

IA Et Interprétation En Psychanalyse Clinique : Quelle Collaboration ?

AI And Interpretation In Clinical Psychoanalysis: What Collaboration?

GBAGBO Michel Koudou

Enseignant chercheur

UFR de Criminologie Université Félix Houphouët-Boigny,
Laboratoire d'Étude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV)
Côte d'Ivoire

AZOBE-KEDI Sylvie

Enseignante Chercheuse

Faculté Communication, Milieu et Société (CMS) Université Alassane Ouattara
Laboratoire Sciences du Langage et de la Communication
Côte d'Ivoire

Date de soumission : 13/05/2025

Date d'acceptation : 27/08/2025

Pour citer cet article :

GBAGBO. M K & AZOBE-KEDI (2025) «IA Et Interprétation En Psychanalyse Clinique : Quelle Collaboration ? », Revue Internationale du chercheur «Volume 6 : Numéro 3 » pp : 1301-1323

Résumé

Cet article explore la possibilité d'une collaboration entre intelligence artificielle (IA) et psychanalyse clinique. À partir d'une approche qualitative, critique et transdisciplinaire, il examine les limites structurelles de l'IA face aux dimensions inconscientes, transférentielles et symboliques constitutives du cadre psychanalytique. L'étude s'appuie sur une double analyse : un axe technoclinique (examen des outils comme Woebot, Wysa, Tess, Ellie) et un axe épistémologico-clinique fondé sur des auteurs comme Freud, Lacan ou Winnicott. L'IA, bien qu'efficace pour le triage, le suivi émotionnel ou la détection de signaux linguistiques, ne peut reproduire les processus subjectifs complexes ni incarner l'Autre du transfert. L'analyse de cinq cas cliniques ivoiriens illustre cette limite, en soulignant l'importance du cadre, de la présence humaine, du silence et du désir. Trois scénarios prospectifs sont proposés : le cabinet hybride, le clinicien augmenté et, de manière critique, le chatbot lacanien. L'article conclut que seule une IA strictement encadrée et utilisée comme outil complémentaire, jamais substitutif, peut avoir sa place en clinique psychanalytique, dans le respect absolu de la subjectivité du patient.

Mots clés : Intelligence artificielle ; Psychanalyse clinique ; Interprétation ; Transfert ; Éthique du soin

Abstract

This article explores the potential collaboration between artificial intelligence (AI) and clinical psychoanalysis. Using a qualitative, critical, and transdisciplinary approach, it investigates the structural limitations of AI in addressing the unconscious, transferential, and symbolic dimensions that define psychoanalytic practice. The study is based on a dual analysis: a technoclinical axis (examining tools such as Woebot, Wysa, Tess, and Ellie) and an epistemological-clinical axis drawing on thinkers like Freud, Lacan, and Winnicott. While AI proves useful in triage, emotional monitoring, and linguistic pattern detection, it fails to replicate deep subjective processes or embody the psychoanalytic "Other." Five clinical cases from Côte d'Ivoire illustrate this gap, emphasizing the necessity of human presence, therapeutic holding, silence, and desire. The article proposes three prospective scenarios: the hybrid practice, the augmented clinician, and, critically, the Lacanian chatbot. Ultimately, the article concludes that AI can serve only as a strictly supervised complementary tool—not as a substitute—in psychoanalytic settings. Respect for patient subjectivity and the irreducible complexity of human interaction remains paramount in any such collaboration.

Keywords : Artificial Intelligence ; Clinical Psychoanalysis; Interpretation; Transference; Ethics of Care.

Introduction

L'émergence rapide de l'intelligence artificielle (IA) transforme en profondeur les pratiques cliniques, soulevant des enjeux éthiques inédits dans les disciplines centrées sur la subjectivité humaine (Muhlenbach, 2020). En particulier, la prise en charge thérapeutique doit s'ériger en modèle contre les vulnérabilités psychologiques et criminologiques (Gbagbo & Kouyo, 2025). En miroir, la psychanalyse clinique, historiquement fondée sur l'écoute de l'Inconscient et la dynamique transférentielle, se trouve confrontée à la montée de dispositifs capables de traiter, analyser, voire prédire des comportements psychiques (Floridi, 2014, pp. 60–86). Certains philosophes, tels que Dennett (1991, pp. 94–120), évoquent même l'idée d'une « conscience artificielle simulée ». Face à ces bouleversements, une interrogation émerge. Sur le plan théorique, l'IA peut-elle réellement saisir la complexité du sujet humain, cœur de l'interprétation psychanalytique ? Plus spécifiquement, sur le plan clinique et éthique, jusqu'où est-il possible d'envisager une collaboration entre intelligence artificielle et pratique psychothérapeutique sans altérer la singularité du sujet et la dynamique transférentielle ?

L'objectif de recherche ici est d'analyser, à partir d'une approche critique et transdisciplinaire, les conditions cliniques, éthiques et théoriques permettant — ou non — une telle collaboration. Nous avançons la proposition que si les outils numériques peuvent enrichir certains aspects techniques du travail thérapeutique — comme l'analyse langagière ou le suivi émotionnel — ils demeurent structurellement inadaptés à la reproduction des processus inconscients, affectifs et symboliques au cœur de la pratique psychanalytique.

Trois auteurs historiques, dans six publications majeures (Freud, 1930, 1940 ; Freud, 1940, pp. 225–305 ; Freud, 1998, pp. 107–116 ; Lacan, 1966, pp. 517–520 ; Lacan, 1991b et Winnicott, 1971, p. 5), ont souligné combien l'interprétation psychanalytique repose sur des dimensions inconscientes, affectives et relationnelles irréductibles. Ils convergent pour souligner comment l'interprétation dépasse l'explication pour constituer une mise en mouvement du sujet dans son histoire et son désir. L'affectivité et l'Inconscient, ajoute d'ailleurs Sabah (2018, p. 39), demeurent encore aujourd'hui inaccessibles à toute approche purement algorithmique.

Les progrès récents en IA — qu'il s'agisse de modèles de traitement du langage comme BERT (Devlin, et *al.*, 2019, pp. 4175–4182) ou GPT-4 (Open AI, 2023), de l'usage d'une intelligence artificielle en psychiatrie (Mouchabac, 2023), ou d'agents conversationnels dédiés à la santé mentale tels que Woebot (Fitzpatrick, et *al.*, 2017), Wysa (Inkster, et *al.*, 2018), Tess (X2AI, 2017; Fulmer, et *al.*, 2018) ou Ellie (DeVault, et *al.*, 2014, p. 1064) — témoignent d'un essor technologique prometteur. Ces dispositifs permettent d'accompagner des patients dans des démarches d'auto-assistance, de suivi émotionnel ou de dépistage. Leur fluidité langagière est impressionnante. Néanmoins, la communication humaine dépasse le verbal explicite : elle mobilise des registres contextuels, gestuels, affectifs, symboliques, et culturels, que les machines peinent toujours à modéliser (Charaudeau, 2006).

