

Le temps des robots : Entre fanatisme et opportunisme, quelle issue ?

Thierry SNOY

(53)*Le temps des robots* : ce titre me vient de l'opuscule de Georges Bernanos paru en 1945, *La France contre les robots* qu'il m'est arrivé de relire récemment. Sur le mode plein de verve et de véhémence qui est le sien, l'écrivain fustige la montée du totalitarisme et en dénonce les effets morbides, essentiellement la destruction des libertés individuelles sous la poussée de mécanismes aveugles. La victoire récente sur le nazisme ne le reconforte nullement dans la mesure où l'asservissement des consciences qui y a mené continue de régner en maître.

L'idéologie marxiste dans sa version stalinienne triomphante après la guerre suscite tout autant la réprobation de Bernanos. Mais il n'est pas tendre non plus pour le modèle américain : « Capitalistes, fascistes, marxistes, tous ces gens là se ressemblent. Les uns nient la liberté, les autres font encore semblant d'y croire mais, qu'ils y croient ou n'y croient pas, cela n'a malheureusement plus beaucoup d'importance puisqu'ils ne savent plus (54)s'en servir. Hélas ! le monde risque de perdre la liberté, de la perdre irréparablement, faute d'avoir gardé l'habitude de s'en servir. » (p. 30)

En fait, derrière les étiquettes politiques, la raison profonde de cet effondrement est à chercher dans ce que Bernanos appelle « la Civilisation des Machines ». Celle-ci « a besoin, sous peine de mort, d'écouler l'énorme production de sa machinerie et elle utilise dans ce but des machines à bourrer le crâne...

Politiciens, spéculateurs, gangsters, marchands, il ne s'agit que de faire vite, d'obtenir le résultat immédiat, coûte que coûte, soit qu'il s'agisse de lancer une marque de savon, ou de justifier une guerre, ou de négocier un emprunt de mille milliards. Ainsi, « les bons esprits s'avalissent, les esprits moyens deviennent imbéciles et les imbéciles, le crâne bourré à éclater, la matière cérébrale giclant par les yeux et par les oreilles, se jettent les uns sur les autres, en hurlant de rage et d'épouvante » (p. 129). « La machine à bourrer les crânes, à liquéfier les cerveaux » (p. 130) aboutit à l'abolition de toute faculté de « jugement » et de toute

« vie intérieure ».

Face à un tel tableau apocalyptique, la référence à laquelle se raccroche Bernanos, Français et croyant, comme l'antidote qu'il propose, prend les traits et comme le visage de « la Patrie » à laquelle il prête les accents d'un mère (p. 38). Cette patrie est par excellence la France, et « la France qu'on aime, c'est toujours la France de 1789, la France des idées nouvelles » (p. 80), qui reste aussi quelque part « la fille aînée de l'Église ». Une telle perspective, un peu naïvement francocentrique, a des accents passéistes par certains côtés, même si l'héritage de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen mérite certes d'être conservé comme socle fondamental de notre civilisation européenne. En tout cas, le diagnostic posé par Bernanos à la fin de la deuxième guerre mondiale reste d'une actualité brûlante et rejoint celui d'autres penseurs plus contemporains.

Face à la mondialisation de l'économie et ses conséquences catastrophiques au plan social du néolibéralisme triomphant, Ricardo Petrella, animateur du Groupe de Lisbonne, met en évidence la réduction du citoyen à deux fonctions qui le dépouillent de sa dignité propre. Sommé (55) d'être un producteur performant et/ou un consommateur solvable, s'il n'y parvient pas, il n'a plus d'autre choix que de grossir la masse des exclus plus ou moins assistés, déjà innombrables.

Par rapport au discours dominant de la compétitivité, l'individu isolé a l'impression de perdre toute initiative sur le cours de son histoire. L'objectivité assénée des chiffres, des statistiques, des graphiques lui apparaît comme une fatalité sans appel, contre laquelle il n'a aucun recours, aucune alternative révolutionnaire ne se profilant plus à l'horizon. Disqualifié à ses propres yeux comme à ceux des « managers » qui ne veulent plus de lui, il tend à entretenir la nostalgie d'une abondance et d'une sécurité perdues (le Reliure social-démocrate). Et cela d'autant plus qu'il a continuellement sous les yeux le spectacle hyper-médiatisé des bienfaits de la consommation dont il est privé. Non « solvable », il court le danger d'entretenir la croyance que ce dont il souffre, c'est de l'absence de tous ces produits dont se gavent les autres, les riches de plus en plus riches et minoritaires. Car si « le discours de la science », comme le montre Jean-Pierre Lebrun, accrédite que tout est devenu possible, celui de la « rigueur budgétaire » ou de la « loi du marché » lequel se donne aussi à entendre comme un « énoncé » hyper-objectif et sans connexion avec aucun sujet, ce discours donc lie la possibilité de tout avoir à la disposition du nerf de la guerre, l'argent.

