

De l'influence des conflits de temporalité dans la prise en charge psychiatrique

La difficulté de généraliser l'approche par projet

Mémoire réalisé par
Flavia Pirovano

Promoteur
Michel Dupuis

Année académique 2017-2018
Master en Ethique à finalité Biomédicale

De l'influence des conflits de temporalité dans la prise en charge psychiatrique

La difficulté de généraliser l'approche par projet

Mémoire réalisé par
Flavia Pirovano

Promoteur
Michel Dupuis

Année académique 2017-2018
Master en Ethique à finalité Biomédicale

Remerciements

Merci à mon promoteur, Michel Dupuis, d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet qui me tient autant à cœur. Merci pour ses nombreux conseils, ses encouragements et pour la bonne humeur dont il a fait preuve durant ces deux années de master.

Merci à Nicolas Marquis pour sa disponibilité, le temps qu'il m'a accordé, ses conseils et son enthousiasme par rapport à la thématique abordée dans ce mémoire.

Merci à Jean-Joseph Remacle, mon relecteur, pour son travail titanesque, son sens critique et son humour qui ont apporté beaucoup de sérénité à la finalisation du travail.

Merci à ma famille, Valeria, Dario, André, Gloria, Mahyar et Skele Pirovano ainsi que Maria-Luisa Ambrosi, d'être aussi présente, aimante et encourageante. Je ne pouvais rêver de mieux.

Merci aux « quatre fantastiques » Natalia Krystosiak, Matisse Jubb, Robin Van Dam et Hadrian Schinas, dont la liste de qualités est trop longue pour être énumérée ici, pour avoir toujours été présents et à l'écoute.

Merci à Martina Angelini, Eleonora di Giacomo et Federico Pisani, les amis de toujours, de vrais modèles de force, de courage et de passion. Merci d'avoir cru en moi lorsque je n'y croyais plus, et merci pour ces innombrables heures passées au téléphone.

Merci à Sara Balostro et Maddalena Zerbo pour leur joie de vivre et de m'avoir donné la force d'aller plus loin que mes peurs.

Merci à Irene Rizzo, sans qui je n'aurais pas eu le déclic pour la question de départ de ce mémoire, et pour ses discussions à trois heures du matin sur les liens entre mathématique et philosophie.

Merci à Isabella Antinozzi pour les fous rires qui ont bercé mon écriture.

Merci à Lorenzo Vissol pour sa sensibilité et son sourire au quotidien.

Merci à Alexandre Gillet pour ses encouragements et sa capacité à faire diminuer mon stress.

Merci à Arnaud Van Dam pour son aide dans la mise en page du mémoire.

Et enfin, merci à l'équipe de MedTech Europe de m'avoir fait entrer dans le monde du travail de la meilleure manière possible, en me sentant partie intégrante d'une team bienveillante : le meilleur reste à venir. Un merci particulier à Gulwish Ahmed pour les innombrables thés consommés en discutant du mémoire.

Introduction

La philosophie est l'une des disciplines universitaires les plus critiquées pour sa façon de s'attarder sur des questions qui semblent être fort lointaines des problématiques que l'on rencontre quotidiennement. Dans *Le réel. Traité de l'idiotie*, Clément Rosset l'explique simplement :

« Dans *L'île de la raison*, de Marivaux, tout le monde finit par quitter ses illusions et se rendre à l'évidence ; tous sauf un, le philosophe. On peut assurément soutenir que le fait de donner raison au réel constitue le problème spécifique de la philosophie : en ce sens que c'est son affaire, mais aussi qu'elle n'est, en tant que telle, jamais capable d'y faire face. Probablement parce qu'un tel aveu suppose une vertu que le génie philosophique ne peut, à lui seul, produire ni remplacer. »¹

Le philosophe semble cantonné au rôle de rêveur, qui se laisse bercer par les illusions. L'essence de la philosophie semble impliquer une distanciation du réel qui, certes lui permet de mieux voir, mais désormais, de fort loin. Et pourtant, penser la philosophie uniquement de cette manière revient à détruire ce qui fait, selon nous, le cœur de la philosophie : l'amour de la sagesse.

Ce même amour de la sagesse doit être présent lorsqu'il est question de l'éthique biomédicale. Il est en effet utile, pour penser le soin de la manière la plus éthique possible, de pouvoir se poser des questions, simplement, pas n'importe lesquelles. Une certaine philosophie académique, plus axée sur une démarche de retour sur elle-même, et réfléchissant dès lors sur des problématiques internes à l'histoire de la philosophie ne semble pas pouvoir intervenir de manière pertinente dans l'appréhension de questions pratiques, ses préoccupations l'éloignant potentiellement des nécessités pragmatiques de ce type de question. Les domaines d'investigations de l'éthique biomédicale sont évidemment de l'ordre pratique que nous venons d'évoquer. Dans ce contexte, la conservation d'un rapport franc au réel nous semble primordial.

Le réel doit pouvoir être au centre de l'attention lorsqu'il s'agit de traiter des thèmes ayant un fort enracinement dans celui-ci, comme la médecine. Cette pratique, inspirée des sciences exactes, a beaucoup de mal à accepter de nos jours les interventions des

¹ C. ROSSET, *Le réel. Traité de l'idiotie*, Paris, Editions de Minuit, collection Reprise, 2003.

philosophes dans les comités éthiques car ils redoutent ce côté rêveur dont parle Rosset.

Pourtant, selon nous, l'éthique biomédicale ne peut prétendre appartenir à une discipline ou à une autre : l'interdisciplinarité est la clé pour agir en tenant compte d'un maximum de facteurs possibles, pour avoir un point de vue d'ensemble.

C'est dans cette optique-là que notre interrogation sur le projet en psychiatrie est née. Notre questionnement part de la synthèse que nous avons pu réaliser de discussions avec plusieurs personnes ayant été dans une institution psychiatrique auparavant². Tous ont fini l'hospitalisation, et ont maintenant arrêté tout suivi psychiatrique. Chacun d'eux a été dans plusieurs institutions différentes, offrant des soins de jour ou requérant un internement, et leurs séjours ont été plus ou moins longs : de trois ans à sept ans.

Nous discutons de ce que les institutions psychiatriques ont apporté à chacun, et ce qu'ils en retiennent aujourd'hui. Beaucoup parlent des activités qu'ils ont pu expérimenter à l'hôpital, et qu'ils continuent de reproduire actuellement : dessin, cuisine, musique etc., mais un élément qui revient souvent est le projet qu'ils avaient choisi en entrant dans chaque institution.

Etant donné qu'ils étaient encore adolescents, la priorité était d'éviter le décrochage scolaire. Or, beaucoup d'entre eux étaient dans cette situation. Ils avaient abandonné les cours car leur maladie ne leur permettait plus d'étudier ou car ils ont été virés pour mauvais comportement ou absentéisme. Les institutions permettaient, entre autres grâce à *L'école à l'hôpital*, une asbl qui recrute des professeurs pour permette à tout élève malade d'étudier, d'avoir des cours soit individuels, soit collectifs. Les cours collectifs étaient organisés chaque jour, ils duraient une heure et proposaient un contenu d'un niveau accessible à tous les participants. Les cours individuels, eux, étaient mis en place lors de la création du projet avec l'institution.

Mais qu'est-ce que ce projet ? Il s'agit, le plus souvent, d'un plan qui permet à chacun de pouvoir revenir à la vie active, après avoir pris une pause pour prendre soin de lui à l'hôpital. Il peut prendre des formes très différentes : faire un jury pour récupérer les années perdues, s'inscrire dans une école technique, préparer l'entrée dans une haute école, trouver un travail, etc. Simultanément, plusieurs activités telles que la musique ou le bricolage avaient pour objectif d'éveiller leur curiosité.

Sur papier, c'est fantastique : on veut aider les jeunes à s'en sortir, à être autonomes, indépendants. Pourtant, ce n'est pas aussi facile que ça en a l'air. Sur six cas, trois ont

² Dans des institutions spécialisées pour les adolescents : leur séjour a commencé à treize ans pour la plus jeune, et certains sont restés jusqu'à leurs vingt-et-un ans.

été capables de suivre le projet qu'ils avaient entamé avec l'institution, malgré des difficultés évidentes : chute de motivation, impossibilité de se concentrer, symptômes de la maladie qui font surface et qui empêchent de faire quoi que ce soit, etc.

Comment se fait-il qu'une personne sur deux, selon cette statistique pointée précédemment, réussit dans son projet tandis que l'autre n'y arrive pas ? Nous pourrions nous poser la question de la motivation : parfois, la motivation n'est pas au rendez-vous et nous ralentit énormément. C'est une possibilité, mais elle ne nous convainc pas tellement. Une des personnes en question disait qu'elle voulait réellement réussir dans son projet, que sa motivation était au rendez-vous, mais elle n'a tout de même pas réussi à arriver à son objectif. Aujourd'hui encore, trois ans après la fin de sa dernière hospitalisation, elle ne sait pas quoi faire, et passe d'une formation à une autre.

Il y a donc selon nous autre chose qui permet d'expliquer l'échec partiel du projet en psychiatrie. Après en avoir discuté avec les personnes en question, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait plusieurs éléments qui revenaient toujours : « j'étais trop centré sur ma souffrance », « je n'étais pas capable de faire un tel effort à l'époque », « je voulais juste aller mieux, je m'en foutais de ce qu'on me demandait de faire ».

Ces phrases montrent la difficulté d'agir lorsque l'on est malade. La maladie amène avec elle une nouvelle manière de vivre, qui ne correspond pas toujours aux standards de la vie en société, mais surtout ne répond pas forcément aux exigences de l'idéal d'autonomie.

A partir de ce constat, nous avons pensé que ce qui pourrait expliquer l'échec partiel du projet en psychiatrie, c'est le conflit des temporalités qui œuvrent dans chaque vie, dans la maladie et dans la société. C'est cette hypothèse que nous allons investiguer dans ce mémoire.

Nous avons pensé au temps car il nous fascine, surtout le temps en psychiatrie. La manière dont le temps peut être altéré par la maladie mentale est selon nous intéressant à la fois dans une perspective d'étude des conditions effective dans lesquelles le soin se déroule, l'influence de ces conditions sur le patient. En effet, à notre avis, l'étude du temps à travers les pathologies mentales nous permet de mieux comprendre le fonctionnement de l'être humain en général à cet égard.

Un autre élément qui nous a poussé à écrire ce mémoire est l'intérêt pour le soin en psychiatrie. Le temps et la psychiatrie ont en commun cet aura de mystère, qui à la fois suscite l'effroi et nous semble simultanément terriblement familier³. La peur de perdre

³ Pensons, par exemple, au concept d'*inquiétante étrangeté* pensé par Freud. Ce qui nous semble quotidien peut tout aussi bien nous sembler étranger.

nos facultés de jugement, de perdre notre identité, notre bien-être mental ou de changer radicalement sans plus se connaître est une peur dont l'occurrence est des plus fréquentes. L'homme entretient un rapport ambivalent aux situations de dysfonctionnement qui éclaire sa nature d'une manière forcément perturbante. Le temps est tout aussi mystérieux : même si l'homme a depuis toujours tenté d'en percer les secrets, il nous pose toujours question. Sa perception est-elle une spécificité humaine ou bien est-elle commune au règne animal ? Il nous entoure pourtant nous ne pouvons le toucher, nous ne pouvons dire exactement ce qu'il est, nous pouvons tout au plus poser une définition dans un paradigme scientifique ou philosophique donné.

Ces deux éléments combinés seront abordés selon le spectre d'une triade temporelle, qui va nous suivre tout au long de notre travail. Ce prisme se compose de la temporalité du patient, la temporalité de l'équipe soignante et la temporalité de la société. Précisons tout de suite ce qu'est la temporalité : c'est la manière dont le temps se donne à l'intérieur d'un contexte déterminé. Cette donnée va influencer l'action et le ressenti des personnes y étant soumises. Dans le cadre de cette recherche, nous allons étudier le patient avec sa temporalité propre qui est mise à mal par la maladie, la temporalité de l'équipe soignante soumise à des contraintes institutionnelles et la temporalité de la société, qui influence les autres temporalités, car nous ne pouvons manquer de vivre dans la société : l'homme, selon Aristote, est un animal social et politique. Il ne peut se penser uniquement à partir de lui-même. De plus, la société influence notre manière de nous comporter en famille, avec nos amis, avec notre compagnon/compagne de vie, Bourdieu l'a abondamment thématiqué⁴. Notre background social va nous rendre plus ou moins aptes à nous engager dans un certain type de trajectoire, professionnelle ou autre, même s'il est toujours possible de plier les barrières sociales. Or cet héritage social est lui-même déterminé par la manière dont les agents qui le compose sont influencés par un rapport commun au temps, spécifique à une époque et un lieu donné. Dès lors, la temporalité de la société ne peut manquer d'influencer notre temporalité personnelle, mais aussi la temporalité du soin ou de l'équipe soignante.

L'utilisation du concept de temporalité est justifiée par notre intérêt dans ce mémoire pour le patient dans son vécu. Nous ne voulons dès lors pas mobiliser des concepts déconnectés de leur objet : la question de la temporalité nous semble particulièrement appropriée pour toucher à la fois avec recul et concrétude cette réalité visée.

Les auteurs que nous mobilisons sont dignes d'intérêt de par le regard théorique affûté qu'ils portent sur les questions qui nous mobilisent et qui nous semblent remarquables,

⁴ Voir par exemple P. BOURDIEU et J-C PASSERON, *Les Héritiers : les étudiants et la culture*, Paris, Les Editions de Minuit, collection Le sens Commun, 1985, ou P. BOURDIEU *La domination masculine*, Paris, Points, 2014.

mais également mais parce qu'ils mobilisent plusieurs disciplines pour expliciter leurs théories. Ainsi, Stanghellini et Muscelli sont psychiatres et philosophes mais mobilisent également la sociologie, l'histoire et l'anthropologie, dans leur analyse de la temporalité actuelle en relation avec la temporalité de la modernité. Binswanger, Minkowski et Blankenburg sont aussi psychiatres et philosophes. Cette diversité de disciplines permet d'avoir un regard à la fois scientifique au sens des sciences exactes, et un regard philosophiquement pointu, tout en utilisant aussi les sciences humaines. Minkowski dressera un tableau de la temporalité de la modernité très intéressant, tout en le liant avec des cas cliniques, tandis que Binswanger et Blankenburg partiront des cas cliniques pour montrer la temporalité à l'œuvre chez leurs patients. Dès lors, ils ciblent la problématique avec une précision remarquable grâce à ce mélange d'influences et sont tous liés par deux thématiques : la temporalité et la psychiatrie.

Nous partons de l'ouvrage de Stanghellini et Muscelli qui, dans *Instantanéité : culture et psychopathologie de la temporalité contemporaine*⁵, dressent un portrait de la temporalité de notre société très intéressant. En effet, ils se concentrent sur les vingt-cinq dernières années pour faire émerger le changement de temporalité qui s'est opéré grâce aux nouvelles technologies. Il n'est pas nouveau que la technologie change les manières de vivre des hommes qui l'utilisent, ou la subissent. Rien qu'avec la révolution industrielle, le rythme des journées a changé, ce qui a changé la manière de percevoir la famille, les amis, la société en général. A chaque grand changement il y a des interrogations qui se posent.⁶

Cependant, ils vont plus loin : ils dépassent la temporalité de l'accélération, propre à la modernité, pour arriver à la temporalité de l'instantanéité, dont la dynamique de manifestation est très spécifique et légitime les difficultés d'articulations avec les modalités de temporalités précédentes, comme nous le verrons. Cette instantanéité a énormément de conséquences, dont l'explosion de maladies telles que le burn-out ou la dépression, et amène entre autres au développement de phénomènes tels que la culture du développement personnel. Il sera en effet question d'examiner comment les manières différentes d'appréhender la temporalité influencent le rapport au futur et

⁵ C. MUSCELLI, G STANGHELLINI, *Istantaneità : Cultura e psicopatologia della temporalità contemporanea*, Milan, FrancoAngeli, 2012.

⁶ A la manière par exemple de Karl Marx avec le *Manifeste du Parti Communiste*, où il est question de montrer comment l'être humain change, et quelles en sont les conséquences : pour Marx, c'est l'aliénation, c'est-à-dire la séparation entre le travailleur et son travail, étant donné que l'objet final est l'opération de plusieurs, et donc de personne en particulier. Plus tard Deleuze et Guattari dans *L'Anti-Œdipe* montrent les ravages psychologiques du capitalisme sur l'homme, et créent le concept de machine désirante. C'est de cela que se nourrissent Stanghellini et Muscelli pour leur ouvrage, avec aussi des influences telles qu'Hartmut Rosa.

peuvent, lors de conflits trop marqués, se manifester dans des crises plus ou moins aiguës du sujet.

Deux éléments sont particulièrement mis à mal dans la temporalité de l'instant : le désir et l'ennui. Désormais, il manque en effet ce qui, auparavant, se situait entre le moment du désir et l'obtention de l'objet désiré : l'entre-deux est mis à mal par l'instantanéité, et l'ennui est mis en crise car on se réfugie dans les nouvelles technologies pour l'oublier. Or, selon nos auteurs, l'ennui et le désir sont tous deux indispensables pour une temporalité saine.

L'ouvrage de Stanghellini et Muscelli essaye d'expliquer ce qui a changé lors des vingt-cinq dernières années, et comment cette nouvelle temporalité de l'instantanéité met en crise des éléments venant d'une temporalité dépassée, à savoir la temporalité de l'accélération.

Minkowski, Binswanger et Blankenburg vivaient à l'époque de l'accélération. A travers leurs écrits, nous essayerons de manifester la temporalité du patient, mais aussi la temporalité du soin qui était prodigué à ces patients par ces mêmes auteurs-psychiatres. Si nous avons choisi d'évoquer ces trois auteurs, c'est parce qu'ils présentent un panel de pathologies assez large, qui permet d'appréhender différentes maladies et différents types de soin. Il sera surtout question de la schizophrénie, mais pas seulement : nous traiterons également la mélancolie et la manie. Ensuite, nous verrons en quoi les prises en charge de soin actuelles se basent s'inspirent souvent des études telles que celles d'auteurs phénoménologiques classique qui s'orientent vers le futur, alors que la temporalité de l'instantanéité, qui par ailleurs a le primat sur les autres formes temporelles au XXI^e siècle, rend difficile la capacité de se projeter.

Enfin, notre troisième partie sera consacrée à la question du projet en psychiatrie, car c'est exactement le type de soin qui s'inspire des enseignements des auteurs de la modernité, mais qui n'arrive pas toujours à ses fins étant donné que le patient, quant à lui, s'inscrit dans une temporalité toute autre. Le projet doit être choisi avec précaution, en discutant avec le patient pour voir quelles sont ses envies, ses désirs. Dans la mesure du possible l'équipe soignante doit aider le patient à choisir un projet qui ne soit pas totalement irréalisable, en tenant compte de la pathologie du patient : souvent les équipes soignantes insistent pour trouver un projet, et forcent la main du patient dans sa prise de décision.⁷

Nous avons eu la chance d'aller en stage au Centre Hospitalier Neurologique William Lennox, à Ottignies, où la notion de projet est sans cesse au bout de toutes les lèvres.

⁷ N. MARQUIS, Colloque Lantéri-Laura : *La clinique à l'épreuve du contemporain* 16 février 2018. (Document non encore publié, obtenu auprès de l'auteur).

Dans ce contexte, le projet prend une tournure différente par rapport à l'environnement psychiatrique. En effet, il est souvent question de revalidation par suite d'un AVC ou à cause de crises épileptiques. Le projet vise donc à apprendre à vivre avec la maladie, et à essayer de se percevoir comme le sujet que l'on est après avoir perdu ce qui pouvait nous sembler être normal, automatique, comme par exemple l'usage des jambes ou de la mémoire. Chez les enfants, c'est encore différent car il faut apporter une revalidation tout en aidant l'enfant à se construire et à se développer le mieux possible, vu que son cerveau n'est pas encore tout à fait à maturité.

Il y a différentes temporalités en jeu, mais l'idée de projet prend plus de sens en revalidation car souvent le patient est demandeur. Si le patient est demandeur du projet, son action sera portée par le désir d'accomplir ce projet. En psychiatrie, le patient n'est pas toujours libre de son projet : la nature bonne ou mauvaise du projet est déterminée par l'institution, et nous verrons cela dans notre chapitre III. En neurologie, le patient a perdu quelque chose, et le projet se calcule souvent en termes de revalidation : on peut penser un projet qui puisse lui permettre de récupérer même si partiellement l'usage des bras et des jambes, en faisant des séances de kinésithérapie et d'ergothérapie tout en lui permettant de faire des séances de logopédie pour lui permettre de mettre en acte ce qu'il a appris à refaire grâce à la kinésithérapie. Le but étant, à la fin du séjour, d'être le plus autonome possible. Le projet en psychiatrie et en neurologie concorde sur ce point : l'autonomie doit être apprise, ou redonnée au patient. De plus le projet est souvent discuté entre les parents, les enfants et l'équipe, ou entre l'équipe, la famille et l'adulte, ce qui facilite la mise en place d'un projet commun⁸.

A ce stade, il nous semble important de marquer une précision : en aucun cas nous ne portons un discrédit total sur les pratiques psychiatriques que nous analysons, et plus particulièrement sur le projet. Bien au contraire : nous reconnaissons au projet une évidente utilité pour certains patients, qui arrivent à s'en sortir et à s'en tenir à leurs projets de vie. En revanche, nous posons effectivement la question de l'universalisation souhaitable ou non, du projet pour tous les patients psychiatriques dans la mesure où certaines pathologies ont précisément du mal à pouvoir se projeter en avant. De même, nous interrogeons l'utilité du projet lorsque ce projet est imposé au patient, mais aussi l'utilité du projet dans une temporalité de l'instantanéité, où le futur semble loin, et déconnecté de l'instant. C'est dans ce cadre que nous parlons de

⁸ Même si parfois la famille peut faire interférence, et créer des malaises entre l'équipe et le patient, qu'il soit mineur ou non (nous pensons par exemple à des cas où l'autonomie de la personne adulte est tellement basse qu'il est nécessaire de recourir à la famille ou l'administration des biens ou de la personne).

crise du projet. Quelle est la place de la prise de décision dans ces différents cas de figure ? Comment la conjuguer avec la temporalité du patient et de l'équipe soignante ?

I. Instantanéité : analyse de la temporalité actuelle et de ses enjeux

La question de l'interaction entre les différents types de temporalités et l'influence de cette interaction sur le sujet est l'un des points centraux dans notre mémoire. A ce stade, nous allons tout d'abord observer comment un changement de temporalité qui s'est opéré il y a une vingtaine d'années a pu faire évoluer de manière drastique notre manière de nous rapporter au monde, et les conséquences que cela a eu sur la psychiatrie et plus particulièrement autour de la notion de projet.

Stanghellini et Muscelli se sont penchés sur cette question du changement de temporalité, ce qui l'a causé et ses conséquences sociétales. A partir de ces conséquences, nous allons dresser un portrait de la temporalité actuelle, qui nous permettra d'argumenter pourquoi le projet en psychiatrie est mis à mal dans certains cas. Etant eux-mêmes psychiatres, la vision qu'ils ont de la temporalité est fortement marquée par la psychiatrie, ce qui nous semble être une plus-value. En effet, un certain type de démarche philosophique éloignée, entre autres, de la réalité médicale, ne nous semble pas appropriée.

Instantanéité : culture et psychopathologie de la temporalité contemporaine, écrit par Cristian Muscelli, philosophe et psychologue et Giovanni Stanghellini, psychiatre et président de l'assemblée Philosophie et Psychiatrie de l'Association Psychiatrique Européenne, nous informe de ce que le temps peut nous apprendre de nous-mêmes et de notre société. En faisant un historique de l'étude de la temporalité de la modernité à nos jours, les auteurs montrent comment nous sommes passés, pour caractériser cette temporalité, d'un paradigme de l'accélération à un paradigme de l'instantanéité, concept qui va nous suivre tout au long du mémoire.⁹

L'instantanéité n'est compréhensible qu'à travers le concept d'instant. Ce dernier est a été très fortement étudié en philosophie et continue de l'être actuellement, même s'il a subi quelques mutations. En effet, chez St Augustin dans *Les Confessions*¹⁰, l'instant est défini comme ce qui « n'est plus qu'interruption du temps, rupture de la durée ; c'est par là que toutes les connexions narratives se trouvent altérées. »¹¹. Ce renouveau est principalement nourri par une influence moderne et post-moderne, et se saisit à travers l'analyse du capitalisme, de la mondialisation et de leurs conséquences respectives mais pas uniquement. En effet, le renouveau apporte un regard interdisciplinaire extrêmement intéressant sur le temps : sociologie, communication et

⁹ Notons que nous avons effectué la traduction de tous les extraits présentés dans le mémoire, car le texte n'est pas encore traduit en français.

¹⁰ S. AUGUSTIN, *Les Confessions*, Paris, Flammarion, 1993.

¹¹ C. MARIN, N. ZACCAÏ-REYNEERS, *Souffrance et douleur : autour de Paul Ricoeur*, Paris, PUF, 2013, p.22.

histoire se mêlent sans difficultés aux discussions philosophiques et éthiques, pour élaborer un concept qui se veut le plus complet possible. Le temps, et plus particulièrement l'instant, sont abordés comme étant les protagonistes silencieux de notre vie, en insufflant des cadres d'où découlent des manières d'être au monde sans que nous ne nous en rendions forcément compte.

Si la temporalité change, le monde se reconfigure. Et les institutions psychiatriques, par exemple, ont effectivement énormément changé au cours de ces dernières années, à la fois sur le plan du soin et de la temporalité qui y est prônée. Nous sommes actuellement dans une époque où le système asilaire est condamné pour son manque d'humanité, cependant nous ne sommes pas davantage dans un système de la guérison à tout prix. Les institutions, contrairement aux asiles, vont tenter d'amener le patient à réintégrer la vie en société, et ce dans une reconnaissance totale des limites de la guérison. En effet, guérir d'une maladie psychique est assez rare, car elle comporte des phases de crises récurrentes. Nous sommes alors dans un système soignant du vivre-avec la maladie : on apprend au patient à vivre avec ses symptômes. Ce système est souvent porté par un projet thérapeutique, négocié entre les soignants et le soigné, où il est question de rendre la plus grande autonomie possible au patient.

I.1. Les différentes figures de l'instantanéité

Muscelli et Stanghellini analysent le lien entre *ethos* contemporain et pathologie mentale sous l'angle de l'illumination réciproque :

« La boussole qui guidera cette recherche est la notion de temporalité : la manière dont le temps est vécu et conceptualisé sera pris comme la figure du monde qui s'exprime tantôt dans la pathologie, tantôt dans la norme sociale et culturelle. »¹²

Les auteurs veulent décrire la pathologie mentale à travers le prisme de la temporalité qui selon eux peut être soit sociale, et donc dictée par les normes culturelles, soit dictées par la pathologie dont souffre le patient. Nous examinerons cette seconde dynamique de temporalité dans le deuxième chapitre du présent mémoire. Gardons à l'esprit que la temporalité est ce par quoi le monde s'exprime. C'est la même chose pour le projet : le projet est dicté par la société, par les normes culturelles, mais peut aussi être dicté par une certaine temporalité.

En effet, le projet est une technique de soin qui est apparue il y a un peu moins d'une vingtaine d'année en psychiatrie. Cette technique de soin est fortement influencée par la société dans laquelle elle se trouve mais aussi par la temporalité, elle-même influencée par la société, comme nous l'a appris le concept de *figure du monde* que la

¹² C. MUSCELLI, G. STANGHELLINI, *ibid.*, p.9.

précédente citation évoque. Le projet se met en place lorsqu'un patient entre en institution psychiatrique, où il est supposé créer un plan d'action qu'il va devoir suivre activement. Cet objectif suppose que le patient soit capable et ait envie d'agir, mais aussi qu'il vive une temporalité lui permettant de se projeter, ce qui ne va pas de soi.

Cependant, la temporalité du patient n'est pas la seule temporalité à laquelle il faut penser dans le cadre de notre questionnement sur le projet et sa potentielle viabilité pour tous les patients en psychiatrie. Il y a aussi la temporalité de la société à prendre en compte, et la temporalité de l'équipe soignante. Retenons donc qu'il y a trois temporalités qui vont s'affronter, chacune porteuse de sens, de règles et de valeurs.

Prioritairement, opérons un focus sur la temporalité de la société. « S'orienter dans le temps, c'est s'orienter dans l'existence »¹³ : la temporalité change, la culture et notre manière d'agir aussi. La culture contemporaine est marquée par l'instantanéité, mais cela n'a pas toujours été le cas. Historiquement nous sommes passés d'un paradigme temporel de la vitesse, d'accélération, qui était le propre de la modernité, à celui de l'instantanéité. Dès lors, afin de saisir au mieux la teneur de la temporalité de la société, penchons-nous sur les notions d'instant et d'instantanéité.

I.1.1. L'instantanéité et la métamorphose anthropologique

L'instantanéité possède principalement deux particularités : « la présence à distance et la simultanéité »¹⁴. La présence à distance est l'acte d'être présent virtuellement malgré la distance géographique, et la simultanéité est la capacité de faire advenir plusieurs choses au même moment. Nous pouvons penser, par exemple, à Skype, une application qui permet de faire des vidéo-conférences, et où chacun peut interagir simultanément.

La présence à distance et la simultanéité ont eu selon les auteurs une conséquence importante :

« Ce passage a coïncidé avec une métamorphose anthropologique¹⁵ radicale, qui va de pairs avec celle psychopathologique, connotée par le phénomène du présentisme, c'est-à-dire par une éthique de l'instant qui se fatigue à effacer le passé et le futur ».¹⁶

La métamorphose anthropologique de la temporalité modifie la manière dont l'être humain vit, entre en relation, mais aussi tombe malade. Lorsque Pier Paolo Pasolini a conçu ce concept de mutation anthropologique, il n'avait pas encore conscience du fait

¹³ *Ibid.*, p.10.

¹⁴ *Ibid.*, p.10.

¹⁵ L'expression métamorphose anthropologique dérive du concept de Pier Paolo Pasolini de mutation anthropologique. La mutation anthropologique est celle de la temporalité qui, ayant subi de profondes mutations, fait muter également l'individu et les relations.

¹⁶ *Ibid.*, p.10.

que ce qu'il avait prévu pour l'Italie allait en réalité se généraliser, à cause de la globalisation. Cette métamorphose anthropologique, c'est cette trame d'existence où l'instantanéité domine, surgit sans cesse, et requiert que chacun puisse être autonome et proactif, étant donné qu'il faut faire face à un instant surgissant constamment.

Par exemple, l'analyse du livre de développement personnel faite par Nicolas Marquis¹⁷ dévoile ce type de comportement. La temporalité de l'instantané dans la recherche du bonheur semble vouloir effacer le passé et le futur pour se concentrer sur l'instant : la métamorphose anthropologique ici en question a amené l'être humain à vouloir trouver les réponses immédiatement et de manière autonome, ce que le livre de développement personnel permet de faire. Nous devons travailler sur nous-mêmes, prendre en main notre vie, faire des exercices quotidiens pour trouver le sacre Saint Graal de l'instantanéité : le bonheur.

Une telle métamorphose anthropologique n'est possible que grâce à une métamorphose profonde de la structure temporelle. Nous sommes habitués à penser le temps sous forme linéaire, avec le passé, le présent et le futur qui se succèdent et tendent vers un horizon. Cette trame sera mise à mal par la structure de l'instantanéité, dont nous connaissons désormais les caractéristiques générales mais dont l'architecture sous-jacente reste encore à préciser.

I.1.2. La figure de la toile ou la rupture avec la linéarité et le cadre.

Le temps linéaire appartenait à la modernité, avec un accent porté sur le futur. Pourtant avec l'avènement de l'instantanéité, ce type de conception ne correspond plus à la réalité. Cette mutation de structure engendre un rythme différent, où l'on est constamment la proie de requêtes auxquelles il faut répondre. L'instantanéité, surgissant constamment et de ce fait même rendant le temps fragmenté, pousse les auteurs à s'inspirer d'une autre forme temporelle : le temps en pointillés (*puntillistico*), pensé par Mafessoli mais aussi Anders ou Bauman¹⁸.

« Chaque moment est représenté et vécu comme un point, et le temps dans son ensemble est distingué par des cassures et des discontinuités, par des ruptures de lien. C'est un temps qui manque de continuité, de cohérence et de cohésion : le temps en pointillés est fracturé en un

¹⁷ N. MARQUIS, *Du bien-être au marché du malaise, la société du développement personnel*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015.

¹⁸ Michel Mafessoli, Günther Anders et Zygmunt Bauman.

nombre infini d'« instants éternels », d'événements donc qui sont fermés sur eux-mêmes et qui n'ont aucun rapport avec les autres événements. »¹⁹

L'image du point est intéressante car elle met en valeur deux éléments : l'instant est sans dimension (géométriquement parlant, le point n'a aucune dimension) mais il est plein de possibilités, de promesses et de potentialités. C'est pour cette raison que le temps linéaire n'arrive pas à suivre son cours : l'instant sous forme de point est à ce point empli de promesses qu'il est trop lourd et dans un temps linéaire il faudrait porter attention à tous les points qui se suivent, or cette exigence n'a pas de sens selon les auteurs italiens.

Nous ne sommes plus dans une logique de conservation, donc de passage d'une période à l'autre, mais bien dans une logique de substitution : nous passons d'un point à un autre, en sautant de point en point. Le passé et le futur n'ont donc pas leur place dans cette temporalité, étant donné que la promesse qui sous-tend chaque point est celle d'une renaissance, où l'on peut changer du tout au tout en une fraction de seconde.

La particularité du temps en forme de pointillés est qu'il ne permet pas de stabiliser les événements, car nous ne prenons plus le temps de penser rétrospectivement l'instant. Le point ne prépare pas le point suivant, et donc il ne le justifie pas davantage, alors que le temps linéaire prépare et ensuite justifie l'avènement d'un moment au présent.

Cependant, l'idée de Mafessoli, Anders ou Bauman du temps comme point ne reflète pas exactement ce que pensent Stanghellini et Muscelli par rapport à cette nouvelle temporalité de l'instant :

« L'idée de Bauman d'un temps qui est tel une myriade de points n'insiste pas suffisamment sur le fait qu'il y a des liens entre ces points, et qu'une partie de la potentialité infinie de la myriade de points réside dans le nombre élevé de liens possibles. »²⁰

Sans doute influencés par la technologie toujours plus présente et par l'importance exponentielle qu'acquiert internet dans nos vies actuellement, Stanghellini et Muscelli proposent alors de prendre comme image de référence pour l'instantanéité la toile.

¹⁹ G. STANGHELLINI, C. MUSCELLI, *ibid.*, p.100.

²⁰ *Ibid.*, p.101.

Cette structure rend l'idée de la simultanéité et de l'instantanéité qui sont les bases de notre temporalité actuelle.

Les instants s'enchevêtrent dans la toile, mais nous ne pouvons y distinguer ni le début ni la fin. Or, un problème survient dans le terme de l'immédiateté,

« c'est-à-dire l'absence de médiation : nous voulons le rapport avec le présent substantiellement immédiat, c'est-à-dire sans aucune articulation explicite, réflexive entre présent, passé et futur. L'immédiateté est l'absence d'historicisation du moment présent, et absence de cadre narratif. »²¹

L'absence d'historicisation du moment présent est dû à la charge importante de chaque promesse contenue dans chaque point présent dans la toile. En effet, le propre du point est qu'il contient en lui-même une promesse de renaissance, donnée qui tend à empêcher de penser sur le long terme. L'instant surgit constamment, tel un point, et il porte en lui-même le message latent de nouvelles possibilités, de nouveaux espoirs, et l'immédiateté empêche la mise en place d'une structure où tout est articulé explicitement. Fatalement, cette dynamique interdit une historicisation telle que nous pouvions la trouver dans la structure linéaire du temps. Cela va nous amener à une considération personnelle sur deux structures qui nous semblent opposées : la toile et le cadre.

A notre avis, d'un point de vue esthétique, la toile et le cadre s'entrechoquent. Le cadre est délimité et contraignant car il nous oblige à rester à l'intérieur de lui. Il est difficile, voire impossible d'y échapper, et si on y échappe, cela ne peut se faire que par la violence : sortir d'un cadre implique sortir de ses valeurs, de ses limites et donc de les violer. Contrairement au cadre, la toile n'impose pas de vision particulière. Elle est composée d'une infinité de présences, une infinité d'instant, de points. C'est pour cela qu'il n'y a aucune articulation prédéfinie, et pourtant le tout tient. Là où le cadre essaye de nous faire penser qu'en dehors de lui, tout est chaos invivable, la toile existe et fait exister la vie dans son chaos calme²². La toile de l'instantanéité saute d'un instant à l'autre, et pourtant la vie y court toujours, même sans linéarité ou cadre.

Passer d'une temporalité linéaire à une temporalité de la toile présente un certain nombre de conséquences, d'un point de vue philosophique, sociologique, éthique mais aussi médical, car les maladies sont très fortement orientées par le contexte dans lequel elles se trouvent.²³ C'est pour cette raison que nous allons illustrer cette thèse en

²¹ *Ibid.*, p.13.

²² Expression que nous prenons de *Chaos Calme*, de Sandro Veronesi

²³ Les maladies psychiques peuvent être orientées par le contexte culturel dans lequel elles se trouvent, ou même naître de ce même contexte. Par exemple, au XIX siècle, il y avait des manières de faire très rigides et prudes, qui ont donné naissance aux névroses de défense ou de transfert. Freud disait que le

observant comment Stanghellini et Muscelli illustrent la différence entre les maladies mentales présentes en modernité et les maladies mentales contemporaines, dans la temporalité de l'instant.

Stanghellini et Muscelli se basent sur les émotions qui caractérisent le plus d'une part la temporalité de l'instant, et d'autre part la temporalité de la modernité. Selon leur point de vue, la modernité était caractérisée par deux émotions : l'anxiété et la hâte. Ces deux émotions sont fondamentalement tournées vers le futur : il y a une anticipation en leur cœur, une angoisse. Ce diagnostic amène les auteurs à soutenir que la temporalité orientée vers le futur crée des pathologies qui évoluent sous le mode de la souffrance (*sofferenza*), là où l'instantanéité en crée plutôt sous le mode de l'intolérance (*insofferenza*), car les pathologies qui en découlent sont caractéristiques du triomphe de l'ici-et-maintenant, avec un présent qui ne connaît ni passé ni futur, mais surtout avec un présent qui, à proprement parler, n'est même plus présent, mais bien instant. L'intolérance est donc le fruit de ce triomphe tyrannique de l'instant.

