

## Journée de l'ASMA du 22 novembre 2018

### Présentation de Bernard Delguste : Changements sociaux et santé mentale

J'aborderai les choses au départ de la clinique. En tant que psychologue ayant travaillé plus de vingt années dans le champ hospitalier, plus précisément au sein d'une unité de soins psychiatriques et au sein de l'unité des urgences médicales comme intervenant de première ligne pour les urgences psychiatriques. Je fais mienne une thèse communément citée mais pas nécessairement admise ou partagée : la psychopathologie –même dans ses manifestations les plus aigües ou graves rencontrées à l'hôpital – est un miroir de notre humanité. Je la prolongerai en ceci que les urgences psychiatriques sont aussi un miroir de notre modernité.

Bien entendu, des manifestations spectaculaires comme des bouffées délirantes, des décompensations mélancoliques, des intoxications volontaires diverses et variées nous font penser que l'image qu'elles nous renvoient dans le miroir ne nous ressemblent pas vraiment... A y voir de plus près, en est-on bien certain ? Cependant aux urgences psychiatriques, viennent aussi se déposer des paroles extrêmement habituelles mais chargées d'intensité comme « je ne sais plus où j'en suis » ou bien « je n'en peux plus ». Ces paroles sont chargées, car énoncées dans ce lieu, elles doublent en gravité dramatique et comportent un enjeu capital pour le patient. Ces paroles nous sont communes, familières, elles nous ressemblent et l'image dans le miroir nous est bien moins étrangère. Il s'agit alors d'entendre ces paroles, de tenter de les déployer et d'envisager ce qui y est mis en jeu spécifiquement pour chaque patient : l'insupportable d'une perte, un désespoir, une absence d'horizon de sens, une brèche subjective ravageuse, etc.

Bien sûr aux urgences, toutes ces manifestations symptomatiques exacerbées sont à entrevoir selon les trois dimensions classiques : l'organisation psychique du sujet, le contexte (environnement social, familial, de travail, etc.), le terrain biologique. C'est pourquoi il pourrait être tout à fait envisageable qu'aux côtés des médecins et psychologues, viennent se frotter dans cet endroit des sociologues, des anthropologues ou d'autres spécialistes des sciences humaines, et ceci afin de fournir à la parole entendue pas seulement un intérêt psychopathologique mais aussi une portée humaine dans notre temps.

Pour rebondir sur le titre, l'intention est de réaffirmer que la pratique psychopathologique ne s'exerce pas dans une bulle isolée de son contexte. Au contraire, ce contexte nous définit et a plus d'influence qu'on ne le croit. Dans le champ psychiatrique, nous retrouvons incontestablement des invariants comme la mélancolie ou l'hystérie, pathologies qui depuis l'antiquité ont traversé les âges<sup>1</sup>. Nous assistons aussi à des

---

<sup>1</sup> Bien qu'aujourd'hui, étonnement, le DSM ait mis de côté ces grandes catégories. Il s'agirait de tenter de comprendre le pourquoi de cette relégation.

reformulations ou à des recompositions du champ nosographique. Et puis il existe des apparitions de nouveaux syndromes, certains déjà constitués en nouvelles entités cliniques, précisément pour ces derniers comment ne pas y voir une influence du contexte ? : les troubles attentionnels, surtout dans l'enfance ; la fibromyalgie (qui suscite un débat intense entre rhumatologues et certains psychiatres) ; le burn out (et ses rejetons comme le burn out parental) ; les nouvelles formes d'addiction (sexe, pornographie, travail, écrans etc.) ; la victimologie ; les post-adolescents à l'arrêt (ici comme au Japon où des dizaines de milliers d'« hikikomori » vivent dans leur chambre) entre autres. En quoi ces manifestations syndromiques psychopathologiques sont-elles aussi le reflet de notre époque ?

Justement comment qualifier notre époque ? Notre modernité contemporaine ? La modernité tardive ? La postmodernité ? Je vous propose ci-après trois traits que je vais à peine esquisser, ils sont connus et rabâchés mais ils peuvent servir de points de repères, ils restent critiquables, très incomplets mais ils ont l'avantage de donner une lecture de ce dans quoi nous nous trouvons pris, en tant que personne humaine dans notre modernité occidentale. Nous en verrons par après les effets sur la pratique des soins en psychopathologie. Ces trois traits sont les suivants : la culture de l'individu autonome, l'ultralibéralisme, le discours de la science.

Le sujet contemporain se revendiquerait d'emblée autonome (en ce y compris l'enfant !), dégagé de toutes formes d'autorité qui auraient encore la prétention de diriger son existence. S'ensuit un programme de dé-légitimation de toute hétéronomie : l'école, l'armée, la religion, le médecin etc. sont contestés dans leur fondement de prescripteur au sens large. Cette autonomie se marque par des exigences de droits subjectifs de plus en plus étendus (droit à la parentalité, droit au choix du sexe, droit à l'euthanasie par exemple). Pour soutenir cette perspective, le moi devient un opérateur qui doit être appréhendé comme une microentreprise. Il s'agit alors de rendre son moi performant et assertif. Le moi a droit à la jouissance et dans cet objectif à acquérir des habiletés supplémentaires.

