

Qui a cure de la difficulté psychique ?

Points d'appui pour un débat

Pour situer le texte: Le texte reproduit, avec quelques modifications mineures et de pure forme, un article paru dans le cadre d'un dossier sur "Souffrance psychique et intégration sociale" publié dans la revue Économie et Humanisme (N° 339, décembre 1996). Le sous-titre définit bien son genre: bref et synthétique, il condense un grand nombre des thèmes épars dans les autres textes disponibles ou référencés sur ce site. Entre autres de la théorie de la mésinscription, non encore nommée ainsi.

Mots-clés: difficulté psychique, souffrance psychique, obsolescence structurelle du système de désignation, inquiétante étrangeté, effroi, insertion, intégration, histoire des pratiques, folie, médicalisation des pratiques, cultures de la discontinuité et cultures de la continuité, "maladie du tout", contradictions de la psychiatrie, bien-être psychique comme champ de consommation, position identitaire, figures contemporaines de l'horreur (la folie, la mort, la décrépitude, l'inceste, la secte)

N.B. : 1. Les mots-clés soulignés renvoient à des concepts propres à l'auteur
2. Les notes de bas de page sont les notes d'origine, les commentaires en marge sont en quelque sorte l'apparat critique de la présente mise à jour.

Cette exorde rebondissait sur le titre primitif du dossier, qui a été changé après que le manuscrit fût rendu. La "souffrance psychique" y a été substituée à la "difficulté" et "l'intégration" à "l'insertion". Sur ce deuxième point, il eût donc fallu intervertir les deux mots dans la phrase, mais ce n'aurait évidemment rien changé au sens.

Eh bien soit. Va pour les « personnes en difficulté psychique ». Va aussi pour l'insertion : on ne va pas faire la fine bouche, elle vaut bien l'intégration, l'adaptation, la réhabilitation, la sauvegarde, le sauvetage, la protection, le relèvement, le redressement... Mais il ne faudrait pas croire que parce qu'un vocable à la mode est venu en remplacer un autre (qui lui-même jadis... et ainsi presque à l'infini), on a fini avec cet indépasseable destin : de toutes façons, toute appellation sera euphémisme.

Si l'on commence par prendre au sérieux ce fait linguistique inébranlable, on voit vite qu'il dénote la vraie nature des pratiques sociales que ces dénominations recouvrent, elles aussi soumises au malheureux destin de ne pouvoir se représenter elles-mêmes que masquées.

Protéger de l'effroi

Nul ne s'y trompe. Ces « personnes en difficulté », de quelque nom qu'elles aient été nommées au fil de l'histoire ou au gré des cultures, appartiennent à la changeante et éternelle légion de ceux que leur façon d'être désigne à une stigmatisation sociale. Ce qui les relie entre eux dans l'ordre du sens n'est pas ce qu'ils sont – ils sont au vrai d'une inconcevable variété – mais l'émotion angoissée qu'ils suscitent, sur une échelle qui va de la moquerie à l'horreur, en passant par le trouble et la terreur.

Le travail psychanalytique permet d'y reconnaître « l'inquiétante étrangeté », celle dont l'irruption dans le champ de la perception suscite « l'effroi ». Souvent désignés de métaphores spatiales – exclus, marge, frange – c'est en effet à une frontière qu'ils renvoient sans ménagement. Frontière psychique entre le représentable et le refoulé, frontière anthropologique entre la familiarité de ce qu'une culture a inscrit dans l'ordre culturel et ce qu'elle a expulsé dans les ténèbres extérieures de la sauvagerie. Frontière que leur seule existence menace imaginairement d'une intolérable fragilité.

Intime à chacun, cet effroi se relaie en de puissants effets sociaux. On ne connaît pas de société qui ne consacre sous une forme ou une autre une énergie collective considérable, et une part importante de ses codes et de ses rites, à la restauration permanente de l'ordre symbolique qui la constitue, face à des réalités qui s'imposent au regard de tous alors que, aux termes de cet ordre, elles ne devraient même pas pouvoir être représentées.