A cause du triomphe de l'instantanéité, et du fait de vouloir tout ici et maintenant, nous sommes de plus en plus intolérants face aux phénomènes que nous pouvons vivre au quotidien : nous ne supportons plus la lenteur du bus, la lenteur de la dame âgée qui marche devant nous, la lenteur du colis que nous avons commandé la veille, la lenteur de la création de nouvelles relations sociales. Nous voulons tout immédiatement.

Comment avons-nous pu passer de la temporalité de l'accélération à la temporalité de l'instant ? Quel a été le moteur de ce changement ? Concentrons-nous maintenant sur la question du temps et plus particulièrement du temps vécu, pour cerner les enjeux du changement de temporalité et ses différentes conséquences.

I.1.3. Le temps vécu : du présent à l'instant.

Dans le livre *La montagne enchantée* de Thomas Mann²⁴, le résident d'un centre de soins psychiatriques se rend compte que l'unité minimale de temps que ressentent les patients du centre dure un mois. « Dans la clinique Berghof, le « moment » présent dure un mois entier. »²⁵ Et cette découverte n'est clairement pas anecdotique car pour comprendre le roman et comprendre ce qui se passe dans la clinique, il faut comprendre comment le temps s'écoule là-bas. Les unités de perception du temps et de son écoulement nous semblent aller de soi et être universellement partagées, mais

symptôme était un compromis entre la satisfaction d'un désir interdit (par le contexte sociétal, avec ses normes, ses valeurs etc.) et sa répression : le symptôme dit quelque chose de la société. C'est pour cela qu'il est indispensable de faire une analyse des différentes temporalités en jeu dans une société donnée : pour être sûrs de ne pas passer à côté d'une explication de la maladie.

²⁴ T. MANN, *La montagne enchantée*, Paris, Le livre de Poche, 1991.

²⁵ *Ibid.*, p.21.

l'exemple de la clinique Berghof montre le contraire. Le moment est construit culturellement.

Pourtant, « le temps ne peut être pensé comme étant un ensemble composé de pièces simples »²⁶ Nous devons donc chercher l'unité minimale temporelle, c'est-à-dire l'instant, pour comprendre ce qu'il est réellement. Aristote dans la *Physique* parle de l'instant comme la plus petite unité temporelle, mais le souci est qu'on ne peut pas l'insérer dans le flux du temps : l'instant est toujours déjà passé et doit toujours déjà arriver, et dès que l'on pense le flux temporel, l'instant disparaît :

« L'unité minime de temps amène au paradoxe selon lequel celle-ci ne peut être pensée qu'en dehors de ce même temps. On dirait que l'on nous impose une alternative dans la pensée du temps : soit les pièces, soit le tout (*l'intero*). »²⁷

En plus d'être énigmatique, le temps semble être à la fois un phénomène qui se donne à la conscience, et en même temps un élément structurant de la conscience.²⁸ Nous pouvons penser le temps et les choses, mais c'est le temps qui nous permet de pouvoir configurer cette appréhension. Stanghellini et Muscelli parlent de *temps vécu* :

« L'existence, unique et individuelle, peut être comprise seulement en termes de temporalité ; naturellement nous ne sommes pas en train de parler du temps compris comme étant uniquement ce phénomène empirique qui a à faire avec le mouvement des corps célestes ou avec les mesures des horloges. Le temps auquel nous nous référons est mieux compris comme *temps vécu*. »²⁹

Nous mettrons cette définition du temps vécu en lien avec celle de Minkowski : le temps vécu est celui qui ne peut se limiter à une succession de moments ou d'images. C'est une masse fluide et omniprésente, qui pourtant change selon la temporalité dans laquelle il est inscrit. Le temps vécu dans une temporalité de l'accélération est fondamentalement différent d'un temps vécu dans la temporalité de l'instantanéité.

En étant constamment dans le temps vécu, notre identité ne peut qu'être forgée par notre expérience au temps.

« La nécessité de transformer, de restructurer le temps dans lequel se donnent et s'organisent les contenus de la conscience est tout autre que spéculative, et elle devient essentielle dans le cas où on doit prendre soin de soi-même car la temporalité est le moment constituant des vécus. »³⁰

La conscience est de nature temporelle car nous pouvons anticiper, modifier ou nous souvenir d'un moment. Cela est essentiel pour vivre dans une temporalité saine, c'est-à-dire une temporalité qui laisse la même place au passé, au présent et au futur, sans

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Cette proposition renvoie aux propositions du tournant de l'idéalisme transcendantal.

²⁹ *Ibid.*, p.22.

³⁰ *Ibid.*

qu'aucun n'empiète sur l'autre, tout en s'influçant mutuellement. C'est dans cette optique que Stanghellini et Muscelli font un lien avec Husserl : le temps subjectif et le temps objectif ne sont pas suffisants pour parler du temps : il faut aussi parler du niveau de la conscience interne du temps. C'est ce point qui fait la différence entre le temps subjectif et le temps vécu : la conscience interne du temps. Nous devons avoir la conscience de quelque chose qui se passe, autrement dit le *temps vécu* de Minkowski, ou la durée de Bergson. On peut ajouter à ces données la dimension narrative du temps amenée par Ricoeur. Le « temps narré » de Ricoeur est ce qui lie le temps phénoménologique et le temps physique, qui n'est autre que l'écoulement de temps, c'est-à-dire que la possibilité même de pouvoir raconter le temps nous permet d'être dans un temps vécu.

Or, selon Ricoeur, la narration est ce qui nous permet d'avoir une histoire, mais permet aussi l'Histoire. L'Histoire est ce qui nous permet de penser le temps, de le réfléchir, de l'analyser. Dans une optique d'analyse du temps, il nous est donc impossible de faire l'impasse sur cette histoire et ce qu'elle peut nous enseigner quant à notre propos.

I.2. Histoire et temporalité : la place du présent

Nous devons insister sur la dimension historique et sur le contexte social, qui créent tout deux l'identité de l'individu³¹. Pour comprendre cela, nous devons nous focaliser sur ce que les auteurs ont nommé *la tyrannie du présent* et qui renvoie au présentisme de Hartog³². Ce dernier a en effet parlé de deux niveaux de temporalité au sein de son « régime d'historicité » : celui de l'histoire, avec ses faits, et celui de l'historiographie, qui n'est autre que la narration des faits. Le régime d'historicité est ce qui permet d'avoir conscience du passé et d'avoir conscience que nous faisons partie d'un temps bien déterminé. Or ce régime d'historicité est maintenant marqué par une forte importance du présent, qu'Hartog appelle le présentisme : « c'est la tendance à étendre le présent, en faisant en sorte que le présent domine sur le passé et futur, le présent devient omniprésent. »³³ Cet état de fait est très récent car le vingtième siècle était plutôt dans une optique futuriste, il faut attendre les années 1980 et 1990 pour voir cette tendance s'inverser.

Les auteurs italiens s'inspirent de disciplines différentes pour étayer leur propos à ce sujet : Hartog, Fuchs, Durkheim... mais aussi Augé³⁴, qui parle quant à lui d'idéologie du présent. L'homme actuel n'est plus historique dans la mesure où il n'arrive plus à

³¹ Cela est à mettre en lien avec ce que nous dirons à partir de Thomas Fuchs.

³² François Hartog est historien, directeur d'études à l'EHESS.

³³ *Ibid.*, p.47.

³⁴ Marc Augé, ancien président de l'Ecole des hautes études en sciences sociales et anthropologue.

se penser lui-même dans l'histoire : il se pense uniquement à partir de son présent, qui ne détient aucune responsabilité ni pour le passé, ni pour le futur. Le présent pétrifie l'individu : il ne peut se penser qu'à partir du présent et le futur semble dès lors intouchable. Le but de ce genre de temporalité est d'immédiatement consigner le présent dans le passé, de la manière la plus prompte possible. Dans cette optique, le passé, disent Stanghellini et Muscelli, ne prépare pas le futur mais veut passer directement au passé, et entrer donc dans l'histoire.

Ces réflexions s'avèrent très éclairantes sur notre temporalité actuelle. Augé et Hartog pointent d'une manière différente l'importance du présent dans la société actuelle, au sein de laquelle l'individu est soumis aux sables mouvants du temps, dans la mesure où il est très difficile d'y échapper. Que ce soit avec le concept de tyrannie du présent ou de l'idéologie du présent, l'issue est claire : le présent prend toute la place. Ce n'est que grâce à ce type de temporalité que peut prendre vie la temporalité de l'instantanéité. Les codes de l'instantanéité, dont la figure en toile, sont tributaires d'un présent omniprésent.

Cette analyse du rapport entre histoire, société et individus, nous permet de tenir pour acquis que l'histoire change, et avec elle notre manière de nous percevoir dans le monde temporel. Mais ces changements ne vont parfois pas sans mal pour l'individu, et ces difficultés peuvent amener à des problèmes psychiatriques. Nous pouvons citer, par exemple, le sentiment de perte de racines et d'appartenance, ou le sentiment de tout faire dans le vide, d'être trop pris dans le présent et en être dépassé : dépression et burnout ne sont pas les « maux du siècle » pour rien.

De plus, si nous nous inspirons d'Hämäläinen, une des clés explicatives du burnout ou de la dépression est qu'après la deuxième guerre mondiale nous nous sommes focalisés sur les capacités³⁵, concept créé par Amartya Sen et dont le but est de se sortir de l'horreur de la guerre, et plus particulièrement des injustices que l'on constate à l'époque, comme la pauvreté, l'accès aux études ou au travail, mais aussi l'accès aux soins de santé pour tout le monde. Pourtant, dans les années 1980-1990 (cette même période qui connaît la naissance de l'instantanéité selon Stanghellini et Muscelli), nous nous rendons compte que les capacités ne sont pas suffisantes à notre bonheur, car de plus en plus de cas de dépression voient le jour, alors même que la majorité des besoins primaires sont satisfaits. Comment expliquer ce paradoxe ? Avec la prospérité

³⁵ Les capacités, concept créé par Sen et repris par Martha Nussbaum, est un concept qui consiste à dire que les individus peuvent choisir les biens qu'ils veulent atteindre et peuvent avoir la possibilité de l'atteindre. Cela est pensé dans le but d'augmenter le bonheur humain et la justice sociale. La grande différence entre Amartya Sen et Martha Nussbaum est que Nussbaum donne une liste de capacités, là où Amartya Sen laisse libre à chacun de pouvoir choisir quels sont les éléments qui pourraient augmenter leur bonheur.

grandissante, mais aussi avec la libéralisation et la mondialisation du marché, nous avons créé deux problèmes qui concernent la gestion de l'existence et la santé mentale : les individus souffrent du fait qu'ils ont trop de choix, mais aussi qu'ils doivent choisir vite.

En effet, l'instantanéité oblige à une prise de décision rapide dans un contexte qui comporte, cependant, des résidus d'une temporalité de l'accélération, et donc linéaire. Nous ne pouvons pas simplement nous laisser vivre dans l'instant, puisqu'il surgit constamment. Il faut savoir ce que l'on veut faire de notre vie, mais aussi plus simplement ce que nous allons faire ce soir, ou demain soir. Il faut toujours prendre une décision, agir, et l'individu n'est pas forcément capable de faire cela. Il lui faut des temps de pause, des temps d'ennui et des temps de désir. Sans ennui et sans désir, comment poser un choix, et surtout comment peut-on choisir alors que les possibilités de choix sont si vastes ? Qu'allons-nous faire ce soir ? Aller au sport ? Voir des amis ? Voir notre copain ? Voir la famille ? Aller au cinéma ? Travailler ce mémoire ? Voir le nouvel épisode de telle série ? Tout nous semble aller excessivement vite, et pour cause : la temporalité de l'instantanéité ne laisse presque plus de temps morts temps mort entre les divers éléments qui composent notre existence.

L'instantanéité poussée à l'extrême a comme maxime « la vitesse est une fin en soi » (*La velocità è fine a se stessa*)³⁶, car il faut non seulement que tout aille vite, mais aussi que ce soit un but en tant que tel. Il n'y a pas de destination, comme nous le prouve la figure de la toile. Donc il n'y a pas de futur. C'est donc un *Carpe Diem* instantané, qui se ferme complètement au futur. Nous sommes constamment impatients et préoccupés par l'instant. « L'instabilité, l'être continuellement au bord du changement, c'est la condition existentielle la plus évidente aujourd'hui »³⁷.

Le burnout, par exemple, est le symbole de cette instabilité. Nous nous devons d'être performants, de réussir dans ce que nous entreprenons, dans notre vie personnelle aussi, tout en sachant que nous pouvons perdre notre travail d'un jour à l'autre à cause des changements perpétuels dans le monde du travail et dans le cocon familial. L'attente sereine d'un équilibre des choses qui s'instaure de lui-même a disparu, la possibilité que les choses se stabilisent également, et avec elle l'option d'essayer de résoudre un problème dans le temps : si quelque chose se brise, il faut le remplacer.

³⁶ *Ibid.*, p.50

³⁷ *Ibid.*, p.53

Que ce soit dans une relation d'entreprise ou une relation de couple, personne n'est à l'abris de ce changement.

La particularité de l'instant est qu'il n'a ni histoire, ni cause : il est précédé et suivi d'instant, tous aussi insignifiants les uns que les autres³⁸. Nous pouvons vivre le présent comme ce qui va rester, comme un témoignage donc, qui laisse une trace, ou comme instant sans valeur, sans consistance. Et la postmodernité penche vers la deuxième option : l'instantanéité. L'instant étant vide, il n'y a rien de permanent qui peut s'y construire.

Stanghellini et Muscelli disent que le fait de tomber dans une temporalité à dimension instantanée peut arriver à n'importe qui à n'importe quel moment de l'histoire. C'est d'ailleurs ce qui est véritablement en jeu ici et que Pasolini exprime dans une lettre à Italo Calvino : la mutation anthropologique, qui fait que l'instantanéité est devenue une structure donneuse de sens.

Cette structure temporelle a une conséquence : l'illusion que nous vivons dans le meilleur présent possible créée par les promesses contenues dans chaque instant, et que cette réalité ne doit pas être changée. Nous essayons d'annuler le temps,

« en réalisant une fausse éternité qui coïncide avec le présent, avec l'instant, c'est-à-dire le nul temporel, justement car les instants sont tous égaux, interchangeable et on ne ressent pas la différence entre ce qui est, ce qui a été et ce qui sera. »³⁹

Nous vivons chaque moment comme étant identique au précédent non pas en termes de contenu mais en termes de structure. Et pourtant il y a un paradoxe : chaque moment est le même que le précédent mais est plein d'attentes (*aspettative*) pour un futur qui ne peut arriver car il est délogé par l'instant suivant. « En d'autres termes, l'instant est vécu comme une promesse qui ne peut se transformer en expérience. »⁴⁰ L'expérience peut s'étendre dans le temps, elle a une durée, et peut être racontée : dans l'instantanéité, malgré l'attente, cette possibilité est réduite à néant car l'attente elle-même est vide et sans durée. C'est précisément cette impossibilité qui va poser problème dans la capacité même de désirer.

Le processus historique de l'avènement de l'instantanéité est d'une importance capitale pour comprendre sa structure. En effet, avec la modernité nous étions à l'ère de la rapidité⁴¹. Grâce à la technique nous avançons et le temps est synonyme de progrès. Mais la postmodernité va plus loin : si la modernité pouvait réduire le temps

³⁸ Car n'ayant pas de valeur.

³⁹ *Ibid.*, p.11.

⁴⁰ *Ibid.*, p.11.

⁴¹ Voir entre autres H. ROSA, *Accélération : une critique sociale du temps*, Paris, Editions La Découverte, 2010.

grâce aux progrès techniques, par exemple dans la production d'un objet, elle ne peut pas annuler le temps. Or l'information et la communication, qui sont les clés de voûte de la postmodernité, peuvent abolir l'espace et annuler le temps car elles fonctionnent en temps réel. Nous l'évoquions précédemment : l'instantanéité se caractérise par la présence à distance et la simultanéité. Notre temporalité actuelle a perdu la linéarité qu'elle avait auparavant, elle a donc aussi perdu la capacité d'être racontée et d'être historicisée, de par sa brièveté. Nous avons, selon les auteurs, l'incroyable « illusion d'être contemporain aux événements », alors que nous sommes dans un monde et dans une temporalité de l'instant.

En effet, toujours selon les auteurs, l'instantanéité a pour conséquence de nous faire sentir contemporains aux événements, mais sans aucune possibilité de recul.

« La temporalité que nous retenons aujourd'hui comme étant juste est celle d'être contemporains (convaincus de la nécessité de l'être), et elle se traduit par l'impossibilité d'évaluer rétrospectivement ou d'anticiper les conséquences : il n'y a ni histoire, ni responsabilité pour l'histoire. »⁴²

C'est une autre manière de dire que nous ne sommes pas capables de nous vivre à l'intérieur d'une temporalité continue, c'est-à-dire avec un passé, qui influence le présent et ce dernier nous projette dans le futur. Reste à considérer, pour saisir le mécanisme de cette transition, ce qui a rendu impossible la vision linéaire du temps.

I.2.1. Raisons du changement de temporalité

La temporalité de l'instantanéité n'est pas arrivée du jour au lendemain : elle est la conséquence de plusieurs facteurs temporels et sociaux. Dès lors, il nous faut revenir préalablement sur la temporalité de l'accélération. Quel est le vécu du temps, et quels sont les sentiments qui y sont attachés ?

« Nous pourrions dire que le sentiment de désynchronisation qui angoisse le mélancolique est la forme paroxystique d'un motif de malaise aujourd'hui assez commun et transversal, qui caractérise la culture de l'accélération : la sensation de manque de temps. C'est une condition chronique qui apparemment n'a rien à voir avec la conscience de la fugacité du temps et de la caducité de la vie mondaine : simplement nous aimerions tous avoir plus de temps pour faire plus de choses. La perception du manque de temps se lie à la perception d'insuffisance par rapport aux activités à faire, aux tâches qu'il faut porter à terme. Une perception paradoxale, si nous considérons que les attentes de la vie se sont largement augmentées, que la technologie et les modèles de gestion des organisations ont connu un développement inimaginable il y a tout

⁴² C. MUSCELLI, G. STANGHELLINI, *ibid.*, p.13.

juste dix ans et que le temps a disposition de chacun pour les activités personnelles est lui aussi augmenté. Nous sommes devant un vrai syndrome. »⁴³

La temporalité de l'accélération est la temporalité d'une société qui, selon nous, grâce à des innovations technologiques toujours plus ambitieuses, cherche à gagner le plus de temps possible. En effet, au cœur de la culture de l'accélération, la technique permet à chacun de pouvoir gagner du temps. Aujourd'hui, les progrès de la technique ont d'ailleurs acquis une efficacité telle que la vitesse des interactions qu'elle permet nous précipite désormais dans l'ère de l'instantanéité. Nous commandons notre repas sur un site de livraison à domicile, pour faire un virement nous pouvons aller directement sur le site de la banque, etc. Et pourtant, jamais autant que maintenant nous sommes baignés dans la sensation de manque de temps. Cette sensation est directement liée aux occupations qui retiennent toute notre attention : les réseaux sociaux, les jeux-vidéos, la TV, les rendez-vous avec les amis ou la famille. Nous n'avons plus le temps de désirer, et de nous ennuyer. Pouvoir s'ennuyer est un luxe de nos jours, car il faut accepter de sortir de l'instant pour pouvoir le faire. Au-delà d'une question de confort, ne pas pouvoir s'abandonner à l'ennui peut aussi engendrer des pathologies mentales. De fait, l'impossibilité de faire coïncider sa propre temporalité avec l'instantanéité est commun à plusieurs pathologies mentales. Même si le *post festum*, c'est-à-dire la typologie de dépression qui est centrée sur la perte, ou sur ce qui s'est déjà produit, est toujours pertinent, il ne faut pas sous-estimer le fait que la dépression se transforme. En effet, selon Rossi Monti, il y a deux « constellations dépressives » : une première qui se focalise sur l'inhibition, la culpabilité, la persécution interne et le ralentissement, et une deuxième ayant en son cœur encore deux autres constellations : d'un côté rage, vide, solitude et dysphorie (plutôt borderline), de l'autre insuffisante, honte, vide, déception (plutôt narcissique).

« Les dépressions des personnes borderline et des personnes narcissiques ne se configurent pas comme des systèmes fermés, resserrés sur eux-mêmes (comme dans le cas extrême de l'arrêt mélancolique) mais elles se maintiennent dans des conditions de grande ouverture. Ce type de patients dépressifs vivent dans une condition qui rappelle une « fracture exposée, douloureuse, extrêmement sensible aux influences de l'environnement ». Pour cette raison, ce type de patient est toujours absorbé dans le présent. »⁴⁴

La dépression nouvelle ne se définit plus comme un sentiment de culpabilité par rapport à un événement du passé. Elle est centrée sur le présent, et n'a dès lors aucune racine dans le passé, ni de protention vers le futur. La culpabilité n'existe pas, et si elle

⁴³ *Ibid.*, p.113.

⁴⁴ *Ibid.*, p.114.

existe sa raison d'être est déportée sur l'Autre : la personne qui souffre d'une dépression aura tendance à s'identifier comme une victime, et ce qu'il y ait un persécuteur ou non. Selon les auteurs italiens, il n'y a pas vraiment de coupable, et « celui qui souffre assiste étonnés et impuissant à sa propre disgrâce, insensée et sans responsable. »⁴⁵ Il n'y a pas d'espoir car pas de perception du futur, ni davantage de passé car la maladie n'a pas d'origine identifiée. La toile de l'instantanéité garde en elle-même la recette de cette dépression, une configuration extrêmement complexe à assumer pour l'individu qui en souffre. Là où le mélancolique cherche une cause au mal qui le frappe dans le passé, et permet au malade de s'identifier à cet événement tragique qui le fait souffrir, la dépression nouvelle est inconsistante, changeante et mouvante.

Ce sont bien ces caractéristiques nouvelles de la dépression qui amènent, selon nous, les souffrants à soit se refermer sur soi-même, soit à se tourner vers les livres de développement personnel, dans lesquels l'auteur donne l'impression qu'il connaît notre souffrance, qu'il est à notre écoute et dispose de solutions pour pouvoir nous aider. Que ce soit par la communication non-violente ou par la résilience, le développement personnel est une tentative d'imposer un cadre dans la société de la toile.

Dans cette société de la toile, il faut rester fidèle à soi-même tout en étant ouverts au changement, qui est la base de l'instantanéité. Le moi est à conquérir tous les jours, continuellement, il est un dispositif anthropologique vulnérable car il se construit aussi en relation avec les autres, il ne se donne jamais par avance. Il se construit de manière historique, grâce au contexte dans lequel il vit, et il n'est jamais donné une fois pour toute, il est en construction permanente.

Les auteurs reprennent une citation d'Aristote : « il tempo è il numero dal movimento secondo il prima e il poi ». Nous la comprenons comme suit : l'homme est celui qui est capable de ressentir le moment entre l'avant et l'après, et capable aussi de mesurer cet entre-deux ou de le réduire grâce aux technologies ; la technologie n'étant pas forcément l'appareil numérique dernier cri, mais bien un outil quelconque, tel un cadran solaire.

L'homme est l'être capable de sentir le temps mais aussi de s'y mouvoir : il bouge à la fois dans le temps et dans l'espace, comme les animaux, mais ce qui le différencie de ces derniers c'est sa capacité à se mouvoir pour des raisons spécifiques, et non pas

⁴⁵ *Ibid.*, p.115.

uniquement par instinct. Une des caractéristiques qui le meut tout particulièrement est le désir (mais nous pensons aussi à l'ennui), qui est différent pour chacun de nous.

I.2.2. Histoire et instant, ou la perte de la conscience historique

Nous tenons désormais pour acquis que s'est opérée une transition de la temporalité de la rapidité à une temporalité de l'instant, dans les termes que nous avons évoqués. Pourtant, nous n'avons pas encore disséqué la temporalité dans ses spécificités propres. Nous allons désormais amorcer ce travail avec Stanghellini et Muscelli, qui mobilisent des auteurs venant d'horizons très différents, et expliciter le lien entre temporalité et société.

La temporalité humaine, selon Thomas Fuchs⁴⁶, c'est « la synchronisation avec les autres et avec le monde historico-social. »⁴⁷ Dans cette définition, l'accent est porté sur trois facteurs : les autres, l'histoire et la société. Ces trois éléments doivent être coordonnés pour pouvoir concevoir une temporalité fluide, c'est-à-dire capable de stabilité entre le passé, le présent et le futur. Or, dans l'instant, il est difficile de se synchroniser que ce soit avec les autres ou avec le monde, pour deux raisons principales : la première est que les hommes qui vivent dans l'instant sont tous dans une instantanéité différente, difficile donc de se synchroniser dans deux temporalités différentes. Les auteurs expliquent que les instants respectifs ne peuvent se rejoindre l'un l'autre car ils surgissent pour chacun d'une manière différente. La deuxième raison réside dans l'impossibilité de se synchroniser avec le monde historico-social, car il n'y a plus de conscience historique ou sociale, de par la structure en toile dans laquelle nous évoluons. En nous focalisant sur l'instant, nous perdons le passé, or c'est exactement ce qui crée le monde historico-social.

Comment fonder une histoire de l'instant, ou une société de l'instant, alors que celui-ci n'a ni un début ni une fin, et se présente comme une toile déconnectée ? Pour les auteurs, l'instant ne peut avoir ni de début ni de fin car il surgit, et au moment même où il surgit il n'est déjà plus là, remplacé par un autre instant. La question posée ne peut donc se résoudre que par un constat d'impossibilité, ceci expliquant non seulement les sentiments de solitude extrême que nous pouvons ressentir face à une dépression, alors que nous possédons énormément d'amis sur Facebook ou de followers sur Twitter et Instagram. Par extension, ce point ça peut aussi s'entendre en

⁴⁶ Thomas Fuchs, psychiatre et phénoménologue contemporain, professeur à l'Université de Heidelberg.

⁴⁷ *Ibid.*, p.20

terme d'implications politiques et permet de comprendre la montée dernièrement des groupes d'extrême-droite au pouvoir.

En effet, la conscience historique se perd, malgré les efforts réalisés par les musées, les historiens ou, plus directement, par les communautés frappées par les politiques racistes qui font œuvre de résistance de diverses manières. Ceci est tout particulièrement visible en Italie, avec les vagues de néo-fascisme perceptibles dans certaines franges du discours populaire, où, par exemple, l'on glorifie Mussolini car il a « aussi fait des choses bien ». Le souvenir de la souffrance et la violence endurées par le peuple italien s'est perdu, seules subsistent des réminiscences pragmatiques telles que « les trains étaient à l'heure quand il était au pouvoir ». Le fait que seuls ce type d'éléments, que nous pouvons qualifier de secondaires si on les positionne en regard d'un bilan global du dictateur italien subsistent, montre selon notre point de vue que le contexte historico-social s'est effrité, et que l'on retient uniquement des fragments de ce qui a pu se passer. Nous pouvons voir dans ce cas les germes du basculement de la temporalité de la vitesse à la temporalité de l'instant : si dans la temporalité de la vitesse, nous étions toujours orientés vers le futur, souvent sous-tendu par un idéal avec ses valeurs dans un contexte donné, comme par exemple le fascisme, dans la temporalité de l'instant nous nous focalisons sur des détails, des éléments pris hors contexte. Du coup les phrases telles que « les trains étaient à l'heure » prennent leur sens dans ce type de temporalité : nous nous focalisons sur un élément, pris hors contexte : guerre, censure, violence, tout cela passe à la trappe.

Posons-nous la question suivante : s'il n'y a plus ou presque plus de culture historique, si nous sommes constamment dans l'instant, et si nous n'arrivons plus à penser le présent dans son contexte, est-il encore possible d'élaborer un projet viable à l'échelle individuelle ? Or cette influence de l'instantanéité sur le rapport de l'individu à l'histoire et sa capacité à se projeter encore, déjà à l'œuvre parmi la masse des protagonistes « sains », est d'autant plus important si ce même individu est concerné par une maladie psychique grave qui affecte sa temporalité. Ce propos réprecise les trois dimensions problématiques à considérer dans le cadre de notre recherche sur l'efficacité du projet : celle, d'une part et en amont, du choc entre le soin dérivant de la temporalité de l'accélération, et donc orienté vers le futur avec la temporalité de l'instant, ensuite la temporalité occidentale centrée sur l'instant et des résidus de temporalité d'accélération, et enfin la temporalité altérée par la maladie psychique qui

doit, elle, interagir avec l'accélération (projet) et l'instantanéité (société). C'est les deux dernières dimensions qui vont retenir notre attention.

I.2.3. La temporalité propre de la maladie mentale par rapport à la temporalité de l'instantanéité

Il y a plusieurs moyens d'aborder ce sujet, car il y a plusieurs pathologies que nous pourrions choisir pour illustrer notre propos. Cependant nous retenons, comme Stanghellini et Muscelli, que la dépression et la mélancolie sont particulièrement aptes à exemplifier ce choc des temporalités.

En partant de l'analyse de George Miller Beard dans *American nervousness its causes and consequences*, nos auteurs montrent qu'il y a un lien entre le rythme de vie ou le temps vécu des personnes et leurs maladies psychiques. En d'autres termes, les maladies nerveuses sont considérées comme étant des maladies du temps vécu. Ehrenberg en 1999⁴⁸ décrit aussi les dépressions comme des pathologies du temps, car elles empêchent la personne qui en est atteinte de pouvoir entrer dans les normes de socialisation jugées normales à l'époque, c'est-à-dire qui promeuvent des valeurs comme « le projet, la motivation et la communication : la personne déprimée ne formule pas de projets, elle ne communique pas et n'est pas orientée vers le futur. »⁴⁹ Pour Ehrenberg, il n'y a pas que la dépression qui est une pathologie du temps, les maladies mentales sont le fruit de cette incapacité à tenir le rythme de la vie actuelle. La pathologie est une réaction à l'incapacité de répondre aux demandes du temps sociétal, c'est-à-dire contrôlé par la société.

Si l'on suit Ehrenberg donc, la dépression et la mélancolie sont perçues comme étant le trouble du temps vécu, étant donné qu'il n'y a pas la possibilité de pouvoir vivre le temps dans les normes imposées par la société⁵⁰. Concentrons-nous sur la mélancolie :

« La mélancolie est caractérisée par une modalité du vécu temporel dans lequel ce qui compte est déjà arrivé de manière irréversible. Dans cette pathologie, le temps se donne dans la forme du *post festum* (Kimura, 2005), c'est-à-dire de ce qui a déjà été, du présent comme éternelle répétition du passé et comme totale impossibilité du futur. La mélancolie est considérée comme étant la manifestation clinique d'un affaissement d'élan personnel (comme le soutient

⁴⁸ A. EHRENBURG, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacobs, collection Essais, 2000.

⁴⁹ G. STANGHELLINI, C. MUSCELLI, *ibid.*, p.110.

⁵⁰ Rapidité, avec le sourire, toujours prêt à prendre une décision etc.

Minkowski sur les traces de Bergson), de l'inhibition du devenir (Straus, 1966) ou enfin de la désynchronisation entre temps interne et temps du monde (Fuchs, 2005). »⁵¹

Dans ce paragraphe, nous pouvons déjà voir les germes de ce qui va poser un problème au niveau de la temporalité du sujet, mais aussi au niveau du projet. Nous proposons de comprendre le paragraphe de la façon suivante : le mélancolique a une temporalité biaisée par sa maladie, qui agit de telle sorte que le passé prenne toute la place, c'est-à-dire que le présent se vive comme étant une éternelle répétition du passé. Il est dès lors très difficile de se projeter. Cette configuration psychique présente des conséquences innombrables pour le patient, mais nous allons ici nous concentrer principalement sur la question de la possibilité du projet : si nous sommes constamment ancrés dans un passé, que notre présent est une répétition du passé, et que nous ne pouvons pas nous projeter, comment est-il possible de créer un projet, et de s'y tenir ? La temporalité altérée par la maladie influence de manière significative la possibilité ou non d'entamer un projet en psychiatrie.

De plus, Stanghellini et Muscelli insistent sur l'influence particulière de la configuration affective de la mélancolie qui peut être problématique lorsqu'il s'agit de mettre en place un projet. En effet, l'humeur dépressive du mélancolique n'est pas de l'ordre de la tristesse mais plutôt une incapacité à ressentir les émotions : il est dans l'impossibilité d'être touché par les émotions, il a l'impression de manquer de sentiments mais aussi l'impossibilité de se mouvoir ni de se faire mouvoir par les émotions et plus important encore, de

« (...) se sentir incapable de se bouger de, de s'éloigner de ses propres émotions, comme exprimé dans le concept de statuthymie et immobilithymie (Shimoda , littéralement humeur immobile, cité dans Tellenbach, 1975). »⁵²

Or, selon nous, l'impossibilité de se mouvoir est à mettre en relation avec l'incapacité de se projeter. En effet, lorsque nous pensons à la projection, nous avons l'image d'une personne ou d'un objet qui s'élanche vers l'avant. Si le mélancolique est incapable de se faire mouvoir intérieurement par ses émotions, et qu'il gît dans l'immobilité, alors il est dans l'incapacité de pouvoir se projeter. Une projection telle qu'exigée par le

⁵¹*Ibid.*, p. 110-111

⁵²*Ibid.*, p. 111

projet implique une prise de décision qui selon notre analyse n'est pas compatible avec cette immobilité.

L'immobilité n'est pas le seul symptôme de la mélancolie : il y a aussi le délire de culpabilité.

« Celui-ci aussi est capable d'être interprété comme effet d'une pathologie du devenir : le délire de culpabilité est la manière dont le mélancolique, en tant que dominé et emprisonné dans ce passé, est obligé de lire sa propre histoire comme irrévocabilité absolue, son propre passé est une erreur impardonnable, son présent est une ruine irréparable et son futur une catastrophe inévitable. »⁵³

Ainsi expliqué, nous ne pouvons nous empêcher de penser la mélancolie comme manque d'élan, ou de mouvement en général.⁵⁴ L'image qui dans, notre imaginaire, se rapproche le plus de cette description est un homme au bord d'une falaise avec un boulet à la cheville et qui n'arrive pas à avoir la force de faire un pas en arrière pour se mettre hors de danger. Il fixe le néant en dessous de ses pieds, tout en sentant le poids du boulet. Au sein de cette image, le boulet représente la temporalité altérée, c'est-à-dire celle qui donne le primat au passé tout en détruisant à la source toute possibilité d'action au présent ou au futur.

« L'arrêt du devenir temporel, c'est-à-dire de la capacité de mouvement, est donc l'organisateur de sens des symptômes de la mélancolie : le vécu du corps non animé reflète l'arrêt de l'élan vital, l'humeur dépressive l'impossibilité d'être touché par les émotions, et le délire de culpabilité est la cristallisation sur le plan de la pensée et sur le registre de la morale de cette immobilité, du blocage du devenir personnel, du rester derrière soi-même et au rythme auquel court le temps dans le monde ambiant »⁵⁵

Une personne étant ainsi bloquée, comment peut-elle prétendre s'atteler à un projet ? Comment le personnel soignant peut-il essayer de l'encourager dans cette direction alors que sa temporalité est complètement biaisée ? Cela nous pose question. Certes, cette pathologie était caractéristique de la période moderne : n'oublions pas que la modernité était toujours dans une optique futuriste de progrès, mais elle avait toujours en elle-même des valeurs traditionnelles, tels que l'ordre ou l'adhésion à des normes partagées. Elle est beaucoup moins présente actuellement, car chaque période et sa

⁵³ *Ibid.*, p.111

⁵⁴ Notons que l'élan et plus particulièrement l'élan personnel sera abordé dans la partie II à partir de Minkowski.

⁵⁵ *Ibid.*, p.111

temporalité amènent différents types de maladie, et le projet est relativement jeune en psychiatrie, pourtant d'après notre point de vue cela pose tout de même question.

Si la mélancolie est beaucoup moins présente actuellement, la dépression a continué son cours. Elle n'est pas spécifique à l'époque contemporaine, mais il est tout de même certain que ce type de maladie mentale est très présent de nos jours. Stanghellini et Muscelli vont distinguer deux types de dépression, à partir desquelles ils vont montrer comment la temporalité influence la maladie mentale : la vieille dépression et la nouvelle dépression.

La mélancolie est appelée « vieille dépression », ou le *typhus melancholicus*. C'est un type de dépression qui est marqué par des valeurs traditionnelles, où l'on ne tolère pas l'ambiguïté. Ces valeurs traditionnelles sont propres à une société donnée, ici la société occidentale pendant la modernité.

« Le *typhus melancholicus* est une forme d'identité vulnérable, qu'aujourd'hui nous pourrions définir comme substantielle, décrit à la fin des années 50 par Hubertus Tellenbach comme étant la configuration anthropologique vulnérable à la culpabilité dépressive ».⁵⁶

La configuration anthropologique vulnérable a comme particularité la culpabilité, aussi appelée « apothéose distordue de la responsabilité », car la culpabilité en question, totalement distordue, est vécue de manière extrêmement violente et forte et est liée à un risque de pathologie de la perte. Nous allons le voir par la suite avec Binswanger : l'intensité de la culpabilité ressentie n'est pas proportionnée à l'objet de la culpabilité, et génère une immobilité temporelle. Le malade ne sait plus se projeter, ou se vivre de manière sereine dans le temps.

De plus, dans la vieille dépression, se montre la peur de la perte « de l'innocence morale, de la respectabilité sociale et de tout ce qui en représente le fondement (c'est-à-dire la santé physique et les disponibilités économiques). »⁵⁷ C'est donc une pathologie de la perte (santé, respectabilité...) mais aussi de l'identité. En effet, ce qui fait que cette vieille dépression est une pathologie de l'identité c'est la possessivité dont font preuve les malades quant à leurs caractéristiques personnelles. Il y a l'impossibilité de laisser tomber un élément de son identité, même si le fait de se séparer de cet élément pourrait lui permettre de survivre⁵⁸. Le malade a peur de perdre

⁵⁶ *Ibid.*, p.112

⁵⁷ *Ibid.*, p.112.