Pour analyser la tension opposant innovations technologiques et exigences cliniques, il apparaît intéressant de s'appuyer sur un *corpus* théorique susceptible de permettre d'interroger les potentialités effectives de l'outil. Cela pour appréhender ses limites constitutives dans sa collaboration avec la psychothérapie. Trois familles conceptuelles sont mobilisées : (1) Les théories de l'individuation technique et de la co-genèse sujet/objet (Simondon, 1958, pp. 9–55 ; Stiegler, 1994, pp. 9–88), selon lesquelles l'humain se constitue à travers ses interactions avec les artefacts techniques, dans un processus d'individuation conjoint du sujet et de l'objet technique. (2) Les théories critiques de la subjectivation numérique (Wajcman, 2010, pp. 65–120 ; Lacan, 1991b, pp. 90–110 ; Turkle, 2011, pp. 151–176), qui analysent les mutations contemporaines du lien social, du désir et du moi sous l'effet des technologies numériques. (3) Enfin, les approches cliniques, neuroscientifiques et philosophiques de la plasticité et des émotions (Damasio, 1994, pp. 17–89 ; Malabou, 2004., pp. 9–48), qui interrogent la capacité des dispositifs technologiques à intégrer les dimensions affectives, corporelles et symboliques constitutives de la relation thérapeutique.

Cette recherche s'inscrit dans une approche qualitative, théorique et réflexive. Elle s'appuie sur une revue ciblée de la littérature scientifique en psychanalyse, intelligence artificielle et éthique du soin, croisée à des observations issues de cas cliniques rencontrés dans le contexte ivoirien. Cette posture permet d'examiner les conditions éthiques et culturelles d'une cohabitation entre dispositifs algorithmiques et clinique psychanalytique.

Quant à l'article lui-même, il suit cette progression : 1. Méthodologie. 2. Présentation, analyse et interprétation des résultats. 3. Discussion. Il se termine par une conclusion.

1. Méthodologie

1.1. Justification du choix des deux axes d'analyse

Conformément à l'épistémologie constructiviste des sciences humaines, notre démarche s'inscrit dans une approche qualitative et interprétative qui vise à comprendre la signification des pratiques et représentations en contexte (Lincoln & Guba, 1985, pp. 39–42). Notre posture vis-à-vis de l'IA se veut à la fois critique et ouverte : critique, en ce qu'elle interroge les limites structurelles des dispositifs algorithmiques face aux processus inconscients ; ouverte, dans la mesure où elle explore les conditions possibles d'un usage encadré de l'IA en complément du travail clinique, sans jamais s'y substituer. Cette orientation suppose de croiser les regards théoriques et cliniques afin d'examiner les possibilités d'une interaction homme-machine dans un cadre thérapeutique. L'analyse repose sur une lecture critique des textes et des dispositifs, dans une perspective transdisciplinaire, laquelle mobilise la psychanalyse, la philosophie de la technique et la psychologie clinique. Une telle approche, disent Denzin & Lincoln (2011, pp. 3–6), ne cherche pas à établir des vérités générales, mais à explorer des dynamiques singulières et situées.

Deux axes complémentaires sont dégagés. L'axe « technoclinique » permet d'abord d'examiner les usages concrets des IA conversationnelles et des dispositifs numériques en santé mentale (Woebot, Wysa, Tess, Ellie, etc.). Il s'agit de décrire leur rôle dans le repérage des symptômes, le soutien psychologique ou le suivi émotionnel, en mettant en lumière les potentialités et les limites cliniques relevées par les publications scientifiques. L'analyse de ces usages vise à mesurer leur efficacité instrumentale, mais aussi à détecter les zones de tension avec la relation thérapeutique humaine. L'axe « épistémologico-clinique », ensuite, interroge les fondements théoriques et structurels d'une possible collaboration entre IA et psychanalyse. L'on s'appuie ici sur des auteurs tels que Freud, Lacan, Winnicott, Sabah ou encore Floridi. Il s'agit d'évaluer si, au regard des concepts d'Inconscient, de transfert, de symbolisation ou d'espace potentiel, une interaction homme-machine relèverait d'un véritable processus d'interprétation. Ou au contraire de simulations sans profondeur clinique. Cet axe se nourrit d'une littérature de référence et de cas cliniques issus du terrain ivoirien.

1.2. Justification de la démarche analytique

L'approche adoptée s'inscrit dans une lecture interprétative clinique croisant les apports de l'analyse de contenu thématique à celles d'une sensibilité théorique issue de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967, 2006), dans une perspective ouverte, non codée. Bien que cette démarche ne relève pas d'un codage quantitatif strict, chaque situation clinique fait l'objet d'une relecture selon une grille d'observation élaborée à partir d'indicateurs cliniques qualitatifs. Celle-ci repose sur une série de catégories structurant l'analyse des cas tout en respectant la singularité des situations. Elle comprend notamment des indicateurs liés au silence (durée, fonction clinique), aux ruptures discursives (changements de registre, répétitions), à la tonalité émotionnelle (voix, posture, affect exprimé ou retenu), aux thématiques conflictuelles (événements évités ou chargés), ainsi qu'à la présence de signifiants dominants. D'autres éléments, comme les manifestations transférentielles perçues par le clinicien ou certains signes corporels révélateurs (tremblements, rigidité, variations du débit de parole), complètent cette observation. Cette grille souple ne vise pas la quantification, mais une lecture transversale articulant clinique, théorie et interprétation.

1.3. Justification des critères de sélection des productions analysées

Dans les recherches qualitatives, « La *constitution* du corpus ne saurait être aléatoire : elle procède d'une sélection raisonnée fondée sur des critères explicites de pertinence scientifique, de diversité des points de vue et de cohérence avec la problématique étudiée. » (Duchesne, 2010, p. 67). Partant, nos textes sont sélectionnés selon des critères d'objectivité, de validité méthodologique et de diversité disciplinaire. Les sources empiriques retenues concernent des études évaluant des dispositifs d'IA effectivement déployés en contexte psychothérapeutique. Ces dernières sont publiées dans des revues à comité de lecture, et présentent des résultats cliniques ou des retours d'expérience concrets. Du côté théorique, sont privilégiés les textes issus de la psychanalyse, de la philosophie de la technique, des neurosciences affectives ou de l'éthique du soin. Ceux-ci sont choisis en raison de leur apport direct à l'analyse de l'interprétation, du transfert, et des enjeux subjectifs de la relation thérapeutique. Cette double sélection, fondée sur la complémentarité des approches et la rigueur méthodologique, garantit une lecture critique, ancrée dans la pratique clinique, et ouverte à la transversalité des savoirs.