Pourvu qu'ils aient les yeux ouverts et un minimum de sens critique, écrivains, économistes, sociologues se rejoignent assez largement sur une analyse plutôt sévère de notre société occidentale. Une caractéristique majeure du malaise se constate dans le décalage de plus en plus marqué entre les progrès de la science et de la technique sous toutes leurs formes et leurs répercussions, elles beaucoup moins unilatéralement positives, dans le champ social. L'humanité qui devrait en profiter voit dans une grande mesure se retourner contre elle l'oeuvre de ses mains, réduite à une « production », et semble avoir peine à y résister, quand elle ne s'écroule pas devant elle.

Aussi bien, l'« imbécile » décérébré au sens où l'entend Bernanos, avec son crâne vidé de sa substance et bourré d'injonctions venues d'ailleurs, (56) présente bien des analogies avec l'individu « post-moderne », matraqué et avachi sous les multiples formes

d'intoxication qui l'assaillent.

Dans son récent article « Hypothèses sur les nouvelles maladies de l'âme », Jean-Pierre Lebrun, renvoyant au film *Le Grand Bleu*, évoque le processus « où la jouissance du tournis prend la place de la succession de satisfactions et d'insatisfactions qu'implique le bonheur/malheur banal du monde symbolique qui est le nôtre » (p. 12).

Dans son livre *A l'aise dans la barbarie*, Marc Nacht tient des propos similaires quand il écrit : « Ce qui jadis, dans un lent travail de civilisation, s'effectuait à l'ombre du refoulement se trouve rejeté à la surface. Le retournement de cette civilisation sur les artifices qui l'ont constituée en abolit la dimension seconde. Dans l'unidimensionnalité où tout s'égalise, l'écart entre le concept et la chose s'amenuise. Selon Serge Leclair, "la dérive du symbolique est un lent glissement, un insidieux comblement qui tend à faire du symbole un nom de quelque chose". Les conséquences discernables de cette dérive sont une perte de la valeur des mots. En arrière-plan d'une accessibilité sans limite aux objets privés du détour de la parole se dessine "le processus... qui conduit à la réduction de l'homme à une chose, à la substitution de la chose, en tant que système de pensée à la pensée de l'homme" » (p. 113-114, citation d'André Néher, *L'éveil de la parole*, p. 113).

Comment résister ? Comment d'abord échapper à l'alternative - impasse que je signifie par les deux extrêmes fanatisme/opportunisme et à laquelle nous sommes chaque jour exposés. Dans la post-face à son livre *La défaite de la pensée*, Alain Finkielkraut synthétise à sa manière le dilemme : « La barbarie a donc fini par s'emparer de la culture. A l'ombre de ce grand mot, l'intolérance croît, en même temps que l'infantilisme. Quand ce n'est pas l'identité culturelle qui enferme l'individu dans son appartenance et qui, sous peine de haute trahison, lui refuse l'accès au doute, à l'ironie, à la raison, à tout ce qui pourrait le détacher de la matrice collective, c'est l'industrie du loisir, cette création de l'âge technique, qui réduit les oeuvres à l'état de pacotille (ou, comme on dit en Amérique, d'*entertainment*). Et la (57) vie avec la pensée cède tout doucement la place au face-à-face terrible et dérisoire du fanatique et du zombie » (p. 165).