Le paradoxe décisif est que cet exorcisme s'inscrit nécessairement dans la culture, et qu'il doit donc y inscrire ce qui par définition ne peut l'être. Il ne peut donc procéder¹ que par une désignation métaphorique, qui marquera dans le champ du représentable la trace de l'irreprésentable. Les signifiants majeurs balisant ainsi le « *limes* » symbolique sont connus : le sacré, l'étranger, la barbarie, la folie, la sexualité, le crime, l'immoralité, et plus récemment le handicap, la déviance, la marginalité...

Ce système de désignation est corrélé à un système de traitement social des individus ou des groupes porteurs d'un stigmatte troublant : puisque ce sont des humains de chair et d'os qui font ainsi office de « barbarisme » dans la langue commune, ce sont des pratiques bien réelles qui feront office de restauration « linguistique ». Et puisque ces pratiques ne peuvent se référer à ce qui les fonde véritablement, elles s'affilieront à une pratique sociale voisine, à une pratique « normale » dans le contexte social du moment : la religion, la justice, l'administration, la pédagogie, la médecine, ou plus récemment la solidarité sociale. On observe même qu'elles choisissent chaque fois le champ de pratique nodal lié aux signifiants organisateurs essentiels du lieu et du moment, si bien que chaque

1 Comme le symptôme névrotique.

société, chaque époque, se révèle de façon privilégiée dans la façon dont elle nomme et traite ses «objets impensables».

Le Moyen-Âge les exilait au nom de Dieu, les Temps Modernes les enfermaient au nom de la morale rationnelle : le XX^e siècle a entrepris de les réinscrire dans le tissu social, sous la caution et le contrôle des catégories de la santé. Les maîtres mots de « l'insertion » et de « l'intégration » traduisent parfaitement cette mutation. Mais il serait évidemment impossible, contradictoire par essence, de laisser les porteurs de l'inquiétante étrangeté errer partout sans qu'aucune opération symbolique efficace ne soit venue résorber en-deçà des limites du tolérable le trouble qu'ils induisent. Cette opération symbolique est le marquage par la « prise en charge », c'est-à-dire l'association publiquement connue, à chaque sujet inquiétant, d'au moins un, et souvent d'une nuée de professionnels, dont la pratique soit se réfère directement aux catégories de la médecine (ou de son enfant rebelle la psychologie), soit s'y adosse comme à un ultime recours en cas de rémanence d'un trouble intolérable. L'effet social de ces prises en charge est moins la modification effective du symptôme troublant, que l'apaisement produit sur l'entourage proche ou lointain par la garantie magique d'un supposé savoir tout-puissant.

Garantie médicale et levée des frontières

La mutation s'est amorcée dès le XIX^e siècle par la forme intermédiaire d'un enfermement médical, quand le « fou criminel » fut confisqué à la justice par les médecins aliénistes, bien avant que celle-ci ait eu à sa disposition des protocoles thérapeutiques capables de réduire effectivement les comportements inquiétants qu'elle rebaptisait « symptômes »²

Il n'est pas indifférent qu'avant d'englober progressivement presque toutes les figures contemporaines de l'étrangeté, la médecine se soit d'abord emparée de la folie, et cela juste dans le même temps (la première moitié du XIX^e siècle) où elle basculait épistémologiquement dans la modernité. Le concept de maladie implique dysfonctionnement d'une partie de l'organisme (conçu comme totalité homéostatique) : maladie d'un organe, ou d'une fonction, etc. La seule maladie du tout est le point limite où la médecine rend les armes et avoue son échec : c'est la mort. Mais cette représentation de la mort biologique, comme incapacité de l'organisme à maintenir son unité, fournit une métaphore exceptionnelle à l'une des figures les plus archaïques de la mort, celle du fantasme de morcellement, autrement dit l'incapacité du sujet à se conserver en tant qu'unité du chaos pulsionnel. Or la terreur de la folie n'est rien d'autre que cette figure-là de la mort. Confier la folie à la médecine, c'est en somme ériger celle-ci en puissance magique capable de vaincre la figure imaginaire la plus accomplie de la mort, et c'est bien en effet la prendre par son point faible, dans les deux sens de l'expression, lui conférer une puissance hallucinatoire au lieu exact de sa limite.