1.4. Justification des cas cliniques retenus

Les cas cliniques mobilisés sont sélectionnés en fonction de trois critères fondamentaux : (1) la pertinence clinique, c'est-à-dire leur capacité à rendre compte des enjeux concrets auxquels les praticiens pourraient être confrontés dans l'usage de dispositifs d'IA au sein d'un accompagnement psychothérapeutique ; (2) la richesse transférentielle, entre deux subjectivités liées par le devoir d'interprétation et (3) l'ancrage contextuel, puisque les situations analysées proviennent du terrain ivoirien, marqué par des spécificités culturelles, familiales et symboliques. De telles spécificités interrogent la transposition de dispositifs technologiques globalisés à des réalités locales.

Ces cas proviennent de praticiens expérimentés exerçant en Côte d'Ivoire dans différents contextes institutionnels (cabinet privé, hôpital psychiatrique, service de santé militaire). Et sont collectés dans le respect des principes d'éthique clinique et de confidentialité : l'accord des praticiens est obtenu formellement, avec validation explicite pour l'utilisation anonymisée des situations à des fins de réflexion scientifique. L'identité des patients est entièrement masquée par des modifications des éléments contextuels et biographiques, sans altérer la valeur clinique du matériel. Les cliniciens sont invités à rapporter, pour chaque situation, les éléments observables (tels que l'apparition de thèmes conflictuels ou encore la stabilité affective perçue au fil des entretiens). Cela permet de repérer, au-delà de l'intuition clinique, certaines constantes dans l'expression du mal-être ou dans l'organisation défensive des patients, sans toutefois réduire l'approche à une grille interprétative rigide.

2. Présentation, analyse et interprétation des résultats

L'analyse des résultats s'organise selon les deux axes méthodologiques définis en amont. Ces derniers se nourrissent l'un l'autre ; le premier explorant les dispositifs concrets déployés dans la relation d'aide ; le second examinant les fondements symboliques, affectifs et inconscients résistant à leur simulation. Les cas cliniques présentés viennent par suite illustrer de manière transversale certains points saillants observés dans ces deux registres.

2.1. Axe « techno clinique » : apports et limites de l'IA en santé mentale

2.1.1. Efficacité technique et subjectivité clinique

La promesse d'une IA capable d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiques repose sur ses performances en matière de traitement du langage naturel, de détection émotionnelle, ou

encore d'analyse comportementale. Des programmes comme Woebot, Tess ou Wysa sont ainsi été conçus pour offrir une aide psychologique de premier recours. Ces agents peuvent soutenir la pratique de compétences émotionnelles et la psychoéducation, en particulier pour des populations éloignées des soins traditionnels (Fitzpatrick, et *al.*, *ibid.*, p. 5). Inkster, et *al.* (*ibid.*, p. 8) mettent en avant les apports de Wysa pour une écoute empathique immédiate, via l'analyse des données textuelles en temps réel. Fulme, et *al.* (*ibid.*, p. 12) soulignent la capacité des agents comme Tess à adapter leurs réponses aux variations de l'humeur.

Cependant, ces apports techniques ne doivent pas occulter la complexité du travail clinique. Winnicott (1971, p. 67) rappelle que la relation thérapeutique s'ancre dans un « espace potentiel », co-construit à travers le jeu symbolique et la rencontre affective. La subjectivité du patient n'est pas un simple répertoire d'informations à décoder, mais une expérience incarnée, contextuelle, et toujours en devenir. Charaudeau (*ibid.*, p. 24) insiste à ce titre sur la pluralité des registres communicationnels impliqués dans les échanges humains — contextes, gestes, affects — que les IA, malgré leurs progrès, peinent à modéliser.

2.1.2. Cohabitation éthique entre humains et machines

Si les dispositifs d'IA conversationnelle peuvent assister le clinicien dans certaines tâches (dépistage, orientation, *monitoring*), la question demeure : à quelles conditions cette collaboration est-elle éthiquement acceptable ? Floridi (*ibid.*, pp. 60–86) propose une philosophie de la conception responsable qui exige la transparence des algorithmes, la supervision humaine constante, et la préservation de la dignité des patients. De même, OpenAI (*ibid.*, p. 19) reconnaît que les usages affectifs de ChatGPT restent marginaux, et que leur impact sur le bien-être est mitigé, notamment en cas d'usage intensif. Muhlenbach (*ibid.*, p. 11) ajoute que l'implication humaine demeure centrale dans l'acceptabilité des thérapies assistées par IA, les patients craignant une déshumanisation de la relation de soin.

Dans cette perspective, l'éthique clinique ne saurait être réduite à des normes de confidentialité ou de sécurité technique : elle implique une réflexivité sur la place du sujet, du désir, et de l'écoute. L'IA ne peut être un partenaire thérapeutique que si est respectée l'altérité du patient. L'humain reste le garant du sens, de la supervision et de la responsabilité dans l'utilisabilité de l'outil.

2.1.3. Agents conversationnels, outils de complément et non de substitution

Les productions analysées convergent sur un point : l'IA peut soutenir, mais non remplacer, le travail thérapeutique humain. Les outils d'IA sont en effet particulièrement efficaces pour le triage, la collation de données, la prédiction et l'orientation rapide, mais doivent venir en complément des soins en face à face (Mouchabac, *ibid.*, p. 98). Si leurs résultats s'avèrent comparables à ceux des soins humains dans des contextes standardisés, ils demeurent incapables de saisir les dimensions affectives profondes des sujets et sont soumis à des biais algorithmiques d'origine culturelle (Devlin, et *al.*, *ibid.*, p. 21). L'interprétation psychanalytique reste, à ce jour, inaccessible à toute approche non-humaine (Sabah, *ibid.*, p. 39). Ainsi, les agents conversationnels peuvent améliorer la continuité des soins, soulager les cliniciens de certaines tâches, voire élargir l'offre de soutien psychologique. Mais le cadre clinique est intangible ; ils ne peuvent usurper la fonction interprétative, et plutôt que d'affaiblir le lien thérapeutique, devraient le renforcer. L'axe suivant se concentre donc sur les fondements théoriques du processus psychanalytique : transfert, symbolisation et Inconscient.