Dans une terminologie différente mais qui s'en rapproche quant au fond, Nacht met en relief la même double impasse entre Charybde et Scylla : « Mais que devient le désir dans un ensemble de références marquées par l'infalsifiabilité (la falsifiabilité, selon Karl Popper, étant la possibilité qu'un énoncé puisse être réfuté) idéologique des protocoles d'accès au réel, lorsque ces derniers sont contradictoirement présentés comme garants de la vie en même temps qu'ils comportent l'idée d'une référence objective du sujet à la modernité. Il se pourrait qu'il tente d'échapper à cette contradiction de deux manières apparemment opposées :

- soit en se prenant lui aussi pour l'un des objets de la science, ce qui rétablit l'homogénéité entre désir et sujet ;
- soit en projetant sa propre irréfutabilité sur un grand Autre plus réel que le réel, ce qui est la formule de l'intégrisme religieux.

Par des voies aussi différentes, chaque mode réalise alors l'aliénation du sujet à un désir qui procède de son exclusion » (p. 118-119).

Je conserve quand même l'espoir que nous et nos contemporains ne soyons pas soumis pieds et poings liés à une telle fatalité. Sans qu'elle soit la seule, notre référence à la psychanalyse nous autorise, avec prudence et modestie sans doute, à y faire objection.

Il ne s'agit évidemment pas d'opposer aux dérives du fanatisme ou de l'opportunisme une réponse ou une parole symétrique, une autre sorte de solution finale ou totale. Qu'il soit idéologique ou « pragmatique », comme le qualifie Jean-Pierre Lebrun, le totalitarisme ne peut, avec quelque chance de succès, être combattu sur son propre terrain. Mais nous avons à prendre position, à oser des énonciations, sur le plan de notre pratique clinique d'abord, qui contredisent « l'aliénation du sujet à un désir qui procède de son exclusion » et qui puissent témoigner d'une autre issue. Ensuite, à partir de cette pratique clinique, il nous revient, me semble-t-il, d'inventer (58) les modalités d'un certain « devoir d'ingérence » face aux errances du social.

Au plan clinique, ma pratique, tant privée qu'institutionnelle, me confronte comme vous à ces « nouvelles maladies de l'âme » selon le titre du livre de Julia Kristeva, à ces « états limites » ou plutôt « sans limites » dont il fut question lors d'un récent colloque à Namur. Je ne veux pas me prononcer ici sur la pertinence de ce type d'expression, mais c'est vrai que, d'un point de vue d'observation empirique mais aussi au niveau du discours, on peut parler chez beaucoup de gens d'une sorte de dilution des contours des pathologies rencontrées, d'une très grande difficulté, voire d'une incapacité à élaborer/perlaborer la problématique propre, à se soutenir comme sujet. La carence des représentations psychiques correspond souvent à une « subjectivité amputée » comme l'écrit Kristeva. J'aurais tendance à dire plutôt « subjectivité érodée », en voie d'évanescence, à partir surtout de mon expérience avec des toxicomanes aux drogues dites dures, à l'alcool et aux médicaments. Mais, avec les années, j'en viens à penser que le phénomène de la toxicomanie manifeste, de façon plus flagrante par le biais d'une intoxication à un produit, une constante qui se retrouve sous une forme plus diffuse dans toutes sortes de malaises ou « dépressions » – catégorie fourre-tout – où le patient traîne une langueur, une morosité indéfinissable et tenace qui offre peu de prise à une démarche psychothérapeutique.

Pour peu que celle-ci advienne un jour peut-être, j'ai été amené à constater la nécessité d'un dispositif qui mette en oeuvre un passage de la prise en charge du symptôme à la prise en compte du sujet. Passage, oh ! combien, laborieux et aléatoire !

Des deux écueils cités plus haut, fanatisme et opportunisme, le premier peut paraître moins menaçant ; il semble exclu de la part de quiconque se réclame de la psychanalyse comme d'ailleurs de la démocratie. Je veux dire que toute tentative de soigner le patient en le réintégrant de force dans une normalité mentale selon les critères d'une idéologie religieuse ou politique ne peut être que rejetée. Selon cette logique, en Iran ou en Chine, on en vient à mettre à mort les toxicomanes (59) par exemple. Mais ici même, en France, en Belgique, en Espagne, le succès il y a quelques années encore du dit Patriarche Lucien Engelmayer, comme par ailleurs l'efflorescence des sectes et l'attraction exercée par de multiples gourous, donne à penser que le recours à la manière forte et la dévotion à une figure de père stupéfiant en séduisent plus d'un. Et même à l'intérieur de structures qui se réclament du respect des droits de l'homme ou prétendent faire droit à la singularité du sujet, des retours de flamme d'un

certain autoritarisme ne sont pas du tout inimaginables. Dans l'exercice de la fonction thérapeutique, nous restons tous enclins, au nom d'une défense de l'autorité au sens symbolique, à renforcer un pouvoir imaginaire, le nôtre ou celui de l'institution.