2 Il est piquant de constater la réitération de cette histoire, naguère avec les toxicomanes, aujourd'hui avec les « délinquants sexuels » : non plus pour les enfermer mais pour les relâcher « dans la nature » avec une « obligation de soins » parfaitement mythique, puisqu'il est notoire que, sauf exception, la capacité de les « soigner » relève de la méthode Coué.

Le compromis temporaire de l'asile d'aliénés, comme lieu d'enfermement sous les auspices de la médecine, a rempli le même office de transition que les nefes de fous au XVI^e siècle ou les galères au XVII^e, ces lieux « d'enfermement à l'extérieur ». Il gardait la folie confinée derrière des murs, qui symbolisaient une discontinuité radicale entre le « normal » et le « pathologique », alors que toute la pensée biologique conduit la pensée du pathologique vers la représentation d'accidents localisés ou de variations excessives dans les processus physiologiques, et par conséquent à une continuité.

Mais précisément, la substitution, à une culture de la discontinuité, d'une culture de la continuité est l'un des traits principaux des pratiques sociales modernistes : en trente ans les murs de l'orphelinat, de l'école, de l'asile, de la prison ont été sapés ; les frontières naguère intangibles entre masculin et féminin, humain et animal, vie et mort, corps et esprit, enfants et adultes ont été annulées ; et toutes les figures de l'entre deux ont été simultanément explorées et magnifiées. Ainsi la psychiatrie, héritière de la médecine aliéniste, s'est-elle progressivement écartelée entre sa fonction de gardienne d'une frontière infranchissable avec l'horreur de la folie, qui la liait aux modèles discontinuistes de l'âge classique, et la fonction de discours d'appui principal que les modèles continuistes contemporains confèrent à la médecine, en élargissant progressivement la science de la maladie en science du malaise.

Cette contradiction s'est sédimentée dans deux systèmes antagonistes : le système secteur psychiatrique³ (avec l'ensemble des structures extra-hospitalières) / services psychiatriques intra-hospitaliers ; et le système psychologie / neuropsychiatrie ; antagonismes qui ne sont pas opposition de deux « camps » fortement structurés, mais polarités dynamiques induisant sur le terrain toutes les configurations imaginables.

La notion administrative de "secteur", fleuron et fer de lance de la transformation de la psychiatrie dans les années 60-70, est aujourd'hui caduque; mais pas la réalité du système antagoniste "extra/intra"-hospitalier.

Il est de toute façon une frontière qui tend à disparaître, c'est la frontière temporelle. Jadis l'internement à vie était la règle et la sortie l'exception. Si cette frontière subsiste, elle s'est déplacée à l'intérieur de l'asile³, entre les services ordinaires et certains services spécialisés dans la chronicité. Contrairement à ce que le grand public croit encore souvent, on sort de l'hôpital psychiatrique⁴. On en sort et on y revient, à intervalles plus ou moins réguliers, souvent en « tournant » d'un établissement à l'autre. Même l'univers psychiatrique s'est réapproprié ce droit dans lequel tous les autres se confortaient en le lui refusant : celui d'avoir peur de la folie ordinaire, d'en être exaspéré, de l'expulser lorsque son seuil de tolérance est atteint.

Tous malades ?

Ainsi, dans l'espace social, la question de la folie s'est-elle en quelque sorte délayée. Mais en sortant de son confinement, elle s'est mise à tout infiltrer. La présomption « d'atteinte psychique » fait

³ Alias hôpital psychiatrique, alias centre psychothérapique, alias centre hospitalier spécialisé. On attend le prochain euphémisme...

⁴ La psychiatrie d'hôpital a pris goût à ne plus être ce bout du monde au-delà duquel il n'y avait plus rien, quand le « prière d'admettre » était un peu comme la messe des morts que l'on chantait sur les lépreux avant de les exiler hors les murs.

toujours surgir, éruptivement ou sournoisement, la crainte de cette « maladie du tout » où le sujet pourrait s'abîmer. Vous me dites, docteur, que « c'est dans la tête » ; cela veut-il dire que je suis fou ? Même le fragile rempart symbolique qu'offraient « les nerfs », ce merveilleux organe mythique qui était supposé être en moi sans être moi, est en voie d'obsolescence rapide. A bas bruit circule l'inquiétude que tout bien-portant soit un fou qui s'ignore.

