l'ouvrage de F. Dhume, *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, Paris, ASH éditions, 2001.

2. Dans cet essai le terme « collectif » est à entendre comme association de partenaires (spécialistes ou non) réunis dans la réalisation d'un objectif commun. Cet ensemble disparate doit assumer sa complexité, ses inévitables divisions. Il ne prétend pas produire un discours univoque mais favoriser la cohérence de l'action.

à d'autres acteurs est indispensable à la réussite de son projet. Dans le champ médicosocial, l'intérêt commun qui doit présider à une initiative collective n'est pas acquis. Les différents acteurs restent le plus souvent fixés à des objectifs restreints, en général ceux qui relèvent de leur mission. Il existe à cela de multiples raisons, mais la principale tient à une insuffisante prise de conscience de l'interdépendance de leurs actions et de leurs effets ou méfaits sur l'usager. Il faut bien reconnaître que l'incidence d'une action sociale, médicale ou psychologique sur les registres voisins n'est pas toujours flagrante. Chaque intervenant oublie que son action est partielle et néglige son impact sur les autres versants qui touchent pourtant l'usager. Il persiste à penser qu'il peut agir seul. Et si de nos jours la multiplication des échanges interdisciplinaires suscite cette prise de conscience, la mise en œuvre d'une démarche coordonnée reste aléatoire. Les acteurs du champ médico-psychosocial ne s'engagent pas aisément dans une démarche collective, peut-être parce qu'ils n'ont pas encore saisi l'importance de l'enjeu.

Chacun conçoit intellectuellement que le travail en partenariat suppose que chaque partie engagée conserve sa spécificité ; la dilution des différents discours est cependant un écueil fréquent dans la recherche d'un consensus synthétique au profit du projet commun. Notons également qu'une des conditions importantes de la dynamique de l'ensemble tient à une égalité de statut des acteurs. Dans notre pratique pluridisciplinaire, peut-on mettre sur le même plan l'intervention d'un médecin, celle d'un psychothérapeute ou celle d'un travailleur social ? Il existe aussi des décisions de justice qui s'imposent à tous les acteurs, telle la suspension des droits parentaux auprès des enfants. Nous verrons que l'équilibre des « forces » peut se réaliser pour certains cas, dans certaines conditions, mais qu'il ne peut être constamment garanti.

Pour qu'une entité collective se construise, elle doit définir son cadre avec ses règles, ses méthodes, ses outils... des conditions qui lui donnent la cohérence nécessaire à la réalisation de l'entreprise. Nous touchons là un point crucial, celui de la

construction du projet qui déterminera l'action. Dans le champ médico-psychosocial, un certain partenariat est couramment pratiqué, mais il s'agit le plus souvent d'un partenariat volatile, au coup par coup. Loin d'être un dispositif structuré, c'est un échange rendu indispensable dans les situations critiques. Pour le dire crûment, il s'agit souvent d'un échange où un acteur demande à un autre d'éclairer sa lanterne. C'est un recours ponctuel qui reste souvent sans suite. Comment peut-on conduire un projet commun structuré compte tenu de la spécificité et de l'irréductibilité des missions respectives ?

Il est certainement plus aisé de réunir des énergies et de regrouper des moyens en vue d'intérêts industriels et économiques que de composer un collectif médico-psychosocial. En revanche, notre champ d'expérience est intellectuellement plus stimulant en ce qu'il soulève la question des fondements de la connaissance, tant au niveau de leur élaboration théorique que de leur application pratique.

## Une interdépendance disciplinaire

La complexité de l'entreprise est justifiée par un simple constat : celui des divisions profondes de ces trois paradigmes que l'on aspire à mettre en relation. Ce que l'on prétend réunir sous l'expression « champ médico-psychosocial » constitue une bien improbable composition, parmi les plus disparates et les moins harmonieuses que l'on puisse imaginer. Les représentants du corps et les représentants de l'esprit sont installés dans une tenace tradition dualiste que la formation universitaire entretient. L'organisation des universités ne distingue-t-elle pas les facultés de médecine, consacrées au corps, à l'organisme, des facultés des sciences humaines, attachées à la psychologie, à la sociologie et à la philosophie ? Chacune de ces disciplines se développe dans une quasi-ignorance de ce qu'il y a lieu de nommer ses consœurs. De profondes démarcations sont ainsi gravées entre des corporations qui assument les déboires de l'humain-dans-tous-ses-états.

L'histoire de la médecine témoigne de son extraordinaire efficacité mais nous fait par exemple assister à « une dissociation progressive de la maladie et du malade<sup>3</sup> » qui conduit à une déshumanisation de l'acte médical. L'esprit qui préside à la formation actuelle des médecins dessine des perspectives de causalités quasi exclusivement physiologiques, génétiques et biologiques. Cette orientation peut d'ailleurs susciter la tentation d'un pouvoir hégémonique, dès lors qu'au mépris des facteurs individuels et environnementaux, elle réduit l'homme à sa composition biologique, au point de prétendre déchiffrer le destin humain ! Cependant des voix se sont toujours fait entendre pour contester les orientations réductrices. À toute époque la réactivité de certains médecins tels que Jean Hamburger, Jean Bernard, Axel Kahn en France, les écrits de certains intellectuels comme Michel Foucault, Georges Canguilhem nous rappellent la place du patient, sa culture, son milieu familial.