2.2. Axe « épistémologico-clinique » : enjeux symboliques, subjectifs et inconscients dans la relation homme-machine

2.2.1. Littérature de référence

L'introduction de l'IA dans les pratiques cliniques pose des questions fondamentales sur la nature du sujet, de la relation thérapeutique et de la place de la technique dans le processus de soin. Loin de n'être qu'un outil instrumentalisable, l'IA peut être envisagée, à la lumière des travaux de Simondon (*ibid.*, pp. 9–55) et Stiegler (*ibid.*, pp. 9–88), comme un élément co-constitutif du psychisme. Simondon (*ibid.*) défend l'idée selon laquelle l'individuation humaine procède d'un processus relationnel dans lequel les objets techniques participent activement à la construction du sujet. Dans cette perspective, l'IA ne serait plus une extériorité fonctionnelle. Il s'agirait plutôt d'une médiation possible de l'individuation, susceptible de reconfigurer les modalités de l'expérience et de l'expression subjectives.

Pour Stiegler (*ibid.*), plus radical, l'homme n'existe pas indépendamment de la technique, l'un et l'autre s'engendrant mutuellement. L'IA, en tant que dispositif mnésique, s'inscrit dans cette logique d'une extériorisation du psychisme, comparable à l'écriture ou à l'outil langagier. Elle peut dès lors servir de médiation psychique, favorisant la projection, la mise à distance et

la réélaboration symbolique de contenus latents. Cette co-genèse homme-machine invite à reconsidérer les frontières classiques entre sujet et environnement, et à envisager l'IA comme environnement structurant de la subjectivité.

Cependant, cette potentialité technique n'est pas sans ambivalence. De nombreux travaux critiques insistent sur les risques de dérive liés à la subjectivation numérique. Turkle (*ibid.*, pp. 151–176) montre notamment comment l'usage croissant des technologies relationnelles conduit à une forme de solitude paradoxale : une « connexion sans intimité », où les liens sont simulés mais appauvris. L'IA, en mimant certaines dimensions du lien thérapeutique, risque ainsi de court-circuiter l'altérité constitutive de la relation analytique. De manière complémentaire, les concepts lacaniens de transfert et d'objet *a* peuvent éclairer la manière dont une IA pourrait, à son insu, servir de surface projective ou de point d'accroche du désir. Même si Lacan (*ibid.*, pp. 90–110) n'a jamais traité des technologies numériques, la question de l'Autre, du signifiant et de la place du sujet dans la chaîne langagière demeure centrale. Elle nous invite à réfléchir sur le sens à accorder à la médiation technique en contexte clinique.

À cette critique du lien s'ajoute la question de la cognition incarnée et de la plasticité du psychisme. Les processus cognitifs ne peuvent être dissociés de leurs ancrages émotionnels et somatiques, toute rationalité en étant affectée (Damasio, *ibid.*, pp. 17–89). Pour que soit profondément viable l'idée d'une IA thérapeutique, encore faut-il à la machine pouvoir intégrer cette dimension irréductiblement humaine qu'est l'affectivité. Une motion affective pas seulement simulée, mais réellement modélisée selon les états corporels et émotionnels du sujet humain. Malabou (*ibid.*, pp. 9–48) théorise ainsi la plasticité comme la capacité du cerveau à recevoir et à donner forme. Ce double potentielité — celle d'être influencée tout en influençant — ouvre, selon lui, des perspectives pour une interaction féconde entre l'humain et l'intelligence artificielle, à condition que soient préservées les trajectoires singulières de transformation du sujet.

La psychanalyse pose des bornes à cette éventuelle collaboration. Freud (*ibid.*) définit l'Inconscient comme régi par les processus primaires, ce qui met à distance toute tentative de modélisation computationnelle de la vie psychique. L'Inconscient est l'irreprésentable, le contradictoire, le hors-sens – autant de caractéristiques que l'IA, même avancée, ne peut capter. Si elle peut (par le jeu par exemple) fonctionner comme déclencheur (en suscitant des *lapses*, des résistances ou des répétitions), peut-elle pour autant « interpréter » l'esprit

humain ? Elle semble certes ouvrir un espace transférentiel, où le sujet se confronte à lui-même. Mais bâtir une construction de sens qui fasse émerger le désir et le symptôme semble encore loin de ses prérogatives.

C'est Winnicott (*ibid.*) justement, qui propose, bien avant l'essor de cette technologie, l'idée d'un cadre précieux pour penser les usages thérapeutiques de l'IA : l'espace « potentiel ». Il s'agit d'une zone intermédiaire entre subjectivité et monde extérieur. Celui-ci pourrait être co-construit avec une IA suffisamment malléable pour ne pas s'imposer comme une instance « surplombante ». L'objet transitionnel serait cette IA qui accompagne, sans remplacer, qui soutient mais sans envahir. Et c'est dans cette logique que l'on peut concevoir une « IA clinique » qui ne serait ni un substitut de l'analyste, ni un thérapeute automatique, mais un outil d'appoint dans un cadre éthique strict, pensé par des cliniciens.

A la réflexion, Il ne s'agirait à l'avenir ni de « psychologiser » l'IA (qui demeure une machine), ni de « technologiser » la psychothérapie (antre de la subjectivation à deux). La psychothérapie sert à établir un cadre éthique et clinique indispensable pour comprendre et soutenir l'individuation et le développement du vrai *self*. Non à renforcer l'aliénation à une technostructure. L'IA, à son tour, peut offrir de nouveaux outils pour explorer la plasticité psychique, modéliser des dynamiques inconscientes complexes, et enfin créer des environnements thérapeutiques novateurs.

2.2.2. Cas cliniques ivoiriens

2.2.2.1. Présentation des cinq cas

Madame X, 42 ans, cadre supérieure dans une entreprise privée, consulte pour des cauchemars récurrents dans lesquels elle se trouve piégée dans une maison en ruine aux portes identiques, incapable de choisir une sortie. Ce motif onirique récurrent est associé à un sentiment profond d'impuissance et de désorientation dans sa vie personnelle et professionnelle. En entretien, Madame X présente un discours articulé mais souvent évitant dès que la thématique familiale est évoquée. Sur six séances observées, la patiente a utilisé 13 fois des formules d'évitement lors d'évocations familiales (« Ce n'est pas important », « Je n'y pense plus »). La durée moyenne de silence lors de ces séquences est estimée à 47 secondes. Le ton de voix reste stable, mais le débit de parole ralentit significativement à l'évocation de la figure paternelle. Ces éléments sont notés par le clinicien (dans la grille

d'observation) ; ils permettent de repérer les moments de tension symbolique. Cela confirme l'existence d'un noyau conflictuel latent autour des choix professionnels et familiaux non symbolisés. L'évitement constant du thème familial, corrélé aux cauchemars récurrents, suggère un impensé structurant. L'IA, si elle peut repérer des motifs linguistiques ou des régularités oniriques, ne pourrait accéder à la fonction défensive de ces symptômes, ni travailler l'après-coup transférentiel nécessaire à leur mise en sens.