⁵⁸ Le film *127 heures* peut donner une idée de ce que la personne atteinte de vieille dépression serait dans l'impossibilité de faire. En effet, le protagoniste est coincé sous une roche dans un canyon et a deux possibilités : soit se laisser mourir, soit s'amputer lui-même le bras. Il choisira de s'amputer le bras, et il pourra rentrer en ville pour avoir des secours. Ce type de décision n'est pas prenable par les malades de *typhus melancholicus* car ils devraient renoncer à leur avoir (dans ce cas, le bras) pour survivre.

son identité, car il se définit à partir de ses avoirs. C'est ce qui rend la configuration anthropologique du patient atteint de *typhus melancholicus* fragile et vulnérable. Il y a une tension créatrice de pathologie, générée dans l'entre-deux entre la fidélité à l'identité et la fidélité aux valeurs traditionnelles.

Dans les années 80, le *typhus* se névrotise, car il rentre en contradiction avec la demande de flexibilité de la société. Ce sont plutôt les valeurs traditionnelles qui se retrouvent opposées au rythme de vie qui demande de la flexibilité. C'est là qu'apparaît la « nouvelle » dépression, plus proche de la dépression actuelle. C'est une dépression propre à l'instantanéité, où la demande de flexibilité est trop grande par rapport au temps qui nous est imparti.

Nous voyons à ce stade avec clarté l'influence de la temporalité de la société sur la maladie mentale. Que ce soit le *typhus melancholicus* avec ses valeurs traditionnelles, propres à la modernité, ou la nouvelle dépression, qui s'origine dans une demande de flexibilité démesurée par rapport au temps à disposition, chaque pathologie nous semble déterminée par la temporalité de la société dans laquelle vit le patient et les perceptions vécues qu'elle induit chez ce dernier. Nous devons dès lors franchir un pas supplémentaire : quelle est la perception du temps qu'amène l'instantanéité ? Cette perception va structurer non seulement la temporalité de la société, mais aussi la temporalité de la maladie psychique, et c'est cette structure qui va influencer la réussite ou l'échec du projet en psychiatrie.

I.2.4. La perception du temps : du manque de temps à l'obnubilation du présent.

Dans cette société de la toile, il faut rester fidèle à soi-même tout en étant ouverts au changement, qui est la base de l'instantanéité. Le moi est à conquérir tous les jours, continuellement, il est un dispositif anthropologique et de vulnérabilité car il se construit en relation avec les autres, il n'est jamais pré donné. Il se construit de manière historique, grâce au contexte dans lequel il vit, et il n'est jamais donné une fois pour toute, dès lors il est toujours en construction. C'est ce qui fait sa vulnérabilité.

Les auteurs reprennent une citation d'Aristote : « *il tempo è il numero dal movimento secondo il prima e il poi* ». Nous la comprenons comme suit : l'homme est celui qui est capable de ressentir le moment entre l'avant et l'après, et capable aussi de mesurer cet entre-deux ou de le réduire grâce aux technologies ; la technologie n'étant pas

forcément l'appareil numérique dernier cri, mais bien un outil quelconque, tel qu'un cadran solaire. La perception du temps façonne notre manière d'être au monde.

L'homme est l'être capable de sentir le temps, mais aussi de s'y mouvoir : il bouge à la fois dans le temps et dans l'espace, comme les animaux, mais ce qui le différencie de ces derniers c'est sa capacité à se mouvoir pour des raisons spécifiques, et non pas uniquement par instinct. Une des caractéristiques qui le meut tout particulièrement est le désir (mais nous pensons aussi à l'ennui), qui est différent pour chacun de nous, suivant nos valeurs ou notre culture.

Nous devons donc consacrer un chapitre à la question du désir, car c'est un élément temporel important, qui permet à l'être humain d'agir dans le monde, mais aussi car il est un des éléments essentiels pour comprendre les enjeux du projet en psychiatrie. Nous allons mobiliser ce que soutiennent les auteurs italiens, pour ensuite voir ce qu'en dit Minkowski et enfin intégrer cela dans la thématique du projet.

I.2.5. Crise du désir et confusion avec le besoin

Le mouvement humain est à penser comme étant composé d'instinct et de désir émotif, ce qui implique que le mouvement n'est jamais neutre : en effet, l'instinct et le désir sont propres à chacun.⁵⁹ Le temps qui nous permet de nous mouvoir est à la fois une durée et une distance, qui va varier en fonction de notre condition émotive face à l'objet vers lequel on tend. Les auteurs vont encore plus loin, en disant que ce qui lie l'homme à la réalité est le désir, qui est à la fois individuel et culturel, car nos valeurs, ou nos récits de vie façonnent ce même désir. Il y a donc des filtres, dont nous ne sommes pas spécialement conscients, entre nous, notre désir et notre objet.

« Si nous acceptons de suivre notre désir suivant des manières partagées et acceptés c'est que le conformisme nous protège de la déception : suivre le désir signifie s'exposer au risque de le voir s'évaporer, de le manquer, mais si les modalités de recherche de la satisfaction sont celles de tout le monde, alors il n'y aura pas eu la culpabilité de ne pas avoir été capable de réaliser la mission, et la tristesse de l'échec de la mission sera distribuée à tout le monde : elle ne sera pas un fardeau à porter tout seul. »⁶⁰

L'importance capitale de la société au sein des mécanismes de désir est mise en exergue dans cet extrait. Si je désire quelque chose qui est hors de ma portée, mais

⁵⁹ Certes, il y a les mouvements de foule, mais généralement la mise en mouvement se fait toujours à partir de soi-même, à la manière de *L'existentialisme est un humanisme* de Sartre : « l'existence précède l'essence », et l'existence est toujours ce que nous décidons de faire en situation. La prise de décision, le choix est ce qui fait un homme, ce qui le met en mouvement. Il peut aussi adhérer à des mouvements sociaux, mais cela ne peut se faire qu'à partir du moment où il le décide, en tant que sujet qui se meut en cette direction.

⁶⁰ *Ibid.*, p.164.

qu'elle est aussi hors de la portée de la majorité de la population, alors je peux faire taire cette voix qui me dit « tu n'as pas été à la hauteur ». Si le monde échoue, mon échec personnel ne sera pas vécu en tant que tel, il sera plutôt perçu comme la norme. Alors que si je désire quelque chose que tout le monde peut avoir, mais que j'échoue à l'obtenir, alors l'échec personnel sera cuisant.

Nous sommes dans une société fondée sur le désir donc, où le précepte éthique dominant est celui selon Stanghellini et Muscelli de « désirer le plus possible (*desiderare il più che si puo'*) »⁶¹ En italien, cette affirmation insiste sur le rôle du sujet désirant, et se traduit littéralement comme suit : désirer le plus que l'on peut. Il y a donc en plus par rapport à la traduction française le pouvoir et la capacité de désirer, ce qui implique une action de la part du sujet agissant. Nous désirons et nous nous mettons en condition de désirer, le plus possible. Et pourquoi doit-on désirer le plus possible et se mettre en condition de désirer ?

« Le droit à la recherche du bonheur s'est transformé en droit-devoir (*diritto-dovere*) de le chercher dans l'instant (éternel) de la consommation, et l'effet produit étant que le degré de bonheur ne se mesure plus par la satisfaction des désirs, mais par la quantité des désirs. »⁶²

Nous devons désirer, c'est la nouvelle manière d'habiter l'énigme du monde. Plus on désire, plus on est. Le *credo* cartésien se transforme en « je désire donc je suis », et porte avec lui son lot de questionnements, car désirer de telle sorte, n'est-ce pas détruire le désir à sa racine ? Nous sommes donc dans une société consumériste, qui impose le désir matériel et charnel, avec comme conséquence l'apparition de l'insatisfaction « chronique » ou la souffrance de ne pas être capable d'acquérir tout ce que l'on désire, que ce soit matériel ou non. Dans l'obligation de désirer, celui qui souffre est celui qui n'arrive plus à désirer ; et vire donc dans l'ennui. C'est ce qu'étudie Bauman dans « *Vite di corsa* » ou « *Consumo dunque sono* ») ou encore, redisons-le, Deleuze et Guattari avec leur *Anti-Œdipe* où l'homme qui n'est plus qu'une « machine désirante ».

Pourtant il y a dans ce schéma un point paradoxal : pour qu'un désir soit « vrai », il faut que le désir soit libre. Mais comment peut-on être libre si on est obligé, par la société consumériste, de désirer ? A cause de cette même société, qui va nous dire que nous sommes libres d'acheter ou non, nous sommes en réalité tous soumis à l'achat

⁶¹ *Ibid.*, p.165

⁶² *Ibid.*, p.165

compulsif. Les désirs ne sont plus que des machines de par leur maniabilité : ils sont étudiables et orientables.⁶³

Mais peut-on s'arrêter à cette définition du désir ? Pas selon Stanghellini et Muscelli, qui distinguent deux formes de désir : d'une part un désir qui s'élabore dans la patience, l'imagination, la responsabilité, « qui parle de notre rapport aux étoiles, avec ce qui est et reste lointain, avec le divin »⁶⁴ et qui se lie avec deux éléments fondamentalement humains, à savoir l'identité et l'altérité. Le désir et sa continuité sont, selon les auteurs, le fondement de l'identité personnelle. D'autre part il y a un désir intimement lié à l'homme : il est potentiellement infini car il se loge dans l'incomplétude, propre à l'homme et qui se nourrit de l'élan vers l'autre et qui est lié au besoin, voir souvent confondu avec le besoin. Ce type de désir est plus métaphysique dans le sens où il est beaucoup plus compliqué à assouvir.⁶⁵ Nous pensons qu'Anna Rau, patiente de Blankenburg que nous verrons dans le deuxième chapitre mais que nous allons déjà un peu analyser maintenant, se situe plutôt dans ce deuxième type de désir, même si la frontière avec le besoin est très fine : en effet, elle fera plusieurs tentatives de suicide à cause de ce manque d'évidence.

Le désir, en plus de mouvoir l'homme, meut la société. Cependant, la définition du concept de désir semble confuse. En effet, Stanghellini et Muscelli critiquent le rôle de l'éthique dans la confusion entre besoin et désir. Le désir était auparavant perçu comme étant le superflu et le vrai principe éthique devait dès lors se concentrer sur le besoin nécessaire⁶⁶. Le désir/besoin est connoté négativement, là où le besoin est essentiel. Or ceci est pour nos auteurs une réduction du désir et du besoin. Examinons donc leurs arguments qui, bien que dépourvus de définitions propres des concepts en jeu, permettent de saisir la portée de cette thèse.

Lorsque nous désirons quelque chose, nous ne désirons pas uniquement l'objet. Il y a un désir « pour une histoire », c'est-à-dire dans une optique narrative. La réalisation des désirs n'est pas immédiate, le désir prend sa force dans la durée. Nous ne désirons pas tellement l'événement en soi, mais bien le temps qui nous sépare de

⁶³ Nous ne pouvons résister au fait de faire coller notre récit à la réalité : en avril 2018, éclate le scandale *Cambridge analytica*, qui dévoile au monde la vente des données personnelles de certains utilisateurs de Facebook à des entreprises en vue de cibler leurs goûts pour pouvoir leur donner les publicités les plus susceptibles d'intéresser les utilisateurs. Peut-on réellement être libres de désirer si des algorithmes connaissent nos goûts et nous orientent vers l'achat de tel ou tel produit ?

⁶⁴ *Ibid.*, p.165.

⁶⁵ Nous affirmons cela car nous pensons que l'incomplétude est une des caractéristiques de l'homme, et que même s'il est entouré de tout ce qui pourrait lui permettre de satisfaire ses désirs, il trouverait tout de même une façon de désirer quelque chose d'autre, de difficilement atteignable.

⁶⁶ Par exemple, dans une logique de type chrétienne qui donne beaucoup d'importance à des valeurs telles que la charité, la piété, la vertu, le travail... Le désir dès lors semble aller vers ce qui est condamnable moralement.

l'accomplissement de cet événement. Il faut dès lors gérer l'intervalle entre la naissance du désir et sa réalisation, qui peut être narré. Lorsque nous désirons un objet ou un événement, nous désirons obtenir un objet ou faire advenir un événement, c'est-à-dire que nous nous mettons en scène dans une histoire dans laquelle nous sommes les héros, qui nous amène à travers mille et unes péripéties afin d'obtenir la chose.

« Le désir, alors, est toujours celui de raconter une certaine histoire sur soi-même. (...) Le désir est donc une narration, une belle ou tout du moins satisfaisante histoire, sur nous-mêmes et par nous-mêmes. »⁶⁷

Dès lors, le désir ne peut se satisfaire immédiatement, il faut penser la durée et l'intervalle de temps entre la naissance du désir et l'accomplissement de celui-ci :

« La satisfaction instantanée du désir est quant à lui une non-histoire, et équivaut à la disparition du temps, car le temps humain n'existe que dans les histoires, et les histoires doivent durer. Désirer obtenir la satisfaction immédiate de notre propre désir ne signifie pas désirer. Ce type de « désir » ne peut avoir de satisfaction, non parce qu'il ne peut pas rejoindre son but, mais justement car il peut le rejoindre avec facilité : c'est car le temps qui court entre désir et satisfaction est aboli, que le temps qui allonge le désir dans une narration, la seule forme du désir que l'on peut rencontrer, que l'on peut trouver de l'épaisseur dans une histoire, et qu'elle peut donc être intégrée et conservée dans la propre identité personnelle. »⁶⁸

Le désir intègre donc une narration car il a une fonction temporelle : il amène la tension dans le corps qui altère la perception du temps. Le temps est une durée, il s'écoule, et il est perçu : ces dimensions constituent une condition nécessaire à la possibilité de sa narration. Ce n'est que car nous avons la possibilité de percevoir le temps, de le vivre, que nous sommes capables de désirer. Il faut pouvoir ressentir le temps de manière saine, c'est-à-dire en laissant à chaque phase temporelle son espace, pour pouvoir désirer de manière saine. Et sans désir, le temps n'est que mécanique, plus proche du temps scientifique. Lorsque nous disons « sans désir », nous voulons dire que la temporalité de l'instant met à mal la capacité de désirer sainement, pas que le désir a complètement disparu.

Or, dans notre période d'instantanéité, le temps d'attente nous paraît intolérable. Pourtant, c'est dans l'attente que se forge le désir et la conscience d'être un sujet opérant, et non pas dans le résultat. Nous nous dirigeons vers un monopole du besoin, c'est-à-dire que nous considérons chaque désir avec urgence. Dès lors, il ne reste plus

⁶⁷ *Ibid.*, p.166

⁶⁸ *Ibid.*, p.167.

que le désir-objet, totalement consumériste. Par ailleurs, le désir perd sa capacité à l'indéfinition. Tout doit être défini, à portée de main et doit être satisfait sous peu.

Afin de mieux percevoir les enjeux de cette thèse, nous allons nous pencher sur la situation d'Anna Rau, patiente de Blankenburg et protagoniste de l'ouvrage *La perte de l'évidence naturelle*. En effet, dans cet ouvrage, Anna Rau permet à Blankenburg de faire une remarquable étude sur les schizophrénies paucisymptomatiques, mais aussi sur le temps. La question du désir est tout particulièrement visible dans son cas, qui ne nécessite par ailleurs pas de saisie complète des informations médicales contextuelles pour comprendre sens enjeux.

Anna Rau se plaignait sans cesse de ne pas être comme les autres, mais surtout qu'elle n'avait pas l'évidence naturelle⁶⁹ qu'elle percevait chez les autres êtres humains. L'évidence naturelle, c'est l'évidence avec laquelle Anna pense que les autres vivent. C'est un sol basal, qui nous permet d'affronter la vie sans nous poser trop de questions, c'est le mur portant de notre existence. Même s'il est clair que tout homme habite son existence en faisant la part des choses entre énigme de la vie et croyances, voire certitudes, Anna pensait au contraire que tout le monde était programmé-pour-vivre, c'est-à-dire qu'on fait abstraction des énigmes inhérentes à la vie pour en ressentir toute son évidence.

Un désir pathologique prend toute la place : Anna désire ressentir l'évidence, l'habiter, là où elle ne ressent qu'incompréhension, souffrance et vide. Son désir pathologique⁷⁰ est, entre autres, constitué socialement, car ce n'est qu'avec la confrontation avec d'autres êtres humains qu'elle se rend compte de son manque, à tout le moins du manque qu'elle ressent en constituant de manière métaphysique⁷¹ le monde qui l'entoure et en assumant que les autres ont quelque chose qu'elle n'a pas. C'est bien l'importance du désir en tant que fil rouge qui donne du sens à notre vie, parce qu'il lui donne toute sa densité narrative, qui est illustrée ici dans cette capacité défaillante de Anna à construire un récit sain.

Construire une histoire, c'est donner du sens, d'où la problématique d'Anna Rau, qui n'arrive pas à construire son histoire car son désir est influencé par la maladie et est plus proche du besoin.⁷² C'est bien la liberté narrative qui permet de distinguer désir

⁶⁹ Le concept d'évidence naturelle a été formulé par la patiente elle-même, et Blankenburg a trouvé que cette expression respectait totalement ce qui se joue dans la schizophrénie paucisymptomatique.

⁷⁰ Pathologique car il est dicté par la pathologie, c'est-à-dire la schizophrénie.

⁷¹ C'est à dire en recréant à l'intérieur de sa pensée les mécanismes de la société, bafoués par la maladie et ses valeurs.

⁷² Nous pensons que c'est un « objet vide », c'est-à-dire quelque chose que la patiente pense avoir besoin pour guérir, mais qui en réalité est un point sur lequel elle doit concentrer son attention pour ne pas sombrer dans le vide total de la maladie : en effet, si jamais elle devait réussir à ressentir une évidence, elle pourrait porter son attention sur un autre aspect pathologique et ainsi de suite.

et besoin : Anna ne sait écrire son histoire, elle ne voit pas de fil rouge. Sa temporalité est brisée, par son incapacité de pouvoir raconter avec précision, aller au-delà de l'évidence qui lui manque depuis sa naissance. Certes, Anna a une réflexivité étonnante, et elle construit l'histoire de son problème, mais dans la construction de son discours il y a une faille, l'évidence manquante, qui lui empêche de saisir le sens de la vie. Son désir est donc plus proche du besoin, qui doit être satisfait immédiatement.

Anna porte le fardeau toute seule, elle ne se sent pas à la hauteur. Elle veut être comme les autres, ou du moins comme la représentation qu'elle a des autres, mais elle se retrouve à être seule face à ce désir pathologique : l'exclusion est sociale car elle ne peut pas mettre son échec sur le compte de la norme.

Qu'en est-il du désir en schizophrénie paucisymptomatique ? Selon notre analyse, Anna Rau désire être comme les autres, être dans la norme. Son désir n'est pas tellement orienté par la consommation mais bien par l'idée qu'elle se fait de la norme. Elle désire l'évidence au sens de sol basal, mais cela va plus loin : elle désire le droit d'être humaine. Elle ne se sent pas comme les autres, elle se sent étrangère car il lui manque cette évidence, ce sol basal qui, d'après ses dires, lui permettrait de vivre comme tout le monde. Mais dès lors, est-ce vraiment un désir, ou plutôt un besoin ? Ce qu'elle ressent, n'est-ce pas le besoin de ressentir l'évidence plutôt qu'un désir ? C'est ce que nous pensons, car elle pense nécessiter l'assouvissement de ce besoin pour se sentir bien.

Le cas d'Anna Rau nous montre que la ligne entre désir et besoin est très fine, surtout en psychiatrie. L'attente et le désir sont des moments de la vie auxquels tout le monde fait face, d'une manière ou d'une autre. Nous devons retenir de cette dyade la temporalité à laquelle elle est soumise : Anna Rau, avec sa maladie, ayant sa propre temporalité, va ressentir le désir et l'attente d'une certaine manière, mais la temporalité contemporaine, de l'instantanéité, est tout aussi capable d'opérer des changements au sein de ces moments de vie.

Conclusion du premier chapitre

D'après l'analyse de Stanghellini et Muscelli, nous vivons maintenant dans une époque où le temps ressemble à une toile, sans cadre ni lois, déconnectée de toute linéarité entre le passé, le présent et le futur. La plus petite unité du temps, l'instant, est né de l'accélération de la modernité, grâce à l'avancement technologique. Il est problématique à plusieurs niveaux. Du point de vue historique, l'instantanéité prive l'homme de ce qui pourtant est l'une des caractéristiques principales de ce dernier : la possibilité de raconter le monde qui l'entoure et de se raconter. De plus, cette

incapacité de se raconter est liée à une incapacité de ressentir ce qui a été avant nous, ce que nous décidons de nommer l'histoire basale. C'est-à-dire ce qui a été avant nous, et d'en tirer les leçons nécessaires à nous conduire dans la société de manière réfléchie, mais aussi de sentir que nous faisons partie d'un tout. La toile ne nous permet pas de ressentir cela, car, entre autres, elle nous configure à percevoir le temps comme une infinité d'instants plutôt que comme linéarité. Une conséquence majeure de la privation narrative qu'induit l'instantanéité réside dans la volonté de se rechercher, de vouloir en savoir plus sur soi, une quête désormais assistée par les livres de développement personnel, un outil palliatif à l'Histoire basale manquante. Plus concrètement, et lorsque les tentatives d'assumer les conséquences psychiques de l'instantanéité s'avèrent vaines, le manque narratif s'exprime sous forme de dépressions et de burnouts.

Au niveau communicationnel et relationnel, l'instantanéité induit également un nombre de dysfonctionnements car elle met à mal la continuité au cœur des relations. L'amitié, l'amour, les relations, se construisent dans le temps. Il est très rare d'aimer quelqu'un du premier coup, même les parents qui viennent d'avoir un bébé peuvent ressentir un rejet face à cet être qu'ils ont pourtant longtemps attendu, car il faut du temps pour apprendre à le connaître. C'est comme un étranger mais qui contient leur ADN. Sous l'angle de cette nécessité de se déployer dans le temps, les relations ne peuvent être de l'ordre de l'instant, à moins qu'elles ne soient créées et soutenues par les créateurs de l'instant : les nouvelles technologies.

Prenons un exemple concret : je follow quelqu'un sur Instagram. Suite à cela, la personne me follow également. On commence à parler et à discuter de notre passion pour la photo. Elle va continuer à m'envoyer des messages, avec des photos, pourtant pour l'instant je travaille mon mémoire, je ne peux dès lors pas lui répondre. Cela va l'amener à penser que je ne suis pas intéressée, ou pas disponible, et tout s'arrête. Dans les relations one-to-one, ce genre de relation n'est pas viable. Il nous faut du temps avant de pouvoir parler véritablement avec quelqu'un, pour s'ouvrir. Et une fois que c'est fait, qu'on voit nos défauts, qu'on ne répond pas au quart de tour ou qu'on voit les différences entre l'un et l'autre on va s'éloigner, car on n'a pas le temps de réellement s'occuper de l'autre. Tout doit se faire rapidement, et le bonheur dans la relation doit être *ready-to-use*. Nous ne prenons plus le temps de réparer les fautes, nous bloquons les numéros de téléphone et les comptes Facebook, sans véritablement chercher à s'expliquer. Les conséquences de cette communication sont un morcellement des relations, et un oubli de leur temporalité. Nous pensons être bien entourés car nous avons 600 amis sur Facebook, mais lorsque l'on déménage par

exemple personne n'est véritablement là, car personne ne nous connaît vraiment. La profondeur du sentiment et de la connaissance de l'autre tombent à l'eau. Ceci amène des problèmes psychologiques importants, tels que l'incapacité d'entrer en relation.⁷³

Enfin, d'un point de vue philosophique et éthique, l'instantanéité influence nettement la question de l'identité et du cadre. L'identité de la personne est mise à mal par ce flux instantané d'informations, de manières de faire, qui se déconnectent les unes des autres. Le cadre est rompu, remplacé par une toile : la temporalité de l'être humain change. Son être-au-monde change, et en plus d'être l'être-jeté par sa naissance, l'homme est aussi l'être-jeté dans l'instant. Il ne décide pas de vivre dans cette nouvelle temporalité, et pourtant il y est contraint, à moins de ne quitter la société de manière radicale, par exemple en s'exilant en solitaire. L'homme post-moderne ne peut échapper à la toile. Pris dans ses filets, il sent pourtant qu'il y a un manque de sens, un manque de continuité qui le fait souffrir.

⁷³ Il nous semble essentiel ici de noter que malgré le fait que nous donnons un visage assez négatif des nouvelles technologies de communication, nous ne pensons pas moins qu'elles sont utiles, et intéressantes à plusieurs points de vue. Dans le paragraphe ci-dessus nous nous concentrons sur les effets de l'instant sur les hommes, mais il est indubitable que des technologies telles que WhatsApp permettent aussi de rendre plus proches des personnes éloignées qui se connaissent réellement. De plus, nous ne faisons pas de généralités : bien entendu, il y a encore la possibilité de se créer des amis, de vivre des relations amoureuses ou de créer des relations tout court. Mais leur mode de création a été énormément influencé par l'instant.

II. Instantanéité et psychopathologie phénoménologique classique : de l'origine des incohérences du projet en psychiatrie

Si les premières pages de notre travail se sont basées sur l'instantanéité et les normes qui s'y déploient, nous allons maintenant nous concentrer sur les différences et les liens entre cette théorie et les conceptions plus classiques de la psychopathologie phénoménologique. Plus tard dans notre travail nous aborderons la question du projet en psychiatrie et pour comprendre la naissance de ce projet, il est indispensable de comprendre l'étude de la temporalité du patient dans le contexte des auteurs classiques, ainsi que la temporalité des soignants et de la société. En effet, ce trinôme apporte un éclairage à l'étude de la temporalité psychopathologique, étant entendu qu'il est impossible de penser l'un dans l'absence des autres.

Dans cette section, nous analyserons plus spécifiquement trois auteurs : Eugène Minkowski, Wolfgang Blankenburg et Ludwig Binswanger, à la fois philosophes et psychiatres, qui proposent leur vision du temps et de la temporalité des patients. Nous essayerons ensuite de tirer, à partir de leurs considérations des conclusions sur la temporalité de la société de leur époque, c'est-à-dire le vingtième siècle. Nos interrogations seront donc portées par une analyse de la temporalité de chaque auteur, illustrées par des cas cliniques, pour ensuite expliquer le passage de l'asile à l'institution psychiatrique portée par le projet. Comprendre la temporalité de la maladie est indispensable pour comprendre l'adhésion ou le rejet du projet par la personne, et la naissance du projet n'est rendu possible que grâce à la temporalité du soignant et de la société en elle-même. Nous analyserons trois maladies particulièrement représentatives du problème : la schizophrénie, la mélancolie et la manie.

Chaque auteur mobilisé renforcera notre discussion à l'aide des concepts qu'ils ont travaillés, à savoir le temps vécu pour Minkowski et pour Binswanger, et la perte de l'évidence naturelle pour Blankenburg. Ces trois concepts, couplés à une analyse fine de la temporalité de chaque maladie, nous permettront de comprendre pourquoi il est difficile de généraliser l'approche par projet en psychiatrie.

II.1. Le temps vécu : analyse de la temporalité

Dans cette partie, nous analyserons le temps vécu de Minkowski, le lien entre le temps et l'espace mais aussi les trois unités temporelles de base : le présent, le futur et le passé, en vue de cerner leurs caractéristiques. Ces unités sont essentielles pour

comprendre certains mécanismes temporels ou le fonctionnement des temporalités biaisées par la maladie psychique.

II.1.1. Temps et espace : le présent, le futur et le passé

Eugène Minkowski est connu pour ses études sur la schizophrénie et le temps vécu, qui sont publiées dans ses ouvrages éponymes. Nous nous concentrerons cependant sur *Le temps vécu*, ouvrage dans lequel son analyse accorde une forte importance aux liens temps-espace : il donne l'exemple d'un paralytique général, dont le stade de progression de la maladie n'est pas trop avancé qui se rappelle une succession d'événements, mais qui est incapable les situer dans le temps. Le patient a conscience des événements, mais se retrouve dans l'incapacité de les mesurer ou de les placer dans le calendrier. Cette incapacité est intimement spatiale, car ce qui est en jeu c'est la capacité de percevoir le calendrier spatialement. Si je peux m'orienter dans le temps, tout devient plus simple : comprendre quel jour je dois rendre ce mémoire, le temps qui me reste pour l'écrire, et le temps que j'y ai déjà passé dessus me donnent une certaine sécurité, une certaine continuité. Nous pouvons donc poser que chez Minkowski, une particularité du temps est sa continuité.

Pourtant, il est déjà clair que la définition du temps donnée par Minkowski est différente de celle de Stanghellini et Muscelli. La continuité n'est pas un élément de l'instantanéité, ce qui exclut dès lors tout lien avec la spatialité. L'instant, délié de l'espace car il est dans une optique de simultanéité et de présence à distance, est une donnée qui désoriente. Encore une fois, l'antagonisme entre la toile et le cadre nous permet d'avoir une idée plus claire de cet aspect des choses : la toile est illimitée, le cadre non. L'instant de la toile ne peut percevoir l'espace, car il est à la fois infini et inexistant.

Cette dimension s'oppose à la routine, décrite par l'auteur dans un petit élément autobiographique : il accompagnait toujours son enfant à l'école après avoir fumé sa cigarette pendant que son fils mangeait. Un jour, alors qu'il était en retard, le père en arrivant chez le fils lui demande de se dépêcher sinon ils vont arriver trop tard à l'école. Le fils lui répond alors « ce n'est pas possible, tu n'as pas encore fumé ». Cette petite histoire semble anodine. Cependant, elle montre non seulement la logique enfantine, qui fait sens dans son paradigme d'utilisation, mais elle illustre aussi que la routine crée des points de repère, que l'on adopte souvent de manière automatique. Cela est possible aussi spatialement : il n'est pas rare de rentrer à pieds à la maison après une promenade et se rendre compte, lorsqu'on arrive devant la porte de notre domicile, que nous avons fait le trajet sans réellement nous en rendre compte, car nous connaissons ce trajet par cœur et l'exécutons donc par habitude. La routine pose un cadre à la fois

temporel et spatial qui semble aller de soi. En réalité, elle est une construction temporelle qui est difficilement conciliable avec l'instantanéité, elle est plus proche du temps vécu.

Le temps et l'espace sont certainement la base du temps vécu, pourtant il serait erroné de le réduire à ces deux dimensions. Il n'est ni figé, ni continuellement en mouvement : il risquerait de n'être que trop dans la spatialité ou trop dans le temps, et donc de manquer son point principal, qui n'est rien d'autre que la vie. En effet, vivre le temps, le ressentir, va plus loin que simplement le considérer comme un simple mélange du temps et de l'espace. Minkowski parle du risque pour l'individu, de considérer le temps vécu comme continuellement en mouvement. Pareille conception transforme le temps, selon Minkowski, en un kaléidoscope qui ne cesse de miroiter, de tourner, de tourbillonner, sans relâche en esquissant des images du monde ou de notre propre existence, sans laisser de place possible à la méditation. Cette vision n'est de fait pas fidèle, en plus d'être excessivement spatialisée et rationalisée. De plus, les phénomènes vécus s'écoulent dans le temps : le souvenir rappelle le passé, le désir au contraire se tourne vers l'avenir. Le temps est donc un temps vécu, qui ne peut pas se limiter à une succession de moments ou d'images. Ce temps est pensé à la manière de Bergson, c'est-à-dire comme masse fluide mystérieuse perceptible à chaque moment de la vie. Le temps est pensé comme un avenir, qui à la fois ne fait que passer mais néanmoins progresse. Notons que cette tentative de définition reste prudente : Minkowski avoue que le devenir ne se donne pas à facilement à définir, ni même à être exprimé, car il n'a ni direction ni fin.

Ceci semble tout à fait paradoxal, comment pouvons-nous penser le temps comme ce qui progresse mais en même temps dire que le devenir n'a pas de direction ? La progression n'inclut-elle pas en elle-même le « devenir dirigé vers » ? La définition ici présente montre la volonté de l'auteur d'essayer de se départir des cadres de pensée de sa propre époque, plongée dans une optique futuriste, bercée par un espoir inconditionnel en ce futur, entre-autres grâce aux nouvelles technologies. Pourtant, cette intention n'est qu'un succès partiel : il n'arrive pas à donner au devenir une définition claire et précise.

Chaque découverte est façonnée par la temporalité dans laquelle elle naît. Dès lors il est surprenant de relire les concepts façonnés dans une certaine période et les relier après-coup à leur contexte, en analysant quelle temporalité a permis aux auteurs de

s'exprimer de la manière de la sorte. C'est très clairement visible chez un auteur tel que Minkowski, où le devenir occupe une place, nous le verrons, prépondérante.

La raison d'être de ces réflexions sur le devenir concerneront, en réalité, les conditions dans lesquels un projet pourra se développer efficacement. Par exemple, si le projet consiste à trouver un appartement pour le patient, ce qui se joue en réalité en arrière-plan n'est rien d'autre que la capacité pour la personne d'être autonome et de se socialiser (avec des discours tels que « tu verras, tu pourras inviter des amis chez toi »). La dynamique instaurée s'inscrit dans plusieurs directions en même temps et, dans ce même temps, il va être question de progresser, en créant un cadre qui peut accueillir un « bon » projet. Il est clair, dans cet exemple, que la nature du devenir, sa propension, entre autres, à la dispersion et la non-linéarité, sont des données essentielles à prendre en compte dans l'élaboration du projet.

Avant de pouvoir élaborer un bon projet, il nous faut donc comprendre le temps. A la base du principe grec du $\pi\acute{\alpha}\nu\tau\alpha \rho\acute{\epsilon}\iota$, qui signifie « tout s'écoule », nous trouvons le devenir. Il ne faut cependant pas penser le $\pi\acute{\alpha}\nu\tau\alpha$ comme une succession de moments, auquel cas la conception développée s'apparenterait à la métaphore inadéquate du kaléidoscope, que nous avons déjà évoquée. Le devenir est un tout indécomposable, primitif et irrationnel. Il est impossible d'en faire un objet de connaissance, car nous ne savons pas prendre distance par rapport à lui, ce dernier entourant la vie de toute part. Il y a une « incompatibilité du phénomène du devenir et les procédés de cette pensée. »⁷⁴ Ceci est explicité par un argument logique tiré de Volkeit : si le passé n'est pas et le devenir n'est pas encore, le présent est coincé entre deux néants mais n'a pas non plus d'étendue : le présent est là et n'est déjà plus là. Il est contradictoire, et n'est que néant. Gilles Deleuze dans *Logique du Sens*⁷⁵, réfléchit le temps en termes de Chronos et Aïôn, avec un présent qui n'est pas encore tout en étant toujours déjà passé. Cependant ce n'est pas un néant, car il est la jonction entre passé et futur.

Si, pour Minkowski, le devenir entoure la vie de toute part, pour Stanghellini et Muscelli, cette caractéristique se perd en post-modernité. Certes, sur le plan biologique, il y a un lendemain jusqu'à la mort, mais du point de vue du vécu de la temporalité, le devenir semble s'éclipser au profit d'une instantanéité close sur elle-même. L'instant se trouve exempt de toute durée, condamné à surgir et s'effacer en permanence. Pour l'auteur français, il n'est pas possible de penser le devenir sans le penser en lien avec le passé et le présent. C'est le passé et le devenir qui créent le

⁷⁴ E. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, Paris, Quadrige, PUF, 2013 ; p.18.

⁷⁵ G. DELEUZE, *Logique du sens*, Paris, Editions de Minuit, Collection « Critique », 1969.

présent, le présent qui autorise la transition du passé au futur et le futur qui permet le mouvement.

Le présent n'est pas tout à fait néant étant donné qu'il est lié aux deux autres unités temporelles, là où l'instant, délié, serait plus apte à être défini comme néant. Le présent n'est exclusivement « nantissable » que d'un point de vue logique. Comment, dès lors, réconcilier le temps vécu et les procédés de la pensée discursive ? La seule voie possible semble consister à lier le temps et l'espace. Dès que nous essayons de nous le représenter, il prend la forme d'une ligne droite : « il faut donc qu'il existe des phénomènes venant s'intercaler et s'échelonner entre ces deux aspects extrêmes du temps, en rendant possible le passage de l'un à l'autre. »⁷⁶

Dans *Le temps vécu*, Minkowski fait souvent référence à Bergson et à sa théorie de la durée. Ce dernier, en effet, distingue durée vécue et durée pensée, la durée pensée étant une juxtaposition d'événements, là où la durée vécue est plus semblable à un ensemble de sensations en mouvement. La succession vécue ne contient pas deux durées distinctes : les événements sont conçus les uns par rapport aux autres, et les séparer n'aurait aucun sens. Il y a un sentiment de continuité dans le temps, qui présente comme conséquence qu'il y fait bon vivre : le temps ne fuit pas, il se déploie. Durée et succession vécue d'une part et continuité vécue d'autre part sont les deux échelons qui lient l'espace et le temps ; et le lien entre les deux échelons est le principe de déploiement. Ce principe est tout particulièrement important si nous le mettons en relation avec la maladie mentale étudiée en phénoménologie classique, par des auteurs tels que Binswanger ou Blankenburg, mais aussi et surtout si nous le confrontons à la culture de l'instantanéité actuelle de Stanghellini : ce déploiement du temps est exactement ce qui manque en période post-moderne. Il existe deux formes déviantes de la vision bergsonienne de la durée comme continuité : la première étant la maladie mentale, qui brise le rapport quotidien au temps comme quelque chose allant de soi, et la deuxième consiste en la culture de l'instantanéité, qui brise la continuité du temps et de la conception des événements les uns par rapport aux autres, précisément car l'instant ne permet aucune succession temporelle ni déploiement.

Après cette brève introduction sur Minkowski, le temps vécu et ses principes généraux, nous devons désormais procéder à son analyse des trois unités temporelles les plus connues : passé, présent et futur. Ceci nous servira par la suite pour comprendre les

⁷⁶ E. MINKOWSKI, *Ibid.*, p.22.

différentes temporalités qui seront à l'œuvre chez le médecin, le patient et dans le soin en tant que tel.

II.1.1.1. Le présent : le lien du passé au futur.

Le présent est tout d'abord analysé sous la forme du « maintenant », qui est un élément du temps. Son opérationnalité consiste à faire exister tout élément déployé sous sa coupole temporelle, et, au contraire, à dénier l'existence à tout ce qui lui échappe. « Le maintenant ainsi, tout en étant la partie d'un tout, ne laisse subsister à côté de lui aucune autre partie équivalente et se substitue au tout. »⁷⁷ Le maintenant fuit notre regard, et pourtant nous le voyons prendre son expansion à travers le présent, qui lui-même se déploie. Ce dernier, contrairement au maintenant, peut prendre des formes différentes : l'instant présent, aujourd'hui ou une situation stable actuelle (je suis marié et j'ai trois enfants, par exemple). Les frontières sont donc un peu plus souples et appréhendables que celles du maintenant.

