



HAL
open science

De l'homme déraisonnable

Sandrine Detandt, Ariane Bazan, I. Duret

► **To cite this version:**

Sandrine Detandt, Ariane Bazan, I. Duret. De l'homme déraisonnable. Cahiers de psychologie clinique, 2017, 48 (1), pp.11-19. hal-03452374

HAL Id: hal-03452374

<https://hal.science/hal-03452374>

Submitted on 17 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DE L'HOMME (DE)RAISONNABLE

Sandrine Detandt, Ariane Bazan, Isabelle Duret

Résumé

Le secteur des soins subit de profonds remaniements en Europe et particulièrement en Belgique ces dernières années. À la lumière de cette idéologie du soin qui voit le psychisme comme objet à traiter avec la même logique que le corps, nous proposerons quelques pistes de réflexions permettant de dégager ce qui singularise radicalement le premier du second. Précisément, ce qui semble échapper radicalement à toute possibilité d'application de la logique médicale à la psychologie, se situe dans la temporalité des deux. Le corps se situe dans une logique cyclique et dans l'espace (topographique) là où le psychisme se situe dans une logique historique où les effets d'après-coups sont fondamentaux et structurels. Mots-clés soin, modèle médical, psychisme, éthique, sujet, épistémologie, neurosciences, clinique.

Abstract

The health care domain is undergoing profound reorganizations in Europe and particularly in Belgium these last years. As an alternative to a health care ideology which considers the psyche as an object which should be treated along the same logics as the body should, we shall propose some avenues of reflection allowing us to distinguish what radically singularizes the first from the second. Precisely, there is a radical impossibility to apply the medical logic to psychology, due to the difference in temporality between both. The body is situated in a cyclical logic and in a (topographic) space while the psyche is situated in a historical logic where the aftereffects are fundamental and structural.

Keywords

Care, medical model, psyche, ethics, self, epistemology, neurosciences, clinics.

Detandt, S., Bazan, A., & Duret, I. (2017). De l'homme déraisonnable. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 48(1), 11-19.

La question du soin est au cœur des intérêts qui gouvernent les différents secteurs sociaux, médicaux, psychologiques et politiques. Sans avoir même défini ce que veut dire soigner, l'idé(ologi)e de guérir sous-tend de facto la rencontre avec un patient. La guérison consiste à rendre la santé au malade et présuppose un savoir de la part d'un expert - celui qui est nommé en place d'entendre, de voir le symptôme - sur ce qu'est la santé. Si cette terminologie s'accorde à la logique médicale, elle nous semble sensiblement inadéquate en ce qui concerne le secteur de la santé mentale. C'est ce que nous proposerons d'étayer ici à la lumière des événements récents qui restructurent en Belgique le paysage des soins de santé.

Dans les années 1960, une génération de psychiatres, aux États-Unis d'abord, en Europe ensuite, s'est révoltée contre la logique asilaire et d'autres formes de contention physique ou pharmacologique. La psychothérapie s'est développée en réaction aux sorts qui étaient réservés aux patients victimes de leur maladie mais aussi en réaction à la réponse psychiatrique face à l'impuissance de guérir.

Il nous a fallu près d'un demi-siècle pour arriver à retisser le rapport entre la normalité et la pathologie et pour faire émerger l'humain qui habite le malade et l'esprit des « experts ». Aujourd'hui sous couvert de l'intention d'inscrire la psychothérapie dans le système de remboursement de l'Institut National d'Assurance Maladie, on voudrait nous imposer des « trajets de soin » qui répondent principalement aux impératifs économiques de gestion des maladies.

De cette phrase en apostrophe émane la question de ce qui nous mobilise en tant qu'individus. Chacun d'entre nous aspire à croire que « s'il possédait tous les moyens pour y accéder » (matériels, affectifs, intellectuels, ...), il tendrait vers le bonheur. Les théories évolutionnistes sous-tendent d'ailleurs que nos comportements sont voués à s'éteindre s'ils ne sont pas fonctionnels. Nous devrions alors logiquement aller vers ce qui aide à notre survie et nous éloigner de ce qui nous blesse. Quoi de plus sensé en effet que de désirer, durant ce soubresaut qu'est la vie, d'être heureux ? Très récemment, le centre fédéral d'expertise des soins de santé, le KCE, présentait d'emblée dans son rapport 'Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques' l'exemple du Bhoutan, pays qui a placé le 'Bonheur National Brut' au même niveau que le PIB. C'est donc le point d'orgue des conceptions contemporaines de la psychologie, qui s'évertuent à répondre à ce contresens qu'est celui de l'humain qui ne suit pas le « droit chemin ».

Pourtant, chacun de nous est confronté, à son niveau, à cette radicale impossibilité d'y accéder. Socrate, déjà, tentait de résoudre ce paradoxe en indiquant que si les gens savaient ce qui était bon pour eux, ils agiraient de façon à être heureux.