Je n'insisterai pas plus longuement sur cet aspect des choses. L'autre tentation à laquelle je me sens plus en butte, plus insidieuse et dans l'air du temps, c'est de trop céder à des compromis/compromissions avec un système de santé publique lui aussi marqué par le déclin de la fonction paternelle et corrélativement le « fonctionnement de la toute-puissance de la mère phallique » (J-P. Lebrun).

Je pense encore une fois au toxicomane comme à une sorte de paradigme, de reflet grossissant d'une pathologie beaucoup plus commune : il va, lui, jusqu'au bout de la logique de la société de consommation, mais, plus ou moins rapidement, l'absorption du produit par le sujet tourne à l'absorption du sujet par le produit. Il se présente alors à nous en victime, en fin de compte involontaire, de son intoxication, avec les conséquences physiques, sociales et autres, souvent graves et spectaculaires, qu'entraîne cette intoxication. Nous aurions alors à le « soigner » et à le soulager de son « problème ». Il s'en remet, il feint en tout cas de s'en remettre, à notre supersavoir thérapeutique et conçoit volontiers le traitement comme l'application par nous et la consommation par lui d'un « bon produit » à la place du « mauvais » qu'il ingurgitait auparavant. Et naturellement, un certain discours de la science médicale lui laisse entendre qu'il a toutes les raisons de s'en remettre au pharmakon dont nous serions les détenteurs. Et la prescription, encore souvent très abusive, de médicaments psychotropes contribue à maintenir un tel état d'esprit (60) flottant chez une multitude de patients, et pas seulement les toxicomanes avérés. D'une façon plus générale, la prise en charge dans les cliniques psychiatriques et autres institutions à visée thérapeutique, si l'on n'y prend garde avec vigilance, tombe vite dans le travers d'un « maternage » lequel entretient, voire renforce ces pathologies si conditionnées par la société contemporaine.

La question demeure pour autant – et pour une part je l'ai expérimenté particulièrement avec les toxicomanes – d'une approche thérapeutique spécifique qui prenne en compte une situation effective de détresse et la mise sur pied de structures adaptées. A moins de se cantonner dans la répression pure et simple ou encore le laisser-aller, la nécessité s'impose à mes yeux d'un cadre qui fasse arrêt à la dérive toxicomaniaque, qui impose une limite à ce type d' « état limite sans limite ». Avec de multiples variantes, cela conduit à un fonctionnement institutionnel, souvent lourd et complexe, mais qui se révèle opérant dans l'articulation d'un pôle maternel et d'un pôle paternel.

Impossible, me semble-t-il, de dénier, au départ et dans un premier temps, la fonction et la dimension de contenant matriciel, d'accueil, de récupération, d'assistance vis-à-vis de gens qui nous arrivent complètement paumés et dans un état de délabrement physique et psychique souvent avancé. Sauf à refuser de s'en occuper, il faut les rejoindre, nous laisser rejoindre là où ils en sont.

C'est ce qui se passe d'ailleurs sur le terrain avec des fortunes diverses, et le message à envoyer est bien : « Tels que vous êtes, je vous accepte, *mais* – et ce *mais* doit être

prononcé d'emblée – où vous êtes et aussi où je suis »¹. « Où vous êtes maintenant : dans la peau de la victime impuissante, où vous (vous) êtes mis, mais où vous n'êtes pas censé vous éterniser ». Et : « Où je suis, dans mon désir de vous voir sortir de là selon un projet défini que j'entends vous proposer ». A une certaine « inconditionnalité » première par rapport à la détresse (*Hilflosigkeit*) que nous (61) prenons en considération comme la « limite » actuelle au-delà de laquelle le sujet semble ou se dit incapable d'aller doit correspondre quasi immédiatement l'ensemble des limites ou des conditions que nous mettons au traitement. J'y verrais le pôle paternel faisant pièce à la « toute-puissance de la mère phallique ». Nous avons à énoncer clairement et aussitôt que possible que nous ne sommes ni omniscients ni tout-puissants, que nous ne voulons soigner quiconque sans lui ou malgré lui, que le sujet demeure le premier acteur et le principal responsable de sa thérapie.