Le présent est plus laxiste, on peut s'y laisser vivre, là où le maintenant pose la question de l'exclusivité de l'être : soit je suis, soit je ne suis pas. Il prend la forme d'un absolutisme, qui détruit ce qui lui est étranger. Le présent ne partage pas cette optique-là, car il sert de liaison entre passé et futur. Le passé est ce qui a été présent, et le futur ce qui sera présent : il ne peut dès lors pas être question de poser la question de l'être ou du non être, le passé ne disparaît pas entièrement à tout jamais, il laisse des traces, et le futur sera un présent qui deviendra un passé. Il n'est pas possible de réfléchir un présent sans penser le passé et le futur. Présent et non-présent sont donc liés, là où le maintenant et le non-maintenant sont une brisure.

Il est étonnant de relire les passages dédiés au maintenant, car leur familiarité avec l'ouvrage de Stanghellini et Muscelli est manifeste. Le maintenant semble être ce que les auteurs italiens appellent l'instant. Il regroupe de fait les caractéristiques qui lui sont proches : brisure entre le passé et le futur, absolutisme détruisant ce qui n'est pas lui-même etc. Et pourtant, un élément dénote dans l'apparente similarité entre le maintenant et l'instant : le maintenant, bien que tyrannique, semble tout de même s'écouler dans le présent. Il semble avoir une durée que l'instant n'a pas. Certes, cette durée est extrêmement petite, mais elle est présente, et le maintenant est une unité de temps qui ne peut se penser hors du champ d'une temporalité classique. En effet, il ne

⁷⁷ *Ibid.*, p.31.

peut y avoir de maintenant que s'il y a un présent, et le présent dépend du passé et du futur. L'instant, au contraire, est jeté, sans aucune structure pour le soutenir.

Le présent chez Minkowski doit toujours être pensé en lien avec le passé et le futur car il conçoit le temps sous forme linéaire, où le présent est ce qui permet la coexistence entre futur et passé. Nous allons maintenant nous concentrer sur le futur, l'élément temporel le plus important pendant la période de l'accélération. Ensuite nous verrons la mort, et puis pour conclure le passé. L'ordre dans lequel nous voyons ces éléments est repris de *Le temps vécu*.

II.1.1.2. Le devenir : de l'attente à la mort.

Le devenir est sans doute la dimension la plus étudiée par Minkowski, et pour cause : si l'on se réfère à Stanghellini et Muscelli, la temporalité de la société à contemporaine à la rédaction des œuvres majeures du psychiatre est fortement marquée par l'accélération, et présente donc une prédominance du futur par rapport au présent ou au passé. C'est par ailleurs cette prédominance du futur au sein de la société qui a permis aux capacités d'Amartya Sen de jouer un rôle à ce point crucial au niveau international : les capacités sont des objectifs, des projets pour le futur, et l'on pensait que si l'on respectait ces objectifs il serait possible, pour tous, de vivre en harmonie. Hämäläinen nous a prouvé le contraire⁷⁸.

Minkowski pense le devenir comme une flèche pointée vers une direction bien précise, d'où la figure de l'élan qui caractérise son œuvre. « L'élan vital crée l'avenir devant nous et ce n'est que lui qui le fait. »⁷⁹ Nous tendons, de tout notre être, à aller vers l'avenir, mais cet avenir est chaotique et ce n'est que grâce à l'élan vital qu'il prend sens « je tends en avant et réalise ainsi quelque chose »⁸⁰. L'avenir est donc créateur, cet élan qui nous porte vers l'avenir n'a pas de point de départ, et l'arrivée n'existe pas encore. Le moi s'affirme dans le devenir en tant que personnalité vivante et, à ce titre, comme étant susceptible d'essayer des échecs. La réalisation n'est pas uniquement conditionnée à son succès, lorsqu'elle atteint sa cible, au contraire : nous réalisons toujours encore notre vie, même lorsque nous subissons un échec. Ce ne sont pas des moments vides.

L'élan personnel englobe les phénomènes qui me touchent personnellement, affectivement, rationnellement etc. Cette dynamique est précisément à l'origine de notre capacité de réaliser quelque chose qui a de la valeur. Le moi est entier dans l'élan et l'élan crée peu à peu la réalisation. L'affirmation de la personnalité vivante dans

⁷⁸ Voir p.22 du présent mémoire.

⁷⁹ E. MINKOWSKI, *Ibid.*, p.34.

⁸⁰ *Ibid.*, p.39.

l'avenir est aussi une autre trace de la force de la projection dans le futur que mettaient en exergue Stanghellini et Muscelli. De plus, lorsqu'il est question de la réalisation du moi qui peut se construire à travers les échecs, il est question d'essayer, de se mettre en jeu, là où la culture de l'instant, par définition, n'y arrive pas, car elle est sans cadre, et elle veut tout immédiatement, dans l'instant. Les échecs sont perçus d'un mauvais œil, et il n'y a rien à en tirer. C'est d'ailleurs ce rapport déprécié à l'échec qui est problématique dans les institutions où les patients n'arrivent pas à adhérer au projet : ils ressentent l'échec de leur projet comme une perte de temps.

C'est à ce niveau que se pose la question des rapports entre le moi et les autres. Minkowski présente cette question au sein de l'étude de ce qu'il appelle les franges de facteurs irrationnels autour de l'élan personnel. Sa thèse consiste à conditionner la capacité d'accomplissement d'une action à sa présence préalable dans ce qu'il nomme donc les franges de facteurs irrationnels. C'est grâce à ces franges que le devenir se croise avec l'élan personnel : ce sont les points d'intersection entre les vivants et les possibilités qui s'offrent à nous. Il n'est donc pas possible de penser le devenir comme exclusivement mu par les forces de l'individu, il doit être pensé en rapport avec le monde. Lorsqu'on parle d'élan personnel, il est certes question d'un élément qui nous est propre, mais qui est déjà concerné par plus que lui-même. Minkowski utilise l'expression « sur-moi » pour parler de ce qui m'est propre mais qui me dépasse en même temps, comme lorsque l'on prend des décisions et que l'on se sent guidé par une force qui nous dépasse.

Lorsque l'homme achève quelque chose, une œuvre se crée et s'attache au devenir ambiant. Cette œuvre ne peut qu'être imparfaite pour Minkowski, car « trouver parfait ce qu'on a créé, c'est mettre du mort là où il n'y a de place que pour le vivant, c'est transformer en désert le champ fertile de l'existence. »⁸¹ Il y a toujours une place importante à accorder à l'amélioration de soi : le connais-toi toi-même socratique devient un dépasse-toi toi-même et s'inscrit dans une optique de protention vers l'avenir. L'élan personnel nous permet donc de tenter d'atteindre un but dans la vie, dans une logique de perfectionnement. Le revers de la médaille reste cependant qu'en orientant son élan dans une direction spécifique, l'individu s'éloigne et renonce de facto aux autres directions qu'il aurait pu emprunter. Ceci amène l'homme à éprouver un sentiment d'incomplétude.

Seule la temporalité de l'accélération rend cependant possible ce sentiment d'incomplétude : la protention vers l'avenir comme le dépasse-toi toi-même sont engendrés par la primauté du futur sur toute autre forme temporelle. L'amélioration de

⁸¹ *Ibid.*, p.55.

soi constante est mise en exergue par l'accélération, où le but ultime de l'existence reste de mourir en s'étant accompli au maximum. Comment pouvons-nous aujourd'hui, dans la temporalité de l'instant, comprendre les valeurs de l'amélioration de soi, si nous sommes concentrés sur notre instant ? Le contact vital avec la réalité est fondamentalement différent chez Minkowski et les auteurs italiens, et pourtant il y a moins d'un siècle qui s'est écoulé entre les deux théories. Un fossé s'est créé entre elles, sans qu'il ne soit possible, semble-t-il, d'y remédier.

Le contact vital avec la réalité chez Minkowski est le lien entre élan personnel et le devenir ambiant. C'est ce que l'on appelle le synchronisme vécu ; devenir ambiant et élan personnel se pénètrent l'un l'autre, vers l'avenir. L'avenir ne peut se réduire ici uniquement à sa dimension spatiale : il ne consiste aucunement en une succession d'événements qui s'enchaînent les uns à la suite des autres. Il y a du mystère, que Minkowski représente par le concept d'horizon et qui est de l'ordre du visible-invisible : que se cache-t-il derrière cette jonction imaginaire entre terre et ciel ? Pour cerner l'avenir, il faut penser quels sont les domaines dans lesquels il se déploie. Minkowski en cite plusieurs, dont l'attente, l'activité, le désir et l'espoir.⁸² L'auteur classique distingue ces domaines d'application de l'avenir en deux couples distincts. Le premier est le couple d'apparence antithétique activité-attente, et le deuxième est le couple dont les visées présentent des caractéristiques différentes : l'espoir et le désir.

II.1.1.2.1. Le couple activité-attente, ou la tyrannie du devenir

L'activité est un phénomène temporel, considéré par Minkowski comme le « fond commun » de toutes les actions, mais aussi comme la « durée orientée vers l'avenir »⁸³ car elle crée devant soi l'avenir. Elle permet de s'ouvrir à l'avenir immédiat tout en percevant un avenir plus large, celui de l'épanouissement. En effet, c'est grâce à l'activité que nous pouvons nous épanouir (c'est-à-dire nous ouvrir, nous détendre, acquérir des connaissances) tout en restant fidèles à nous-mêmes. Celle-ci détermine sa propre sphère : elle a un phénomène de limitation, qui identifie donc ses propres limites sans qu'elle ne puisse m'étouffer ou m'accaparer totalement. Ce type de limitation est dynamique car il n'est déterminé que par l'activité, et est qualitatif car il permet l'épanouissement de l'activité de l'homme. « L'activité ne comporte par un sentiment de puissance ni un sentiment de faiblesse ; elle est un phénomène primitif et

⁸² Ces domaines d'application du devenir sont à mettre en lien avec la crise du désir et de l'ennui chez Stanghellini et Muscelli.

⁸³ *Ibid.*, p.76.

presque neutre. »⁸⁴ Sauf lorsque nous nous laissons vivre, là il s'agit d'une joie élémentaire de vivre.

A titre de disposition strictement opposée se présente l'attente. Accaparés par cette dernière, nous attendons que l'avenir devienne présent. Selon Minkowski, c'est une attitude vitale qui stoppe l'activité et fige l'être humain dans l'angoisse de l'attente : il y a un arrêt brutal qui va provoquer chez l'individu le sentiment d'être englouti par l'avenir qui arrive et déferle sur lui violemment, telle une vague ravageuse. Cette attente est toujours anxieuse et proche de la douleur physiologique. Elle « annonce une atteinte portée, par contact immédiat, à nos forces vives par une force étrangère, venant du dehors et nous menaçant dans notre expérience même. »⁸⁵ L'avenir immédiat est contenu dans l'attente : le présent rend possible l'avenir à travers l'attente, il nous permet de nous le représenter.

Ce couple de concept semble antithétique et pourtant l'un ne peut fonctionner et ne peut atteindre toute sa force qu'au prix d'une tempérance de son expansion exercée par l'élément inverse ; une vie exclusivement consacrée à l'activité est tout aussi pathologique qu'une vie exclusivement composée d'attente.

Si nous trouvons que ce couple de concept est très intéressant pour comprendre la temporalité et les tensions qui y œuvrent, notre conception différente de l'attente est sensiblement différente.

L'attente, selon nous, est certes un arrêt, mais elle n'est pas à tous les coups un arrêt brutal et violent. Elle n'est anxieuse, brutale ou ravageuse que lorsqu'elle met fin à une activité beaucoup trop forte, une activité basée sur la temporalité de l'instant. Pour appuyer cette interprétation, nous nous appuyerons sur deux scènes quotidiennes caractéristiques de notre époque, l'une ayant un caractère angoissant, l'autre non.

La première situation est celle d'une jeune femme qui envoie un message sur WhatsApp à son copain. Il lui suffit de taper rapidement sur le clavier du téléphone, d'appuyer sur la touche envoi et son message est réceptionné par l'application du copain. Il est en cours, donc regarde rapidement le message, mais ne peut pas répondre : ce faisant, il laisse une trace, visible à sa copine, qu'il a lu le message. En voyant le manque de réponse, elle peut s'imaginer toute sorte de scénarios : est-ce que je l'ai ennuyé ? Peut-être qu'il voit quelqu'un d'autre etc. Il sort de sa leçon, prend son

⁸⁴ *Ibid.*, p.79.

⁸⁵ *Ibid.*, p.81.

téléphone et répond à sa copine en lui expliquant qu'il était occupé : tout est bien qui finit bien.

Souvent ce genre de technologies génère cependant une attente extrêmement anxieuse. La fonctionnalité qui permet de voir si le destinataire a lu ou non le message a deux conséquences majeures liées à l'attente et au facteur anxigène de celle-ci : dans un premier cas, elle met le destinataire dans une situation de « tyrannie de la réponse » : étant donné qu'il a accès à la preuve de la lecture du message, cette information peut contraindre le destinataire à répondre le plus rapidement possible. Dans un autre cas de figure par contre, la même information peut fragiliser le destinataire, car il peut percevoir en temps réel le refus de sa demande.

Cet exemple nous montre le modèle instauré par l'instantanéité et sa double conséquence. En effet, l'attente est en réalité la réunion des impossibles : à la fois tyrannie et fragilité, toujours anxigène.

La deuxième situation présente comme protagoniste un étudiant affamé, qui rentre des cours et n'a pas envie de cuisiner. Il décide donc de se faire livrer son plat préféré par un service de livraison à domicile. Sur ce genre d'application, il peut suivre sur ce genre d'application les différentes étapes de préparation et de livraison de son plat : il voit que le livreur ne devrait arriver que dans trente minutes, il a alors le temps de prendre sa douche et de revêtir des vêtements plus adaptés à la maison. Le jeune homme vérifie sur l'application où en est le livreur : il a quelques minutes de retard, c'est la norme. Il se met alors à parcourir son profil son Facebook, pour passer le temps. Dix minutes plus tard le livreur sonne et l'étudiant peut enfin manger. Dans ce contexte, nous avons l'utilisation de la technologie dans le monde de l'instantanéité et l'attente, pourtant contrairement à ce que dit Minkowski l'attente n'a dans cette situation rien d'anxigène, la tonalité affective est plutôt de l'ordre de la réjouissance, étant donné que notre étudiant pourra manger son plat préféré.

L'idée ici est donc de montrer que l'attente ou l'activité ne sont anxigènes ou épanouissantes qu'en fonction du contexte dans lequel elles prennent corps, mais surtout que ce caractère anxieux de l'attente est souvent lié à l'instantanéité, qui crée de nouvelles normes fort strictes, auxquelles il est difficile d'échapper. Nous aurions très bien pu penser un étudiant qui regarde son application toutes les deux minutes pour voir si le livreur arrive : toutes ces technologies en temps réel sont celles qui mettent à mal une attente saine. Certes, l'attente dans d'autres contextes de temporalité présentait probablement d'autres types de difficultés : imaginons, par exemple, que l'on envoie une lettre d'Edimbourg à Glasgow en 1700 et qu'il faille attendre plusieurs jours voire plusieurs semaines pour savoir si la santé d'une amie s'est améliorée, suite

à une lettre catastrophique que l'on a préalablement reçue. C'est surtout l'objet qui cristallise l'attente qui façonne sa tonalité affective. Si nous attendons une lettre, toujours en 1700, pour savoir si nous avons été pris à l'Université d'Oxford, l'attente sera bien entendu chargée, mais surtout pleine d'espoir.

Qu'il s'agisse d'une situation d'attente ou de pleine activité, nous avons pu observer dans les deux cas la tyrannie du devenir, au sens où le devenir semble prendre toute la place. Lors de la mise en place d'un projet, l'attente et l'activité doivent être en syntonie afin de s'orienter dans le futur de la manière la plus saine possible : le patient ne doit pas ressentir une trop grande angoisse vis-à-vis du projet encore à être ni être basculer dans une implication trop exigeante dès lors qu'il est lancé. Ceci étant dit, un autre couple conceptuel qui mérite encore toute notre attention pour approcher avec précision les soubassements du projet : le désir et l'espoir.

II.1.1.2.2. Le désir et l'espoir, créateurs de projection

Le désir et espoir sont une projection, dans la mesure où elles sont toutes deux dirigées « vers l'avenir et contribuent à le créer devant nous. »⁸⁶ Ils dépassent l'attente et l'activité, et permettent d'élargir la perspective de notre avenir. S'il y a toujours quelque chose à désirer ou à espérer, l'avenir est réaffirmé constamment, et le cadre dans lequel nous évoluons aussi. Cet état de fait induit comme conséquence que les événements concrets peuvent se ranger dans un cadre de vie construit par nos désirs et espoirs.

L'attente et l'activité étaient opposées de par les émotions qu'elles suscitent : terreur de l'attente et joie d'agir. Ce n'est pas le cas ici : espoir et désir sont tous les deux des états positifs. La vie a une valeur positive car nous pouvons toujours espérer. Il n'est pourtant pas question de parler d'optimisme : même le pessimisme le plus sombre relève encore de l'espoir. L'espoir prendra une forme plutôt macabre dans le cas, par exemple, d'un suicidaire qui espère que mettre fin à ses jours permettra de réduire à néant les souffrances qu'il endure, mais même dans cette configuration extrême, c'est encore un espoir qui guide notre action.

Le désir, quant à lui, permet d'aller au-delà de l'activité grâce à sa fonction « projetante » : nous pouvons percevoir l'avenir dans toutes les directions possibles car notre regard se pose loin, dans un avenir éloigné. Tant que l'on vit, nos désirs peuvent aller plus loin que la mort, ce qui n'est pas possible avec l'activité : nous sommes soumis au cadre qui la crée. Lorsque Minkowski parle d'un « désir qui peut aller plus loin », l'expression ne désigne pas un « plus loin » géolocalisable

⁸⁶ *Ibid.*, p.84.

linéairement, c'est-à-dire un lieu ou un moment qui se cacherait derrière l'activité. C'est plus ample. Le propos se rapporte davantage à la solidarité spatio-temporelle. « Tout désir mène, quand il se réalise, à l'augmentation de mon avoir, dans le sens de l'*acquis*. »⁸⁷ L'« avoir » décrit ici est ce qui permet à la propriété de se constituer, mais n'est pas la propriété en elle-même car c'est plutôt une donnée spatio-temporelle. L'*acquis* est donc un mouvement temporel, qui amène à une réalisation spatiale : je vis, je désire, je me mets en mouvement, c'est-à-dire je fais fonctionner mon activité, pour arriver à la réalisation. Le désir renferme l'activité en lui-même : ce qui fait la durée du désir, c'est l'activité qui se crée en lui.

Dans l'espoir, c'est sensiblement différent, car j'ouvre tout un champ en espérant, ce n'est pas uniquement de l'ordre de l'avenir immédiat. Ici aussi, ce n'est pas un prolongement linéaire de l'attente :

« Dans l'espoir, je vis le devenir dans la même direction que dans l'attente, c'est-à-dire dans la direction avenir-présent, et non pas dans la direction présent-avenir. Quand j'espère, j'attends la réalisation de ce que j'espère, je vois l'avenir venir vers moi. »⁸⁸

L'avenir de l'espoir va plus loin que l'avenir de l'attente, car j'ouvre tout un champ en espérant qui ne se limite pas à l'avenir immédiat. Ici aussi, il ne s'agit pas d'un prolongement linéaire de l'attente. L'espoir nous libère de l'angoisse de l'attente (selon Minkowski) mais ne la supprime pas entièrement. L'espoir inverse donc le schéma temporel classique passé, présent, futur pour aller vers un présent toujours déjà marqué par le futur, voire même accaparé par lui. L'avenir guide le présent. Et c'est dans les formes plus pathologiques de l'espoir, où il se transforme en impétuosité ou fanatisme, que l'on se rend compte de sa temporalité. On ne vit que pour le futur dans un seul but précis. Pareille dynamique amène, malheureusement, à une réduction de l'avenir à un seul but, en ne faisant plus droit à la multiplicité de la vie.

Selon Stanghellini et Muscelli, la temporalité au sein de laquelle évoluait Minkowski était déjà celle marquée par une hégémonie du futur. Certes, elle ne découlait pas d'une forme pathologique de l'espoir, néanmoins une importance certaine lui était accordée. A de multiples égards, le parcours de vie de Minkowski ne l'y prédisposait pourtant pas : il a fait la première guerre mondiale, et a ensuite été persécuté début des années trente car il était juif. Pourtant lui et tant d'autres ont conservé l'espoir d'un futur meilleur. La résistance a œuvré de telle sorte que persiste du sens au cœur de la vie, un sens d'une force exceptionnelle qui engage cette frange opprimée de la population à conserver malgré tout de l'espoir. Il est clair cependant que des auteurs tels que Primo

⁸⁷ *Ibid.*, p.89.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 92.

Levi, qui ont eu enduré les camps de concentration, avaient beaucoup moins d'espoir que les autres, non seulement car la durée de vie était comptée, mais encore et surtout car ils n'étaient plus capables de percevoir une once d'humanité dans les visages des tortionnaires. L'environnement conditionne ultimement la capacité à espérer.

Cette digression a pour but de montrer que l'espoir est fils du temps et de l'espace, et donc du contexte. Il est intéressant donc de relire les pages de Minkowski concernant l'espoir en gardant à l'esprit comment le contexte social a pu influencer son étude. De plus, il semblerait qu'il n'ait laissé de côté la question de la manière dont son époque était marquée par cet espoir, qui va ensuite donner naissance, fin des années cinquante début des années soixante, au mouvement Flower Power, apogée de l'espoir collectif du vingtième siècle.

L'espoir et le désir sont au cœur du devenir, mais ils ne seraient rien sans l'action. En effet, nous avons besoin d'habiter l'action éthique dans chaque moment de notre existence. Chaque homme peut concevoir cette action éthique différemment. La définition de l'éthique que fournit l'auteur est approchée négativement : elle ne peut être ramenée à la bonté ou à l'honnêteté, et

« Quant aux conséquences, l'action éthique au fond n'en prévoit aucune ; elle n'en comporte aucune si ce n'est celle d'ouvrir tout l'avenir devant nous et de nous permettre d'embrasser, dans l'espace d'un instant, en un clin d'œil, toute la grandeur, toute la valeur, toute la richesse de la vie. »⁸⁹

Elle nous conduit au-delà de nous-mêmes, dans une multiplicité de chemins possibles, toujours marquée par l'espoir : les termes de valeur, de richesse de la vie sont à mettre dans le contexte de primauté du futur, de l'accélération guidée par celui-ci.

« L'avenir c'est l'idéal, c'est la recherche de l'action éthique, c'est la réalisation exceptionnelle de ce qu'il y a de plus élevé en nous ; comme tel il se suffit à lui-même et se passe de tout point d'appui ; il a assez de force pour cela : et s'il ne l'a pas, il l'aura un jour, et cela fait aussi partie de l'idéal. »⁹⁰

Cet extrait est rempli d'éléments qui ne font que confirmer l'analyse de Stanghellini et Muscelli. Il y a un espoir immense en l'avenir, qui est explicité par le mot « idéal », mot qui renvoie à un état du monde meilleur. L'action éthique, elle, est le but auquel il faut arriver et qu'on est sûrs d'atteindre : Minkowski parle de force pour arriver à

⁸⁹ *Ibid.*, p.106.

⁹⁰ *Ibid.*, p.112.

cette action éthique, et que s'il n'y a pas cette force maintenant, elle sera forcément là un jour, et permettra d'atteindre l'idéal.

Est-ce par l'influence des diverses avancées technologiques que Minkowski se sent si sûr de la réalisation de cet idéal ? Est-ce grâce à l'hégémonie de l'espoir qui insuffle dans son époque un vent de force et de réalisation ? Aujourd'hui, il serait difficile de pouvoir défendre des propos similaires. Non seulement car nous sommes dans une période de l'instantanéité, qui induit des difficultés de projection, mais aussi et surtout car cet espoir qui caractérisait la modernité et le siècle dernier n'est plus à l'ordre du jour. Nous avons compris l'extrait comme certitude d'accomplissement de l'idéal, mais imaginons que cet idéal est atteint. Qu'en reste-t-il ? Où se situe le désir ? Où se situe l'espoir ? Malheureusement, quatre-vingt-cinq ans plus tard, nous ne pouvons considérer la recherche de l'action éthique comme accomplie, au contraire : l'espoir qui caractérisait tout le projet de Minkowski tombe à l'eau et est remplacé par un désir pathogène qui n'arrive pas à se projeter et qui n'arrive pas davantage à accepter l'attente.

Pour mieux comprendre ce que la maladie met à mal dans les couples activité-attente et désir-espoir chez un patient, Minkowski dresse le cas clinique d'un homme âgé de soixante-six ans, mélancolique et qui a un délire de persécution très étendu. Selon lui, tous les déchets du monde lui sont destinés (des mégots de cigarettes aux restes de fruits en passant par des enveloppes usagées), et il devra tout manger avant d'être mis à mort. C'est l'univers tout entier qui coopère à ce délire, tout le monde veut le punir par cette torture (on lui coupera bras et jambes et il sera exposé dans un terrain vague). Ses proches seront aussi condamnés à souffrir. Il explique son délire par le fait de ne pas s'être établi en France plus tôt, et car il n'a jamais payé ses impôts⁹¹.

Nous sommes vite interpellés par l'étendue de ces idées de persécution. Tout l'univers sait qui il est et qu'il devra être châtié, et il vit dans l'attente de ce châtiment. Minkowski explique que c'est dans des situations de délire aussi vastes qu'il est vraiment possible de comprendre le phénomène de l'idée délirante. Il a pu étudier ce cas de manière particulière, étant donné qu'il le soignait à domicile, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Deux éléments se lient : l'observation du patient, mais aussi la projection de sa vie psychique sur notre propre psychisme. Ces deux éléments vont agir en même temps, comme deux mélodies dysharmoniques jouées simultanément, et

⁹¹ Nous verrons plus loin dans le chapitre une analyse plus fine de la mélancolie faite par Binswanger, où il sera question de montrer que souvent, les causes de leur maladie invoquées par les patients mélancoliques sont des objets vides, car souvent une fois que l'on résout le problème, le malade se tourne vers une autre cause de son mal-être.

vont permettre à Minkowski de développer son propos sur un double front : celui de la psychologie d'une part, et celui de la phénoménologie d'autre part.

Psychologiquement, le malade n'est pas constamment dans le même état : parfois ce sont les symptômes dépressifs qui prennent le devant, parfois ce sont les symptômes délirants qui sont les plus éclatants et les plus visibles. De plus, ces tensions sont déterminées par des facteurs particuliers, qui changent selon l'humeur ou la situation. Son délire mélancolique se montre majoritairement lorsqu'il éprouve un besoin de détente lors d'une situation violente par exemple.

Phénoménologiquement, lorsque nous percevons un délire, nous avons l'impression d'être dans une autre réalité que lui, que nous ne partageons pas les mêmes bases perceptives. Imaginons que nous avons peur de tomber lorsque nous visitons la tour Eiffel : si la personne qui nous accompagne nous tient la main, nous dit qu'il n'y a aucune raison de s'inquiéter, la peur peut diminuer. Or le patient qui pense toujours que le lendemain on va l'exécuter ne va pas pouvoir diminuer son délire, car les arguments rationnels que l'on peut utiliser pour le calmer ne font pas partie de la même réalité. Le médecin peut tirer des faits actuels une conclusion pour l'avenir : il n'y a personne qui a prévu de tuer le malade, et le monde ne complot pas contre lui. Le malade ne peut pas faire de même, du coup il est constamment dans l'angoisse de l'attente, et figé dans son activité. « Le temps se fractionne ici en éléments isolés, que tout naturellement, dans la vie normale, nous intégrons les uns aux autres. »⁹² La temporalité du patient est rompue car il vit chaque jour comme une succession de jours sans une projection dans l'avenir, et donc tout à fait privé de désir, d'espoirs ou d'activités. Tous les jours se ressemblent, le patient a perdu la capacité de progresser. Il semblerait donc qu'il soit dans une temporalité de l'instantanéité extrême et pathologique de par sa nature médicale.

De plus, « l'avenir se trouve barré par la certitude d'un événement d'ordre destructif et terrifiant. »⁹³ C'est cela qui l'empêche de progresser. Notons que c'est ce même sentiment qui peut nous affliger lorsque nous avons une déprime passagère : ce qui diffère du malade c'est la capacité de l'élan personnel à se défaire de cette barrière pour se projeter vers l'avant, ce que le mélancolique est incapable de faire.

Mais encore l'élan personnel établit l'ambiance de notre existence et notre rapport au futur. Dès lors à cause de ses délires de persécution, le patient pense qu'en continuant à vivre, les autres ne font qu'entasser les déchets qui lui reviennent. L'homme qu'il croise tous les jours a perdu à ses yeux sa qualité d'homme, il n'est que persécuteur.

⁹² *Ibid.*, p. 174.

⁹³ *Ibid.*, p.175.

La souffrance caractérise les interactions qu'il entretient avec les autres : il n'y a pas de contentement. Le hasard lui-même n'existe plus, vu que tout est englobé dans le plan de le tuer et de lui faire ingurgiter tous les déchets du monde.

« L'élan personnel fléchit, la synthèse de la personnalité humaine se désagrège ; les éléments dont elle se compose acquièrent plus d'indépendance et entrent comme tels en jeu ; la notion du temps se fractionne et se réduit à la notion de succession de journées semblables ; l'attitude à l'égard de l'ambiance et déterminée par le phénomène de la douleur sensorielle ; il n'y a plus alors que le moi et l'univers hostile qui restent en présence l'un de l'autre ; entre les deux viennent s'intercaler les objets de l'ambiance ; ils sont interprétés en conséquence, l'intellect les traduit en faisant des hommes des persécuteurs et des choses inanimées des instruments de torture. »⁹⁴

Pour mieux comprendre le délire de monsieur A.L., il nous faut étudier ce que dit Gaëtan Gatian de Clérambault⁹⁵ sur les psychoses systématiques hallucinatoires chroniques. A l'origine, la description faisant référence et théorisée par Magnan comprend quatre étapes : 1) altération du caractère et interprétations délirantes de persécution, 2) hallucinations et « systématisation des idées délirantes »⁹⁶, 3) idées de grandeur, 4) démence. Les idées délirantes précèdent les hallucinations, et les idées de persécution précèdent les idées de grandeur : ces différentes idées entretiennent, s'agencent et se renforcent selon un schéma appréhendable, les idées de grandeur venant par exemple justifier les idées de persécution.

Le travail de Clérambault va bouleverser ce système, en développant, entre autres, la notion de « psychoses à base d'automatisme. »⁹⁷ Dans cette théorie, la notion d'automatisme ne recouvre pas la même signification que celui qui opère, par exemple, lorsque l'on joue un morceau à la guitare par cœur : il s'agit dans ce cas d'un automatisme psychologique, or celui qui est à l'œuvre chez le mélancolique est de l'ordre de l'automatisme mental. Et l'automatisme mental est de nature psychiatrique :

« Il vise des phénomènes que la conscience morbide, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, n'arrive plus à rattacher à elle-même et qui lui apparaissent par conséquent comme se déroulant

⁹⁴ *Ibid.*, p.180.

⁹⁵ Pour plus d'informations sur l'auteur, voir S. BOIVIN, « Gaëtan de Clérambault et l'automatisme mental », in *Perspectives Psy* 2010/3 (Vol. 49), p. 226-229.

⁹⁶ *Ibid.*, p.198.

⁹⁷ *Ibid.*, p.199.

indépendamment d'elle et, en ce sens, d'une façon « automatique », et qu'elle tend à attribuer, en fin de compte, à des causes extérieures. »⁹⁸

Les symptômes les plus fréquents de ce type de processus sont l'écho ou le vol de la pensée, où le patient se sent passif par rapport à sa propre pensée, qui se déroule indépendamment de lui.

Cependant, de Clérambault se revendique d'inspiration organiciste, c'est-à-dire qu'il ne faut pas penser un phénomène de manière isolée, mais toujours en tant qu'élément d'un système à l'image du rapport qu'entreprendrait un organe à l'organisme. Dès lors, selon lui, l'automatisme mental est une séquelle de problèmes antérieurs, comme une atteinte « subtile et systématique subie par les cellules nerveuses ». ⁹⁹ Le processus morbide s'agence automatiquement, mécaniquement dans les cellules nerveuses du malade : ce n'est pas la réflexivité du sujet qui est en jeu. Le fait de vouloir penser la maladie de manière isolée est dangereux, pour plusieurs raisons, la première étant qu'un homme est toujours ancré dans la société, il a des interactions sociales et se construit soit avec celles-ci, soit en deçà, mais il n'est pas capable de les éviter. Par ailleurs, il fait toujours partie de sous-groupes de la société, dans le cas présent il est à l'hôpital, et est soigné par des professionnels. Ceux-ci aussi ont leur propre temporalité et sont aussi immergés dans la société.

Lorsqu'ils soignent le patient, les professionnels ne peuvent le penser comme un objet de soin, mais comme un sujet de soin. De plus, ce qui se passe dans le trouble est de nature purement temporelle :

« Tout se joue dans le temps : l'avenir se trouve barré par l'attente du châtimeut ou de la mort imminente, le passé s'immobilise sous forme d'idées de culpabilité, quant au présent, enclavé entre les fautes du passé et l'expiation de l'avenir, il se réduit à néant, est nié sous forme d'idées de ruine ou de négation. »¹⁰⁰

Le patient souffre de son passé, et n'arrive pas à se projeter dans l'avenir sans que ces projections ne soient catastrophiques et impliquent la mort : quel projet peut-on dès lors proposer à Monsieur A.L. ? Une personne présentant de tels délires de persécution qui barrent l'avenir et qui se concluent toujours par une mort violente ne va pas forcément vouloir prendre un appartement, ou finir ses études. D'où notre interrogation sur la difficulté de généraliser l'approche par projet.

Après avoir parlé du devenir, il nous semble intéressant de consacrer quelques paragraphes à la mort. Elle est la seule certitude que nous avons concernant notre

⁹⁸ *Ibid.*, p.199.

⁹⁹ *Ibid.*, p.199.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p.205.

devenir : un jour nous mourrons tous. Cette certitude façonne nos choix de vie et notre existence. Mais peut-on dire que la mort signe la fin du devenir ?

II.1.1.2.3. La mort : la fin du devenir ?

Minkowski intègre la question de l'influence de la mort sur l'existence dans son œuvre et débute dès lors son chapitre avec les mots suivants : « Une ombre se pose sur le devenir »¹⁰¹ Le fait que l'ombre que Minkowski évoque renvoie selon toute vraisemblance à la mort ne nous empêche pas d'investir et d'interroger la métaphore par d'autres biais. Et si, par exemple, cette ombre était mélancolique, une ombre à cause de laquelle pour les patients atteints de la maladie éponyme, la souffrance était perçue comme interminable, ne s'atténuant pas dans la durée, et sur laquelle même la mort n'aurait aucun effet ? De la sorte, la dernière ressource pensable pour en finir avec la souffrance, c'est à dire la mort, n'est plus une option valable. Et quid d'une ombre temporelle, qui annoncerait la fin de la période de l'espoir ? L'ombre qui brise le devenir est la mort, mais nous avons bien vu que l'espoir du siècle dernier a la caractéristique de dépasser la mort. Ce n'est pas tellement une ombre qui ruine le projet, l'élan éthique, c'est plutôt une ombre naturelle, qui pose une limite à l'existence humaine.

Est-ce pour autant la fin de tout ? Dans notre époque oui, à l'époque de Minkowski non : la mort n'a plus la même symbolique qu'elle avait avant, et ce à cause de la crise de la religion mais aussi car l'espoir qui caractérisait l'accélération était linéaire, et permettait de continuer malgré la mort.

La dignité de la vie peut elle-même provenir de la mort. La mort, en effet, n'est pas la fin de la vie, mais la fin d'une vie. Elle n'épuise pas la vie toute entière, mais elle apporte la notion d'une vie¹⁰², c'est-à-dire la synthèse de tout ce qui a précédé la mort. « La mort en tant que destruction engendre un devenir et non point un être »¹⁰³ La mort, étant donné qu'elle ne met fin qu'à une vie à la fois, ne peut pas mettre fin à la vie en tant que telle : elle ne peut pas prétendre à tuer le devenir.

« Une vie est tout autre chose que la venue au monde d'un nouveau-né, ne fût-ce que parce qu'une vie s'achève devant nos yeux, mais ne commence point, ou ne commence que par analogie avec sa fin, c'est-à-dire ne commence que dans la mesure où elle est appelée à s'achever

¹⁰¹ *Ibid.* p.121.

¹⁰² Concept de Minkowski.

¹⁰³ *Ibid.*, p.123.

un jour. La mort est un phénomène vital, tandis que la naissance ne l'est pas ; elle n'est qu'un fait biologique. »¹⁰⁴

Ceci insiste davantage sur l'idée que la mort apporte l'unité à la vie. Il n'y a que vie que mourante et « chaque mort est un primitif *memento mori* pour les survivants. »¹⁰⁵ La mort qui engendre un devenir est un symptôme de l'hégémonie du futur chez Minkowski, et ne fait que confirmer ce que nous avons déjà pointé : l'élan éthique, porteur du devenir, ne s'arrête pas avec la mort. La vie est un flux inarrêtable, et la mort pourra prendre, une vie, cent vies, mille vies, mais ne peut pas tuer la vie.

En ces termes, la vie et la mort entretiennent donc une dialectique très particulière, qui pourrait s'évoquer de la façon suivante : « la vie en moi va vers l'avenir, et moi, je vais vers la mort »¹⁰⁶ Le phénomène qui agit dans la vie, c'est l'élan vital, qui va encore et toujours vers l'avenir, malgré le fait que nous allons inévitablement vers la mort. C'est bien ce dualisme entre la mort et l'avenir inépuisable qui est mis en avant par Minkowski. En phénoménologie, toute vie s'inspire de l'après mort et ne peut pas vivre sans elle : si en effet l'élan éthique et l'élan vital ne s'arrêtent pas avec la mort de l'individu, les individus qui grâce à leur action et à leur manière d'habiter le monde, sont influencés par l'idée de cette mort certaine et agissent en conséquence. Que ce soit en étant particulièrement prudent, ou en bravant les limites de la sécurité, la mort plane sur chacune de nos actions, telle l'ombre décrite par l'auteur français.