En contrepartie, une autre fonction, connexe aux fonctions les plus anciennes de la médecine (apaiser la douleur et retarder la mort) s'est développée au point de devenir parfois la fonction dominante : celle de dispenser d'obligations sociales définies. Le signataire de certificats médicaux est devenu presque aussi important que le signataire d'ordonnances. Inversement, le choix psychique, pour un sujet, de se déclarer malade (ou de se laisser déclarer malade), et *a fortiori* malade psychiatrique, s'enracine de plus en plus dans le choix inconscient d'une position régressive, d'un retour ou d'une fixation au statut de mineur sous protection. On se « met en maladie »⁵.

Or, simultanément, l'entre-deux s'est comblé de plusieurs autres manières. D'abord l'extension inouïe du domaine des besoins économiquement solvables a spectaculairement développé, entre autres nouveaux champs de consommation, celui du bien-être psychique. Les malaises honteux ont été légitimés à trouver des « mots pour se dire »⁶, pour se revendiquer même. D'abord produit de luxe, pour la clientèle aisée d'une « médecine de ville » qui s'est développée concurremment à la « médecine d'asile », cette consommation a donné naissance à des discours d'appui fort différents des discours sur la folie, dont le plus notable est la psychanalyse : le symptôme y est pris comme souffrance et non comme désordre parce que le vrai demandeur y est le sujet concerné et non le corps social se défendant de lui.

Aussi longtemps qu'elles étaient confinées dans l'aire restreinte d'une médecine de classe, ces pratiques d'apaisement de la souffrance psychique ménageaient encore des frontières étanches avec l'univers de la folie d'asile ; elle ne l'ont plus pu en devenant un fait de masse, en corrélation avec trois phénomènes majeurs : la socialisation de la consommation médicale par la généralisation de la couverture sociale ; la technologie nouvelle des médicaments psychotropes avec son double effet de réduction des symptômes inquiétants de la folie (sur la rive de l'asile) et d'apaisement de la souffrance psychique (sur la rive de la médecine de ville) ; mais surtout la mutation culturelle des sociétés industrielles, centrée sur les années 1970 : une mutation que les historiens futurs retiendront sans doute comme aussi profonde que le fut jadis la Renaissance, et dont le passage à une « culture du continu » est précisément l'un, mais l'un seulement des aspects.

5 Et les habitués de l'univers psychiatrique savent bien que la demande d'une Allocation d'Adulte Handicapé, théoriquement temporaire pourtant, signe le consentement à une installation définitive dans la régression.

6 Pour reprendre le titre du roman psychanalytique bien connu de Marie Cardinal.

Fragilités identitaires

Une autre manifestation encore de cette « culture du continu » est un basculement très progressif de la « structure psychique de base » de nos sociétés. Très schématiquement, on peut dire que les sociétés artisanale-bourgeoise puis proto-industrielle, s'organisent autour de la position névrotique, autrement dit du couple antagoniste obsessionnalité-hystérie, renvoyant la psychose dans les ténèbres extérieures de la folie. Les sociétés néo-industrielles tendent à s'organiser autour d'une position qui historiquement a d'abord été décrite – significativement – d'une part comme une entité nosographique « à la marge », dénommée « état-limite », et d'autre part, sans que le rapprochement soit fait, en relation avec une « crise réputée normale » : l'adolescence. De cette position, trois traits sont à retenir :

une fragilité identitaire, associée à un modèle d'histoire personnelle où l'état adulte n'est plus marqué par une longue stabilité bornée par les crises d'adolescence et d'entrée en sénescence, mais devient lui même une succession de crises tendant même à devenir état de crise permanent ;
un rapport complexe à la position perverse, oscillant entre l'horreur affichée et la dépendance fascinateur ;
l'assignation de la vieillesse et de la mort à un statut de résidu impensable.

Plus exactement à ce que je nomme d'autre part « position paranomique.»

Tous ces facteurs concouraient à banaliser une demande diffuse qui se formule comme demande de soin, demande d'aide, demande « que quelqu'un s'occupe de... » – de soi ou d'un proche, – avec un brouillard soigneusement entretenu par tous pour que ne soient pas distingués ce qui relève de la demande de réduction du symptôme, de la demande d'écoute, de la demande de « nursing », de la demande de se retrouver sujet de la partie de soi qui « échappe », de la demande de contention des émotions violentes, ou tout simplement de la demande d'amour.