Mademoiselle Z, 28 ans, étudiante en fin de cursus universitaire, est hospitalisée après un épisode de grande détresse émotionnelle suite à une rupture sentimentale brutale. Initialement mutique, elle reste de longues séances silencieuse, le regard fuyant, ne répondant que par de brèves esquives (« Je ne sais pas », « C'est rien »). L'émergence progressive d'une parole culpabilisante (« Je crois que c'est de ma faute ») ouvre la voie à une exploration plus profonde de conflits familiaux anciens, marqués par des sentiments d'infériorité et de rejet. Au fil des premières séances, le silence de la patiente s'impose comme modalité principale d'expression. Les réponses laconiques, parfois réduites à des murmures ou à des hochements de tête, contrastent avec une gestuelle crispée et un évitement persistant du regard. Ce n'est qu'après plusieurs entretiens qu'un discours culpabilisant commence à émerger, notamment autour de la rupture sentimentale.

Le clinicien consigne l'évolution de la posture, du ton vocal et des premiers mots chargés d'affect. Ce lent glissement vers la parole, bien que fragile, est considéré comme un marqueur clinique significatif d'un mouvement transférentiel naissant. L'ensemble de ces éléments permet d'éclairer une dynamique interne difficilement modélisable par une IA. Nous avons ici un conflit intériorisé autour de la faute et du rejet, réactivé par une rupture amoureuse. Le silence initial témoigne d'un repli narcissique profond, difficile à approcher sans le cadre contenant d'un transfert soutenu. Si une IA peut encourager la verbalisation, l'ouverture progressive du sujet exige un espace sécurisant et humain. L'interface, elle, ne capterait que l'absence de données, et non la portée subjective du silence.

Monsieur T, 34 ans, militaire affecté à un régiment d'infanterie, présente des épisodes d'irritabilité extrême alternant avec des périodes de retrait affectif marqué. Il consulte sur ordre de sa hiérarchie, après plusieurs incidents comportementaux. Au fil des entretiens, émaillés de silences pesants, surgit la douleur d'une perte traumatique — celle d'un camarade tombé au combat, événement non reconnu publiquement et jamais mis en mots. Sa souffrance

se traduit par des accès de rage brusques et un repli défensif sur son identité militaire. L'accompagnement de ce patient révèle une organisation psychique en tension constante entre maîtrise et débordement. Les entretiens sont ponctués de changements brusques de rythme, de hausses de ton, voire de passages à l'acte verbal, notamment lors de l'évocation du traumatisme militaire. Une attitude de fermeture suit immédiatement ces séquences, traduisant un repli défensif massif. Le clinicien note ces alternances, explorant la temporalité des affects, les ruptures narratives et la récurrence de certains signifiants identitaires. Ces observations renforcent l'hypothèse d'un trauma non symbolisé, cristallisé dans un imaginaire militarisé. Une telle complexité émotionnelle aurait échappé à une lecture sémantique strictement automatisée. La parole empêchée autour du traumatisme militaire révèle un conflit non élaboré (homosexualité latente? Sentiment de culpabilité?). L'IA peut relever une tension, mais ne pas offrir la reconnaissance symbolique nécessaire à l'inscription du vécu du sujet.

Monsieur K, 55 ans, fonctionnaire à la retraite, consulte dans un cabinet privé de psychologie sur insistance de son épouse, en raison d'une apathie grandissante et d'un désintérêt pour ses activités habituelles. Il décrit une routine quotidienne monotone, rythmée par des siestes fréquentes et des heures passées devant la télévision, sans réel engagement. Les entretiens sont marqués par une tonalité neutre, une absence d'affects exprimés et une difficulté à nommer ses émotions. Interrogé, il répond invariablement : « Je ne sais pas, c'est comme ça. » L'interprétation du silence et du « rien à dire » est en soi un défi. On note comment l'absence d'expression émotionnelle peut être une forme de communication en soi, difficilement déchiffrable a-priori par des algorithmes axés sur du contenu verbal manifeste. La répétition de phrases creuses et l'absence d'élaboration spontanée conduisent le clinicien à relever une atonie psychique marquée. À l'exploration de sa tonalité affective, de son rythme conversationnel et des capacités associatives, plusieurs constantes sont mises en évidence : longs silences non productifs, absence de variation prosodique, refus implicite d'investir le lien thérapeutique. Ces éléments traduisent un désinvestissement de la parole comme outil de transformation, et confirment la nécessité d'une présence humaine pour accompagner ce type de retrait. Ici, l'apathie n'est pas qu'un symptôme dépressif mais un mode de défense contre un vide existentiel difficilement nommé. La retraite est vécue comme une mort sociale. L'anesthésie affective confronte le clinicien à une sorte de négation de l'être difficilement perceptible par une machine. Là où elle chercherait du contenu manifeste, la clinique s'oriente au contraire vers l'écoute du rien, du creux, du non-encore-dit.

Madame S, 31 ans, artiste peintre, consulte dans le service de psychiatrie d'une clinique privée où officie un infirmier major issu du service public. Elle y va pour des phobies sociales paralysantes qui l'empêchent de participer à des vernissages ou de rencontrer des professionnels. Elle décrit des crises d'angoisse intenses, avec palpitations, tremblements et sentiment de déréalisation, dès qu'elle doit se confronter au regard d'autrui. Paradoxalement, ses toiles sont souvent exposées. Elle se perd dans des récits détaillés de situations sociales évitées. L'exploration de ces phobies révèle une peur du jugement qui contredit l'audace artistique. Ce cas met en évidence le décalage entre les registres de l'expression — symbolique dans l'œuvre, verbale dans le discours — et la limite actuelle de l'IA à pénétrer les logiques inconscientes, là où le symptôme apparent dissimule des tensions internes plus enfouies, appelant une herméneutique fine. La patiente se caractérise par une grande richesse expressive lorsqu'elle évoque ses œuvres, mais son discours devient soudainement instable dès qu'il s'agit d'évoquer des interactions sociales réelles. Cette rupture s'accompagne de signes somatiques discrets mais constants: accélération du débit, tremblements légers, crispations du front et des mains, bégaiements. Le clinicien repère, séance après séance, une discordance entre l'assurance projetée dans le discours artistique et l'insécurité manifeste dans les récits de mise en présence. Notre grille, sensible aux décalages entre registres verbaux, corporels et émotionnels, permet de mieux cerner cette ambivalence. Il en ressort un conflit profond entre désir de reconnaissance et crainte du regard de l'autre, que seule une interprétation personnalisée peut révéler. Mieux, cette dissension entre l'expression symbolique par la toile et l'inhibition sociale du corps dessine la trame d'une dimension phobique complexe. Si l'IA peut détecter des corrélations entre thèmes et affects, elle ne saurait traduire l'ambivalence imaginaire et symbolique qui structure ici l'identité.