Mais en est-il de même actuellement ? Certes, l'homme est toujours influencé par la mort, mais étant donné que la mort symbolise désormais la fin, l'investissement de l'homme dans l'élan éthique ou l'élan vital diminue. C'est, entre autres, cela qu'illustre la crise de la religion de nos jours. La religion permettait de visualiser un au-delà qui dépendait fortement de nos actions sur terre. Dans ce contexte, il était plus facile de s'investir dans un projet de vie, et de vouloir laisser le meilleur pour ceux qui resteront après notre mort. La crise de la religion, au contraire, renforce cette temporalité instantanée, où notre action semble n'avoir de conséquences que pour nous, ou, quand bien même elles seraient collectives, des conséquences dont l'importance est moindre.

L'engagement, valeur essentielle du siècle passé avec comme figure française de référence Sartre, perd de sa force, et se rapproche plutôt de l'obstination que de

¹⁰⁴ *Ibid.*, p.124.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.125.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p.126.

l'ouverture ou de la libération de soi. Cette valeur pensait les conséquences : s'engager c'est penser linéairement le temps, et se rendre compte des effets de nos actions.

Nous avons vu le devenir et la mort, mais pour faire un portrait de la temporalité linéaire il nous faut penser le passé. Le passé, bien qu'il soit passé, revêt toujours une certaine importance, et influence notre manière d'être au monde. Ce n'est pas simplement une page qui se tourne, et ce malgré la temporalité de l'instantanéité qui semble vouloir briser les rapports d'influence qu'il pourrait entretenir sur l'instant. Dans la mise en place d'un projet, il est essentiel de penser aussi au passé, pour permettre au patient de régler les problèmes qui y sont attachés. La mémoire, les regrets, les doutes, sont autant d'éléments qu'il faut pouvoir considérer si l'on veut s'assurer de la réussite du projet. Cette réussite n'est donc pas uniquement déterminée par les questions de projection.

II.1.1.3. Le passé : de la mémoire au regret.

Il nous est impossible de penser au passé sans faire appel à la mémoire, et pourtant il ne suffit pas de penser le phénomène de la mémoire pour définir le passé. La mémoire est un phénomène qui est de l'ordre du savoir, et non pas de la vie en tant que mouvement. Vivre dans le passé n'inclut pas le même mouvement que vivre dans l'avenir. Le souvenir contient en lui-même la connaissance, mais il n'épuise pas l'objet du passé qu'il vise. Il est clair que le passé est un élément vivant.

Le souvenir exerce un rôle non négligeable pour parler du passé dans la mesure où il permet de se remémorer et donc d'attester qu'un événement a réellement eu lieu. Le souvenir produit et reproduit le passé tout en se confirmant grâce aux autres souvenirs. Il ne peut pas y avoir de souvenir isolé. Cependant, étant établi que le souvenir n'arrive pas à épuiser le passé, il faut alors mener une enquête phénoménologique sur ce même passé et, pour ce faire, nous devons parler de l'évocation volontaire. C'est cette opération qui, en effet, nous permet de sentir un événement du passé présent en nous. Il n'est pas possible, sauf en cas de maladie, de ressentir ce passé comme complètement présent, le terme d'évocation est relativement explicite à ce sujet : le passé, lorsqu'il est évoqué, reste un élément à la fois présent et absent.

Notons aussi la différence entre le passé immédiat, qui vient de se clore, et le passé plus lointain. L'évocation permet de revivre un moment, là où le souvenir n'est qu'une image, et peut donc susciter à nouveau de l'angoisse. L'évocation ne peut exister que

grâce à la « masse de l'oubli ». Dès lors, l'oubli perd sa mauvaise réputation pour donner naissance à un phénomène temporel : l'évocation.

Notre propension à vouloir penser le temps en étapes nous amène à projeter sur le passé une scansion similaire, or Minkowski nous montre le contraire :

« Le passé ne se déploie point devant nos yeux sous forme d'étapes successives, dont chacune aurait sa valeur propre, indépendante des autres ; il se replie, au contraire, sur lui-même, se condense au maximum, sans d'ailleurs rien perdre de sa force pour cela. C'est un passé concentré, ramassé, que nous avons devant nous, passé dont jaillit à nouveau notre élan, pour nous emporter vers l'avenir. »¹⁰⁷

Le repli et la condensation du passé font que celui-ci peut être dépassé et donc pensé comme passé, mais pas de manière linéaire ou scandée en étapes.

Nous allons désormais examiner ce même passé à travers trois phénomènes distincts : le remord, le regret et le souvenir. Le remord est cet élément qui isole un élément de passé car il le fixe et lui permet de survivre : il est question d'un élément qui est mis en avant, et qui ne cesse de ressurgir, à titre de preuve de défaillance en matière d'agir peu prévoyant et vertueux. Minkowski parle du remords en ces termes : c'est le premier souvenir, car il montre la nécessité d'un souvenir conscient. Son but est de rouvrir un avenir, avenir qui avait été mis à mal par une faute commise dans le passé, pour permettre d'aller vers l'action éthique. « Mais il y a en lui (...) de la rétrospection. Il isole un fait du passé, le fait survivre et forme le premier souvenir. »¹⁰⁸ Avec Binswanger, nous aurons l'occasion de reparler de ce phénomène du remord, dans sa version pathologique : la mélancolie.

Ensuite vient le regret, qui est d'une gravité moindre que le remord.

« [II] concerne surtout des événements s'étant produit en dehors de notre intervention directe. Nous pouvons aussi songer avec regret au passé disparu. Il n'empêche que le regret participe des caractères essentiels du remord. »¹⁰⁹

Le regret est lui aussi dans cette dualité passé-avenir, car il se focalise sur un événement particulier et pose la prise de conscience suivante : « il eut mieux fallut que je fasse ceci ». Comme le signale bien Minkowski, pour donner du sens à un regret, il faut pouvoir tenir compte de la prise de conscience, et essayer de ne plus reproduire la

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.147-148.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.149.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p.149.

même erreur ou faute dans le futur. Lorsque l'on occulte cette protention, on le rend stérile.

Enfin arrive le souvenir, phénomène « incompréhensible au regard de la marche incessante de la vie en avant. »¹¹⁰ C'est une reproduction d'un événement passé que l'on a vécu. Contrairement au regret et au remord, il est totalement détaché de l'avenir. Pourtant, il est tout aussi nécessaire à la temporalité du sujet que les deux autres phénomènes car il permet de prendre conscience du temps vécu, et de l'avancement au sein de la vie. Le souvenir ne projette pas, il rappelle. Pourtant selon nous il peut tout aussi bien être un élément indispensable de l'avenir : ce n'est qu'en sachant d'où l'on vient qu'il est possible d'aller de l'avant.

Tous ces éléments nous ont permis de voir ce qu'est le temps pour Minkowski : c'est une masse mouvante, avec plusieurs directions. Le passé se replie sur lui-même et est passé, l'avenir pointe dans différentes directions et le présent se loge dans l'entre-deux. La mort, elle, n'est que la fin d'une vie, mais ne détruit pas le devenir pour autant. Il est essentiel de ressentir la vie que Minkowski décèle dans le temps : l'élan vital nous projette toujours déjà vers l'avant, malgré le souvenir, les regrets ou les remords.

Ces indications sur le temps seront essentielles par la suite pour comprendre exactement l'effet d'une maladie psychique sur la temporalité du patient. Ce n'est qu'en tenant compte de la temporalité de la maladie du patient qu'il est possible d'envisager un soin qui lui soit profitable.

II.1.2. Du vécu du patient psychiatrique au vécu à travers Instagram : le temps comme vecteur de manières d'être au monde.

II.2.1. Unité du sujet souffrant et dualité des troubles mentaux

Lorsque l'on étudie la psychopathologie, il est impossible de penser le patient indépendamment de sa réalité vécue : à travers son discours, à travers ses gestes, ses manières de se rapporter à l'autre mais surtout à travers ce qu'il donne à voir de lui-même, le patient permet au psychiatre de pouvoir lui donner les clés d'analyse de sa pathologie. Le plus difficile est de cerner l'unité du sujet souffrant : il ne suffit pas

¹¹⁰ *Ibid.*, p.150.

d'identifier les différentes parties d'un patient pour en faire un tout. Il y a des liens importants à ne pas sous-estimer.

« Les états psychologiques, fait remarquer Bergson, ne sont pas des fragments du moi, mais ils en sont des expressions, car chaque état psychologique, du fait qu'il appartient à une personne, reflète et exprime l'ensemble de sa personnalité. »¹¹¹

Cette capacité d'unification du sujet souffrant n'est accessible que grâce à l'élan de sympathie intellectuelle (intuition bergsonienne) : la psychiatrie objective n'y arrive pas forcément. La sympathie intellectuelle œuvre au présent : même si nous connaissons le passé du patient, la sympathie intellectuelle s'efforce de comprendre le présent du patient. Les symptômes fusionnent entre eux et donnent une unité : il n'y a pas de symptômes isolés. De plus, « le syndrome mental n'est plus pour nous une simple association de symptômes, mais l'expression *d'une modification profonde et caractéristique de la personnalité humaine toute entière.* »¹¹² C'est cela que Minkowski appelle le trouble générateur.

Minkowski parle d'un double aspect des troubles mentaux en donnant l'exemple du délire mélancolique.

« [Celui-ci] n'était pas uniquement pour nous l'association d'un fonds dépressif et d'idées attristantes, mais (...) il paraissait possible et même nécessaire, pour comprendre entièrement ce syndrome, d'admettre derrière son contenu idéo-émotionnel une structure particulière que nous désignons du nom de subduction morbide dans le temps. »¹¹³

Cette maladie combine donc deux aspects : l'aspect idéo-émotionnel qui permet de comprendre le malade et l'aspect structural qui n'est autre que la structure du mal-être qui permet de comprendre pourquoi le malade a des idées délirantes et comment ces idées délirantes sont le fruit d'un fonctionnement différent du nôtre, dû à la subduction morbide dans le temps.

Le délire est toujours compliqué à cerner, surtout lorsqu'il est question de la compensation, soit un phénomène qui permet de combler les vides causés par la maladie. Un exemple parmi d'autres pourrait être celui d'un délire qui apparaît pour combler le vide laissé par une déficience de la mémoire. Ce phénomène est bien plus complexe qu'une simple mécanique de remplissage. Freud a influencé la psychiatrie grâce à sa notion de compensation affective, qui n'est autre qu'un délire ou un rêve dans lequel la personne réalise tout ce qu'elle a toujours souhaité réaliser. Minkowski ne s'intéresse pas tellement à la psychopathologie affective car celle-ci s'intéresse

¹¹¹ *Ibid.*, p.209.

¹¹² *Ibid.*, p.211.

¹¹³ *Ibid.*, pp.220-221.

uniquement au contenu affectif des symptômes, et non pas à leur spécificité formelle, tout en reléguant les patients dans des cases, ce qui a comme conséquence une compréhension fracturée de l'homme. Pour pallier cela, Minkowski découvre une nouvelle forme de la compensation : la compensation phénoménologique.

Cette forme de compensation peut être perçue dans la schizophrénie, qui est une « perte de contact vital avec la réalité »¹¹⁴. Cette perte de contact avec la réalité amène des manifestations autistiques de retrait, comme la bouderie ou la propension à vouloir poser toute une série de questions à soi-même comme aux autres sans vouloir réellement recevoir une réponse. Ces mouvements-là sont ce que Minkowski appelle la compensation phénoménologique car le malade comble le vide créé par le processus schizophrénique par ces éléments, appelés attitudes schizophréniques¹¹⁵.

« Je propose pour ce mode de compensation le nom de *compensation phénoménologique*, étant donné qu'elle fait appel avant tout aux caractères essentiels des phénomènes dont se compose la vie et n'accorde à leur contenu affectif, plus ou moins contingent et variant d'individu à individu, qu'un rôle secondaire. »¹¹⁶

Et en ce qui concerne les rêves que le malade peut avoir, ils sont certes intéressants en termes de contenu, mais ce qui importe réellement c'est l'existence-même de ces rêves qui importe réellement, contrairement à la psychopathologie affective. Ces rêves sont ce à quoi le malade se rattache, pour ne pas sombrer dans le vide. Il n'est pas rare de plus que le contenu s'efface.

II.2.2. Compensation et Instagram : lien entre le consommateur et le schizophrène

Cette double approche du phénomène de compensation n'est pas sans rappeler la culture de consommation, dans plusieurs de ses dimensions. En effet, si l'on analyse de façon sommaire la société de consommation actuelle, nous pouvons penser que nous achetons pour devenir quelqu'un, et donc pour réaliser nos rêves. Ce serait là une analyse proche de la psychopathologie affective : un acheteur compulsif achète pour ressembler à quelqu'un qu'il admire ou pour se sentir puissant, dans une logique du « j'achète, donc je suis ». Et pourtant nous pourrions aussi aller plus loin, en parlant d'une compensation phénoménologique du consommateur : le consommateur est certes influencé par cet idéal de l'homme autonome qui peut s'acheter ce qu'il souhaite et dont le bonheur est proportionnel au pouvoir d'achat, mais avec ces données,

¹¹⁴ *Ibid.*, p.229.

¹¹⁵ Minkowski a étudié la compensation phénoménologique dans la schizophrénie principalement.

¹¹⁶ *Ibid.*, p.228.

l'analyse n'est pas à son terme. Le consommateur est, par essence, dans une société de l'individualisation et de l'instantané – il en est le produit. Si le consommateur trouve l'achat à ce point réconfortant, c'est aussi pour pouvoir combler le vide qui est laissé par le manque de contact humain et par l'incapacité de désirer ou de s'ennuyer engendrés par l'instantanéité, comme nous l'avons vu.

Le consommateur est celui qui, sur un réseau social tel qu'Instagram, va compter le nombre de ses followers, en cherchant à en obtenir toujours plus, en essayant de suivre la mode des influenceurs qui mettent en avant des produits « indispensables » grâce à leurs sponsorings, et en créant une image de lui qui diffère de son image IRL¹¹⁷. Il achète en ligne pour ne pas devoir sortir de chez soi et surtout pour recevoir au plus vite les meilleurs produits conseillés par ses influenceurs préférés, influenceurs qui taguent souvent leur communauté d'un surnom, pour donner l'apparence d'une communauté soudée, comme par exemple en ajoutant le mot « squad » ou « fam » derrière leur pseudo ou leur nom. Pourtant, cette communauté ou le produit acheté sont souvent éphémères : internet est dur avec ses étoiles, il les porte à la gloire et les réduit à néant en un temps record. Le consommateur, quant à lui, ne se laisse pas abattre par la disparition d'une de ces icônes passagères, il va continuer à suivre d'autres influenceurs, qui vont lui proposer d'autres produits, etc.

Cette petite présentation était nécessaire pour comprendre le vide profond qu'engendre inmanquablement ce genre de comportement. Il n'y a plus d'attachement réel à une communauté car tout naît et s'effondre dans un laps de temps très réduit. On achète par mimétisme, pour ressembler aux autres, mais cela ne comble pas notre rêve, nos aspirations : lorsque l'on obtient un objet, on en veut un autre, puis un autre encore. Nous pourrions même aller plus loin et imaginer qu'à peine le coli réceptionné, notre capital de satisfaction l'a déjà disqualifié.

L'image renvoyée par le consommateur sur Instagram est souvent fort éloignée de la réalité, et ceci car l'utilisateur dispose d'un contrôle élevé sur ce qu'il montre ou occulte. Pourtant, ces mêmes images nourrissent l'imaginaire d'adolescents en quête de rêves et d'aspirations, ou celui d'adultes coincés dans une routine décevante. Ils essayent dès lors à tout prix de ressembler à ces altérités virtuelles, et quand bien même ils y arrivent, ce succès provoque une joie mitigée, car il en faut toujours plus. Nous sommes bien face à un cercle vicieux : on a un manque, on achète, on essaye de donner une image de nous-mêmes positive, on a un manque alors on comble le vide en achetant etc. Et si l'on essaye d'extirper le consommateur de cette logique, il

¹¹⁷ In Real Life, abréviation souvent utilisée lors d'analyses des comportements en ligne par rapport aux comportements dans la vie de tous les jours.

s'effondre. En écho à l'hypothèse que nous formulions en ouverture de ces propos, si le contenu change, le système de compensation est toujours à l'œuvre dans ce type de société.

Attention cependant, la schizophrénie et la consommation ne sont clairement pas à mettre sur le même plan : la schizophrénie est une maladie mentale, et doit être prise en charge et soignée comme telle, afin de garantir le moins de souffrance possible au malade. Le consommateur, quant à lui, est pris dans une société qui est elle-même malade. Seules des actions concrètes pourront aider cette société et ses membres à sortir de l'impasse. En attendant, ils cherchent des solutions dans les livres de développement personnel.

II.2. Blankenburg ou la perte de l'évidence naturelle.

Minkowski nous a aidé à définir exactement ce qu'est le temps, et comment il peut intervenir dans certaines maladies psychiques jusqu'à briser le sentiment de temps vécu. Il nous faut désormais examiner avec attention le discours de Blankenburg sur sa patiente Anna Rau. De fait, dans le premier chapitre, nous avons abordé la temporalité œuvrant dans la société actuelle, c'est-à-dire l'instantanéité. Avec Minkowski, nous avons abordé la question du temps, et plus particulièrement le temps vécu. Avec Blankenburg, nous prenons le cas d'Anna Rau pour analyser la temporalité de la patiente¹¹⁸. Cette étape est essentielle pour pouvoir ensuite confronter cette temporalité avec la temporalité du projet, dans le troisième chapitre du mémoire.

Blankenburg, pilier de la psychopathologie phénoménologique, livre dans *La perte de l'évidence naturelle*¹¹⁹ un tableau remarquable de la schizophrénie paucisymptomatique, à travers le cas clinique d'Anna Rau. Cette forme particulière de schizophrénie se caractérise par l'absence de délires spectaculaires, et elle intéresse Blankenburg car elle est le trouble schizoïde le plus à même de montrer le trouble fondamental qui œuvre au sein de la schizophrénie.

Les principales dimensions qui vont retenir notre attention dans cette analyse du cas d'Anna Rau sont la réflexivité - c'est-à-dire le discours de la patiente sur elle-même, extrêmement lucide - et ce sentiment qu'elle appelle la « perte de l'évidence naturelle. » Nous avons choisi ces deux points car d'une part la réflexivité n'est pas

¹¹⁸ Nous avons bien conscience que la temporalité d'Anna Rau n'est qu'une temporalité parmi d'autres, qui de plus a été mise sur papier par un psychiatre phénoménologue, dès lors la manière dont la temporalité est abordée est forcément orientée. Notre analyse l'est aussi, mais elle tente de faire droit le plus possible au récit d'Anna Rau.

¹¹⁹ W. BLANKENBURG, *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France- Psychiatrie ouverte, 1991.

systématiquement rencontrée en psychiatrie : la souffrance empêche de prendre le recul nécessaire pour percevoir ce qui se passe en nous-mêmes et le communiquer, et d'autre part car la perte de l'évidence naturelle est un indice qui contient dans ses germes l'explication de l'échec possible du projet en psychiatrie.

II.2.1. Bref rappel du tableau clinique

Blankenburg nous introduit à sa patiente Anna Rau de la façon suivante : c'est une jeune femme enfantine, qui ne cesse de poser des questions. Elle se donne beaucoup de mal pour réussir à l'école, mais lorsque sa mère se rend compte des problèmes qu'elle rencontre elle lui propose de trouver du travail. Anna quitte l'école pour aider à la maison et pour entrer dans le monde du travail. En rentrant du travail à l'usine chimique, il n'est pas rare de l'entendre dire qu'elle ne se sent pas « humainement à la hauteur » pour ce travail. Suite à cela, elle quitte le travail pour en trouver un autre, mais la veille de son premier jour elle fait une première tentative de suicide par ingestion de médicaments. C'est à partir de ce moment qu'Anna est suivie par Blankenburg.

Blankenburg dit qu'elle semble enfantine, et ce propos fait échos chez Anna, qui se sent comme tel. De fait, le devenir adulte n'est possible qu'à partir de l'évidence qu'elle ne ressent pas. Anna frappe par sa dualité : d'une part elle ne se sent pas adulte ni autonome mais d'autre part, elle a un souci du détail très pointu et un haut degré de réflexivité sur son ressenti. Elle sait avoir un point de vue de surplomb sur ce qui la concerne et plus particulièrement sur sa maladie. Cependant, ce vécu est *apophantique*, dans la mesure où il fournit une signification anormale de ce qu'elle ressent.

Dans le but de se confronter au monde, elle fait semblant de ressentir ce qu'elle pense que les autres ressentent, autrement dit, elle présuppose un ressenti normal qu'elle essaye d'adopter par devoir d'être comme les autres. Cette attitude la vide de toute énergie, ce qui explique son impression prégnante de ne pas être humainement à la hauteur. Blankenburg note qu'elle se force à faire semblant car elle pressent ne pas avoir un sol basal, l'évidence sur laquelle baser son action, alors que c'est ce qui soulève l'action des autres. Ce faisant, elle espère essayer de vivre avec son manque d'évidence.

Anna a du mal avec ce monde adulte, cadré par des règles spécifiques où l'on doit se comporter d'une manière prédéterminée. Les normes comportementales dans la société manquent de naturel pour elle. Ce jugement se remarque tout particulièrement dans les questions incessantes qu'elle pose à sa maman sur les manières de se comporter, comme par exemple quel type de vêtement il faut porter pour telle

occasion, quelle est la couleur ou l'étoffe qui était la plus indiquée etc. Les questions sont répétitives, et prouvent un point important : Anna ne cherche pas à recevoir une réponse à la question. Elle la connaît déjà : elle tente de vivre au cœur de la réponse de l'autre l'évidence qu'elle ne ressent pas.

Récapitulons : Anna dispose d'une grande capacité réflexive, elle sait pointer ce qui manque chez elle en se basant sur son propre ressenti. Elle identifie le manque comme étant la perte de l'évidence naturelle, qui permet de vivre en société sans être déstabilisé par le poids de questionnements incessants sur la vie. Elle cherche, à travers ses questions, à obtenir une base certaine sur laquelle s'appuyer, mais simultanément elle est plus ou moins consciente du fait qu'elle ne la trouvera pas. C'est cependant ce processus qui la maintient en action. Si d'une part, Anna dit que l'évidence est naturelle, innée, d'autre part, elle ne cesse de chercher des stratagèmes pour l'acquérir. L'espoir de création de l'évidence trouve sa source selon nous dans la réflexivité d'Anna. Elle fait partie d'une minorité d'individus schizoïdes capables de faire preuve d'une autoréflexion claire sur leur maladie. L'individu sain est passif par rapport à sa propre évidence, là où l'individu malade est en mouvement, mais un mouvement voué à l'échec car il ne peut obtenir quelque chose d'inné, de naturel. La description minutieuse d'Anna est en perpétuel décalage avec elle-même car pour essayer d'être comme les autres elle se décentre et se focalise sur ce qu'elle pense que les autres ressentent au lieu de se fier à son propre ressenti.

D'un point de vue temporel, elle n'est jamais pleinement dans le présent, étant donné qu'elle cherche un sol basal dans le passé qu'elle n'arrive pas à trouver. Son évidence naturelle est le passé qui manque, le passé malade qui brise la temporalité saine et empêche Anna de s'ancrer dans le présent. Dans un élan de lucidité incroyable, Anna Rau nous dit ceci « Ce sont là des choses qui relèvent du sentir. On a ça simplement comme cadeau de la Nature ». ¹²⁰ Le fait que ça soit un cadeau de la nature ne peut qu'exprimer le fait que l'on ne peut pas le construire soi-même.

De plus, ce cadeau de la nature n'est pas réfléchi par l'être sain, il est évident, *naturel*, il ne prend pas le temps de voir ce cadeau, de l'apprécier. Anna Rau peut l'apprécier chez les autres car elle ne le possède pas. Sans une perception de l'ordre de l'évidence naturelle, dans le monde, de ce qui est à faire et ce qui n'est pas à faire, le malade ne vit ni dans le monde ni dans le temps. Car la perte de l'évidence naturelle n'est autre que « une altération de son rapport au monde spatio-temporel et intersubjectivement

¹²⁰ W. BLANKENBURG, *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France- Psychiatrie ouverte, 1991 ; p.105.

constitué. »¹²¹ Si l'on reprend le cas d'Anna Rau, son cadre spatio-temporel est effectivement altéré et il n'est surtout pas intersubjectivement constitué, car elle est en dehors du rapport sain entre *ego* et *alter ego*.

Anna est dans une temporalité « anormale », c'est-à-dire une temporalité qui ne va pas de soi pour l'observateur. Comme le disait Minkowski, temps et espace sont liés, or Anna se sent constamment en défaut par rapport au monde car il lui manque un sol basal. L'image est très parlante : comment peut-on avancer s'il n'y a pas de sol, de base, qui nous soutient ? La temporalité d'Anna n'a pas de sol : elle ne peut pas avancer.

Cette donnée est, selon nous, un des points cardinaux pour comprendre le grand nombre d'échecs du projet en psychiatrie. Certes, nous n'avons abordé ici que la temporalité d'Anna Rau, mais ce cas, bien qu'extrême nous semble particulièrement révélateur : si une patiente a une temporalité aussi spécifique, orientée vers le passé, comment peut-elle, si elle rentre en institution, embrasser l'idée du projet ? De par son orientation vers le futur, la patiente a fort peur de chance d'arriver à le mettre en œuvre avec succès. Elle a un désir, une envie, qui est celle d'être comme tout le monde, un espoir perceptible à travers les questions qu'elle pose continuellement tout en connaissant déjà la réponse, mais est-ce que cet espoir peut être considéré comme un projet ?

II.2.2. Importance du discours de la patiente : antagonisme désir-espoir

Le discours du patient est, selon nous, non seulement l'énonciation de la souffrance d'un sujet, mais aussi le conteneur des prémisses du soin que le patient demande. En effet, le patient relie généralement son mal-être à une cause particulière, qu'il demande au médecin de traiter. Anna Rau a, nous l'avons spécifié, une réflexivité remarquable, ce qui lui permet de pouvoir articuler une demande de soin bien spécifique : elle aimerait qu'on lui « apprenne » à ressentir l'évidence naturelle : « j'ai besoin de quelqu'un dont je puisse l'obtenir ». ¹²² Pourtant, lors de certaines consultations, elle dira que soit on naît avec l'évidence soit il est impossible de la ressentir. Pourtant c'est une attente strictement inverse à ce jugement qu'elle formule indirectement au

¹²¹ L. VAN EYNDE, « Finitude et évidence dans la phénoménologie clinique de Wolfgang Blankenburg », in *L'Art de Comprendre-herméneutique générale, anthropologie philosophique, anthropologie phénoménologique, daseinsanalyse* - Vol. 9, no.9., 1999, p.88.

¹²² W. BLANKENBURG, *ibid.*, p.115.

psychiatre c'est cela : la possibilité d'acquiescer de quelqu'un la capacité à ressentir l'évidence.

Et c'est cela qui la pousse à tenter plusieurs fois de se suicider : il y a une réelle tension entre un désir fort et un espoir faible : le désir fort d'être comme « les autres » et qui ne va jamais la quitter, combiné à un espoir faible de succès, l'espoir qui se réduit de jour en jour car elle se sent « humainement incapable » de faire ce que les autres font. Elle a du mal à travailler, à faire les tâches les plus simples et la souffrance dérive de la vision des autres qui réussissent car ils ont quelque chose qu'elle n'a pas et dont elle a été privée par la nature elle-même. Elle ressent cela comme une injustice, et essaye de comprendre :

« Je voudrais voir les choses comme elles sont, c'est de cette manière qu'on atteint psychiquement la sécurité. Et ce n'est pas le cas- car tout ce que je vois, ce que je pense et ce que j'entends à ce sujet ne me suffit pas. Cela ne suffit pas du tout ! (Peut-être cela ne suffit-il pas non plus chez les autres ; seulement ils ne posent pas de questions à ce sujet ?) Oui, c'est pourquoi j'ai toujours le sentiment que je ne comprends pas, parce qu'il y a toujours tant de questions qui restent en suspens, *tant* de questions. »¹²³

Elle présuppose l'évidence du sens de l'action chez les autres, alors que Blankenburg essaye de lui montrer que ce n'est pas le cas : il dit qu'ils ne posent pas de questions à ce sujet. Nous aurions plutôt formulé que si, ils se posent des questions à ce sujet, mais d'une manière qui n'est pas aussi obsédante que dans son cas. Le fait de présenter les choses de cette façon ne fait que renforcer son idée qu'elle est totalement différente des autres.

Les autres, pourtant, ne disposent pas de la sécurité qu'elle postule. Nous sommes tous des êtres préoccupés, nous nous posons des questions qui, certes, se situent à différents niveaux selon notre éducation, notre culture, notre curiosité, mais le questionnement est là, et il n'est pas à occulter. Le questionnement est sain, nous ne sommes pas des robots qui exécutent des tâches automatiquement. Cela nous amène à dire qu'Anna Rau a une vision biaisée de l'autre, l'autre comme *super-Ego* qui, de par son rapport envieux à l'évidence, l'écrase, mais plus encore en tant que *super-Ego* mécanique, programmé pour ressentir l'évidence et donc inhumain. Elle veut être humaine, trop humaine, inhumaine : elle veut ressentir l'évidence qui fonde selon elle le sol basal de tout être humain, cependant à travers son raisonnement, elle donne à l'humain des caractéristiques qui le rendent inhumain. L'homme n'est homme que par son

¹²³ *Ibid.*, p.82.

insécurité, ses doutes : s'il devait être certain en permanence il perdrait la fragilité qui le caractérise.

« Je pense donc je suis » disait Descartes, mais avant d'arriver à cette phrase mythique et connue de tous, il a d'abord dû passer par un moment de doute catégorique. La capacité de penser ne peut se faire que temporellement : ce n'est que parce que nous sommes dans un présent influencé par un passé et qui se jette dans le futur que l'on peut penser et douter. D'ailleurs la capacité même de douter est remise en question dans l'instantanéité : comment pouvons-nous douter s'il n'y a pas de durée, s'il n'y a pas de conséquences ? Le doute ne dérive que de la possibilité même d'une conséquence. Anna Rau ne doute pas : elle sait qu'elle n'a pas d'évidence naturelle. Quand elle pose des questions elle ne doute pas non plus : elle cherche l'évidence. Et l'individu plongé dans l'instantanéité ne doute pas davantage : il ne pense qu'à l'instant, et s'il ne pense qu'à l'instant, il ne peut que désirer pathologiquement et avoir horreur de l'ennui.

Cette discussion autour d'Anna Rau nous a permis d'illustrer le vécu d'une patiente étant atteinte d'un trouble psychiatrique, et de l'importance des différentes temporalités dans son vécu. Si nous cherchons constamment un sol basal, comment pouvons-nous nous projeter dans l'optique d'un projet ?

Mais la temporalité en schizophrénie pauci-symptomatique n'est pas la seule qui permette d'interroger la capacité de formuler un projet et de s'y tenir. Avec Binswanger nous allons désormais considérer deux maladies qui ont une manière de fonctionner complètement différente et qui vont nous amener à affiner notre questionnement sur l'instantanéité, mais aussi sur le projet.

II.3. La temporalité du survenir transcendantal du *Dasein*

Binswanger est un auteur incontournable de la psychopathologie phénoménologique. Psychiatre et philosophe, il pose les bases de cette discipline philosophique particulière en y adjoignant la clarté médicale de ses analyses. Nous nous baserons sur *Mélancolie et Manie*, ouvrage qui se pose entre autres la question du temps en psychiatrie, que l'on va lier avec les enseignements de Minkowski.

Nous avons voulu utiliser cet auteur car il est clair, précis, et qu'il renvoie à d'autres aspects de la temporalité qui n'ont pas été abordés avec Minkowski ou Blankenburg. Ces aspects sont d'ordre philosophique : Binswanger étant un grand lecteur de Husserl, l'influence de ce dernier est plus que palpable. En s'inspirant de Husserl donc, Binswanger va brosser un portrait phénoménologique de la temporalité en santé mentale, et tout particulièrement dans la mélancolie et la manie. Etant donné que nous

avons vu avec Blankenburg un cas de schizophrénie pauci-symptomatique, et avec Minkowski nous nous sommes concentrés sur des mélancolies spécifiques, nous pensons que Binswanger, avec sa manière propre d'aborder les mélancolies et les manies pourra nous donner un autre point de vue sur la question, tout en nous éclairant sur la temporalité de la maladie. Ces apports nous serviront, comme Blankenburg, à expliciter pourquoi la dimension de projet peut être difficile à mettre en place avec ce type de maladies.

La question posée par Binswanger en début d'ouvrage est la suivante : « que s'est-il produit ici dans le survenir transcendantal du Dasein ? »¹²⁴. Il ne va donc pas chercher le pourquoi de la maladie dans des questions génétiques, mais bien en interrogeant l'être malade à partir de son *Dasein*, de ce qui le fonde en tant qu'individu. C'est une manière particulière de s'attaquer à l'étude de la psychiatrie, mais c'est justement ce qui fait sa force.

En effet, selon nous, la médecine et son savoir purement scientifique nécessite parfois de s'intéresser aux autres disciplines. Le paradigme scientifique est pensé pour donner une réponse à chaque question posée, et souvent il n'y a qu'une seule réponse possible. Si nous avons un patient qui a tel problème, nous lui donnons tel médicament et l'affaire est réglée. Mais parfois, la médecine fait face à des cas qui vont au-delà des cadres étudiés, où il n'y a jamais une seule bonne solution, qui présentent deux solutions possibles mais qui ne sont pas idéales, et alors il va s'agir d'opter pour la moins nuisible des deux.

Les maladies mentales sont soignées de manière différente : on essaye un traitement, et on voit si cela fonctionne. Puis on en essaye un autre. Nous ne voulons certainement pas dire que la psychiatrie se laisse intégralement gouverner par le hasard lorsqu'il est question de traiter les maladies psychiques, mais la maladie et surtout son traitement n'est jamais limpide d'entrée de jeu. C'est là qu'intervient la philosophie, avec son regard spécifique. Nous utilisons des concepts pour les intégrer dans la réalité : temporalité, être-jeté, vulnérabilité, etc. Ce ne sont pas des mots en l'air, mais bien des portes d'entrée pour l'analyse de la maladie, en vue de la traiter et de la comprendre le mieux possible.

C'est pour cela que Binswanger s'intéresse à Husserl, et à la psychopathologie phénoménologique. La temporalité étudiée par Husserl va l'inspirer pour la compréhension de ses patients. Il part donc des trois moments structuraux intentionnels de Husserl, qui sont l'avenir exprimé par le terme *protentio*, le passé *retentio* et le

¹²⁴ L.BINSWANGER, *Mélancolie et manie : études phénoménologiques*, Paris, Presses universitaires de France, 1960 ; p.31.

présent *präsentatio*. Ces moments doivent, s'imbriquer harmonieusement chez une personne ne souffrant pas de troubles psychiques. Ils assurent la structure « à propos de quoi », appelé en allemand le *Worüber*. Ces trois instances ne peuvent donc pas être pensées séparément, puisqu'elles forment une structure. Szilasi, autre phénoménologue et psychiatre cité dans *Mélancolie et Manie*, intéressé par la Daseinanalyse, explique que lorsqu'il parle et qu'il est dans le moment de la présentation, il ne peut manquer d'éprouver à la fois la rétention et la protention : sans une base il ne saurait pas de quoi il parle, et sans un point d'arrivée il ne saurait pas comment terminer son discours. Il faut donc absolument penser ensemble les trois moments, et comprendre en quoi, chez les malades, ces trois moments sont altérés. Notons que cela fait écho à Anna Rau, avec son manque de sol basal, ainsi qu'au projet : quel projet reste possible s'il n'y a pas de sol sur lequel le construire ?

II.3.1. La mélancolie, ou le primat de la rétention

Illustrons avec un exemple les liens entre le passé, le présent et le futur dans le cas d'une maladie mentale. Pour comprendre la mélancolie et les altérations temporelles qui en découlent, il ne suffit pas de dire que les mélancoliques restent trop dans le passé et ferment la porte au futur. Il faut aller plus loin.

« L'autoreproche mélancolique s'exprime le plus souvent grammaticalement, de façon conditionnelle sous la forme : si je n'avais pas proposé l'excursion, ou bien si seulement je ne l'avais pas proposée alors mon mari serait encore en vie, alors je serais encore heureuse et pleine de joie de vivre, alors je n'aurais pas à me faire des reproches etc. »¹²⁵

Ce qui en ressort à tous les coups, ce sont des *possibilités vides* selon Binswanger. En effet, les possibilités n'ont de sens que dans le futur ou dans le présent, à ce titre ce sont des actes protentifs. Le problème du malade est qu'il tient ouvertes les possibilités mais dans le passé. Or il n'y a plus de possibilités dans le passé, il y a eu des actes, qui ont eu des conséquences et c'est tout. Binswanger insiste : « ici ce qui est possibilité libre se retire dans le passé. »¹²⁶ Rétention et protention se confondent. Or dans ce cas, il n'est plus question d'un « à propos de quoi » sain, authentique, mais bien plutôt d'une discussion vide. Tout est altéré : c'est ce qui fait toute la gravité de la mélancolie. Si tout est troublé, si rétention et protention se confondent, alors la présentation aussi le sera également. Binswanger insiste donc : si une partie de la structure temporelle est endommagée, tout s'effondre. Quels sont alors les moyens de sortir de cette phase ? Soit on guérit du trouble des trois moments essentiels, soit on tombe dans

¹²⁵ *Ibid.*, p.32.

¹²⁶ *Ibid.*

l'interchangeabilité des thèmes mélancoliques, c'est-à-dire que l'on pose le focus sur un autre élément du passé avec ses propres possibilités vides. Dès lors, il devient extrêmement difficile de se projeter.