Corrélativement, le système social de réponse se limite de moins en moins à la médecine *stricto sensu*. Si la médecine en demeure gardienne et garante en ultime recours, celui-ci s'étend à une nébuleuse tentaculaire et polynucléaire : avec un noyau sous le signe du « psy » (les différents suffixes sont d'importance secondaire : -chologie, -chothérapie, -chomotricité...), un noyau sous le signe du « conseil » ou de la « médiation », un noyau sous le signe de la formation, un noyau sous le signe des « médecines douces », un noyau sous le signe de la « spiritualité », sans que ces différents noyaux soient séparés par des membranes réellement discriminantes.

Aux frontières redoutables de cette nébuleuse, là où s'en marque l'échec et où la terreur reprend ses droits, se profilent

la figure rémanente de la folie, celle qu'on aurait envie d'appeler la « folie folle », celle pour laquelle les modèles du XIX^e siècle sont soigneusement conservés dans des « réserves naturelles » localisées mais indispensables ;
la figure de la mort biologique ;
et la figure de la sénescence ⁷.

Il reste à rajouter la figure de l'inceste, qui parle de la peur d'un monde où l'on ne peut plus faire confiance à aucune frontière ; et *last but not least*, la figure de la secte. Si cet épouvantail fait à ce point horreur, c'est qu'il renvoie, en passant au-delà la limite du supportable, un mode de rapport social

⁷ Et avec elle toutes les variantes de la décrépitude irréversible.

Une secte, c'est en effet le passage à la limite d'une structure sociale où une masse plus ou moins importante de personnalités "identitaires" (ou états-limites si vous préférez), s'agglutine autour d'une ou d'un petit nombre de personnalités "paranomiques" (ou perverses si vous préférez) qui leur fournissent l'armature d'un ersatz d'organisation symbolique.

sous-jacent au fonctionnement même de toute cette nébuleuse, rapport dont le lien de la nouvelle structure psychique dominante à la perversion pourrait bien fournir la clé. Car enfin, combien d'écoles ou de mouvements à prétention thérapeutique⁸, combien d'institutions sociales ou médico-sociales, peuvent-elles se vanter d'échapper à un fonctionnement de type sectaire ? On aimerait parfois que comme les augures romains, deux gourous ne puissent se regarder sans rire...

Ce qui brouille les cartes à propos de ces limites, peut-on ajouter, est le fait que là où la culture des époques antérieures faisait silence, la culture actuelle fait spectacle, sans réaliser que l'exhibition forcenée et la circularité du commentaire répétitif ont, à l'envers, la même fonction que les « tabous » que les média se vantent inlassablement d'avoir surmontés. La violence (et la jouissance...) de cette mise en scène de l'irreprésentable induit une sidération générale qui n'est pas le plus mince obstacle à la seule pratique qui fasse véritablement « aide » : la patience d'une remise en sens dans l'intimité d'un lien de personne à personne.

Il y a avait une pointe de préciosité à jouer ainsi sur le mot "cure". Mais elle s'adossait à une vraie question, la même que celle que pose la polysémie du mot "soin" entre le "soin médical" et le "prendre soin".

J'aurais pu ajouter les "protocoles", devenus depuis très à la mode.

Mais nul n'y peut rien. Alors, la difficulté psychique ? Aucun appareil social, en tant que tel, ne saurait en avoir cure. Plus les appareils prétendent s'occuper d'elle, plus ils brouillent les cartes. La difficulté psychique ne prend sens que dans les interstices, dans la rencontre aléatoire d'un sujet (et qu'il soit professionnel n'y change rien) avec d'autres sujets ; là où la difficulté de l'autre fait écho à la mienne ; dans une transaction purement privée, clandestinement greffée sur les fictions des pratiques instituées. Simplement parce que là, soudain, au détour de ce bois, dans la routine bruyante des « projets », des « méthodes » et autres fariboles, cet autre qui passe m'a touché, en un point qui m'a donné envie de faire alliance avec lui.

⁸ Y compris les mouvements psychanalytiques.