L'ultralibéralisme est certainement un vocable très polémiste. Ce n'est pas tant le libéralisme comme philosophie politique qui est visé ici mais bien plutôt le versant économique du libéralisme appelé alors néolibéralisme ou capitalo-libéralisme. Le « laisser-faire » du grand marché mondialisé, avec à peine une régulation très floue des Etats, abouti à toujours plus de « production-consommation » soutenue par un management agressif dans lequel l'homme est réduit à un pur opérateur de production versus consommateur d'objets de plus en plus vite démodés et ainsi renouvelés. Optimisation, rationalisation, pragmatisme, rentabilité, obsolescence deviennent des maîtres-mots sur lesquels le sujet contemporain n'a plus de prise. Je passe sur les conséquences véritablement désastreuses de ce modèle qui s'est généralisé dans une sorte de marche effrénée en avant que tous efforts contestataires semblent impuissants à arrêter.

Le discours de la science, entendons les effets sur l'imaginaire social de la science, est le troisième trait. Il contient une idée continue du progrès d'une part et un caractère illimité de l'autre. Ce qui est impossible aujourd'hui, les technosciences de demain pourront le

réaliser. Ces perspectives très alléchantes ne sont même plus tempérées par un minimum de modération épistémologique car s'il est vrai que la technique peut nous libérer de diverses limitations et contraintes, elle peut par ailleurs tout autant nous aliéner dans des comportements aberrants ou addictifs. Par ailleurs le point d'impossible ne ferait peut-être que se déplacer ? Ce discours semble tenir lieu aujourd'hui du seul espace de vérité ou de certitudes. Les politiques s'y réfèrent, les arbitres accumulent les techniques pour fonder leurs décisions, les parents se plient aux experts. Encore faudra-t-il réfléchir sur les effets d'un tel appui désincarné. Cette extension du domaine de la science, jusqu'au cœur de notre intimité, nous offre certes des améliorations prodigieuses de notre condition humaine mais n'est pas sans poser des questions parfois vertigineuses.

Il ne s'agit pas ici de faire une revue critique de ces trois traits ni de dénier les avancées démocratiques qu'ils contiennent, encore moins d'idéaliser de manière réactionnaire une époque antérieure où soi-disant l'on vivait dans le meilleur des mondes. Il s'agit plutôt pour nous d'en retirer les conséquences sur notre pratique et nos jalons psychopathologiques.

En effet, tout cela ne va pas de soi. Un premier point concerne le lien psychothérapeutique ; il se décline aujourd'hui en termes de rapport de service personnalisé. Au même titre que lorsque je vais déposer la voiture au garage, j'attends du garagiste qu'il répare les dysfonctionnements du véhicule. Le trait est certes un peu grossi mais le processus sous-jacent est le même. La psychothérapie s'étaye alors sur une application de techniques, ces dernières seront d'autant plus appréciées qu'elles se prêtent à des évaluations comptables, à des traductions en chiffres. Le soin psychique, à l'instar de l'idéal du soin physique à savoir une suite ordonnée scientifiquement d'actes techniques, sera d'autant plus visible qu'il se modèlera dans une planification dans laquelle des équations objectives (à tel symptôme, tel traitement, telle durée... tel coût) assouviront les craintes des gestionnaires. Pas étonnant alors dans ce dispositif que les techniques psychothérapeutiques, traversées par l'étalon néolibéral, deviennent concurrentielles entre elles sur le marché de la souffrance psychique. Et que leur but, au-delà d'aider à supporter cette souffrance, est de se faire reconnaître par les politiques et d'obtenir des fonds.

Ce qui est parfaitement escamoté dans cette vision, en second point, c'est la dimension anthropologique de la maladie mentale. Cette dernière est réduite à un parasite et la thérapeutique à une opération de désencombrement parasitaire. Il n'y a plus de pensées du symptôme, il n'y a plus d'élaborations sur la valeur de vérité subjective que contient le symptôme, plus de métapsychologie. La maladie mentale n'est plus un avatar de notre humanité. L'idée que le symptôme névrotique est un compromis mis en forme par un sujet pour répondre au mieux qu'il peut à l'angoisse qui l'habite est devenue tout à fait décatie. Par contre, l'idée d'un moi comme unité opératrice de synthèse, susceptible d'objectivations, s'impose et relègue dès lors toute conception dichotomique ou dramatique (comme lieu d'un conflit) du moi au registre d'un subjectivisme périmé. Ainsi le symptôme névrotique ne met plus en avant la division d'un sujet (souffrance issue d'une conflictualité interne) mais se conçoit comme un parasite malvenu qui restreint ses performances. Ce parasite ne doit en aucun cas faire l'objet ni d'une introspection dans laquelle l'implication du sujet pourrait être reconnue ni d'un examen herméneutique rapidement déprécié au nom d'une absence de

fondement scientifique. Le transfert comme outil de travail est totalement dissimulé, il est perçu (si tant est qu'il le soit) comme un phénomène soit inopportun s'il s'oppose au traitement, soit bienvenu s'il l'encourage mais les dimensions ni de résistance, ni de séduction ne sont pensées.