Illustrons cela avec le cas de David Bürge. Ce patient a un emprunt de quarante mille francs Allemands et selon lui, s'il n'avait pas pris il ne serait pas tombé malade. On voit que les possibilités vides sont liées selon lui à l'argent : s'il n'avait pas pris l'emprunt, il ne serait pas mélancolique. Or Binswanger montre que si nous rendons non-opérationnelle ce que l'on suppose être la « cause » du trouble mélancolique exprimée par le patient, les symptômes ne vont pas pour autant disparaître : en effet, on rendit à monsieur Bürge son argent, et contrairement à ce que son discours laissait suggérer, ça n'améliora pas son état. Il trouva un autre thème mélancolique sur lequel se concentrer et délaissa complètement la question de l'argent. Le thème mélancolique n'est donc pas fondé ou motivé psychologiquement :

« La mélancolie ne se laisse jamais comprendre- nous pouvons déjà maintenant le dire – à partir de l'humeur, de la disposition affective ou du sentiment de la situation (*Befindlichkeit*), bref à partir de l'émotionnel ou d'une « stratification » de la vie émotionnelle ». ¹²⁷

Une tristesse ou une humeur sombre peuvent être motivées psychologiquement ou émotionnellement, mais pas la mélancolie, car elle ne se base pas sur ces éléments pour opérer. Cette difficulté de comprendre la motivation du thème mélancolique peut mettre à mal les relations du patient avec sa famille, ou avec le corps médical.

Binswanger a en effet relevé dans ouvrage qu'une infirmière, dans le cadre d'un rapport concernant Bürge, utilisa les mots suivants : « on voit que le patient se plaint parce qu'il doit se plaindre et saisit comme objet de ses plaintes ce qui lui tombe sous la main. » ¹²⁸ Cette phrase permet de relever deux niveaux de problèmes dans le chef des soignants, le premier étant le rapport à la maladie mentale du point de vue du soignant et l'autre niveau le rapport qu'ils entretiennent au « projet ». Etant donné que ces deux niveaux sont soudés l'un à l'autre, nous allons les procéder à leur analyse respective.

L'infirmière, dans son rapport, note que le patient semble se plaindre pour se plaindre, comme s'il le faisait exprès, comme un enfant cherchant à attirer l'attention. Ce type de commentaire est monnaie courante en psychiatrie mais aussi en neurologie lourde. Le soignant, qui est dans sa propre temporalité tout en étant influencé par la temporalité de la société, espère que le soin sera rapide et efficace. Lorsqu'on a rendu l'argent au patient, la même infirmière pensait que le problème allait être réglé :

¹²⁷ *Ibid.*, p.39.

¹²⁸ *Ibid.*, p.37.

n'oublions pas que la médecine se revendique souvent d'un schéma du type « à chaque problème il y a une solution ». Cependant, cela n'a pas été le cas, il y a eu un changement de thème mélancolique qui a mis à mal le processus de soin. Selon nous, l'infirmière se sent impuissante face à ce changement, et s'en prend au patient, qui semble vouloir rester dans son malheur. Il n'est certainement pas question de juger l'infirmière : ce type de travail est lourd et éprouvant, les infirmières s'investissent énormément dans leur travail et œuvrent à un mieux-être pour le patient. Face à l'échec, c'est donc une partie d'elles-mêmes qui est en échec.

De plus, un élément qui ressort de cette note de l'infirmière est le rapport à un projet échoué. Certes, il n'est pas question à proprement parler du type de projet que nous verrons par la suite, mais il y a une logique qui nous paraît semblable et qui vaut la peine d'être questionnée. Lorsque nous pensons au projet, nous pensons à quelque chose que nous aimerions réaliser dans le futur : dès que j'aurai fini ce mémoire je veux aller à la mer. Lorsque ce patient est entré en unité psychiatrique, il a pu exprimer à travers son discours son mal-être face à cet élément du passé qui l'encombre : il a un crédit, et cela l'angoisse terriblement, c'est la source de son malheur. Une réaction rationnelle consiste à bien postuler que si on lui rend cet argent, il ne sera plus malade. Le projet pourrait être pensé de la même façon. Si le projet aboutit, c'est-à-dire que le patient reçoit l'argent de retour, nous nous attendons à ce qu'il se sente bien, libéré d'un poids. Et pourtant, ce n'est pas le cas. Ceci nous amène à penser que, de manière générale, même si l'on pense avancer grâce au projet, que l'on pense que de cette manière nous pourrions aider le patient, parfois ce n'est pas le cas, et cela est difficile pour le patient, mais aussi pour le personnel soignant, qui est tout à fait déstabilisé face à ce changement radical.

Nous pourrions nous dire : pourtant, c'est ce que le patient voulait. C'est ce qu'il a formulé de lui-même et librement. Cette impression n'est pourtant qu'apparente : ce type de maladie psychique crée un certain cadre, sous-tendu par une temporalité propre où triomphe le passé, qui empêche précisément le patient de pouvoir savoir exactement ce qu'il voudrait, puisqu'il ne sait pas se projeter. Utilisons les termes employés par Husserl et Binswanger : si la rétention prend toute la place, elle force le patient à penser à l'intérieur d'elle-même. La présentation et la protention sont mises à mal et la prise de décision, un facteur qui selon nous doit s'effectuer pendant la présentation pour être fidèle à soi-même, s'écroule en même temps.

Que faut-il retenir de la temporalité de la mélancolie chez Binswanger ?

« Les expressions rétention, présentation, protention, ne doivent pas être comprises comme des phénomènes de temporalisation isolés et indépendants les uns des autres, mais seulement comme

moments de l'unité de la synthèse des opérations intentionnelles constitutives de l'objectivité temporelle. »¹²⁹

La mélancolie est le relâchement de cette unité entre les trois moments, relâchement qui engendre des défaillances. Les défaillances de la protention et de la rétention dans les deux cas précédents amènent à une présentation sous le mode de la plainte, qui ne cesse de dépérir car non-fondée sur la rétention ni prolongée dans la protention.

Nous devons encore adresser la question de l'évidence du délire mélancolique, ce qui nous permet de faire un lien avec Anna Rau. La perte qui est ressentie par le mélancolique est une perte *évidente*, sa remise en question est impossible. Ce qui frappe dans les énoncés des mélancoliques c'est que la perte qui, si l'on suit une temporalité linéaire, devrait se situer dans le futur, est vécue comme étant déjà passée. La perte, qui peut prendre plusieurs visages, est toujours déjà réalisée dans l'esprit du malade. Si par exemple il a peur de perdre la tête car les journaux pourraient publier quelque chose et le rendre coupable aux yeux de tous, le malade va s'exprimer en d'autres termes : demain on écrira mon nom sur le journal, or ce n'est qu'une possibilité. Le futur est vécu comme étant déjà passé, ce qui explique le trouble entre les trois moments distingués par Husserl et repris parBinswanger : ici rétention et protention sont mélangés, non reconnaissables. Ce qui se passera demain est déjà un fait accompli : irruption du passé dans le futur. Nous sommes en plein dans la fameuse phrase de Husserl et reprise par Binswanger : « la présomption prescrite selon laquelle l'expérience continuera de se dérouler selon le même style, à savoir un style de perte, précisément en tant qu'expérience mélancolique ou expérience de la réalité des mélancoliques. »¹³⁰

L'évidence qui est en jeu chez le mélancolique est pathologique dans le sens où elle n'est pas censée être présente, et qu'elle dérive de la maladie. Nous l'avons vu : sa remise en question est impossible, dès lors, elle constitue une base sur laquelle se crée la vie de l'individu. Cette base n'est pas solide, car la temporalité est biaisée (et donc ne lui permettrait pas d'avoir un projet, par exemple), mais elle est ce à travers quoi l'individu va se penser. Pour Anna Rau, l'évidence manquait totalement. Le sol basal était inexistant, et la jeune femme ne pouvait se penser qu'à travers les questions vides qu'elle posait à son entourage et à l'équipe médicale.

Même si la temporalité est différente dans ces deux maladies¹³¹ il est cependant clair qu'elles semblent chercher toutes les deux dans le passé les solutions à leurs

¹²⁹ *Ibid.*, p. 47.

¹³⁰ *Ibid.*, p.51.

¹³¹ Schizophrénie pauci-symptomatique et mélancolie.

problèmes. Que ce soit le sol basal ou l'évidence pour Anna Rau ou le fait d'éviter de faire crédit pour David Bürge, la temporalité est orientée vers le passé et ne laisse aucune possibilité à la présentation ou à la protention.

Pour conclure cette partie sur la mélancolie retenons le primat de la rétention sur les deux autres plans de la temporalité pensés par Husserl. Nous aimons penser à la rétention comme étant ce phénomène observable lorsqu'on amène un enfant à la crèche et qu'on lui demande de mettre son doudou dans le bac à doudou, pour pouvoir s'amuser avec les autres. La mélancolie est l'incapacité de laisser le doudou, car sans lui l'enfant a peur d'être vulnérable. Le fait de changer de thème mélancolique se manifesterait, quant à lui, de la façon suivante : le patient vulnérable, au lieu de lâcher le doudou, va en chercher un autre pour éviter l'effondrement, tout comme dans le cas des schizophrénies, où le délire n'est là que pour éviter l'effondrement de l'être qui en est affecté.

Nous avons donc vu l'importance de la temporalité dans le discours des mélancoliques : qu'en est-il chez les maniaques ? Peut-on parler, comme nous le faisons pour la mélancolie, d'un primat d'un élément temporel sur un autre ? C'est ce que nous allons désormais examiner.

II.3.2. La manie, ou l'impossibilité de former un monde commun.

Nous sommes rapidement frappés, lorsque nous étudions la mélancolie, par le hiatus entre ce que le patient conçoit comme étant la cause de son problème, c'est-à-dire le thème mélancolique, et la réalité. Nous avons constaté que la résolution de l'aspect causal du problème identifié par le malade ne menait pas forcément à la guérison et que dans ce cas de figure, il était courant de voir un patient mélancolique changer de thème, tout en restant focalisé sur cette tendance rétentionnelle problématique. Le discours du patient est temporel, et focalisé sur lui-même, caractéristiques qui ne concernent pas le discours maniaque.

Méthodologiquement, nous allons d'abord procéder à l'analyse minutieuse des différences qui existent entre les deux maladies. Nous ne pouvons plus utiliser comme clé d'analyse le temps pour comprendre la défaillance du survenir du *Dasein* comme nous l'avons fait avec la mélancolie. En effet, le problème du maniaque n'est pas de se fixer sur une temporalité unique : il ne cherche pas la cause de son mal-être dans le passé, le présent ou le futur. De plus, le mélancolique se tourne vers son propre monde,

ce qui peut aider le psychothérapeute à le comprendre plus en profondeur, or le maniaque se retourne vers les autres.

C'est donc l'être-avec, concept pensé par Binswanger, que nous allons mobiliser. Ce concept s'inspire à la fois de Husserl et les conflits que peuvent éprouver les maniaques face aux relations intersubjectives, comme nous allons le voir. L'être-avec est le mode à travers lequel le patient maniaque se vit, contrairement au patient mélancolique, qui se concentre sur lui-même. Cela ne veut pas dire que le mélancolique ne vit pas dans un monde commun, mais que, lorsqu'il doit faire face à ses difficultés, il se tourne vers lui-même. L'autre est la personne qui écoute les plaintes du mélancolique et son humanité n'est pas déniée par le malade. Le maniaque, au contraire et dans pareille situation, se tourne en premier lieu vers l'autre, non pas vers lui-même : « mais nous nous apercevrons ici en même temps que le moment défaillant dans la structure constitutive de l'*alter ego* ne peut être compris qu'à partir de la défaillance dans la structure constitutive de l'*ego*. »¹³²

Pour mieux comprendre cela, il nous semble essentiel de parler de l'*apprésentation*. Ce concept, pensé par Husserl et repris par Binswanger, est ce qui nous permettra de comprendre la réelle différence entre mélancolie et manie, mais surtout nous permettra encore une fois de poser les bases pour comprendre, ce qui, selon nous, fait difficulté dans le projet en psychiatrie.

« Husserl nomme *apprésentation*, *en premier lieu*, ce qui s'ajoute à la présentation corporelle de l'autre et qui fusionne avec celle-ci en une seule unité au sens de la perception d'autrui, de l'expérience de l'*alter ego* ». ¹³³

Présentation corporelle de l'autre et perception d'autrui fusionnent, et permettent de faire sens dans la vie de tous les jours. Cela a bien entendu des conséquences sociales : je n'agis pas de la même manière dans une situation ou dans une autre, ni avec n'importe qui.

Tentons d'éclairer cela avec un exemple, fourni par Binswanger dans *Mélancolie et manie*. La patiente Elsa Strauss, lors d'une phase maniaque, assistait à une messe à l'église. Alors que l'organiste jouait pour accompagner les rites religieux, elle se leva pour lui faire des compliments et lui demander s'il était possible de prendre des cours particuliers avec lui. Binswanger trouve ce cas particulièrement intéressant pour expliquer la défaillance de l'*apprésentation* husserlienne et l'impossibilité de former un monde commun. L'auteur dit que si monsieur tout le monde pouvait trouver l'attitude de cette patiente honteuse et folle, le psychiatre y verra les poussées

¹³² *Ibid.*, p.72.

¹³³ *Ibid.*, p.74.

maniaques d'inhibition, mais ni l'un ni l'autre « ne disent ce qui se *produit* véritablement ici, ce qui manque véritablement ici, ce qui est véritablement altéré ici. »¹³⁴ Pour comprendre le trouble et ce qui est « véritablement altéré » comme le dit Binswanger, il faut partir d'une base, donnée par la structure intentionnelle de l'organisme de conscience.¹³⁵ Cette base est un concept philosophique, l'apprésentation.

L'apprésentation permet à l'*ego* et à l'*alter ego* de partager un monde commun. Dans la situation que rencontre Strauss à l'église, on a l'organiste qui est dans son apprésentation de joueur d'orgue dans l'église, et l'audience reconnaît et partage cette apprésentation avec lui, cette dynamique co-constitue leur monde objectif commun. Or Elsa ne prend pas part à ce monde commun : elle n'y participe pas. Ce qui est apprésenté pour elle, c'est uniquement l'humain qui joue son instrument. L'organiste ne comprend pas l'intrusion de la malade car il ne partage pas le même monde commun qu'elle, ou plutôt, elle ne partage pas le même monde commun, apprésenté, des autres. Binswanger dit ensuite ceci : « dans le fond, il [le maniaque] ne vit pas seulement dans un autre monde que nous mais, comme nous le voyons déjà ici, dans des fragments de monde qui ne sont rassemblés entre eux par aucun principe d'ordre de niveau supérieur. »¹³⁶ Cette analyse nous rappelle énormément la structure de la toile telle que nous l'avons vue avec Stanghellini et Muscelli. Rappelons brièvement ce que nous avons formulé précédemment : l'instantanéité est incapable de se comprendre à l'intérieur d'une continuité, c'est-à-dire qu'elle surgit et disparaît sans durer dans le temps. Pour cela, les auteurs l'avaient comparé à une toile, où plusieurs éléments surgissent simultanément mais ils ne sont pas forcément reliés entre eux. C'est cela que nous évoque la phrase de Binswanger. Le maniaque semble être dans une structure de toile, et non pas dans un cadre. Il agit sans prendre en compte les conséquences possibles ni l'apprésentation, sans se rendre compte de ce qui se passe autour de lui. La hiérarchie de son action n'est donc pas dictée par un cadre social, avec des normes, des valeurs, mais bien par le chaos engendré par la maladie. Il n'est pas question de refuser toute forme de logique à la maladie : Canguilhem l'avait très bien décrit dans *Le Normal et le Pathologique*, le pathologique a sa propre logique. Cependant, pour un regard peur averti, il peut sembler qu'il n'y ait aucune logique à l'œuvre, et pour cause : nous n'arrivons pas à y voir l'apprésentation, qui nous relie tous.

Dès lors, si le patient maniaque agit selon le mode de l'instantanéité, il est clair que la protention et la rétention sont mis en difficulté. Car si l'on analyse le comportement

¹³⁴ *Ibid.*, p.82.

¹³⁵ Ce concept aussi dérive de la pensée Husserlienne.

¹³⁶ *Ibid.*, p.83-84.

de la malade, elle ne vit que dans l'instant, il n'y a pas de continuum dans son action. Or selon Husserl et bien entendu Blankenburg, si je suis en décalage avec l'*alter ego* je suis en décalage aussi avec mon *ego* de manière appréhensive. La patiente ne se sent pas elle-même comme un *ego* de manière appréhensive : elle est présente à elle-même lorsqu'elle fait telle ou telle chose, mais elle n'est pas présente en tant que Mme Strauss, qui a des enfants etc.

Autrui n'est vu que comme un obstacle, car il a perdu son statut d'*alter ego* mais aussi car le maniaque ne se vit pas comme un *ego*, c'est-à-dire comme quelqu'un qui est capable d'interagir avec son prochain. Binswanger parle de chosification de l'autre : il n'est vu que comme un élément qui pourrait permettre au malade d'accomplir sa volonté. Si l'autre, l'*alter ego*, est perçu comme une chose, cela dépend bien de la constitution de l'*ego* qui est défaillante. « Car la signification de l'*alter ego* réside en ceci que je suis un *ego* et que si j'échoue dans l'interprétation du sens de l'*alter ego*, j'ai également échoué à réaliser l'interprétation du sens de mon propre *Je*. »¹³⁷ Le patient ne peut penser l'autre comme étant un *alter ego* de manière appréhensive car il ne sait pas se construire lui-même en tant qu'*ego*.

Comment expliquer cela ? Par ce que Binswanger appelle la « défaillance de la structure intentionnelle de la constitution temporelle de l'*ego*. »¹³⁸ Le patient maniaque présente donc une défaillance qui se joue sur plusieurs plans : la constitution temporelle, la structure intentionnelle et le rapport *ego-alter ego*. Pour mieux cerner ce qui est en jeu dans ce concept, réapproprions-nous ce paragraphe évocateur dans *Mélancolie et Manie*, d'une clarté exemplaire qui nous permettra de faire des liens avec les auteurs italiens, mais aussi avec la dimension du projet.

«[La défaillance] repose sur une altération de l'expérience temporelle, cela est également valable pour la défaillance de l'appréhension en tant qu'appréhension biographiquement fondée ou, comme le dit Husserl, de l'appréhension habituelle. Alors que dans la vie du sujet sain les appréhensions habituelles, intégrées dans le contexte biographique et ordonnées en lui, prévalent de telle sorte que l'on veut parler d'une prédominance des appréhensions sur les présences actuelles, chez le maniaque en revanche, (...) les appréhensions biographiques sont totalement en retrait derrière les présences ou présentations actuelles ou momentanées. Mais comme la compréhension naturelle de l'être d'autrui, ce par quoi je reconnais l'autre, repose sur les appréhensions qui s'ajoutent aux présentations-ce qui vaut du reste aussi pour la reconnaissance de nous-mêmes-, le défaut de temporalisation et le défaut de temps qui lui est

¹³⁷ *Ibid.*, p.93.

¹³⁸ *Ibid.*, p.94.

associé chez le maniaque se manifestent de façon décisive quant à la constitution de l'*alter ego* et, partant, du monde commun. »¹³⁹

Commençons par commenter la différence entre appréhension et présences actuelles. L'appréhension, nous l'avons vu, est le fruit de la présence de l'autre et de sa reconnaissance en tant qu'*alter ego*. Dit plus simplement, l'appréhension désigne le fait de pouvoir vivre en société avec les autres, dans un contexte déterminé. La présence actuelle, telle qu'elle est pensée chezBinswanger, est la présence du sujet à lui-même, c'est-à-dire en dehors du rapport à l'autre, et en dehors du contexte. Il y a selon nous une dualité intériorité-extériorité qui est en jeu. Chez une personne saine, ces deux unités s'influencent harmonieusement l'une l'autre : ma présence est influencée par la manière dont je me comporte en société, dans un contexte donné, et inversement. Mais ce n'est pas le cas pour le maniaque. En effet, le maniaque ne peut se constituer en tant qu'*ego* sain, de par la défaillance de son appréhension. De plus, il est totalement axé sur la présence actuelle ou momentanée, c'est-à-dire qu'il vit dans l'instant, sans se soucier de l'appréhension commune.

S'il est, lors de ses crises maniaques, complètement dans l'instant, cela veut dire qu'il a une temporalité différente de celle qui est à l'œuvre dans l'appréhension ambiante. C'est ce que nous pouvons facilement deviner dans le cas clinique de Mme Strauss : se lever pendant une messe pour demander au musicien des cours particuliers, voilà une démarche qui nous paraît hors de toute logique temporelle. Une personne saine pourrait se dire : « j'attends la fin de la messe et puis je lui demande s'il peut me donner des cours particuliers ». De cette manière, l'appréhension et sa temporalité seraient respectées. La temporalité décrite par Binswanger est celle de l'ordre de la momentanéité, les similarités avec l'ordre de l'instantanéité sont cependant flagrantes : concentration sur un présent sans profondeur, sans durée, mais surtout absence de prise en compte du cadre, c'est-à-dire de la société.

Dans une configuration mélancolique, la structure intentionnelle du *Dasein* était plongée dans un passé qui ne cessait de tourmenter. Par contre, pour le maniaque, elle semble plongée dans l'instant, qui ne permet aucune création de sens en commun avec la société. C'est à ce niveau précis que le projet pose à nouveau problème, cette fois dans un contexte maniaque : si le maniaque est plongé dans un instant, et qu'il n'est pas capable de percevoir l'Autre comme un *alter ego*, mais aussi que son propre *ego* est mis à mal, comment peut-il adhérer à un projet ?

Imaginons Mme Strauss dans une institution. Elle prend rendez-vous avec l'équipe soignante pour son admission, et on lui demande de formuler son projet

¹³⁹ *Ibid.*, p.94.

d'hospitalisation. Soit elle est relativement lucide et elle pourra donner quelques pistes, par exemple le fait qu'elle voudrait passer plus de temps avec ses enfants, ou qu'elle aimerait prendre des cours de musique, soit elle est en crise maniaque, et alors la possibilité même d'un projet tombe à l'eau. Si son délire maniaque est très étendu, elle ne pourra jamais se projeter dans le futur, et encore moins dans un futur qui vaille la peine d'être vécu¹⁴⁰. Les projets semblent souvent libres, et le patient est considéré comme une personne proactive, préoccupé par le souci de lui-même et de son bien-être. Pourtant, le projet présuppose aussi de pouvoir embrasser une cause qui soit acceptable par la société et pour l'institution. Cette double exigence ne va pas sans causer de difficultés, nous verrons cela dans le troisième chapitre.

Conclusion du deuxième chapitre

Minkowski, Blankenburg et Binswanger nous ont permis d'approcher et définir quelques éléments indispensables pour la suite de ce mémoire. Minkowski brosse la temporalité telle qu'elle était perçue dans la modernité, en tant que psychiatre et phénoménologue. Il y a une forte inclinaison vers le futur, même si le projet n'est pas encore réellement thématiqué. On y voit l'importance accordée au futur dans la mesure où non seulement Minkowski vit dans la modernité, immanquablement caractérisée par la temporalité de l'accélération, mais aussi parce qu'il y a toujours une perspective d'amélioration. Minkowski est médecin. Dans le cadre de cette pratique, il lui est essentiel de pouvoir penser le patient comme l'être auquel un soin doit être prodigué afin de pouvoir aller au mieux dans le futur. Le médecin n'est certainement pas dupe : il sait très bien que dans certains cas, les améliorations ne peuvent être que minimales, mais c'est cet espoir qui motive néanmoins une prise en charge médicale.

Cependant, Minkowski a très bien montré comment le passé et le présent ont aussi leur importance, et la nécessité de trouver un équilibre entre les différentes unités temporelles, quand bien même le futur joue un rôle insistant dans la triade. Cette partie du propos renforce l'analyse faite par Stanghellini et Muscelli sur la vision linéaire de la temporalité à la période moderne. Aujourd'hui, malgré le changement de temporalité post-moderne, nous nous évoluons toujours avec un legs conséquent de cette temporalité linéaire, et l'une des illustrations les plus marquantes est la notion de projet. Dans ce mémoire nous nous concentrons sur le projet en psychiatrie, mais le projet est une notion qui recouvre énormément de plans, dont l'école.¹⁴¹ Par exemple, les élèves sortant du secondaire doivent déjà savoir ce qu'ils veulent faire plus tard,

¹⁴⁰ Nous allons voir cela dans le troisième chapitre.

¹⁴¹ A ce sujet, voir par exemple P. BONJOUR, M. LAPEYRE, *Le projet individualisé, clé de voûte de l'école inclusive ? Du discours à la méthode, le Sémaphore*. ERES, Connaissances de la diversité, 2004.

quelles études ils comptent entreprendre, or les statistiques de réorientation après la première année de BAC le montrent : il est très rare d'avoir une idée précise de ce que l'on veut effectuer dans le futur, et cela est directement lié à la temporalité de l'instantanéité : en étant constamment happés par l'instant, il nous est difficile de pouvoir nous projeter.

Dès lors, si des personnes saines ont des difficultés à s'orienter, comment peut-on demander à des personnes atteintes de maladies psychiques de savoir ce qu'elles veulent exactement dans le futur ? Les patients en psychiatrie sont soumis à des temporalités qui s'entrechoquent : la temporalité du projet qui est orientée vers le futur, et qui provient de la modernité, portée par les soignants, la temporalité de l'instant, portée par la société avec ses normes, ses valeurs et ses manières de faire et de vivre le temps, et enfin la temporalité de la maladie, qui souvent les porte à vivre en deçà d'une temporalité de l'époque.

Anna Rau, David Bürge ou Elsa Strauss ont tous les trois énormément à nous apprendre sur la manière dont ils perçoivent le temps, et sur la manière dont ils se meuvent au sein de ce dernier. Leurs maladies sont très différentes, et la temporalité qui y œuvre aussi : ne pas ressentir de sol basal et accuser le passé de nous avoir privés de l'évidence naturelle, être dans la certitude que le futur est bloqué et qu'il se terminera par une fin atroce et douloureuse, ou être dans un présent où l'on n'arrive pas à distinguer l'Autre comme *alter-ego*, dynamique qui empêche tout contact avec la temporalité commune : la maladie crée une temporalité qui œuvre telle un cadre contraignant.

Aujourd'hui, l'heure est à l'apprentissage d'un vivre-avec la maladie : l'explosion de l'ergothérapie et de la logopédie en sont la preuve. Et pour cause : ce sont des disciplines qui permettent au patient de retrouver son autonomie. Le projet est l'un des soins qui se base sur l'autonomie, car il demande au patient de savoir ce qu'il veut et de pouvoir mettre en œuvre ce plan. Mais la temporalité de l'instantanéité, avec son surgir perpétuel de l'instant, n'est-elle pas un frein à l'autonomie du patient ? Peut-on réellement combiner le projet (et donc l'autonomie) et la temporalité de l'instantanéité ? C'est ce que nous allons analyser dans ce dernier chapitre.

III. Le projet en psychiatrie : la tension entre les temporalités.

Les deux premiers chapitres de ce mémoire étaient fortement centrés sur la temporalité et la maladie psychique : nous avons en effet exploré la question des conflits entre la temporalité de la modernité et la temporalité actuelle, celle des différents types de temporalités qui peuvent entrer en collision lors du soin, pour enfin approcher trois maladies mentales, abordées en prêtant attention à la temporalité qui s’y écoule.

Ce chemin était nécessaire pour comprendre la difficulté de généraliser l’approche par projet. En effet, si nous récapitulons, nous comprenons que malgré le changement de temporalité qui s’est opéré les trente dernières années, il y a toujours énormément de manières de faire qui découlent de la temporalité de la modernité. Le projet, qu’il soit psychiatrique ou non, en est la preuve : nous devons nous projeter dans le futur et, à partir de cette projection, créer notre histoire. Cependant, la temporalité de l’instantanéité, dans le surgir permanent, nous empêche de nous projeter avec suffisamment de force car, rappelons-le, chaque point de la toile de l’instantanéité contient en lui-même une promesse trop forte que pour nous pousser à imaginer et créer le futur.

De plus, au-delà de la dualité instantanéité-accélération, nous avons aussi pensé les dimensions de la temporalité qui œuvrent en institution - tripartites cette fois : il y a la temporalité de la société dans laquelle baigne l’institution, qui est une temporalité de l’instantanéité, mais encore la temporalité de l’équipe, soumise à des règles institutionnelles, et la temporalité du malade, où les repères spatio-temporels sont mis à mal par la maladie comme nous avons pu le voir à travers l’étude réalisée de cas cliniques paradigmatiques.

Dans ce contexte spécifique, comment est-il encore possible de penser le projet – dont l’ADN implique de la part du patient une disponibilité pour le futur – alors que l’ensemble des paramètres évoqués contrarient considérablement cette disponibilité et donc sa mise en œuvre dans un nombre significatif de cas ? Dans ce chapitre, nous essayerons de montrer les aspects plus problématiques du projet, en soulignant les valeurs et, parmi celles-ci, en insistant particulièrement sur l’idéal d’autonomie. Cet idéal a acquis une importance capitale dans nos vies, tout le monde doit être le plus autonome possible, mais parfois, comme nous le verrons, ce paradigme qui semble être libérateur exerce toujours sur le projet une influence paternaliste.

En effet, l’autonomie est au cœur du projet. Mais pour comprendre comment il a été possible d’en arriver là il est indispensable de suivre le chemin parcouru par Marquis dans son article. Il faut comprendre en premier lieu quelles sont les dynamiques

sociales qui ont permis la mise en place du projet, que ce soit en psychiatrie ou dans tout autre champ du handicap.

« Deux dynamiques largement décrites et commentées sont à l'œuvre : d'une part la désinstitutionnalisation, qui conduit à la gestion de ces populations vulnérables au sein de la communauté et non plus en dehors de celle-ci, par une multitude de dispositifs en réseau entre lesquels les personnes sont amenées à circuler, et non plus par une institution totale prenant en charge l'entièreté des pans de la vie de personnes ainsi administrées. D'autre part, le passage d'un état dit « Providence » à un état social dit « actif », dans le sens où il agit maintenant sur la capacité d'activité des personnes bénéficiaires, voire subordonne son intervention à la démonstration par celles-ci d'une activation (recherche d'un emploi, volonté d'intégration sociale, etc.) »¹⁴²

En aucun cas, il ne s'agit de dire que le projet est une mauvaise chose en soi et qu'il devrait être éradiqué. Nous pensons plutôt que le projet constitue une aide réelle pour certaines personnes, mais qu'il est préférable de ne pas généraliser cette approche. Il faut dès lors comprendre ce qui, dans cette approche, pose un problème pour certains. Pour toutes les raisons qui viennent d'être récapitulées, cette recherche incrimine les conflits de temporalité comme source de difficultés majeure dans les situations problématiques, il s'agit désormais de faire voir pratiquement comment ces conflits opèrent, pourquoi ils perdurent en l'état et avec quelles conséquences.

Pour ce faire, nous allons travailler sur un article de Nicolas Marquis, qui allie à la fois perspective sociologique et analyse de droit contemporain. Cette approche pluridisciplinaire nous permettra d'avoir un point de vue plus large sur la question, prise de recul que nous compléterons par une analyse conceptuelle d'ordre philosophico-éthique. L'enjeu consiste à mettre en exergue les fragilités du projet psychiatrique en tant que tel, et formuler quelques recommandations quant à son éventuelle refonte.

III.1. La maladie mentale : un handicap comme un autre ?

La maladie mentale, disions-nous dans le préambule, a toujours fasciné de par l'étrangeté qu'elle constitue. Lorsqu'il est question de l'analyser, nous pouvons la percevoir selon différentes perspectives : comme une simple maladie ou comme conséquence d'un certain environnement sociétal ou même comme handicap. C'est de cette dernière perspective que part Nicolas Marquis pour mettre en lumière les

¹⁴² N. MARQUIS, « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, volume 74, (2015), p.123.

principales problématiques soulevées par le projet en psychiatrie, en mobilisant le décret « inclusion ».

III.1.1. Evolution de l'identité de la personne handicapée

Actuellement, le droit médical semble privilégier la notion d'autonomie lorsqu'il est question de handicap, à la fois physique ou mental. Si, d'une part, cette démarche exprime la volonté d'ouvrir la question du handicap à une dimension plus éthique, d'autre part il semblerait que cette primauté de l'autonomie en psychiatrie induise une conception implicite de la vie bonne, autrement dit une position sur ce qu'il est bon de faire ou pas, plutôt rigide et qui peut engendrer une très forte pression sur le patient handicapé.

La manière de se rapporter au handicap a changé avec le temps. En d'autres termes le regard que nous portons envers le handicap s'est métamorphosé. Si, précédemment, la société était plutôt « paternaliste », car elle décidait ce qui était bon pour la personne handicapée, en la soignant sans vraiment lui demander son avis, la question de l'autonomie vient changer la donne.

Par ailleurs, cette évolution de regards a aussi des répercussions sur la construction par l'image qu'a d'elle-même la personne handicapée :

« On « est handicapé » comme on est un homme ou une femme. Si cette différence semble évidente, inscrite dans les corps et les esprits, elle est cependant sédimentée et confirmée dans les nombreuses interactions sociales que Goffman a finement analysées dans sa théorie du stigmaté. Les travaux de ce sociologue américain sont magistraux car ils font d'emblée du handicap non pas un phénomène personnel ou essentiel, mais bien le résultat d'un processus social : des interactions de la vie quotidienne entre personnes handicapées et personnes « normales », où les secondes sont en bonne partie responsables des étiquettes stigmatisantes qui sont accolées aux premières. Les personnes deviennent handicapées parce que d'autres se comportent face à elles en les considérant comme telles. »¹⁴³

Ce paragraphe pose la question de l'élaboration sociale de l'identité de la personne handicapée. La dernière phrase est assez explicite à ce sujet : les personnes deviennent handicapées dans les interactions sociales, dans le rapport qu'elles entretiennent avec les autres. De plus, nous pensons que si l'on peut se définir par notre genre, par nos caractéristiques physiques, par notre caractère, par nos préférences, nous pouvons aussi nous définir par nos différences ou notre écart par rapport à la norme sociétale.

¹⁴³ N. MARQUIS, *Ibid.*, p.110-111.

L'idée que nous nous faisons de la normalité se nourrit de la société dans laquelle nous vivons, ou plus particulièrement de l'ensemble de cultures qui façonne notre existence.

L'identité est façonnée par les cultures dans lesquelles baigne l'être humain. Chaque culture a ses propres normes, ce qui implique qu'elle ait aussi ses propres codes qui déterminent la normalité ou la déviance d'une chose, son caractère pathologique¹⁴⁴. Dans la majorité des cas de figure, le handicap est perçu comme quelque chose de pathologique au sens où il est malade, fragile, cassé, alors qu'il pourrait aussi être vu dans de rares cas comme révélateur de courage et de force.¹⁴⁵ Même si des efforts d'ordre juridique ou social sont faits pour inclure les personnes handicapées dans la société, ce côté pathologique prime, avec pour conséquence potentielle l'identification de la personne à la maladie, ou au handicap.

Or, ce phénomène d'identification d'un individu à son handicap concerne de manière similaire les individus atteints d'une maladie mentale ou physique qui, à cause cette maladie, sont en marge de la société. Un phénomène étrange apparaît alors : celui de la coexistence du rejet et de la revendication de la maladie. Le malade rejette sa maladie tout en s'identifiant à elle : il la rejette car il veut aller mieux, mais il la perçoit en même temps comme élément identitaire à part entière, qui donne du sens à sa vie. La maladie est le prisme par lequel il se présente et vit sa vie. Certes, toutes les personnes porteuses de handicap ou de maladies graves ne se décrivent pas comme principalement malades, ou principalement porteuses de handicap, mais il n'est pas rare d'entendre des discours tels que « je suis schizophrène », « je suis cancéreuse » etc. Ces manières de se rapporter à soi en présentant prioritairement la maladie est caractéristique d'une grande influence de la société dans le jugement que l'on a de soi,

¹⁴⁴ Par rapport à la question entre le normal et le pathologique, voir G. CANGUILHEM, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 2013. Selon lui, il n'y a pas de normalité ou de maladie en soi. Il n'y a de normal et de pathologique que dans une relation complexe, celle qui unit le vivant à son milieu naturel, à ses semblables et à lui-même. Le pathologique doit se comprendre comme une variation par rapport à un état d'équilibre, un écart au niveau de la vie biologique et de la vie sociale et individuelle. Toute maladie se caractérise par la recherche d'un autre équilibre au sens où toute maladie est recherche de norme. L'éventuelle guérison étant un retour à un équilibre jugé plus acceptable, pas forcément identique à ce qui existait avant la maladie. Il n'y a pas de pathologie qui n'ait sa manière à elle de vouloir subvertir l'allure de vie d'un sujet, c'est-à-dire subvertir la normalité à une autre normalité. Dans la souffrance chronique on va se re-normer. Dans la pathologie le sujet fait l'épreuve de la précarité en général. Il doit redéfinir pour lui-même la normalité. Son corps lui impose de rechercher, de redéfinir la normalité, de redéfinir ce qui est acceptable pour lui. Il ne peut le faire qu'à partir de sa propre souffrance, de ses propres vécus et à partir du discours d'autrui.

¹⁴⁵ Généralement, lorsque l'on perçoit une personne porteuse de handicap comme étant quelqu'un de fort, c'est souvent car il fait quelque chose que nous considérons exceptionnel, comme les athlètes paralympiques. Bebe Vio par exemple est un synonyme de force et de courage en Italie : championne du monde de fleuret, mais aussi championne paralympique, elle fait souvent le tour des écoles pour montrer que le handicap ne doit pas être un frein, mais qu'il faut au contraire faire preuve de créativité et de courage.

tout en étant aussi déterminée par la place que la personne laisse au handicap dans sa vie.

III.1.2. Le rapport au handicap : la vision du patient et la vision du droit.

Le rapport au handicap est défini non seulement par la culture mais aussi par l'histoire, ou plutôt la période historique concernée. Marquis note qu'au vingtième siècle, l'OMS pense le handicap comme une essence de la personne, comme une tragédie personnelle. Au vingt-et-unième siècle, les choses évoluent. L'idée est de permettre à la personne handicapée d'éviter de confondre son identité et son handicap. Il n'est pas question de nier la particularité, d'ordre physique ou psychique, mais cet aspect ne peut définir exclusivement l'essence de la personne. Le handicap est relatif à l'environnement dans lequel on se trouve : il n'est donc plus question d'essence, mais d'influence sociétale.

Selon Marquis, le décret inclusion de la Cocof constitue une avancée significative en termes de prise de distance avec une perspective exclusivement médicale de la maladie. L'action portait auparavant uniquement sur le malade, qui doit être soigné. Dans ce décret, il est question de penser la responsabilité de la société elle-même qui, en plaçant des barrières difficilement franchissables pour les personnes porteuses d'un handicap, ne facilite certainement pas la prise en charge et l'évolution du handicap. La question de la responsabilité de la société par rapport aux personnes porteuses de handicap s'évalue principalement, selon nous, en termes de valorisation de leur autonomie. La société se doit de mettre tout en place pour permettre à la personne d'être la plus autonome possible : prévoir des voies publiques où le déplacement en chaise roulante ou en béquilles est plus facile, placer des signaux dans les feux de signalisation pour permettre aux personnes aveugles de se balader seules en ville etc.