De nombreuses tentatives de décloisonnement émaillent l'histoire de nos sciences, telles que l'entrée de la psychologie et de l'éthique dans les études de médecine ou encore, sur un plan plus spécifique, les tentatives de prendre en compte les causalités sociales dans la clinique des aliénés, comme l'ont mis en relief les antipsychiatres ou bien encore de mettre en corrélation des observations médicales, psychologiques et environnementales dans les études sur le cancer. Depuis 1948, ne sommes-nous pas engagés par le préambule de la constitution de l'OMS définissant l'esprit qui doit présider nos missions : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. »

Par delà les raisons objectives qui fondent nos divisions, les motifs de réunir nos connaissances et nos compétences ne manquent pas. Une rapide incursion dans les dernières avancées des neurosciences nous fait constater l'émergence d'une

---

3. G. Canguilhem, « Les maladies », dans A. Jacob (sous la direction de), *Encyclopédie philosophiques universelle*, vol. 1, *L'univers philosophique*, Paris, Puf, 1989. Réédité dans *Écrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002.

conscience de plus en plus vive de la complexité humaine, qui se déifie des discours réducteurs et se montre garante des perspectives d'élargissement de la réflexion et de la recherche. L'exemple actuel de l'intégration des neurosciences et de la psychanalyse vient illustrer cette orientation. Ces disciplines sont en effet en mesure de faire disparaître le conflit majeur qui semblait s'installer entre sciences dures et celles de la psyché, entre d'un côté les généticiens, biologistes, médecins, et de l'autre les « psys ». Citons à cet égard un livre révélateur de François Ansermet et Pierre Magistretti<sup>4</sup>, écrit respectivement par un pédopsychiatre et un neurobiologiste, qui permet d'étayer et d'illustrer le lien entre le fait psychique et le fait biologique. En effet, si les progrès de la connaissance dans le domaine de la neurobiologie, la notion de plasticité cérébrale, le rôle des connexions synaptiques permettent de mieux comprendre les mécanismes de mémorisation, ils sont loin d'exclure le champ de l'inconscient.

Ainsi le concept de plasticité cérébrale, au cœur des travaux contemporains, permet-il de concevoir une relation entre l'architectonique cérébrale, le fonctionnement cérébral et l'impact sur l'organisation de la psyché, de l'ouverture sur le monde extérieur. Un certain nombre de maladies peuvent ainsi être pensées dans leurs interrelations entre la neurobiologie et le rapport à l'environnement. C'est le cas de l'autisme infantile, des troubles bipolaires, du syndrome de l'X fragile ou encore de la schizophrénie. L'autisme infantile est un exemple type de ces interrelations. Si la génétique et la biologie montrent des anomalies identifiées, celles-ci sont peu fréquentes chez les patients et montrent que ce champ de recherches est très évolutif et encore à peine ébauché. Il en est de même de la signification des données récentes de l'imagerie cérébrale. La place des psychothérapies fait l'objet d'un débat difficile où l'irrationnel prend le

---

4. F. Ansermet, P. Magistretti, *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob, 2004.

pas sur la recherche scientifique. À l'évidence loin des conflits stériles et douloureux pour les enfants et les familles, cette question doit être un champ d'application privilégié de pluridisciplinarité entre neurosciences et psychanalyse<sup>5</sup>.

De son côté, la psychanalyse a toujours entretenu des liens étroits avec la médecine. Dès ses premiers travaux, Freud introduit *La psychologie médicale*, qui apparaît officiellement dans les programmes de médecine en France dans les années 1960. Lucien Israël se consacre à l'étude de la psychologie de l'homme malade, à la relation médecin-malade et malade-médecin ainsi qu'aux maladies iatrogènes (maladie engendrée par la médecine ou le médecin). Pour Lacan, la construction psychique est bien évidemment tributaire du réel du corps, autant qu'elle est d'ailleurs inscrite dans le lien social. Que l'on songe à ses premiers travaux faisant le constat que la construction du sujet ne peut se concevoir que dans le lien social<sup>6</sup>.

De ce point de vue, quelle que soit la civilisation où naît l'enfant, il est nommé. Ne pas le nommer serait le vouer à l'indifférencié. Cette symbolisation par un nom et un prénom confirme son extraction du néant. L'institution se mêle donc au plus tôt de cet adoubement : le service obstétrique de l'hôpital, l'état civil entre autres. Nommé, l'enfant existe au-delà de ses parents, de sa famille ou de lui-même. Il devient l'enfant de la société d'appartenance : il entre en droit. Il naît au social, à la culture.