La vision de Socrate trouve encore son écho dans bon nombre de modèles dont celui de l'économie moderne qui entend que les décisions irrationnelles relèvent du manque d'informations dont dispose l'individu.

Mais nous ne sommes pas dupes, et mêmes les politiques le savent : éduquer ne suffit pas. Alors donc, s'il n'est pas ignorant, l'humain doit bien avoir un problème quelque part ? L'explosion des neurosciences et de la « neuro-vague » permet de donner de nouvelles lectures en déplaçant le locus de causalité des savoirs manquants aux structures cérébrales ou cognitives défaillantes. Le sujet est l'objet de déficits ou dysfonctionnements neurobiologiques, cognitifs ou encore comportementaux. Sans l'indiquer ouvertement, peut-être parce que ce n'est pas réellement pensé de la sorte, cette vision de l'humain le condamne à être objet de ce corps qu'il ne maîtrise pas et objet de la science qui sait pour lui ce qu'est un bon cerveau, un bon système inhibiteur ou encore plus généralement un bon fonctionnement.

Detandt, S., Bazan, A., & Duret, I. (2017). De l'homme déraisonnable. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 48(1), 11-19.

La vision actuelle du secteur de santé mentale au regard de ce qui échappe à la rationalité, oscille entre des formules de prévention, de réduction de risques et d'éradication du symptôme, qui est considéré comme un élément distinguable d'un autre et dont on peut (ou pourra) révéler l'origine étiologique, biologique voire génétique. C'est d'ailleurs sur ce dernier fantasme que se base l'Evidence Based Medicine.

Le modèle médical, et les modèles politiques en émanant – dont le KCE en est la représentation – proposent de comprendre cette aberration de l'esprit, comme une erreur qu'il s'agit de corriger puisqu'il est communément entendu que l'humain veut « son bien » voire même son bonheur. Cette erreur peut se situer tout le long d'un continuum commençant par la perception de l'objet et se clôturant par la réaction (le comportement). Comprendre une affection, qu'elle soit de « première » ou de « deuxième ligne » comme diraient les experts, revient à la segmenter en fonction de tous les critères, systèmes ou fonctions qui « ne tournent pas rond ». Vous pouvez faire l'exercice pour un patient anxieux, tout comme pour un alcoolique ou un patient psychiatrique quel qu'il soit : tous auront des problèmes, par exemple, en ce qui concerne leur perception (ils évaluent trop ou trop peu les éléments de l'environnement, ils accordent trop d'importance à un souvenir) ou encore ils évaluent mal et présentent une distorsion cognitive...

Pourtant notre pratique clinique nous renvoie constamment à cette tendance insatiable de l'humain qui ne s'arrête que rarement aux bornes du plaisir. Cette gourmandise de l'esprit, qui confine à la voracité, était déjà ce à quoi Freud se coltinait dans *Malaise dans la civilisation*. Il y tentait de pointer et de comprendre ce qui, chez l'homme, aux prises avec le langage, ses désirs, ses fantasmes et son histoire, échappe et échappera toujours à la logique rationnelle et au modèle classique de la science.

Le travail d'interface entre la psychanalyse et les neurosciences que nous pratiquons dans le cadre de nos recherches nous a amené, avant toute réflexion d'articulation possible, à devoir déconstruire chacun des présupposés qui les conditionnent. Il en résulte que les deux niveaux de descriptions phénoménologiques, l'un cérébral et/ou symptomatique, avec les neurosciences et les sciences cognitives et l'autre, psychique, ne peuvent pas se réduire l'un à l'autre comme voudraient nous le laisser croire les visions contemporaines de la santé.

En fonction du niveau d'organisation logique d'un concept, d'une affection ou d'une pathologie, émergent de nouvelles configurations de sens et, dans le cas qui nous occupe, des façons spécifiques de penser (le traitement de) l'humain. Il est alors légitime pour le KCE de préconiser des traitements brefs, si ceux-ci peuvent marcher – à court terme (mais ça ils oublient de le dire). Il est tout aussi pertinent de 'plaquer' la logique de l'esprit à la logique médicale : une affection, si elle est traitée, produit les effets attendus. Tout comme un rhume, s'il est traité, est éradiqué.

Un des points d'achoppement entre la logique du sujet et la logique du biologique se situe dans la temporalité. La réalité du corps a une extension dans l'espace car on peut dire d'un élément biologique qu'il soit à gauche ou à droite, au-dessus ou en dessous d'un autre (voir Snellius). Cependant la réalité du corps n'a pas d'extension dans le temps puisqu'en effet la nature de la réalité du corps, la logique biologique, est cyclique. Dans cette logique biologique du cerveau, tout se passe en même temps, et de façon bi- et multidirectionnelle : un événement produit un effet, ou l'effet produit un événement – de façon à ce qu'on ne puisse pas dire qu'un événement neurophysiologique du cerveau se passe avant ou après un autre. S'il se passe après, il se passera forcément avant un nouveau cycle. Par contre, la réalité mentale, elle, a une extension ou une étendue dans le temps et non dans l'espace. En effet, on ne peut dire d'un événement mental qu'il soit à gauche ou à droite d'un autre, mais les effets d'ordre temporel sont cruciaux : qu'un événement mental ait lieu avant ou après un autre est décisif de la réalité mentale. La chaîne chronologique dans laquelle la représentation est prise, est