Le décret inclusion insisterait donc sur l'autonomie de la personne handicapée. Nous allons maintenant voir comment cette insistance présumée sur l'autonomie se remarque à partir du couple compétence-capabilité, qui est fondamental pour cerner les caractéristiques et le fonctionnement du projet à la fois pour les personnes handicapées, mais surtout en psychiatrie.

III.2. L'hégémonie de l'autonomie : la différence entre compétence et capacité.

Marquis analyse les détails du décret « inclusion » pour en cerner les points fondamentaux. Il note que le handicap est souvent mieux perçu que la situation d'une personne précaire socio-économiquement, car règne la croyance persistante que la personne handicapée n'y peut rien alors que la personne qui ne trouve pas du travail y est pour quelque chose. Toujours dans le décret, le handicap est abordé comme étant

une incapacité d’agir à cause d’une disposition mentale ou physique particulière, mais cette incapacité n’est pas déterminée par la dimension sociale.

Par ailleurs, l’évolution de ce handicap est indépendante de la volonté du porteur. Une personne peut donc être à l’origine de son handicap, mais elle ne peut être tenue pour

« responsable du fait de s’en départir puisque le handicap est précisément inscrit en elle, même si on conçoit désormais le handicap comme une relation entre une personne possédant certaines caractéristiques et un environnement empêchant. »¹⁴⁶

Nous constatons bien que la société intervient dans cette vision du handicap, au titre qu’elle détermine le rôle que jouera l’environnement par rapport à la personne handicapée et la manière dont elle se vit.

Comment pourrait-on dès lors définir ce que vit la personne handicapée selon ce décret ? « La personne handicapée du décret est celle qui, selon le célèbre mot d’Annie Cordy, voudrait bien, mais ne peut point. C’est son action qui est empêchée, et non sa décision. »¹⁴⁷. Marquis complète ce propos en expliquant que la personne est compétente, mais pas capable : elle sait ce qu’elle veut, mais n’a pas la capacité de faire ce qu’elle désire, ce à cause de son handicap mais aussi à cause de l’environnement qui lui est défavorable, ce que le décret tente de diminuer sensiblement. L’opposition se fait entre la compétence de la personne, qui dispose de toutes les ressources en elle-même pour réussir¹⁴⁸ et la capabilité, qui lui fait défaut car elle est porteuse d’un handicap.

Cette insistance sur la compétence implique une autre manière de voir la personne handicapée de manière sous-jacente : celle qui la considère comme une personne forte et courageuse, une vision qui porte, selon nous, un regard de type romantique¹⁴⁹ sur la maladie. Nous sommes dès lors confrontés à la figure du héros courageux, compétent, qui se bat contre le dragon, symbole des frontières de l’environnement et de la maladie. Nous ne voulons bien entendu rien enlever au courage que certaines personnes en situation de handicap montrent quotidiennement, bien au contraire, il est clair que certaines situations de vie sont une véritable source d’inspiration pour chacun. Mais il n’est pas juste pour la cause de penser la personne porteuse de handicap comme étant quelqu’un d’extraordinairement courageux, car cela revient à la discriminer, fut-ce

¹⁴⁶ *Ibid.*, p.115.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p.116.

¹⁴⁸ Ce qui est très proche de la vision des livres de développement personnel, où l’homme est thématiquement comme ayant en son fort intérieur tous les éléments qui lui servent pour réussir dans la vie, et qu’il faut juste les activer.

¹⁴⁹ Au sens du courant romantique, non pas au sens de romance.

positivement, alors que la personne désire seulement être « normale », c'est-à-dire perçue de la même manière que les autres.

Or l'exclusion sociale a de fait, toujours constitué un fléau pour les personnes porteuses de handicap. Par le décret inclusion, le but visé est d'éviter cette exclusion, en mettant en place plusieurs dispositifs aidant à l'insertion. Que ce soit en repensant la ville pour permettre à chacun de se déplacer librement ou en investissant dans des pratiques de soin prodiguées par des ergothérapeutes et autres logopèdes, pour permettre aux personnes d'acquérir l'autonomie qui leur manque - qui symbolise l'insertion sociale - mais encore en mettant en place des projets en psychiatrie, avec des éducateurs et des assistants sociaux formés expressément pour les réinsérer dans la vie de tous les jours.¹⁵⁰ Le but est d'amener le patient à la plus grande autonomie possible, pour permettre l'inclusion sociale.

III.2.1. Le projet comme vecteur d'autonomie et d'inclusion sociale

L'inclusion sociale et l'autonomie vont de pair, et ce car :

« Il est présumé que la personne en situation de handicap désire vivre d'une façon qui soit la plus autonome possible, et marque une préférence pour l'inclusion sociale. Cette anthropologie pratique est consacrée par une notion très présente dans le décret : il s'agit du projet, censé animer chaque personne en situation de handicap. »¹⁵¹

Or, le projet est, pour le décret, ce qui permet de combiner au mieux autonomie et inclusion sociale. Cependant, cet objectif est lourd de présupposés considérés comme acquis, dont, accessoirement, le désir de la personne porteuse de handicap de vivre de la façon la plus autonome possible et au sein de la société. Cela n'est pourtant pas toujours le cas, et en psychiatrie encore moins.

Partons d'un exemple pour signifier l'importance du projet en médecine actuellement. Lors de notre stage à William Lennox, l'autonomie et l'inclusion sociale constituaient des objectifs centraux pour chaque soignant. Ils recherchaient la plus grande autonomie possible, qui puisse permettre au patient de pouvoir réintégrer la société au plus vite. Cette dynamique, généralisée, implique pourtant un questionnement préalable, certes controversé : est-ce que tout le monde peut réintégrer la société ? Le débat est loin de faire consensus mais est d'autant plus significatif que ces critères conditionnent, en l'état, la réussite du projet. Notons que « la société » est un terme

¹⁵⁰ Le rôle des assistants sociaux et éducateurs est, en plus d'apporter des activités ou du soutien au quotidien au patient lorsqu'il est en hospitalisation, est aussi d'aider avec les tâches fortement liées à l'autonomie : ils insistent sur le sport ou les activités créatives en espérant découvrir une passion qui pourrait les guider vers un projet, mais encore ils peuvent aider avec les démarches administratives (inscription avec le CPAS, etc.).

¹⁵¹ *Ibid.*

fort vague, même si nous l'avons défini précédemment, qui ne vise rien de très précis. Il est donc complexe de pouvoir préciser ce que « réintégrer » la société veut dire, dès lors que les frontières du cadre à réintégrer ne sont pas clairement délimitées : est-ce que ça veut dire travailler ? Ou avoir de l'argent ? Etudier ? Pareils critères impliquent, chacun, une vision spécifique de la société, qui exclut énormément de personnes, ou plutôt charrient avec eux une vision de la vie bonne qui n'est pas valable pour tout le monde.

En effet, réintégrer la société peut se faire de différentes manières, et à différents degrés. Imaginons une personne ayant subi un AVC qui perd l'usage de la partie droite de son corps. Il est rapidement pris en charge, sa réhabilitation se passe bien, il peut sortir et reprendre le travail, même s'il a encore quelques difficultés dont le degré de gêne est tolérable. Dans ce cas, nous avons une personne qui réintègre la société de manière totale, presque comme s'il ne s'était rien passé. Si l'on imagine au contraire le cas d'un accident de roulage qui est rendu tétraplégique la victime, la réintégration dans la société de cette dernière ne pourra se passer d'une manière aussi limpide et surtout ne sera pas conforme avec l'attendu implicite de la « bonne réintégration », c'est-à-dire la réintégration où la personne est autonome. Un tétraplégique ne peut être autonome. Dès lors, il ne peut qu'être en marge d'une société qui compterait cet objectif parmi ses valeurs principales. Il sera plus à l'aise dans une maison adaptée, avec un personnel adapté. La réintégration dans la société se fait donc selon différents degrés : plus ou moins intégré.

Une telle insistance sur la réintégration dans la société nous pose question : pourquoi est-il si mal vu d'être en marge de la société, si cette situation permet à la personne de vivre mieux ? Une synthèse inspirée par la phronesis – l'art de la prudence qui vise, le juste milieu – constitue sans doute et une fois de plus une façon raisonnable de se positionner face à ces divers constats : il s'agirait alors d'essayer de vivre en embrassant le plus possible les valeurs de la société, tout en prévoyant des situations limites où un écart ne serait pas condamné.

C'est cela qui est pris en compte dans le projet, même si ce n'est pas dit noir sur blanc : la réintégration au sein de la société n'est jamais totale, ça ne peut être le cas, ce tant du point de vue médical que sociétal. Pourrait-il en être autrement ? Il y a des inégalités : un handicap plus ou moins fort, une famille plus ou moins aidante, un budget plus ou moins grand etc. Le projet, malgré son ambition d'être une solution à la fois généralisable et simultanément adaptée à chacun, n'arrive pas à compenser ces inégalités de départ, non pas car les institutions ou autres ne sont pas bienveillantes, mais parce que chacun part avec un bagage trop différent. Chaque histoire est

différente, chaque projet l'est aussi, et pour cela il faut pouvoir penser le projet de manière individualisée.

III.2.2. Projet de vie vs projet individualisé.

Il y a deux types de projets. Le premier type est le projet de vie, personnel, dicté par les envies du patient. Le deuxième est le projet individualisé, celui qui est créé par l'institution et la famille ou les proches, en accord avec le patient, pour arriver le plus possible au projet de vie défini par le patient.

« L'insistance sur le projet de vie des personnes s'inscrit dans une perspective libérale, au sens philosophique du terme : l'individu définit ses fins, les pouvoirs publics lui en donnent, dans une certaine mesure, les moyens. La personne handicapée détermine un projet de vie, et les pouvoirs publics mettent en place un certain nombre de dispositifs (de logement, d'activités de jour, de soutien à la mobilité ou à la socialisation, etc.) entre lesquels les personnes handicapées vont être amenées à circuler. En ce sens, la mise en avant du projet est bien le signe, en apparence du moins, de la fin d'un modèle paternaliste dans lequel l'autorité (publique, médicale, psychiatrique, etc.) décide de ce qui est bien et bon pour le patient. C'est donc d'un transfert vers le patient ou le bénéficiaire de la capacité à savoir ce qui est bon pour lui-même qu'il s'agit, dans un contexte social dans lequel, comme on le verra, le fait d'agir de soi-même est l'une des valeurs les plus prisées. »¹⁵²

Marquis parle d'une perspective libérale du projet : le patient a son mot à dire sur la manière dont il veut être pris en charge, du moins en apparence. En effet, il définit ce qu'il veut accomplir, ce qui sera mis en place durant sa prise en charge en institution. Réapparaît ici l'idée de la cohabitation à orchestrer entre compétence et capabilité, évoquée précédemment : le patient est perçu comme étant compétent, il sait ce qui est bon pour lui, il lui manque juste la capabilité de le faire, ressource qui lui sera fournie par une institution ou les pouvoirs publics (à travers des fonds par exemple). Le modèle paternaliste est mis de côté – du moins formellement – et nous nous retrouvons avec un patient-acteur, qui est le reflet de ce que la société de l'instantanéité désire : toujours en action, toujours dans les valeurs chères à la société actuelle.

Nous sommes vite interpellés par le côté unilatéralement positif de cette définition du projet, qui met en jeu un patient-acteur qui serait habité, fort pratiquement, par les mêmes valeurs que la société. Cependant, Marquis reste en fait très prudent dans sa manière d'expliquer le projet : en effet il ne fait que peindre le portrait du projet tel qu'il est pensé par les institutions mais aussi juridiquement, par le décret inclusion. Il est évident selon nous que toutes les personnes porteuses d'un handicap ne réagissent

¹⁵² *Ibid.*, p. 117

pas de la même manière aux stimuli donnés par les institutions, ni davantage aux valeurs de la société telles que l'action ou l'autonomie, qui ne correspondent pas toujours à ce qu'elles recherchent.

De plus, la temporalité dans laquelle se trouvent les personnes handicapées jure souvent avec les valeurs qui sont reconnues en société, telles que l'autonomie. Comment peut-on, dans une temporalité différente de la société dans laquelle nous trouvons, adhérer à des valeurs influencées par cette société et sa temporalité ? C'est cela qui nous pose un problème : selon le degré de handicap de la personne, elle sera plus ou moins apte à être « la bonne personne handicapée », c'est-à-dire l'archétype qui est dessiné dans le décret inclusion ou qui est pensé par les institutions. « Le jeu de langage du projet contraint cependant à concevoir les personnes dont il est question ainsi que leurs actions et rapports au monde d'une façon bien particulière »¹⁵³, c'est-à-dire d'une façon archétypale.

« En sociologie, l'architectonique des régimes d'engagement, esquissée par Laurent Thévenot offre plusieurs manières de concevoir l'action. Le projet fait partie de ce que Thévenot appelle la forme de l'action planifiée, dans laquelle on envisage l'individu comme sujet responsable, capable de se tenir, de mettre en place un plan en fonction d'une finalité, d'une intention. Les objets seront quant à eux perçus comme des outils fonctionnels permettant d'actualiser l'intention du sujet. Intention (décision concernant les fins) et fonctionnalité (action concernant les moyens) sont donc inhérents à ce régime. »¹⁵⁴

Or l'action planifiée, où les patients doivent formuler des intentions et actionner des fonctionnalités pour arriver au projet semble selon nous ne pas coller à la temporalité de la personne porteuse de handicap, et encore moins à la personne ayant des troubles psychiatriques. Cette manière de faire présuppose la possibilité de pouvoir se projeter dans le futur, un a priori clair dans les mots de Thevenot, lorsqu'il parle de finalités et d'intention. Tout dans le discours du projet est orienté vers le futur et pourtant nous sommes dans une temporalité de l'instantanéité qui a énormément de mal à se projeter, quand la maladie en elle-même, nous l'avons vu, ne se charge pas d'empêcher la capacité de projection.

Prenons donc le temps d'analyser la temporalité du projet tel qu'il est conçu dans le décret inclusion, une temporalité aux accents futuristes nets, pour être en mesure de

¹⁵³ *Ibid.*, p. 118

¹⁵⁴ *Ibid.*, p.118.

définir ce qui peut être un facteur de difficulté lorsqu'il est question d'appliquer effectivement le projet.

III.3. Le projet, ou l'orientation vers le futur.

La particularité du projet est la mise en mouvement de la personne porteuse de handicap dans un but particulier. Parfois, le but, collectivement défini, l'emporte sur le respect du désir de la personne. Le projet n'est jamais simplement mis en place pour coller à ce désir, mais bien pour aussi augmenter son autonomie, ou sa sociabilité. Marquis donne comme exemple le travail ou le logement : ils ne sont jamais pensés en vue d'eux-mêmes, ou simplement parce qu'ils correspondent à des souhaits formulés au présent par le patient, mais bien dans une perspective qui selon nous est futuriste, c'est-à-dire orientée vers le futur et déterminée par des valeurs supra-individuelles.

Or cette orientation était la caractéristique de la modernité et de la rapidité selon Stanghellini et Muscelli. Etant donné qu'actuellement, notre temporalité se définit à travers l'instantanéité, le projet n'est-il pas dépassé ? La question est légitime. Bien entendu, il n'est pas dépassé à tous les niveaux. Cela dépend du niveau de handicap, mais aussi de l'environnement de la personne, comme nous l'avons vu plus tôt. Néanmoins, le projet est fortement mis à mal.

Marquis explique que « chaque activité est désormais supposée avoir un sens, s'inscrire dans une temporalité qui commence par un désir et une décision, et se déploie vers un but à atteindre. »¹⁵⁵ Et cette affirmation contient bien en elle-même toute la problématique du projet. De fait il y est question de temporalité, de désir, de prise de décision et de but à atteindre. Mais si la temporalité dans laquelle est enfermée la personne porteuse de handicap ne lui permet pas de percevoir le futur, comment peut-elle réellement adhérer à un projet ? Et quel sens – indispensable à l'action pour pouvoir y adhérer - peut-elle lui donner ? Cette question du sens est d'ailleurs corrélée à celle d'un but à atteindre, et souvent, ce but n'est pas le même de celui qui est recommandé par les institutions.

Car de fait, le but que le décret postule limpide dans l'esprit de la personne porteuse de handicap ne l'est en réalité souvent pas, comme le fait judicieusement remarquer Marquis. Le point se vérifie particulièrement dans le cadre d'un handicap mental, qui nous intéresse tout particulièrement ici. Le schizophrène a beaucoup de mal à s'orienter dans le temps, et ses buts dans la vie sont souvent fort éloignés d'enjeux immobiliers ou de l'obtention d'un travail.¹⁵⁶ Il pourrait avoir des buts qui sont orientés

¹⁵⁵ *Ibid.*, p.118

¹⁵⁶ Ou même, dans le cadre de la psychiatrie adolescente, de l'école ou de l'université.

par ses délires : il pourrait, par exemple, avoir juste envie de jouer aux jeux-vidéos toute la journée (un comportement sans doute inspiré d'une temporalité de l'instantanéité). C'est bien dans l'ensemble des cas où le but suggéré par le projet n'est pas adapté à la personne à qui il est proposé que le principe pose question :

« Cette anthropologie de l'individu capable d'ajuster moyens et fins, ou de se prendre en charge en vue d'atteindre les buts qu'il se fixe, avec l'aide de supports matériels fournis par la collectivité, tient-elle la route ? Rien n'est moins évident. »¹⁵⁷

Marquis donne deux définitions à ce qu'il appelle « se prendre en charge » : la première consiste en la science de ce qui est bon pour soi, à partir, entres-autres, de ses goûts, la seconde renvoyant quant à elle à la perception juste de ce qui, à la fois, est bon pour soi mais surtout réalisable, à sa portée donc. Il y a donc une opposition entre la prise en charge de soi qui présuppose uniquement de savoir ce dont on a envie, tout en ne sachant pas si c'est réalisable ou pas, et la prise en charge de soi plus raisonnée, où l'on se rend compte de ses propres limites.

L'auteur fait un lien entre cette double dimension de la prise en charge et la double définition du projet dans le décret inclusion. L'importance de ce lien pour notre travail est essentielle pour comprendre la démarche de ce mémoire :

« Que présuppose le décret ? La double définition du projet de vie et du projet individualisé est intéressante à cet égard. D'une part, le projet de vie, comme expression des fins, semble être l'apanage de la personne handicapée : il est « personnel, singulier ». Par contre, le projet individualisé, qui insiste sur les moyens à mettre en œuvre pour tendre vers la réalisation du projet de vie, c'est-à-dire la dimension opératoire, voit sa définition reposer sur des acteurs tiers (centre, service, logement, association ou entreprise, mais aussi la famille et l'entourage de la personne handicapée). Le sens du projet de vie est de la responsabilité de la personne, mais son opérationnalisation est partagée. En filigrane, on peut en effet y lire que des acteurs extérieurs seront amenés à jauger de la faisabilité du projet, et quelque part d'accorder les moyens et les fins. Le décret est ainsi sous-tendu par la vision d'un individu qui seul peut définir ce qui est bon pour lui, mais doit partager la réalisation de son projet – la mise en adéquation des désirs à la réalité – avec des acteurs extérieurs. »¹⁵⁸

N'était-il pas question de promouvoir la fin d'une certaine forme de paternalisme, décidant de ce qui est juste ou non pour le patient ? La contradiction est patente, entre d'un côté le projet que le patient peut vouloir entreprendre, qui est personnel, et de l'autre celui qui a été supervisé par l'institution, qui pourtant est présenté comme étant le projet du patient. Il n'est pas rare d'entendre des éducateurs, ou même des

¹⁵⁷ *Ibid.*, p.118.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p.119.

psychiatres, dire que les patients doivent s'en tenir à leur projet, mais ce projet leur appartient-il vraiment ? N'est-ce pas plutôt une forme de paternalisme déguisé ? Malgré le risque structurel lié à l'architecture même de la prise en charge, il est néanmoins clair que ce cas de figure n'est pas systématique : parfois, par un agencement heureux des choses, le patient se crée un projet qui est accepté par l'institution qui lui convient parfaitement. Mais généralement ce projet accepté unanimement est un projet qui provient d'une personne qui certes est porteuse d'un handicap, mais dont le degré d'intensité lui permet de viser un objectif des plus acceptables socialement.

Récapitulons : le but du projet est de permettre aux personnes porteuses de handicap d'être le plus autonomes possibles. Si, en théorie, cette idée est positive à bien des égards, en pratique c'est plus complexe, car le choix du projet n'est pas tout à fait libre : il est fortement influencé par les valeurs sous-tendues par la société.

Jusqu'à présent, la portée de notre propos et les dimensions analysées concernaient aussi bien le handicap mental que le handicap moteur, le projet vise aussi bien l'un que l'autre. Nous allons maintenant nous intéresser à ce qui concerne spécifiquement le handicap mental, car c'est au cœur du handicap mental que se logent des défaillances qui risquent de mettre le projet davantage encore en difficulté en termes de pertinence.

III.3.1. Le projet pour les personnes porteuses de handicap mental.

Selon Nicolas Marquis, la notion même de handicap mental est de plus en plus large : souvent maladie mentale et handicap mental sont confondus étant donné que tous les deux sont pensés en termes de ce qu'ils empêchent de faire. Pourtant, il y a de grandes différences entre les deux :

« La particularité de la maladie-handicap mental(e) au regard de la défaillance du corps est donc qu'elle peut atteindre, au moins potentiellement la personne dans des capacités qui sont affublées par l'anthropologie à visée pratique qui sous-tend la logique du projet, à deux niveaux en particulier : d'abord la personne serait en mesure de savoir et de décider ce qui est bon pour elle (et donc serait en tout état de cause la mieux placée pour définir son projet), et ensuite la personne serait capable de se projeter dans la temporalité relativement longue du projet »¹⁵⁹

Afin de préciser ce diagnostic, Marquis utilise la notion de temporalité réinvestie par Bourdieu pour expliciter en quoi le projet en psychiatrie peut être mis à mal. En effet, la capacité de se projeter dans le futur dépend de l'existence même de la personne et des conditions qui lui sont propres. Ces conditions peuvent être variées, mais elles ont un impact important sur la possibilité de se projeter : si l'on est dans le besoin

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.120.

économiquement parlant ou si l'on est trop pris par notre souffrance ou douleur, il y a de grandes chances qu'il soit difficile de se projeter.

Nous ajouterons que ceci peut très bien être mis en lien avec la théorie de la souffrance et de la douleur énoncée par Ricoeur¹⁶⁰. Selon ce dernier, nous passons par plusieurs étapes lorsque nous souffrons. La première étape est la suivante : l'homme vit et ressent personnellement. C'est un « je souffre - je suis »¹⁶¹ : notre souffrance est personnelle, et il n'est pas possible, même pour la personne la plus empathique qu'il soit, de ressentir exactement ce que l'autre ressent. La deuxième étape est celle de l'incommunicabilité de la souffrance qui amène la solitude du souffrir. Cela signifie que l'incommunicabilité de la souffrance empêche l'autre de nous comprendre. Cette non-compréhension isole l'individu dans une solitude d'un type particulier, propre à celui qui souffre. L'étape suivante consiste à voir en l'autre un ennemi, c'est la blessure du souffrir. Pourquoi ne comprend-t-il pas ? Ne fait-il donc aucun effort pour me comprendre ? Si c'est le cas, mieux vaut rester seul : nous nous enfermons sur nous-mêmes et évitons de nous ouvrir aux autres car nous les catégorisons comme étant insensibles à notre souffrance. Et enfin, la dernière étape de la souffrance, est celle du « sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance », ce que Ricoeur appelle l'enfer du souffrir et d'où découle la question « pourquoi moi ? ».

Si l'on est dans une souffrance trop grande, il nous est difficile de nous projeter. Cette affirmation peut se déduire de l'examen attentif des quatre étapes qu'énonce Ricoeur : si nous restons focalisés sur la douleur, nous nous laissons englober par le présent, en nous refermant sur nous-mêmes. Certes, la possibilité de penser le futur ne disparaît pas, mais c'est un futur sombre, voire même aride dont il s'agira, car il semble difficile de pouvoir y cultiver un projet :

« Une situation de handicap ou de maladie mentale, d'autant plus si elle se double d'une forme de précarité sociale peut rendre très difficile la projection dans l'avenir. Cela ne signifie pas que les personnes qui se trouvent dans cette situation ne pensent pas, et encore moins qu'elles ne sont pas en mesure de penser leur handicap, mais que leur situation rend plus malaisée une pensée dans les termes de ce que l'on a appelé avec Laurent Thévenot une action en plan, c'est-à-dire

¹⁶⁰ C. MARIN, N. ZACCAÏ-REYNERS, *Souffrance et douleur : autour de Paul Ricoeur*, Paris, PUF, 2013.

¹⁶¹ C. MARIN, N. ZACCAÏ-REYNERS, *Ibid.*, p.17.

une action apprêtée à être dite dans le vocabulaire du projet, des buts, des moyens, des décisions, de l'agir conscient. »¹⁶²

Ce que Marquis relève ici est simple : il n'est pas question de reléguer les personnes porteuses de handicap mental à un rôle passif sous prétexte qu'elles ne sauraient prendre des décisions. Il est plutôt question de dénoncer la difficulté qui les anime à penser en termes d'action en plan. Or, cette capacité est fondamentale pour la réussite ou non du projet, ou même au préalable de la réussite ou non de la mise en place du projet. L'enjeu ici est grand : si nous n'avons pas le bon vocabulaire, les moyens ou la faculté de prendre des décisions qui vont vers le projet, la possibilité d'être pris en charge en institution est compromise. Il y a donc une tension entre, d'une part, l'activité qui est demandée dans la création du projet avec l'institution, et la passivité qui, d'autre part, peut accompagner le handicap mental. Rendre compatible la relative passivité induite par la pathologie mentale et l'activité nécessaire à la mise en projet n'est possible qu'en étant dans le juste milieu : encore une fois, certaines pathologies permettent de pouvoir tenir le projet, d'autres n'ont pas assez d'équilibre que pour pouvoir le faire. L'équilibre n'est pas le propre de la maladie mentale, souvent perçue comme étant chaotique et incompréhensible.

Marquis pose un regard très juste sur la manière dont les personnes porteuses de handicap mental se perçoivent à moyen ou long terme : le ressenti est souvent de l'ordre du malaise, malaise qu'il faut évidemment lire comme une conséquence du quadruple niveau de souffrance thématized par Ricoeur. Nous pensons que la souffrance générée par la maladie, en plus d'être difficilement communicable, est fortement liée à ce qu'il y a d'indéterminé dans la maladie. En effet, la question de l'indéterminé, du doute par rapport à la maladie, nous empêche d'évoluer dans une temporalité saine, c'est-à-dire équilibrée (entre le passé, le présent et le futur) et, dès lors, elle rend aussi plus compliquée la projection. Il y a l'angoisse de ne pas savoir comment la maladie va évoluer, si elle va s'arrêter à un moment, si la souffrance diminuera ou non, avec la menace d'une condamnation perpétuelle et donc dans l'incapacité de subvenir à nos besoins en indépendance. Tout cela empêche clairement l'élaboration d'un projet riche et fructueux, car le focus est placé sur l'indéterminé.

Il est à noter que les sciences sociales en général ont montré comment, au fil du temps, les institutions ont essayé de restituer une « normalité »¹⁶³ aux personnes porteuses de handicap. Cette volonté de normaliser le handicap génère de l'épuisement et de

¹⁶² N. MARQUIS, « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, volume 74, (2015), p.120.

¹⁶³ La normalité selon nous est à définir comme ce qui ne sort pas de la norme, ce qui ne crée pas le scandale, ce qui n'est pas malade.

découragement, et provoque une forte souffrance chez le malade. Ce constat fait d'ailleurs écho au discours d'Anna Rau, sur l'évidence naturelle. Si nous rapportons l'évidence naturelle à ce qui constitue la norme aux yeux d'Anna, nous nous rendons compte que les personnes atteintes de maladies ou de handicaps mentaux et qui ont un degré de conscience plus ou moins élevé de leur maladie souffrent déjà de leur manque de « normalité » alors qu'ils regardent autour d'eux dans les moments de conscience. Le fait que l'institution essaye de les « normaliser » pour les soigner ne fait qu'augmenter cette sensation de fossé entre eux et le monde « normal ».

Mais pouvons-nous réellement penser le patient uniquement à partir de l'idéal de l'autonomie et de normalisation ?

« Le soin perçu comme efficace et respectueux, qui consiste donc à mettre la personne au centre et au travail (ou à l'action), outre le fait qu'il n'est pas porté de la même façon par tous les soignants (ceci dépendant de leur rôle, de leur formation et de leur obéissance théorique), présuppose par ailleurs que, pour employer des termes indigènes, le patient soit « preneur ». Autrement dit, que l'idéal d'autonomie, transcrite dans l'entraînement et la projection produise chez lui un peu d'excitation. Lorsque cette excitation n'est pas au rendez-vous, il est fréquent d'observer des soignants (surtout parmi les plus jeunes, les plus sensibles à l'idéal précité, et dans des positions paramédicales) relativement désemparées. »¹⁶⁴

Le projet suppose pour Marquis qu'on y adhère, et qu'on a envie de s'y investir. Or dans certains cas, ceci est loin d'être la réalité. L'autonomie et ses valeurs n'inspire par tout le monde, et cela met à mal l'équipe soignante et tout particulièrement, selon nous, les professions qui au fil du temps se sont spécialisées dans la mise en place d'un projet, comme l'ergothérapie, la logopédie, les éducateurs. C'est alors que l'on risque de tomber dans une forme de paternalisme involontaire : les soignants sont certains des potentialités du projet, et poussent le patient à y adhérer.

III.3.2. Le bon projet : un paternalisme déguisé

Le décret inclusion et la loi sur la protection des malades mentaux incluent des principes antagonistes : le décret inclusion, d'une part, consacre la notion de capacité juridique des personnes ayant un handicap mental mais simultanément, la loi sur la protection des malades mentaux de 1990 prévoit la possibilité de mettre en place des

¹⁶⁴ N. MARQUIS, Colloque Lantéri-Laura : *La clinique à l'épreuve du contemporain* 16 février 2018. (Document non encore publié, obtenu auprès de l'auteur) ; p.5.

mesures juridiques sans le consentement de la personne concernée s'il s'avère qu'elle se met en danger ou met en danger autrui :

« Ainsi, même s'il tend désormais à ériger en règle la capacité juridique des personnes mentales en situation de handicap, le nouveau système de protection instauré par le législateur belge n'en reconnaît pas moins au juge de paix la possibilité d'identifier, au cas par cas, les actes requérant des mesures d'assistance ou de représentation. Ainsi encore, la loi du 26 juin 1990 sur la protection des malades mentaux justifie que des mesures soient prises, même contre le consentement de la personne si celle-ci met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou celles d'autrui. Il semble donc illusoire de penser qu'en toutes circonstances, une personne soit capable de décider ce qui est bon pour elle-même. »¹⁶⁵

La cohabitation semble complexe entre ces deux horizons principiels, et pourtant il nous semble essentiel de souligner ceci : il n'est pas question de penser uniquement de manière binaire les capacités de l'individu atteint de troubles psychiques. Il est question de cerner avec le plus de précision possible quel est le champ de décision, d'action et de capacité du patient. Il est toujours dans l'entre-deux, sauf cas réellement extrêmes où il n'y a aucune prise de conscience de la situation dans laquelle il se trouve. Permettez-nous d'utiliser l'expression « il y a des jours avec et des jours sans » : cette banale expression est pourtant porteuse de sens, et ce à plusieurs niveaux. Premièrement, elle fait sens au niveau de la temporalité. En effet, le fait qu'il y ait des jours avec ou des jours sans reflète le fait qu'il y a une continuité, un temps qui s'écoule, et qui permet de changer la donne. Deuxièmement, si elle est pensée à travers la maladie mentale, elle peut signifier qu'il y a des phases durant dans lesquelles l'individu est capable de vouloir, de se projeter et de créer un projet, un futur, et tandis que d'autres moments le voient s'enfoncer dans sa maladie et sa souffrance, qui le contraint à rester dans le présent. Le patient est à penser comme étant plus ou moins capable, et ce en fonction de paramètres divers.

De plus, pour Marquis, le projet est toujours déjà contraint par la norme sociale au sein de laquelle il est conçu, et plus particulièrement dans l'institution dans laquelle il est élaboré. En effet, l'auteur démontre ce point par l'absurde en prenant l'exemple d'un patient dont le projet consisterait en une grève de la faim ou, pourquoi pas, en un assassinat de masse. Bien entendu, ces suggestions ne recevront pas l'aval de l'institution. Il y a donc des projets préférables à d'autres :

« Sous les habits d'une définition purement formelle du projet, son contenu est bien plus contraint qu'on pourrait le penser. Il y a des projets qui semblent préférables à d'autres :

¹⁶⁵ N. MARQUIS, « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, volume 74, (2015), *Ibid.*, p.121.

l'avancée dans la vie au surplace, l'autonomie à l'hétéronomie, l'inclusion à la solitude, l'expression de son potentiel à la non exploitation de ses capacités, etc. »¹⁶⁶

Parmi ces projets préférables, nous pouvons cerner les projets qui visent à rendre plus « normal » le patient, c'est-à-dire être plus apte à se comporter de manière normale. Avoir un travail, un appartement, faire une formation. En somme il s'agit de faire entrer dans la vie active, dans la vie « normale », dans la vie « saine », quelqu'un qui ne l'est pas, au sens où il est malade ou handicapé mentalement. Marquis souligne que le décret, en s'exprimant ainsi, tient pour acquise la motivation des patients à vouloir être autonome, à exprimer leur potentiel etc.

« La question qui est posée ici n'est ni d'ordre empirique (je ne suis pas en mesure de dire si toutes les personnes handicapées ont concrètement envie ou non de cette autonomie), ni d'ordre moral (je ne cherche pas à dire que cette mise au pinacle des valeurs de l'autonomie individuelle est une bonne ou une mauvaise chose) mais bien d'ordre conceptuel : elle nous indique ce que, dans une société de l'autonomie comme condition, nous considérons comme une vie bonne et comme un individu accompli : nous trouvons normal pour un individu de vouloir se prendre en charge, d'être aux commandes de sa vie, en un mot d'être aussi « autonome » que possible, et nous aurons tendance à pathologiser tout écart à cette norme. »¹⁶⁷

Il est bien entendu essentiel de dire qu'il ne s'agit en aucun cas d'un jugement empirique ou moral : nous n'affirmons pas qu'il est bien ou mal de définir une norme et de mettre l'accent sur l'autonomie, mais nous explicitons que cette autonomie individuelle, l'une des valeurs les plus promues au sein de la société, peut être compliquée à mettre en place pour une personne atteinte d'un problème psychique. De plus, elle relègue au second plan tout qui n'est pas autonome, ce qui n'est pas en pleine possession de ses facultés, en plein contrôle. Et pourtant, selon nous, le propre de l'humain est bien qu'il puisse certes prendre des décisions arrêtées et fortes, mais qu'il puisse aussi être vulnérable.

La vulnérabilité est mal perçue dans le monde de l'autonomie et du contrôle de soi à tout prix. Il faut toujours pouvoir être maître de tout : de ses capacités, de ses sentiments, être à la hauteur au travail, avec la famille, avec les amis etc. Quelle place reste-t-il à la vulnérabilité ? Cette question excède le cadre de la présente recherche, mais nous ne pouvons manquer de nous la poser, en termes d'enjeux psychiatriques mais aussi de manière plus large : si nous sommes aussi déprimés, aussi fatigués, s'il y a autant de burnouts, ces phénomènes ne peuvent-ils pas s'expliquer, entre autres, par une mise à mal de la vulnérabilité ? Nous la refusons, nous la rejetons, nous tentons

¹⁶⁶ *Ibid.*, p.122.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p.122.

de contrôler notre corps, notre esprit, notre vie, mais la vulnérabilité fait partie de nous. Refouler notre fragilité ne fera pas de nous quelqu'un de plus fort, mais uniquement quelqu'un de plus coincé, de plus têtu, de plus triste. Car de la vulnérabilité naissent aussi la beauté, la joie, l'étonnement, l'amour. Ces éléments, somme toute futiles, mériteraient selon d'être intégrés au cœur du projet.

Il y a donc un « bon » projet et un mauvais projet, le bon projet étant celui qui conjugue à la fois les attentes du patient et ses envies, mais aussi voire surtout les valeurs promues par l'institution et la société en elle-même. Le registre des projets envisageables est donc relativement restreint : le fait de jouer aux jeux-vidéos toute la journée n'est pas de l'ordre du projet, mais essayer de s'intégrer dans la société l'est bien. Selon Marquis, ce constant pose la question de l'autodétermination, qu'il pense comme étant des « habiletés et (...) aptitudes chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus »¹⁶⁸ et qui dans la pratique peine à être perçue comme cela.

Le projet en psychiatrie, porté par une forte autonomie, semble donc poser problème. Mais comment avons-nous abouti à ce modèle de projet ? C'est la question qui va retenir notre attention et pour y répondre, nous allons analyser à la fois sa temporalité et la société qui l'a vu naître.

III.4. La société de l'autonomie à tout prix : un modèle viable en psychiatrie ?

Les dynamiques ici pointées sont les suivantes : la désinstitutionalisation et le passage d'un état de Providence à un état actif. Le but est de se servir de l'institution comme intermédiaire pour amener le patient à se confronter au monde par l'intermédiaire de l'institution, et donc ne pas le confiner à des asiles par exemple, tout en lui permettant d'être actif quotidiennement. Il n'est donc plus question d'isoler les personnes porteuses de handicap, comme cela se faisait dans le passé¹⁶⁹ pour les intégrer à la société contemporaine.

Ces dynamiques sont bien sûr louables, mais difficilement réalisables. Si la désinstitutionalisation est certes intéressante en ce qu'elle permet plus de liberté à la personne porteuse de handicap, et que le passage à l'état actif lui permet de se prendre en main et de probablement se sentir mieux avec elle-même car elle aura l'impression d'avancer, le nombre de cas qui posent potentiellement problème est élevé. La prudence affichée de Marquis face au succès – très aléatoire – de la prise en charge en

¹⁶⁸ Y. LACHAPPELLE et D. BOISVERT, « Développer l'autodétermination des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage ou une déficience intellectuelle en milieu scolaire », *Revue canadienne de psycho-éducation*, 1999, vol. 28, n° 2, p. 163-169, spéc. p. 165.