Prénommer, juste après la naissance, au moment où le corps apparaît, pose l'assomption du verbe c'est-à-dire du droit. Ce droit à être ouvre au lien et à la capacité d'interpellation. Le nommer ouvre l'être à la langue des hommes et du même coup à la relation. C'est l'entre-deux qui révèle l'*un-dividu*. L'individuation est un processus complexe au croisement du biologique, de l'inconscient et du social. Aucun être n'advient hors ce triphasage.

5. J. Navarro, « Neurosciences et psychanalyse. L'abord pluridisciplinaire du corps de souffrance », dans *La démarche diagnostique dans le champ médico-social*, *Aporia*, n° 13, mai 2009.

6. E. Porge, *Se compter trois, Le temps logique de Lacan*, Toulouse, érès, coll. « Littoral », 1989.

L'évidente interdépendance de ces trois registres a naturellement favorisé des tentatives d'articulation entre l'un ou l'autre, voire entre les trois. Nous voulons nous arrêter à deux disciplines qui s'élaborent conjointement sur le plan clinique et sur le plan théorique : la médecine psychosomatique et la neuro-psychanalyse. Ces deux aventures épistémologiques soulèvent les questions essentielles que l'on rencontre dans le travail en partenariat.

## Deux tentatives de pluridisciplinarité

### *Le registre psychosomatique en question*

Le fait psychosomatique est une apparente évidence, la mieux partagée du monde mais la moins scientifiquement avérée. Il est inspiré par des observations et des corrélations plausibles entre des phénomènes psychiques et des phénomènes organiques. Comment ne serait-il pas tentant de tisser des liens entre les deux pôles caractérisant l'espèce humaine : le corps et l'esprit ?

La conjonction du fait corporel et du fait psychique est-elle possible ? Le mouvement psychosomatique, riche de nombreuses hypothèses et constructions théoriques, n'a pourtant pas réussi à constituer un corpus étayé par une clinique et une thérapeutique lui permettant de gagner ses lettres de noblesse. La raison principale de cette impasse réside, selon nous, dans l'orientation médicale de ces travaux, paradoxalement conduits par des psychanalystes. Nous constatons, par exemple, la recherche de liens de causalité entre le psychisme et l'organisme, que ce soit par l'identification de maladies psychosomatiques (École de Chicago) ou la description d'une personnalité psychosomatique (École de Paris) ou bien encore la constante préoccupation thérapeutique qui anime ces chercheurs. La tentative psychosomatique embrasse deux paradigmes distincts, la médecine et la psychanalyse, fondés sur des observations, des théories, des méthodes et des cliniques complètement différentes.

La démarche médicale scientifique est orientée par son souci d'efficacité thérapeutique, elle doit résorber le symptôme, calmer la douleur, sauver des vies... C'est un savoir qui tient sa validité de *son action sur le réel*. Moyennant quoi, le médecin fait un diagnostic et en déduit une prescription. Les erreurs de la médecine ne sont que des incidents qui n'arrêtent en rien la détermination de son avancée. Tous le corpus médical est marqué par cet objectif, au prix même, parfois d'en négliger le sujet porteur de la maladie ou du handicap. C'est un schéma causal orienté.

La démarche freudienne prend un tout autre appui dans le discours, dans les émergences de l'inconscient : lapsus, oublis, rêves... dans les ratés que l'on serait enclin à laisser de côté. C'est par la libération de l'imaginaire, témoin des nouages singuliers, qu'elle décèle le fantasme sous-jacent du sujet en souffrance. Le corpus initié par Freud et prolongé par Lacan trouve *son champ d'application dans le langage*. Le savoir psychanalytique est caractérisé par un vide. Parce que le sujet humain est un être parlant, il est irréductiblement marqué par l'écart qui le sépare d'un « objet perdu ». En entrant dans le sens, la signification, le sujet est coupé de la jouissance première qui, par définition, est indicible. Telle est la découverte freudienne : un trou qui nous aspire. Si la démarche de la science en général, de la médecine en particulier, tend à recouvrir ce trou, à le combler, *a contrario* la psychanalyse tend à dissoudre ce qui fait écran, à en réduire les contours afin de ne pas s'y fondre inlassablement. C'est en cela que la cure permet d'accepter le manque, la mort, le réel, de s'accepter tel qu'on est.

La démarche des psychosomatiques met en relief certains écueils de la pluridisciplinarité, la naissante neuropsychanalyse nous enseigne d'autres obstacles.

### *La neuropsychanalyse, nouvelle science ou interdisciplinarité ?*

La neuropsychanalyse (ou neuropsychanalyse) associe les neurosciences et la psychanalyse dans l'intention légitime et constructive de rapprocher deux domaines qui ont le même objet d'étude : *l'appareil à penser*. La première étudie le cerveau,