2.2.2.2. Le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire

Ces cinq cas nous confrontent à des manifestations diverses du Réel lacanien : le trauma indicible de Monsieur T, le silence et la détresse brute de Mademoiselle Z, les cauchemars récurrents de Madame X qui butent sur une réalité familiale tue, l'apathie énigmatique de Monsieur K, et les phobies paralysantes de Madame S qui voilent une exposition de soi. Le Réel, ici, c'est ce qui ne peut être symbolisé, ce qui résiste à la mise en mots et à la prise de sens (Lacan, *ibid.*). Comment l'IA, par l'analyse de vastes *corpus* de données linguistiques et comportementales, pourrait-elle, non pas comprendre celui-ci, mais en repérer les failles, les

répétitions, la présence ? L'IA pourrait-elle, par exemple, dans le discours de Madame X, identifier des schémas d'évitement ou des marqueurs linguistiques récurrents associés au refoulement familial, pointant vers une zone de non-dit, voire un secret de famille ?

Si on admet que le Symbolique est la trame de nos vies, et le langage, sa loi, c'est parce que la psychanalyse opère en offrant un espace où le patient peut (re)construire son histoire et donner sens à ses symptômes par le verbe (Lacan, *ibid*). Mademoiselle Z, initialement mutique, trouve progressivement les mots de la culpabilité, ouvrant la voie à l'exploration des conflits familiaux. Monsieur T, lui, se débat avec un événement non reconnu publiquement, dont la symbolisation est entravée. L'IA, par ses capacités d'analyse sémantique et de reconnaissance de motifs linguistiques, pourrait-elle assister le thérapeute dans l'interprétation des impasses symboliques, des *lapses* et des déplacements peuplant le discours du patient ? Comment appréhenderait elle l'analyse des actes manqués et des rêves ? Certes, elle pourrait, par exemple, cartographier les réseaux associatifs liés aux mots employés par Madame S, ou identifier les corrélations entre des thèmes spécifiques et des manifestations d'angoisse dans le discours de Monsieur K, mais ce sera, en vérité, au thérapeute d'aller au-delà. Il lui faudra mobiliser la machine comme un outil d'appui, susceptible d'affiner son écoute et de préciser les modalités de son intervention.

L'Imaginaire, enfin, est le domaine des identifications, de l'image de soi, des fantasmes (Lacan, *ibid.*). Madame X est prise au piège de son image d'impuissance ; Monsieur T se réfugie dans son identité militaire ; Madame S est confrontée à la peur du jugement d'autrui sur son art. L'IA pourrait-elle, par l'analyse des récits, des expressions faciales (*via* des interfaces adaptées et éthiquement encadrées) contribuer à objectiver certains aspects de ces constructions imaginaires ? En vérité, elle ne les « interpréterait » pas, mais pourrait mettre en évidence des récurrences, des incohérences ou des points de fixation qui échappent à l'oreille humaine dans la complexité d'une séance.

La collaboration IA-Humain, telle qu'envisagée ici, pose donc au fond, la question du cadre et du contenant. On ne saurait en effet abolir la fonction du cadre thérapeutique ni la capacité du thérapeute à contenir les affects du patient. Winnicott (*ibid.* pp. 69-70) parle à ce propos de *holding*. Les symptômes décrits sont autant d'appels à une présence humaine, à un espace de sécurité où le non-dit peut advenir sans jugement. L'IA, par sa nature même, ne peut offrir cette présence empathique. Cependant, elle pourrait, en amont de la séance ou en complément,

aider à la préparation du cadre en identifiant les risques de rupture, les moments de tension potentiels basés sur des schémas antérieurs, ou même en proposant des ressources informationnelles (par exemple, sur le soutien aux militaires) qui pourraient enrichir la compréhension du thérapeute. Elle pourrait également, dans un rôle d'assistant, aider à la synthèse des séances, repérant les thèmes récurrents, les moments de bascule, ou les affects prédominants.

La relation transférentielle, pierre angulaire de la psychanalyse, où le patient projette sur le thérapeute des figures de son passé (Freud, *ibid.*, pp. 107 et s.), et le contre-transfert, réaction du thérapeute à ces projections, constituent également des dynamiques intrinsèquement humaines. La capacité à accueillir la violence du trauma, de la douleur ou de l'angoisse est le cœur de la pratique. L'IA, dépourvue d'Inconscient, ne peut à l'évidence ni ressentir, ni projeter, ni s'identifier dans un sens transférentiel ou contre-transférentiel.

C'est là que réside sa limite structurelle : elle n'est pas intuitive. Or, que dit-il Freud ? Que l'interprétation, pour devenir « vérité », commence par l'intuition et finit par l'expérience et la généralisation (Freud, 1930, 1940, pp. 97-109). Ce processus souligne à la fois la dimension subjective de l'interprétation (elle commence par un pressentiment) et son nécessaire ancrage dans une validation empirique (elle doit produire un effet observable et reproductible). C'est un équilibre entre intuition et méthode, entre singularité du cas et élaboration théorique. On pourrait donc imaginer une IA qui affinerait les interprétations humaines en fonction des retours cliniques. Là est tout l'enjeu. Ce serait une approche « augmentée », mais non pas autonome. L'IA ne peut être le sujet supposé savoir, ni l'Autre lacanien (cf. Lacan, 1991b, pp. 11 et s.). Sa contribution ne peut être que celle d'un outil d'aide à la supervision, à la recherche de mots-clés, à la synthèse d'informations complexes, voire à la détection précoce de signaux d'alerte que peut manquer la perception humaine. L'IA sait ainsi analyser les variations prosodiques ou le débit de parole, croiser des données avec un contenu sémantique, et signaler au thérapeute des moments de tension ou d'évitement qui mériteraient une attention particulière.

Il nous apparaît en définitive que la collaboration entre IA et psychanalyse ne signifie pas une psychanalyse par l'IA, mais une psychanalyse « assistée » par l'IA. L'IA peut être un puissant « miroir déformant » (dans le sens où elle objective et révèle des aspects inaperçus) de certains mécanismes psychiques, un « cartographe des discours », du Réel, du Symbolique et

de l'Imaginaire. Mais le véritable travail de dénouement, de symbolisation, d'intégration des affects, de construction de sens, de la rencontre humaine qui guérit, reste, sans aucun doute, l'apanage de l'humain, là où le corps, la voix, le regard et l'Inconscient du thérapeute résonnent avec ceux du patient.