Cela paraît aller de soi, mais en réalité, ce n'est pas du tout évident. En effet, l'énonciation que je formule en ces termes et qui se concrétise souvent dans un programme, un contrat, un dispositif médiatisant une sorte d'engagement bilatéral se trouve continuellement battue en brèche sur le terrain. Du côté des supposés soignants, il est impératif de fixer des limites dans lesquelles ils inscrivent le traitement avec ses modalités singulières, mais aussi l'éthique qui sous-tend leur intervention.

Ce qui implique une certaine idée de la pathologie et de la thérapie, de la nature de l'engagement du thérapeute face au patient : à partir d'où ? jusqu'où ? comment ? selon quel(s) rapport(s) ?, etc. Du côté du dit patient, il importe qu'il saisisse également le plus vite possible à quel(s) interlocuteur(s) il a affaire et dans quelles limites assignées par ceux-ci il est appelé à reprendre l'initiative en ce qui le concerne et à cesser de compter sur eux.

Je dirais que, dans le champ où se déroule le travail ou le combat thérapeutique, l'issue demeure le plus souvent et longtemps incertaine, en partie dans la mesure où chacun des protagonistes se dérobe plus ou moins à ses responsabilités, outrepassé les limites dans un sens ou dans un autre ou ne remplit pas sa part du contrat. Si le soignant a tendance à en faire trop ou trop peu, le patient sera plutôt enclin la plupart du temps à une résistance passive, ou alors à des passages à l'acte qui compromettront l'aboutissement du traitement.

J'illustrerai mon point de vue à partir d'un exemple dont je suis familier. Il s'agit de l'abstinence du toxique pour le toxicomane. Dans les institutions où j'ai travaillé, elle est prescrite dès le début et jusqu'à la fin (62) de la cure. Elle reste en vigueur tout au long de la postcure. Nous maintenons un interdit catégorique de consommer le produit, fût-ce en quantité minime.

Nous marquons là une limite à notre propre intervention, et d'abord essentiellement au niveau du discours. Nous prononçons un jugement comme quoi il n'est pas indifférent, mais au contraire mauvais pour le patient qu'il prenne le produit toxique, donc, qu'il est bon qu'il s'en passe tout à fait pour aller mieux lui-même, etc.

L'interdit sert à dire qu'entre lui et le produit, contrairement à ce qu'il pense, il y a une frontière, une limite infranchissable à établir, que nous ne transigeons pas sur cette vérité-là ; nous prenons la responsabilité de l'articuler et nous refusons de la soumettre à aucune

1 Selon une expression que j'ai entendue de Jean-Pierre Lebrun et que je m'approprie.

discussion. Sur ce point, nous ne croyons pas devoir justifier indéfiniment l'énoncé, même si expérimentalement nous le pourrions, mais nous soutenons l'énonciation avec ce qu'elle comporte d'arbitraire...

A un autre niveau, plus empirique, nous signifions par l'interdit une autre limite, plus prosaïque mais très réelle : nous ne voulons pas que le patient continue à s'intoxiquer parce que nous ne pensons pas alors pouvoir poursuivre avec lui une collaboration thérapeutique tant soit peu fructueuse. Nous n'avons pas envie, nous, de perdre notre temps et notre énergie à le soigner, en quelque sorte malgré lui, en lui concédant de rester complices, lui et nous, de sa toxicomanie. Nous n'avons pas le droit non plus de lui laisser l'illusion qu'il s'en sortirait de cette manière, en ne renonçant pas à la toute-puissance qu'il attribue au toxique.

Une telle position nous conduit à imposer des exigences minimales dont le non respect peut entraîner pour le patient son exclusion de l'institution. Bien sûr, tout au long du temps de la cure, pour peu qu'il se prolonge, le toxicomane, même désireux d'en réchapper, démentira à d'innombrables reprises et de multiples façons la pertinence ou le bien-fondé de notre propos. Il mettra en échec le processus thérapeutique avec une ingéniosité et une opiniâtreté qui, elles, semblent illimitées. Notamment, par des rechutes répétées et quasi indéfinies qui suscitent l'impression (63) que ni lui ni nous n'en finirons jamais d'échouer et qu'il y a lieu de désespérer.