Il y a peu de temps à la clinique un ancien infirmier devenu fonctionnaire dans une importante organisation de soins était invité à nous parler des grandes orientations futures dans notre domaine. Quatre mots clés sont apparus : case management, mobilité, connectivité, transparence. Une des conséquences entre autres de ce modèle verra le soignant hospitalier de plus en plus sortir de sa clinique et aller au domicile du patient, impératif de réduction du temps d'hospitalisation oblige. Il ne s'agit pas de s'opposer à ces mots d'ordre gestionnaire, ils témoignent d'une logique congruente à l'air du temps. La question est plutôt de faire en sorte de garder une véritable spécificité clinique aux soins psychiques.

Lorsqu'une patiente, au bout de plusieurs années, avoue enfin et avec beaucoup de gêne à son médecin qu'elle est amoureuse de lui, cette parole, en subvertissant le rapport classique médecin-patient, le pousse dans une autre dimension et colorera dorénavant autrement la relation. Cette parole, surgissement transférentiel qualifié de manifestation érotomaniaque, il s'agira de l'entendre et d'en faire un certain usage. Nous voyons ici un exemple élémentaire mais il met en jeu la faille subjective qui anime l'intimité de celui, de celle qui l'endure. Cette faille subjective, généralement, met du temps à être reconnue par le sujet du fait d'une ambivalence interne. Cette faille met du temps à être pensée. Elle met du temps à être adressée. Elle met du temps à être élaborée au sein d'un dispositif contenant. Ce dernier n'est pas donné mais met du temps aussi à être trouvé. Cette séquence pour vous faire entrevoir que la temporalité psychique n'est absolument pas prédictible et qu'elle relève de dimensions particulières et singulières. L'incubation psychique d'un symptôme n'est en réalité concevable qu'a posteriori, autrement dit dans l'après-coup de sa manifestation. Et l'élaboration du symptôme est plutôt à soutenir non pas en la forçant mais en s'installant dans le mouvement même de sa propension. Ces données complexes et subtiles enseignent le clinicien au fur et à mesure de ses expériences et elles ne peuvent de manière a priori constituer un corps de savoir à transmettre comme une simple formation.

Mais en amont de ce processus, le sujet humain peut être habité d'un symptôme psychique qu'il ne peut lui-même, de ses propres ressources, penser. Non pas selon une logique du déficit, mais bien selon une logique du déni. Songeons à des situations cliniques très graves comme le déni de grossesse ou le déni d'une maladie. Ces psychopathologies nous entraînent encore plus loin dans la question de l'origine d'une telle affection. Sommes-nous capables de penser l'incapacité de penser ?

Voilà quelques éléments qui à mon sens donnent une légitimité à la reconnaissance d'une spécificité de la clinique psychique : l'importance des questions du temps, de la singularité, de la faille, de l'intime, du pensé. Pourvu que ces questions trouvent une juste place au sein des quatre mots clés cités plus haut.

Enfin, mais il me reste peu de temps, retournons à l'obsessionnel. Je souhaitais vous donner un exemple de cette spécificité clinique à propos de l'obsessionnel mais ce ne sera pas possible. Allons à l'essentiel alors. Le caractère obsessionnel n'est pas une pathologie, c'est une modalité d'être au monde très répandue qui peut même s'avérer très efficace dans le domaine de la gestion par exemple. Nous retrouvons d'ailleurs le même terme aujourd'hui pour qualifier une bonne gestion des affaires comme une bonne gestion mentale, à savoir la rationalisation. C'est lorsque l'angoisse, inhérente à l'existence ou consécutive à une rencontre douloureuse, passe au travers des mécanismes de défenses que le risque de décompensation apparaît. Des phénomènes de mentalisation à visée anxiolytique prennent le devant de la scène : conjurations, vérifications, prières, superstitions etc. L'obsessionnel est au même titre que le paranoïaque un malade de la raison. Cependant ils se différencient en ceci que l'obsessionnel sait parfaitement que sa raison est parfois déraisonnable, alors que le paranoïaque est persuadé du bienfondé de sa pensée. Ils partagent aussi tous deux « une passion de l'ordre ». Mais si pour le premier, cette passion contient l'angoisse, pour le second, c'est parce qu'il est convaincu que c'est ainsi que le monde doit tourner.

Ceci pour conclure sur cette remarque : une part de nous n'est pas rationnelle, cette part peut nous déborder et prendre des formes psychopathologiques. La psychopathologie reste un miroir de notre humanité.