Le tableau suivant propose une lecture transversale des cinq cas cliniques analysés à partir des trois registres du modèle RSI élaboré par Lacan. Il permet de situer, pour chaque patient, les manifestations cliniques dominantes relevant du Réel (trauma, rupture de sens), du Symbolique (structure du langage, interdits, nomination) et de l'Imaginaire (identifications, image du corps, fantasmes). Cette grille interprétative vise à illustrer la profondeur subjective des cas, au-delà des éléments observables par une IA.

Tableau 1 : Articulation des cas cliniques aux registres du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire

Cas clinique	Réel	Symbolique	Imaginaire
Mme X	Blocage onirique récurrent, angoisse floue	Absence de nommée familiale, impasse de choix	Image d'impuissance face aux portes identiques
Mlle Z	Mutisme, douleur brute	Faute non symbolisée, conflits familiaux enfouis	Sentiment d'infériorité, regard sur soi négatif
M. T	Trauma de guerre indicible	Non-reconnaissance institutionnelle de la perte	Réfuge dans l'identité militaire
M. K	Vide affectif, absence de désir	Langage figé, quotidien désymbolisé	Retrait, image floue de soi
Mme S	Angoisse paralysante, déréalisation	Phobie sociale empêchant la parole	Dédoublage entre l'artiste et la femme sociale

Source : Données cliniques issues des observations. Interprétées à partir du schéma RSI (Lacan, 1991a)

3. Discussion

Ancrée dans l'expérience clinique ivoirienne, cette recherche s'attache à examiner, de manière rigoureuse, les apports et les limites d'une collaboration entre intelligence artificielle et psychothérapie d'orientation psychanalytique. L'étude des dispositifs technologiques comme Woebot, Wysa, Tess ou Ellie met en évidence leur efficacité dans certaines fonctions telles que le dépistage, le suivi émotionnel, la psychoéducation ou encore l'orientation des patients (Fitzpatrick, et *al.*, *ibid.* ; Inkster, et *al.*, *ibid.* ; Fulmer, et *al.*, *ibid.*). Ils facilitent l'objectivation de données manifestes et l'amélioration de l'accessibilité aux soins, tout en repérant certains signaux faibles (Mouchabac, *ibid.*, p. 95). Mais ces outils, malgré leur utilité, restent insuffisants pour appréhender des dimensions centrales de la cure analytique telles que le transfert, l'Inconscient ou les processus de symbolisation (Sabah, *ibid.* ; Lacan, *ibid.*).

La première partie de notre hypothèse est confirmée par l'axe technoclinique. Comme le souligne Mouchabac (*ibid.*, p. 95), l'IA constitue sans doute l'un des apports technologiques majeurs dans l'évolution récente de la médecine. En sus, les cinq vignettes cliniques analysées permettent aussi de valider la seconde partie de cette hypothèse : ni le Réel, ni le Symbolique, ni l'Imaginaire (Lacan, *ibid.*) ne peuvent être réduits à des calculs. La plasticité psychique (Malabou, *ibid.*) et la cognition incarnée (Damasio, *ibid.*) résistent elles aussi à toute tentative de modélisation algorithmique. Chez certains patients, comme Madame X ou Monsieur K, une forme d'usage transitionnel de l'IA aurait pu jouer un rôle ponctuel. Néanmoins, ces effets seraient restés de surface. À l'inverse, les cas de Mademoiselle Z et de Monsieur T illustrent clairement les impasses cliniques, en particulier quant à la contenance psychique inconsciente et à la qualité irréductible du lien transférentiel (Turkle, *ibid.* ; Wajcman, *ibid.*).

L'approche théorique mobilisée, notamment à travers les travaux de Simondon (*ibid.*) et Stiegler (*ibid.*), suggère que l'IA pourrait, dans un cadre rigoureusement encadré, servir d'appui ponctuel à l'élaboration psychique. Elle peut ainsi aider à repérer certaines structures répétitives ou à cartographier des impasses langagières. Mais elle ne sait, en aucun cas, se substituer à la fonction de l'Autre dans la cure (Lacan, *ibid.*), ni tenir la place du cadre contenant pensé par Winnicott (*ibid.*). Elle demeure, au mieux, un outil d'appoint, incapable de produire une interprétation susceptible de remettre en jeu le désir.

Il convient toutefois de souligner plusieurs limites à ce travail. La présente réflexion, de par son approche qualitative et son nombre limité de cas cliniques, ne vise pas une généralisation statistique. Sa principale limite est surtout l'absence d'expérimentation concrète de l'IA en situation clinique supervisée. Elle repose en effet sur une analyse théorique et des observations cliniques rétrospectives.

Malgré ces réserves, les résultats obtenus confirment que si l'IA renforce certains aspects techniques de la pratique clinique, elle demeure fondamentalement inapte à reproduire les processus subjectifs, inconscients et symboliques qui fondent l'essence de la cure psychanalytique. Elle ne peut être envisagée que comme un outil au service du clinicien, non comme son substitut.

Plusieurs pistes de recherche s'ouvrent dès lors : expérimentations cliniques supervisées intégrant des dispositifs IA, études longitudinales sur leurs effets subjectifs, création d'outils destinés à accompagner la supervision psychanalytique (repérage de chaînes signifiantes, répétitions discursives), ainsi que des études interculturelles, notamment en contexte africain, visant à penser une intégration éthique et contextualisée de ces technologies dans le champ du soin psychique.

Enfin, trois scénarios prospectifs peuvent être envisagés pour penser l'avenir de la collaboration entre l'humain et l'IA en psychothérapie.

(1) Le cabinet hybride : Ce scénario envisage l'intégration de l'IA comme un support technique discret et non intrusif au sein de l'espace thérapeutique. L'IA y serait déployée pour des tâches de traitement et d'analyse de données langagières ou pour le repérage de tendances discursives émergentes sur le long terme, offrant ainsi une aide à la contextualisation de l'écoute clinique. Crucialement, dans ce modèle, l'IA opère en arrière-plan, ses fonctionnalités étant rigoureusement circonscrites de manière à ne jamais interférer directement avec la dynamique transférentielle. Cela, afin de préserver la nature intersubjective et inconsciente de la relation thérapeutique.