Detandt, S., Bazan, A., & Duret, I. (2017). De l'homme déraisonnable. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 48(1), 11-19.

constitutive. En effet, elle est, comme dit Jacques Lacan, toujours susceptible par une nouvelle représentation, qui s'ajoute par après, de faire des effets – dramatiques – d'après coup. La réalité psychique, au contraire de la nature cyclique de la réalité biologique est, de ce fait à part entière, historique. Par conséquent, bien que nous soyons conscientes de la volonté des neuroscientifiques de proposer des modèles les plus complexes possibles incluant aussi les éléments de l'histoire du sujet, leur épistémologie les amène à envisager les réalités avec un certain point de vue qui ne pourra pas, à notre sens, résoudre le non-rapport qu'il y a avec la logique du psychique. En effet, nous pouvons maintenant préciser que ce non-rapport vient du fait que la réalité mentale s'articule de façon historique selon des coordonnées temporelles, et que la réalité biologique s'articule de façon cyclique selon des coordonnées spatiales.

C'est de préciser, toujours plus, ce qui singularise le psychisme du biologique qui est crucial afin d'appréhender ce qu'implique(nt) le(s) soin(s), le(s) traitement(s) et la(les) thérapeutique(s). Cette réflexion nous apparaît d'autant plus essentielle pour continuer à être garants du respect de l'humain, de ce qui le définit, le rend structurellement a-normal.

Nous aimerions, à cet égard, insister auprès du lecteur sur le fait que ce qui se produit maintenant au niveau politique, à savoir octroyer le cachet de la scientificité à ces nouvelles paroles magiques evidence based, nous concerne tous, nous les soignants en Santé mentale quelle que soit notre orientation de travail. En outre ayant eu l'occasion de collaborer quotidiennement avec des neuroscientifiques, nous avons pu prendre la mesure que, contrairement à ce qui pourrait sembler transparaître, la plupart ne remettent nullement en cause que la place du sujet et de sa parole reste centrale. Mais il est hélas facile, dès lors que le politique s'immisce dans des sphères dont il ne comprend pas grand-chose, de faire dire tout et n'importe quoi au discours de la science, pour le coup, pris en otage et instrumentalisé. Il est de notre responsabilité de ne pas nous laisser enfermer dans un système de pensée qui tend à la déshumanisation des soins et de la relation d'aide au profit du contrôle et de l'exclusion des « mauvais patients ».

Références

Ariane Bazan & Sandrine Detandt, Grand challenge for psychoanalysis and neuropsychology II, *Frontiers Psychology* (soumis).

Ariane Bazan, & Sandrine Detandt, On the physiology of jouissance : interpreting the mesolimbic dopaminergic reward functions from a psychoanalytic perspective. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013, 7(709), pp 7-13.

Ariane Bazan, & Sandrine Detandt, Trauma and jouissance, a neuropsychanalytic perspective. *JCFAR. Journal of the Centre for Freudian Analysis and Research*, 2015

Ariane Bazan, Des fantômes dans la voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient, Editions Liber, Montréal, 2007.

Ariane Bazan, Epistemologisch dualisme en de subversie van het BodyMind vraagstuk: hoe psychoanalyse helpt het brein te ontcijferen. Dans Michel Thys & Mark Kinet (Eds.), *Psychoanalytische praktijk tussen onbewuste en wetenschap*, 2016, Uitgeverij Garant.

Ariane Bazan, From sensorimotor inhibition to Freudian repression: insights from psychosis applied to neurorisis. *Frontiers in Psychology*, 2012, 3,452. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00452.

Ariane Bazan, The grand challenge for psychoanalysis – and neuropsychology: taking on the game. *Frontiers Psychology*, 2011.

Detandt, S., Bazan, A., & Duret, I. (2017). De l'homme déraisonnable. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 48(1), 11-19.

Edward Lee Thorndike, Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *The Psychological Review: Monograph Supplements*, 1898.

Fritz Strack & Roland Deutsch, Reflective and impulsive determinants of addictive behavior. *Personality and Social Psychology Review* ; 8(3), 2004, 220-247.

Jacques Lacan, L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud, *Ecrits*, 1966.

Laurence Kohn, Caroline Obyn, Jef Adriaenssens, Wendy Christiaens, Xavier Van Cauter & Marijke Eysen, Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016, KCE Reports 265Bs. D/2016/10.273/32.

Milton Friedman, *Price theory*, Chicago: Aldine, 1976.

Rodolph Snellius, *Partitiones Physicae*. Hanoviae: apud Guilielmum Antoninum, 1594.

Shrî Aurobindo, *Aperçus et pensées, Spiritualités vivantes*, 1916/2009, Albin Michel