¹⁶⁹ Voir par exemple les asiles, ou les sanatoriums.

autogestion du patient rivalise avec son scepticisme face à la culpabilité générée chez ce même patient, en échec face à un objectif d'autonomie qu'il faut atteindre à tout prix. Quelqu'un qui n'arrive pas à s'auto-gérer va non seulement se sentir mal en se comparant aux autres, mais aussi se sentir écrasé par le poids des valeurs en vigueur dans la société. Dès lors, comment peut-on penser dans ces cas-là la pertinence d'un projet, alors que ce qu'il impose suscite d'entrée de jeu un malaise fréquent ?

« D'un point de vue sociologique, une société individualiste est celle qui place le pouvoir de l'individu sur lui-même (et en particulier la possibilité de décider de sa propre vie) au sommet des valeurs qu'elle chérit. Dans pareil contexte social, l'autonomie devient le synonyme de la vie accomplie. Il n'est pas pensable de ne pas la vouloir pour soi, et fournir une aide à autrui revient à soutenir sa capacité d'autonomie. »¹⁷⁰

Cet extrait montre qu'il y a dans la société un présupposé tacite qui veut que l'homme moderne soit ancré dans une société individualiste, qui insiste sur la capacité de ce dernier à pouvoir agir sur lui-même et sa propre vie. Il n'est pas anodin donc que le projet ait une place aussi importante au cœur de cette société : on reconnaît selon nous à la personne porteuse de handicap son humanité, et ce faisant on l'inscrit au sein des valeurs auxquelles elle doit adhérer. Il peut sembler choquant que nous affirmions que la post-modernité rend l'humanité à la personne porteuse de handicap, mais ce que nous voulons dire c'est qu'étant donné que dans la prise en charge, dans les soins qui sont accordés à cette personne, on tente de la désinstitutionnaliser un maximum et de rendre le patient actif, on tente donc de le plonger dans la normalité ; la normalité obéissant à certaines règles, les personnes porteuses de handicap doivent s'y soumettre aussi.

Les thèmes centraux du décret inclusion sont donc les suivants : inclusion sociale et autonomie. Le décret insiste sur l'importance de ces deux concepts pour les personnes porteuses de handicap. Cette double ambition est profondément ancrée dans le projet sociétal actuel, en témoigne d'ailleurs le nom de son organisme d'aide au handicap, qui s'appelle actuellement PHARE, c'est-à-dire Personne Handicapée Autonomie Recherchée. Une appellation ne constitue évidemment pas une preuve en soi, mais est tout de même significative et révélatrice de la direction vers laquelle les acteurs sociaux et médicaux souhaitent aller.

« Alain Ehrenberg qualifie ce contexte de « société de l'autonomie comme condition », c'est-à-dire une société dans laquelle il est supposé (ce qui ne veut nullement dire que ce soit le cas

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 124.

réellement) que si on lui en donne les moyens, chaque personne, quel que soit son âge, quelles que soient ses caractéristiques, doit pouvoir faire preuve d'un comportement autonome. »¹⁷¹

Ce paragraphe reprend les points cardinaux de l'exposé de ce qui nous intéresse. Chaque personne est tenue à faire preuve d'autonomie, et ce en toute circonstance. La société de l'autonomie comme condition semble obliger l'individu à être autonome, prêt à se gérer par lui-même et prêt aussi à vouloir s'impliquer dans sa propre vie. C'est un attendu social, qui façonne la manière d'être au monde des individus.

L'attendu social en question est, selon nous, ce qui jure le plus avec la question de la temporalité du patient. Cette friction est aussi très visible au cœur de la tripartite entre patient, équipe médicale et société. En effet, la société dans laquelle nous vivons est, nous l'avons déjà dit, ancrée dans un certain cadre de valeurs. Elle décide de ce qui est juste, de ce qui ne l'est pas, de ce qui est attendu et de ce qui ne l'est pas. L'équipe médicale est face à une double temporalité¹⁷², celle qui est en vogue dans la société, avec ses valeurs, ses cadres, et celle qui est en vogue à l'hôpital, cadrée par un rythme institutionnel (la nécessité de faire tourner les chambres, les consultations d'une certaine durée, les séjours qui peuvent s'étendre sur des laps de temps plus ou moins longs...). Lier les deux temporalités est extrêmement complexe, et pourtant le projet réussit cet exploit, car il tient compte du temps du séjour du patient, mais aussi de la temporalité de la société à l'extérieur. Et enfin, nous avons le patient, qui selon son handicap, peut avoir une temporalité plus ou moins altérée. Si nous prenons l'exemple du mélancolique, dont le passé pèse un poids énorme, et qui éteint toute perspective d'avenir, nous nous rendons compte qu'il y a un hiatus entre la temporalité du projet liant la société et le corps médical, et le patient.¹⁷³

III.4.1. L'attendu social et la temporalité

Dans ce contexte, quelle est dès lors la valeur de l'attendu social ? Comment peut-on attendre de quelqu'un un certain comportement alors que cette personne, censée incarner ces attendus, évolue dans une temporalité qui est, selon le niveau de handicap, plus ou moins différente de celle qui est pensée par le corps médical et la société et peut s'avérer, en fonction du degré d'altération, très handicapante dans la gestion de ces impératifs sociaux ? Certes, nous nous concentrons ici sur les maladies mentales, et plus particulièrement sur celles qui ont une forte influence sur la temporalité de la

¹⁷¹ *Ibid.*, p.125.

¹⁷² Nous pourrions même dire une triple temporalité, si l'on compte la temporalité propre du soignant en tant que tel, mais pour nous faciliter les choses nous allons parler d'une double temporalité société-hôpital.

¹⁷³ Il nous semble nécessaire d'ajouter, encore une fois, que ce n'est pas toujours le cas. Mais il nous est difficile de ne pas en parler, étant donné les questions que cela nous pose sur le plan éthique.

personne malade, celles avec lesquelles la probabilité qu'un problème de compatibilité des temporalités a les plus grandes chances de survenir donc.

« Il n'est pas question de dire que les individus sont effectivement plus (ou moins) autonomes qu'il y a quelques décennies, mais que quelque chose a bougé dans le rôle que nous faisons jouer à cette notion, dont l'importance dans l'évaluation de l'individu et de son action devient primordiale. Il s'agit en effet d'un « changement dans l'esprit de l'action qui fait de l'autonomie des individus, de la capacité à se gouverner par soi-même et à agir de soi-même la valeur suprême »¹⁷⁴

Tout se joue donc dans l'intensité avec laquelle nous nous confrontons à cette logique de l'autonomie à tout prix. Les réflexions sur la nature de l'autonomie et la question de la place qu'elle occupe pour l'individu et le collectif ne datent pas d'hier. Par contre, l'importance qui lui est accordée aujourd'hui est particulièrement grande. Cette importance particulière peut s'expliquer par deux facteurs particuliers :

Il faut d'abord souligner l'influence de la temporalité thématifiée par certains auteurs classiques, tels que Binswanger, Minkowski ou Blankenburg. Leurs travaux, étant ancrés dans la temporalité de la modernité et donc de la rapidité, étaient orientés vers le futur (et donc le projet dans un certain sens).

En second lieu, la temporalité actuelle de l'instantanéité requiert absolument l'autonomie comme condition *sine qua non* d'existence. En effet, l'instantanéité par sa structure de toile¹⁷⁵ nécessite que l'homme soit autonome. Il doit pouvoir se gérer lui-même, ne compter que sur lui-même et être toujours prêt à se mettre en jeu. Cet impératif est notamment perceptible dans les livres de type développement personnel¹⁷⁶, où il faut travailler sur soi le plus possible, afin d'être autonome dans sa manière d'aborder la vie, tout cela se déroulant dans une optique du « tout tout de suite ».

Le projet semble donc hériter de deux temporalités : la temporalité de la rapidité et la temporalité de l'instantanéité. Cependant, la cohabitation de ces deux temporalités jure à bien des égards : le projet doit se mettre en place dans un temps bien particulier, c'est-à-dire le temps d'une hospitalisation par exemple, qui peut être de court, moyen ou long terme, pourtant nous sommes dans la temporalité de l'instantanéité, du coup il n'est pas rare de vouloir faire en sorte que ce projet se mette en place tout de suite, en brusquant quelque peu le patient. Plus encore, la temporalité de l'instantanéité

¹⁷⁴ N. MARQUIS, « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », *op.cit.*, p.125.

¹⁷⁵ Voir le chapitre I.

¹⁷⁶ Voir N. MARQUIS, *Du bien-être au marché du malaise : la société du développement personnel*, *op.cit.*

influence directement le patient et l'empêche de se projeter, ce qui l'empêche de se lancer dans le projet.

Selon Marquis, le handicap, mental ou non, est synonyme de perte d'autonomie, et la perte d'autonomie n'est pas compatible avec la « vie bonne » préconçue par la société, ses règles, ses valeurs, ce qui vaut, selon elle, la peine d'être vécu ou non. Cet état de fait est perceptible dans le décret analysé par Marquis. De cette analyse, il retire trois points importants :

« Être autonome, vivre une vie bonne ou une vie qui vaut la peine d'être vécue, c'est à la fois être actif, être soi-même, et être correctement socialisé. A contrario, le handicap handicape la personne sur ses trois plans, en l'empêchant d'agir, d'être elle-même, et d'être incluse dans la société, en perturbant sa socialité. »¹⁷⁷

Marquis insiste : l'être soi-même diffère de l'être comme tout le monde qui était en vogue lorsque l'objectif de la prise en charge psychiatrique était plutôt axée sur la « rééducation ». Pourtant, l'insistance sur l'être soi-même est, en elle-même, paradoxale, car ce qu'est « être soi-même » au cœur du projet est prédéterminé par les valeurs qui sous-tendent la notion même de projet au sein de l'institution. Il y a déjà un formatage de ce qui est jugé comme étant la vie bonne, comme valant la peine ou non d'être vécu, dès lors comment est-il possible d'être soi-même si nos envies nous portent vers ce qui, selon la société, ne vaut pas la peine d'être vécu ? Est-ce que qu'une personne qui décide de s'enfermer toute la journée pour jouer à World of Warcraft est moins autonome qu'une personne qui preste un trente-six heures semaines et qui se retrouve en burnout ?¹⁷⁸ Certes, notre exemple est exagéré, mais il pose question : quel critère autorise la condamnation par la société de quelqu'un qui est à l'aise à l'idée de jouer toute la journée, qui s'épanouit dans une vie virtuelle, tandis que cette même société valorise celui qui travaille toute la semaine mais qui est fondamentalement triste ?

Ce critère d'évaluation pourrait, entres autres, relever de la notion d'*empowerment*. Il faut pouvoir gérer sa propre vie, se prendre en main. Il suffit de voir le nombre de comptes Instagram dédiés à cette culture du soi, où il faut manger sainement, faire beaucoup de sport et réussir dans ses projets. La dynamique à l'œuvre dans le livre de développement personnel est aussi nourrie par cette idée : il faut faire la paix avec son

¹⁷⁷ N. MARQUIS « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, volume 74, (2015), p.125.

¹⁷⁸ Nous nous focalisons ici sur le jugement sociétal quant à la nature de l'activité, sans évaluer les conditions de vie qui autorisent/réduisent ces choix.

enfant intérieur etc. Dès lors, comment la culture de l'*empowerment* influence le projet en psychiatrie ?

III.4.2. La question de l'*empowerment* : l'autonomie poussée à l'extrême.

Le citoyen ne doit plus être heureux, mais être en possession de ses moyens. Il doit avoir le pouvoir, pouvoir d'agir sur sa vie et sur celle des autres, pouvoir d'être en vie. Et selon Marquis, c'est ce même horizon qui définit aussi le destin institutionnel des personnes handicapées.

« Il faut remarquer que cette perception du rapport entre action publique et individu relève d'une logique de l'*empowerment* : ne pas agir directement sur l'individu, mais lui donner les outils afin qu'il puisse agir sur lui-même, rendre possible les conditions d'une action de sa part. Cette perspective renvoie à son tour à la logique des *capabilities* développée notamment par Amartya Sen, dans laquelle il ne s'agit plus tant de rendre les individus égaux que d'égaliser les chances de chacun d'accomplir son propre projet de vie, c'est-à-dire non plus tant de protéger les individus que de créer des égalités d'opportunités dans un contexte où les chances d'un individu de parvenir à réussir sa vie dépendent de plus en plus de ses capacités relationnelles et cognitives. »¹⁷⁹

Par rapport aux capacités d'Amartya Sen, rappelons-nous qu'elles ont été conceptualisées dans les années d'après-guerre, où il était question de donner à chacun le meilleur confort de vie possible, c'est-à-dire en donnant les chances à chacun de pouvoir se nourrir, d'être logé, et par là augmenter son niveau moyen de « bonheur ». Pourtant, Hämäläinen nous montre plus récemment qu'aujourd'hui, l'ambition portée par les capacités fait face à un échec : les individus ont, en Occident, de plus en plus de biens matériels, ils ont de quoi se payer un logement, de quoi se payer à manger, ils ont la possibilité d'avoir un travail et pourtant, le niveau global de bonheur chute. Ceci est dû, selon Hämäläinen, à un manque de focus sur le bien-être durable et sur la trop grande abondance de choix, qui met l'individu en difficulté : il a tellement le choix qu'il ne sait plus comment agir, quelle est la meilleure solution pour lui. Ce constat pose question, particulièrement si nous l'appliquons à la théorie du projet : comment peut-on penser un projet dans une société où l'abondance de choix déstabilise l'individu ? Si un individu jugé comme étant sain, ou « normal » est déjà désorienté, est-il réaliste de postuler qu'une personne en situation de handicap s'en sortira avec plus de succès ?

Le livre de développement personnel est une forme d'*empowerment*, et est façonné par certains cadres et certaines valeurs, que l'on va retrouver aussi dans le projet. Par

¹⁷⁹ *Ibid.*, p.127.

exemple, la place essentielle de l'autonomie dans la vie de tous les jours, et de l'activité, c'est-à-dire la capacité de prendre en main sa vie, d'en faire quelque chose, d'agir en somme et de ne pas attendre que la solution tombe du ciel. Ce type de valeurs est intégré par des cadres tels que la valorisation de l'intériorité personnelle¹⁸⁰, de la compétence et de la responsabilisation. Selon Marquis, les lecteurs de livres de développement personnel sont à la fois « en marge et en marche » : ils se considèrent comme différents de la moyenne, mais brandissant en fait des très communes valeurs - telle l'autonomie - pour justifier cette distinction.

Une autre caractéristique du développement personnel est que chacun a en lui plus que ce qu'il imagine, comme nous l'avions vu avec les compétences. L'idée est que nous serions tous trop aveuglés par notre train de vie quotidien pour réellement savoir qui nous sommes réellement, et que nous avons beaucoup plus de capacités que ce que nous croyons. Cette vision New Age est à mettre en lien avec la montée grandissante du concept d'autonomie actuellement : l'autonomie requiert des capacités, toujours plus de capacités, et le fait d'affirmer, simultanément, dans ces discours New Age, que nous sommes riches d'un trésor de capacités insoupçonnées constitue donc un « hasard » qui tombe à point nommé.

Conclusion de la troisième partie

Le projet en lui-même n'est pas une mauvaise technique de soin. Au fil des années, il a pu aider énormément de personnes présentant des problèmes psychiatriques divers à sortir de leur situation et à réintégrer la société. Cependant, il est indéniable que certains facteurs le mettent à mal. La temporalité est sans doute le facteur qui a le plus d'influence sur la réussite ou non du projet, et pour cause : le projet hérite de la temporalité de la modernité, or nous sommes dans une période de l'instantanéité, au sein de laquelle la projection constitue un défi, y compris pour les personnes saines.

De plus, la personne ayant une maladie psychiatrique voit sa propre temporalité altérée : que ce soit en se focalisant sur le passé comme étant la source de tous les malheurs ou en vivant le présent de manière altérée, le patient va avoir des difficultés à créer un projet : cet objectif est ambitieux lorsque le futur semble être barré. C'est au cœur de la projection que se crée le projet. Si le patient n'est pas capable de l'investir, le projet est fortement mis à mal.

Mais encore, les idéaux qui sous-tendent le projet, à savoir l'autonomie et l'inclusion, sont certainement louables et partent de bonnes intentions, mais elles ne sont pas

¹⁸⁰ L'intériorité personnelle est l'une des caractéristiques les plus flagrantes des livres de type développement personnel : il s'agit de savoir se penser soi-même, de guérir « l'enfant en nous », de découvrir sa réelle identité à l'intérieur de nous-mêmes.

adaptées à toutes les maladies, surtout si l'on définit très clairement ce que signifie l'autonomie ou l'inclusion, mais encore plus ce que signifie le projet. Le projet pensé en psychiatrie est un projet personnel si et seulement si le patient est capable de se projeter et de créer du sens à même son projet et son action.

Or le projet présente souvent une définition relativement stricte, qui doit contenir ces idéaux d'autonomie et d'inclusion qui, parfois, s'entrechoquent avec la volonté du patient, qui, lui, veut se laisser vivre, par exemple en jouant à l'ordinateur toute la journée. Les ambitions du projet sont aussi régulièrement incompatibles avec la souffrance du patient, qui est trop refermé sur lui-même et sur ce présent qui le fait souffrir et qui, dès lors, n'arrive pas à penser l'inclusion, isolé qu'il est de la société à cause, entre autres, de la blessure du souffrir.

Dès lors, quelles sont les solutions ? Nous n'avons pas la prétention de changer la manière dont le soin est donné en psychiatrie, et nous ne pouvons réellement le savoir, non seulement car nous ne sommes pas des professionnels de la santé, mais aussi car nous n'avons pas l'opportunité de mettre en place nos conseils. Nous pensons cependant qu'il faut maintenir le projet pour les patients qui ont les capacités de le mettre en place, mais penser à une autre manière de faire pour les autres, qui tiendrait compte de deux temporalités.

La première manière de faire pourrait être celle d'effectuer une prise en charge « temporelle », qui tienne compte de la temporalité de la maladie du patient, et qui essaye de retravailler ce rapport. Ceci peut se faire à travers des activités artistiques ou sportives, en essayant de ramener le patient au présent, et de lui permettre de vivre avec sa maladie : il traversera certes des phases de délire ou des moments de crise, mais le fait de travailler prioritairement la réorientation temporellement pourrait s'avérer efficace.

La deuxième manière de faire engage, quant à elle, un travail sur l'instantanéité avec le patient : toujours au travers d'activités ludiques, ou même en discutant avec le psychiatre, il s'agirait de faire voir les différentes temporalités qui sont en jeu dans sa situation. Savoir c'est pouvoir. Et souvent, les patients ont besoin qu'on les éclaire sur ce qu'ils ont, et où ils sont, pour mieux se comprendre eux-mêmes. En montrant ce qu'est l'instantanéité et ses dérives, il est alors possible de travailler sur une forme de vivre-avec la maladie.

Conclusion générale

Il est maintenant temps de finir ce mémoire. Notre questionnement initial consistait donc à interroger les conflits de temporalité dans la prise en charge psychiatrique et d'y reconnaître la difficulté de généraliser l'approche par projet : notre question englobe plusieurs points cardinaux, à savoir le conflit entre les différentes temporalités qui structurent l'homme et sa société, la temporalité psychiatrique et la difficulté de généraliser l'approche par projet en psychiatrie.

Ces trois thématiques ont été développées distinctement dans chacun des chapitres qui composent le corps de cette recherche. Le premier chapitre s'est concentré sur le changement de temporalité qui s'est opéré sur une période s'étalant de la fin de la modernité à la charnière entre le vingtième et le vingt-et-unième siècle. Lors de ce changement, nous sommes passés d'une temporalité de l'accélération, de la rapidité, où prime le futur et qui est sous forme linéaire à une temporalité de l'instantanéité où l'instant surgit constamment et de manière tyrannique. Cette dynamique temporelle, qui a été représentée par la figure de la toile, a bien évidemment des répercussions conséquentes dans des domaines variés, qu'il s'agisse de situations quotidiennes de diverses natures ou du domaine plus spécifique de la psychiatrie.

Ce changement a entre autres été rendu possible par l'avènement des nouvelles technologies de communication, dont internet, les smartphones et leurs applications. Ces nouvelles technologies ont façonné notre temporalité, de telle sorte que nous sommes maintenant disponibles à chaque heure de la journée, et que nous avons les yeux constamment rivés vers nos écrans. Le concept de mutation anthropologique de Pier Paolo Pasolini est pour cela visionnaire : il percevait déjà dans les années 70 l'avancée majeure des télécommunications en Italie, mais il n'avait pas anticipé que ce phénomène allait prendre les proportions planétaires qu'il a aujourd'hui.

Les inventions de l'homme façonnent sa manière de vivre, et donc sa temporalité. La modernité connaissait la temporalité de l'accélération car les technologies qui étaient inventées à l'époque avaient, entre autres, comme objectif de gagner du temps et d'aller toujours plus loin. Ce schéma linéaire rappelle le schéma linéaire du temps, où l'on s'oriente vers le futur. Dans l'instantanéité, le futur est annihilé par l'instant car les technologies telles qu'internet ou les smartphones nous amènent à vivre sans nous soucier du futur. C'est le règne de la simultanéité et de la présence différée, où l'on est toujours disponibles et toujours actifs. Si nous avons une question, nous pouvons sortir nos smartphones ou notre ordinateur à n'importe quel moment pour faire une recherche Google. Si nous avons faim nous pouvons commander immédiatement sur un site de livraison à domicile. Ce qui compte, c'est l'instant, qui sera remplacé par un autre

instant, plein de promesses sur le court terme. Chaque instant est porteur de cette promesse à court-terme, qui diffère des promesses à plus longue échéance que procurait la temporalité de l'accélération.

Le phénomène de l'accélération était historiquement influencé par les guerres, et les conflits. Le futur était le refuge, la source d'espoir. Ce n'est que dans un tel contexte qu'il est possible de comprendre l'avènement des capacités de Sen par exemple. Le focus se porte en effet sur le futur, tout doit être mis en place pour permettre au futur d'être porteur d'espoir. Le sacrifice, l'attente, le travail acharné : le regard est porté sur les nouvelles générations. Les individus avaient ces fortes valeurs communes, pleines d'espoir, en vue de donner à la nouvelle génération plus de chances que celles qu'ils ont reçu.

L'instantanéité ne connaît pas d'espoir, car elle ne connaît que l'instant, où il n'est pas possible d'espérer. Il faut vivre au jour le jour, ou plutôt d'instant en instant. Cela explique pourquoi les capacités de Sen, qui fonctionnaient si bien durant la temporalité de l'accélération, sont en crise maintenant. Ces capacités, rappelons-le, avaient comme but d'augmenter le bonheur humain et la justice sociale en se focalisant sur les besoins primaires et leur satisfaction : avoir une bonne couverture des soins de santé, ne pas souffrir la faim ni la violence etc. Ces capacités étaient très orientées vers le futur et les nouvelles générations, or actuellement, il n'y a plus ce regard vers le futur, nous voulons tout instantanément, et nous voulons être heureux, comme l'évoquent avec justesse Hämäläinen dans sa théorie du bien-être durable ou Marquis dans son analyse des livres de développement personnel.

Ce changement de temporalité ne peut manquer d'avoir des répercussions sur les autres temporalités. En tant qu'êtres humains, nous avons différentes temporalités, celle de la famille, celle du travail, une temporalité plus personnelle etc. Et dans le cadre de notre mémoire, nous nous sommes penchés sur les liens entre la temporalité de l'instantanéité, la temporalité personnelle, ou plutôt la temporalité de la maladie psychique, et la temporalité des soignants en institution psychiatrique. Ces trois temporalités s'influencent, la manière dont elles s'influencent nous a amenés à comprendre pourquoi le projet en psychiatrie est si difficilement généralisable.

Nous avons choisi d'aborder la temporalité de la maladie psychique à travers trois auteurs de la modernité car à travers leurs cas cliniques et leurs concepts, ils arrivent à toucher le problème du projet en psychiatrie. Que ce soit en thématissant la mélancolie, la manie ou la schizophrénie, les auteurs montrent comment la maladie empêche de se situer dans la temporalité ambiante. Si à leur époque, c'était l'accélération, actuellement c'est l'instant qui domine. Cela nous permet de comprendre les difficultés

qu'éprouvent les soignants de nos jours à comprendre cette temporalité à certains égards, étant eux-mêmes baignés dans la temporalité de l'instantanéité mais aussi de l'institution psychiatrique, où il est nécessaire d'avoir un certain nombre de patients, et de faire du chiffre d'affaire.

En ce qui concerne le patient, sa maladie crée une nouvelle temporalité qui l'englobe et lui empêche d'avoir tout repère spatio-temporel. Il est dès lors centré sur ce qu'il ressent et sur le temps qu'il vit à travers la maladie. Le mélancolique est focalisé sur un passé pathogène en termes d'encombrement de la subjectivité présente de l'individu, qui prétend être la cause du mal présent et futur et empêche la projection, enferme le patient dans une rétention sans fin, où le devenir est barré, car il est déjà écrit et menaçant. Comment peut-il dès lors entrer dans la temporalité sociétale de l'instantanéité ? Même chose pour le maniaque qui n'arrive pas à interagir avec les autres car il ne ressent pas l'Autre comme un *alter-ego*, ni lui-même comme un *ego*. Il est dans une sorte de présent tyrannique, où il n'y a pas la possibilité de percevoir des conséquences. Anna Rau, dans sa recherche de l'évidence naturelle, cherche dans un passé et dans un présent les bases pour le futur, sans doute influencée par la temporalité ambiante, mais n'y arrive pas.

De plus, si l'on lie cela à Ricoeur, le patient souffrant est typiquement centré sur lui-même à cause de sa souffrance. Dès lors, il n'arrive pas à se questionner sur son ressenti. La souffrance est reine, à cause du côté personnel de la souffrance, qui engendre la solitude, ensuite la blessure du souffrir, et enfin le sentiment d'être élu pour la souffrance. Dans une telle condition, il est très difficile de sortir de sa temporalité personnelle et malade pour se jeter dans la temporalité de la société.

L'analyse du temps et de ses différentes parties nous a montré comment, pendant la modernité, le futur occupait une place prépondérante dans le temps. Il y est question du couple de l'attente et de l'activité, du désir et de l'espoir, mais aussi de la mort. Le futur était au cœur de chaque pensée, mais aussi de chaque soin. Tout dans les manières de faire était orienté vers le devenir : c'est cela qui a permis la mise en place du projet en psychiatrie.

Le projet en psychiatrie a une connotation futuriste car il se pense en linéarité : nous partons d'un point A pour arriver à un point B, trajectoire temporelle qui vise théoriquement une amélioration. Dans ce cas, le projet en est pensé à travers l'autonomie, véritable hybride de l'accélération et de l'instantanéité.

En effet, cette affinité pour l'autonomie dans le projet psychiatrique actuellement n'est possible que grâce à la conjonction entre l'accélération, où l'on pense le futur comme fin en soi, et l'instantanéité, où il faut pouvoir être présent à chaque instant. Le projet

en psychiatrie c'est cela : penser la temporalité de manière linéaire, en incluant l'autonomie qui puisse permettre à chacun d'être auto-suffisant et de pouvoir laisser surgir en lui-même chaque instant.

Pourtant, cela pose un problème du point de vue de la temporalité. Il faut pouvoir lier la temporalité de l'accélération, linéaire, avec la temporalité de l'instantanéité, tout en pensant la temporalité du patient qui est elle-même problématique. L'autonomie recherchée par le projet est difficile à mettre en place car elle demande une volonté de la part du patient, qui, de par sa temporalité malade n'arrive pas à y adhérer complètement. Comment peut-on être autonomes si nous sommes centrés sur nous-mêmes de par notre souffrance comme le disait Ricoeur, et si notre temporalité est orientée par la maladie ? L'autonomie nécessite de s'appuyer sur un présent stable, ce qui n'est clairement pas le cas des personnes ayant une maladie psychique grave.

Le projet et son succès sont donc fortement liés à la question de la temporalité ou plutôt aux interactions entre les temporalités qui œuvrent au sein de la culture, de l'institution et chez le patient lui-même. Le projet a une connotation très positive au sein des équipes soignantes, car elles pensent contribuer à aider le patient, à le réintroduire dans la vie active *via* cet outil. Lorsqu'un patient ne réussit pas dans son projet, ou qu'il n'arrive pas à en avoir un, les équipes soignantes sont démotivées, et ne comprennent pas. Cela peut s'expliquer par le fait que ce type de profession est fortement basé sur l'autonomie et sur les valeurs que promeut la temporalité actuelle, mais aussi la temporalité de l'accélération.

Les auteurs modernes n'instituaient pas sur le futur pour rien : c'est ce futur qui est à la base du soin aujourd'hui. Nous nous inspirons toujours de ces auteurs, de leurs découvertes médicales et de leurs concepts, et s'il est vrai que leurs travaux ont fait avancer la médecine, mais aussi la philosophie et la manière dont on perçoit la maladie mentale, il est tout aussi vrai qu'il serait important de penser à élaborer un soin qui soit fils de son temps, fils de l'instantanéité.

En ces termes, il semblerait qu'il n'y ait rien à garder du projet. C'est faux : le projet aide énormément de personnes chaque année. Cependant, il est plus adapté à des personnes capables de projection, capables de pouvoir s'y donner, de tout leur être, sans doute des personnes qui sont sur une voie de guérison, ou qui sont naturellement portés vers le combat. Malheureusement, ce n'est pas le cas de tout le monde. Que ce soit à cause des traitements très lourds, qui empêchent une réelle présence à soi du patient, ou à cause simplement de la souffrance engendrée par la maladie, il arrive qu'il ne soit pas possible de suivre le projet, ni même d'en créer un, surtout lorsqu'à la question de la structure temporelle du projet s'ajoute des enjeux moraux et normatifs

qui alourdisent davantage l'élaboration potentielle par le patient. Notons qu'il est impossible de vivre uniquement dans l'instantanéité telle que la définissent Stanghellini et Muscelli, mais cette temporalité réduit la capacité de projection et oriente très fortement le temps vécu. De plus, la temporalité de l'accélération, bien que dépassée, est parfois transmise par l'éducation, qu'elle soit parentale ou scolaire.

Peut-être, pour permettre à tout le monde de trouver sa place en psychiatrie, faut-il retrouver Aristote et sa phronesis. Cela pourrait se faire en pensant un juste milieu où l'autonomie est présente mais où elle ne prend pas toute la place, où elle n'est pas culpabilisante pour celui qui n'arrive pas à atteindre cet objectif. La personne qui ne réussit pas son projet n'est pas celle qui ne réussit pas sa vie. C'est celle qui aura plus de difficultés à s'intégrer dans la société, à être comme tout le monde. Un adage italien dit "*il mondo e' bello perche' e' vario*", le monde est beau car il est varié, car en son sein se mélangent les différences. Il faut pouvoir penser la singularité au cœur de chaque patient, tout en pensant la variété des temporalités présentes dans chaque situation, s'influçant l'une l'autre, parfois se brisant l'une l'autre, parfois se contredisant l'une l'autre.

L'important en psychiatrie, mais en médecine générale ou spécialisée aussi, est d'écouter le patient, de comprendre ses plaintes et de pouvoir agir par la suite. Appliquer toujours le même cadre de soin, avec ses règles, à tous les patients, c'est courir le risque que certains n'y entrent pas, et soient largués. Dès lors, il est fondamental de remettre l'humain au centre du soin, et non pas un concept ou un cadre spécifique.

Bibliographie

SAINT AUGUSTIN, *Les Confessions*, Paris, Flammarion, 1993.

L. BINSWANGER, *Mélancolie et manie : études phénoménologiques*, Paris, Presses universitaires de France, 1960.

S. BOVIN, « Gaëtan de Clérambault et l'automatisme mental », in *Perspectives Psy* 2010/3 (Vol. 49), p. 226-229.

Pierre BONJOUR, Michèle LAPEYRE, *Le projet individualisé, clé de voûte de l'école inclusive ? Du discours à la méthode, le Sémaphore*, ERES, Connaissances de la diversité, 2004.

Wolfgang BLANKENBURG, *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, PUF, collection Psychiatrie ouverte, 1991.

Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON, *Les Héritiers : les étudiants et la culture*, Paris, Les Editions de Minuit, collection Le sens Commun, 1985.

Pierre BOURDIEU, *La domination masculine*, Paris, Points, 2014.

Georges CANGUILHEM, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 2013.

Gilles DELEUZE, *Logique du sens*, Paris, Editions de Minuit, Collection « Critique », 1969.

Alain EHRENBERG, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacobs, Collection Essais, Paris, 2000.

Yves LACHAPELLE et Daniel BOISVERT, « Développer l'autodétermination des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage ou une déficience intellectuelle en milieu scolaire », in *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 28, n° 2 (1999).

Claire MARIN, Nathalie ZACCAÏ-REYNERS, *Souffrance et douleur : autour de Paul Ricoeur*, Paris, PUF, 2013.

Nicolas MARQUIS, *Du bien-être au marché du malaise, la société du développement personnel*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015.

Nicolas MARQUIS, « III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie », in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, volume 74, (2015).

Nicolas MARQUIS, Colloque Lanteri-Laura : *La clinique à l'épreuve du contemporain*, 16 février 2018. (Document non encore publié, obtenu auprès de l'auteur).

Thomas MANN, *La montagne enchantée*, Paris, Le livre de Poche, 1991.

Eugène MINKOWSKI, *Le temps vécu*, Paris, Quadrige, PUF, 2013.

Cristian MUSCELLI, Giovanni STANGHELLINI, *Istantaneità : Cultura e psicopatologia della temporalità contemporanea*, Milan, FrancoAngeli, 2012.

Hartmut ROSA, *Accélération : une critique sociale du temps*, Paris, Editions La Découverte, 2010.

Clément ROSSET, *Le réel. Traité de l'idiotie*, Paris, Editions de Minuit, collection Reprise, 2003.

Jean-Paul SARTRE, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Folio Essais, 1996.

Laurent VAN EYNDE, « Finitude et évidence dans la phénoménologie clinique de Wolfgang Blankenburg », in *L'Art de Comprendre-herméneutique générale, anthropologie philosophique, anthropologie phénoménologique, daseinsanalyse*- Vol. 9, no.9, (1999).

Table des matières

INTRODUCTION	5
I. INSTANTANÉITÉ : ANALYSE DE LA TEMPORALITÉ ACTUELLE ET DE SES ENJEUX	13
I.1. LES DIFFÉRENTES FIGURES DE L'INSTANTANÉITÉ	14
I.1.1. <i>L'instantanéité et la métamorphose anthropologique</i>	15
I.1.2. <i>La figure de la toile ou la rupture avec la linéarité et le cadre</i>	16
I.1.3. <i>Le temps vécu : du présent à l'instant</i>	19
I.2. HISTOIRE ET TEMPORALITÉ : LA PLACE DU PRÉSENT	21
I.2.1. <i>Raisons du changement de temporalité</i>	25
I.2.2. <i>Histoire et instant, ou la perte de la conscience historique</i>	28
I.2.3. <i>La temporalité propre de la maladie mentale par rapport à la temporalité de l'instantanéité</i>	30
I.2.4. <i>La perception du temps : du manque de temps à l'obnubilation du présent</i>	34
I.2.5. <i>Crise du désir et confusion avec le besoin</i>	35
CONCLUSION DU PREMIER CHAPITRE	40
II. INSTANTANÉITÉ ET PSYCHOPATHOLOGIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE CLASSIQUE : DE L'ORIGINE DES INCOHÉRENCES DU PROJET EN PSYCHIATRIE	43
II.1. LE TEMPS VÉCU : ANALYSE DE LA TEMPORALITÉ	43
II.1.1. <i>Temps et espace : le présent, le futur et le passé</i>	44
II.1.1.1. Le présent : le lien du passé au futur	48
II.1.1.2. Le devenir : de l'attente à la mort	49
II.1.1.2.1. Le couple activité-attente, ou la tyrannie du devenir	51
II.1.1.2.2. Le désir et l'espoir, créateurs de projection	54
II.1.1.2.3. La mort : la fin du devenir ?	61
II.1.1.3. Le passé : de la mémoire au regret	63
II.1.2. <i>Du vécu du patient psychiatrique au vécu à travers Instagram : le temps comme vecteur de manières d'être au monde</i>	65
II.2.1. Unité du sujet souffrant et dualité des troubles mentaux	65
II.2.2. Compensation et Instagram : lien entre le consommateur et le schizophrène	67
II.2. BLANKENBURG OU LA PERTE DE L'ÉVIDENCE NATURELLE	69
II.2.1. <i>Bref rappel du tableau clinique</i>	70
II.2.2. <i>Importance du discours de la patiente : antagonisme désir-espoir</i>	72
II.3. LA TEMPORALITÉ DU SURVENIR TRANSCENDANTAL DU DASEIN	74
II.3.1. <i>La mélancolie, ou le primat de la rétention</i>	76
II.3.2. <i>La manie, ou l'impossibilité de former un monde commun</i>	80
CONCLUSION DU DEUXIÈME CHAPITRE	85
III. LE PROJET EN PSYCHIATRIE : LA TENSION ENTRE LES TEMPORALITÉS	87
III.1. LA MALADIE MENTALE : UN HANDICAP COMME UN AUTRE ?	88
III.1.1. <i>Evolution de l'identité de la personne handicapée</i>	89
III.1.2. <i>Le rapport au handicap : la vision du patient et la vision du droit</i>	91
III.2. L'HÉGÉMONIE DE L'AUTONOMIE : LA DIFFÉRENCE ENTRE COMPÉTENCE ET CAPABILITÉ	91
III.2.1. <i>Le projet comme vecteur d'autonomie et d'inclusion sociale</i>	93
III.2.2. <i>Projet de vie vs projet individualisé</i>	95
III.3. LE PROJET, OU L'ORIENTATION VERS LE FUTUR	97
III.3.1. <i>Le projet pour les personnes porteuses de handicap mental</i>	99
III.3.2. <i>Le bon projet : un paternalisme déguisé</i>	102
III.4. LA SOCIÉTÉ DE L'AUTONOMIE À TOUT PRIX : UN MODÈLE VIABLE EN PSYCHIATRIE ?	105
III.4.1. <i>L'attendu social et la temporalité</i>	107
III.4.2. <i>La question de l'empowerment : l'autonomie poussée à l'extrême</i>	110

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	111
CONCLUSION GÉNÉRALE	113
BIBLIOGRAPHIE	118