(2) Le clinicien augmenté : Dans cette perspective, l'IA se positionne comme une extension cognitive pour le praticien, enrichissant sa réflexion sans jamais se substituer à son jugement. L'IA pourrait ainsi proposer des analyses secondaires complexes, telles que l'identification de corrélations entre des thèmes spécifiques et des manifestations symptomatiques, ou la mise en

évidence de comportements subtils. Ces informations supplémentaires seraient présentées au clinicien humain comme des éléments d'hypothèse à vérifier, dont l'interprétation et l'élaboration du sens latent resteraient de sa responsabilité exclusive. Il demeure en effet l'unique garant de la dimension éthique et subjective de l'intervention.

(3) Le chatbot lacanien (scénario critique) : Ce scénario, de nature plus spéculative et heuristique, explore les limites ultimes de la simulation par l'IA. Il postule le développement d'un dispositif d'IA qui tenterait de simuler une interaction clinique en mobilisant des techniques inspirées de l'association libre ou du jeu sur les signifiants. Il chercherait à mimer certains aspects de la parole lacanienne. Cependant, l'intérêt principal de ce modèle réside dans sa fonction de révélateur par l'absurde des impossibilités structurelles de l'IA à reproduire l'expérience subjective humaine. Ce « chatbot » soulignerait, par son incapacité intrinsèque, la faille inconsciente irréductible, l'affectivité incarnée et l'authenticité de la dynamique transférentielle qui définissent la clinique humaine. En outre, un tel scénario comporterait des risques cliniques majeurs, notamment la frustration du patient face à une machine insensible, la projection illusoire d'une compréhension qui n'existe pas, et l'absence radicale de la « tiercéité humaine » indispensable à l'élaboration psychique et à la fonction séparatrice de l'Autre, telle que conceptualisée en psychanalyse.



Conclusion

Cette réflexion théorique montre que, si l'intelligence artificielle peut soutenir certaines dimensions techniques du travail clinique, elle ne saurait se substituer à l'interprétation psychanalytique fondée sur la subjectivité, le transfert et l'écoute de l'Inconscient. La densité théorique mobilisée dans cette recherche ne vise pas à substituer l'abstraction au terrain, mais à approfondir la compréhension de mécanismes cliniques observés *in situ*. À travers l'analyse herméneutique de cas cliniques ivoiriens, il apparaît que la machine reste aveugle aux processus latents et aux enjeux culturels implicites. Toute collaboration entre IA et clinicien ne peut être envisagée que sous réserve du maintien strict de l'éthique du soin, du respect de l'altérité subjective et de la reconnaissance de l'irréductible complexité du lien humain. Les scénarios prospectifs évoqués invitent à penser des usages prudents de l'IA en clinique, toujours au service, et jamais au détriment, de la subjectivité du patient. Supervision humaine, prise en compte du contexte culturel, et formation des cliniciens aux enjeux numériques sont essentiels. En Afrique, ces impératifs doivent prévenir toute standardisation déshumanisante des soins. Poursuivre la réflexion critique sur ces enjeux s'impose comme une nécessité pour accompagner l'évolution des pratiques cliniques à l'ère des technologies numériques.

Bibliographie

- Charaudeau, F. (2006). *La maîtrise de la parole*. Paris : Seuil.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York : Putnam.
- DeVault, D., et al. (2014). SimSensei Kiosk: A virtual human interviewer for healthcare decision support. *Proceedings of the 2014 International Conference on Autonomous Agents and Multiagent Systems*, 1061–1068.
- Dennett, D. (1991). *Consciousness Explained*. Boston : Little, Brown.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4th ed., pp. 3–6). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Devlin, J., Chang, M.-W., Lee, K., & Toutanova, K. (2019). BERT: *Pre-training of deep bidirectional transformers for language understanding*. *arXiv preprint arXiv:1810.04805*. <https://arxiv.org/abs/1810.04805>
- Duchesne, S. (2010). L'entretien individuel. In D. Desjeux (Ed.), *Méthodes qualitatives. Enquête et mode de vie* (pp. 57–84). Paris : Armand Colin.
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy using a fully automated conversational agent. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Floridi, L. (2014). *The Fourth Revolution: How the Infosphere is Reshaping Human Reality*. Oxford : Oxford University Press.
- Freud, S. (1930, 1940). *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1940). Abrégé de psychanalyse. In *Œuvres complètes XX : 1937–1939* (pp. 225–305). Paris : PUF.
- Freud, S. (1998). *Sur la dynamique du transfert*. In *Œuvres complètes XI : 1911–1913* (pp. 107–116). Paris : Presses Universitaires de France.
- Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., & Rauws, M. (2018). Using psychological artificial intelligence (Tess) to relieve symptoms of depression and anxiety. *JMIR Mental Health*, 5(4), e64. <https://doi.org/10.2196/mental.9782>
- Gbagbo, M. K. & Kouyo, Z. J. (2025). Défaillances systémiques et vulnérabilités criminologiques : comprendre l'échec de la prise en charge psychiatrique à Bingerville. *Revue Francophone*, 3(1), 1-20, <https://doi.org/10.5281/zenodo.14791318>

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967, 2006). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, New Brunswick: Aldine Transaction
- Inkster, B., Sarda, S., & Subramanian, V. (2018). An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent (Wysa) for digital mental well-being: Real-world data evaluation. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(11), e12106. <https://doi.org/10.2196/12106>
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1991a). *Le séminaire, Livre III : Les psychoses (1955–1956)*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1991b). *Le Séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse*. Paris : Seuil.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry* (pp. 39–42). Beverly Hills, CA : Sage.
- Malabou, C. (2004). *Les nouveaux blessés : De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*. Paris : Bayard.
- Mouchabac, S. (2023). Intelligence artificielle en psychiatrie : perspectives et applications. *La Lettre du Pharmacologue*, 37(4). <https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-psychiatre/vol-xix-n-3/intelligence-artificielle-enpsychiatrie-perspectives-etapplications>
- Muhlenbach, F. (2020). Enjeux éthiques de l'intelligence artificielle en santé. *arXiv preprint arXiv:2010.15590*. <https://arxiv.org/abs/2010.15590>
- OpenAI. (2023). GPT-4 technical report. *arXiv preprint arXiv:2303.08774*. <https://arxiv.org/abs/2303.08774>
- Sabah, G. (2018). Intelligence artificielle et santé mentale. In S. Tisseron (Ed.), *Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques* (pp. 29–41). Toulouse : Érès.
- Simondon, G. (1958). *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.
- Stiegler, B. (1994). *La technique et le temps. Tome I : La faute d'Épiméthée*. Paris : Galilée.
- Turkle, S. (2011). *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York : Basic Books.
- Wajcman, G. (2010). *L'œil absolu*. Paris : Denoël.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- X2AI. (2017). *Tess: Mental health support through AI-driven conversations*. X2AI. <https://x2ai.com/>