Ces rechutes, soit prennent la forme de transgressions avérées du contrat, avec une note de provocation, soit, beaucoup plus fréquemment, se déguisent derrière une démission fataliste, larvée ou catastrophique, où, face à la pulsion de consommer qui le déborde, le patient affiche une impuissance et une irresponsabilité irrémédiables.

Devant une telle suite d'avatars, tenir ferme, garder le cap, maintenir une cohérence minimale par rapport à un projet thérapeutique exigeant de nous un alliage de rigueur et de subtilité que seule permet, sans l'assurer pour autant, une juste appréciation et un respect strict des limites de notre action. La voie reste étroite entre différentes dérives qui nous guettent. La première, du côté du fanatisme, consisterait à mettre de force le toxicomane hors d'état de (se) nuire, de le traiter en délinquant. Cela peut se faire en l'enfermant derrière les murs d'une prison ou dans une camisole chimique ou idéologique, en le lui imposant « pour son bien », de façon à ce qu'il ne puisse plus s'y dérober, ni non plus déranger l'ordre social et nous embêter... Le recours à ce genre de violence répressive s'opérera selon des modalités plus ou moins civilisées, mais n'a plus rien à voir avec la thérapie. Même si nous ne nous laissons pas aller à des formes extrêmes de cette violence, je ne crois pas que nous en soyons tout à fait indemnes dès que, tout en sauvegardant les apparences déontologiques ou en nous abritant derrière le règlement d'un dispositif institutionnel, nous cédon à des réactions de dépit, de rejet, d'exaspération, à des réflexes vindicatifs que suscite en nous le comportement toxicomane.

Deuxième scénario, sans doute plus ordinaire : la lassitude nous envahit, le découragement face à la vanité, à première vue évidente, de nos tentatives. Là, nous touchons à nos propres limites personnelles de résistance et, en certains cas, je n'estime pas illégitime de déclarer forfait à condition de le dire clairement au toxicomane, sans lui en imputer la faute, mais en le renvoyant à lui-même.

(64)Un troisième danger qui comporte aussi une démission, peut-être plus dissimulée, de la fonction thérapeutique, réside dans le fait d'avaliser l'irresponsabilité où se tiendrait le toxicomane face à l'attraction du toxique, de cautionner sa faiblesse et de l'enfermer dans un personnage de victime.

Tout cela avec d'excellentes intentions de lui assurer tous les soins que nécessite son état. Soit qu'on envisage la prise en charge comme la solution du symptôme dans une perspective hyper-médicalisée et de plus en plus pharmacologique, au fond dans l'entretien d'une toxicomanie contrôlée et aseptisée. Soit qu'on s'accommode du statu quo et qu'on l'aménage le plus confortablement possible aux plans psychologique et social pour le toxicomane comme pour son environnement. Là, toute exigence, notamment celle de l'abstinence, se trouve abandonnée : notre renoncement entérine celui du toxicomane, nous consentons à ce qu'il se dessaisisse de sa responsabilité de sujet de sa propre thérapie et nous abdiquons aussi la nôtre. Sans revêtir nécessairement des modalités caractérisées, cette abdication peut nous contaminer, de façon plus ou moins rampante et sournoise, dès que nous relâchons notre vigilance à tenir le patient pour l'acteur de son propre traitement, dès que nous prêtons le flanc à la croyance que notre compréhension, notre indulgence ou encore notre seul savoir-faire suffiraient à le guérir ou à lui rendre sa maladie indolore, puisque lui n'y pourrait rien ou si peu...

Aussi bien, face à ce phénomène si répétitif et déstabilisant, des rechutes des toxicomanes, l'interdit de la consommation du toxique doit être, j'en suis convaincu, maintenu avec une persévérance indéfectible, quels que soient le nombre, la gravité, la durée de ces rechutes et l'impression d'inefficacité, voire d'inanité qui en découle. La violation de l'interdit ne supprime pas en l'occurrence l'impératif de son énonciation, mais le rend au contraire plus indispensable que jamais. C'est en tout cas selon moi le seul choix possible, indépendamment des effets perceptibles à première vue et à court terme, qui permette, en la qualifiant comme telle, de dépasser un jour la transgression de l'intoxication, de démystifier sa pseudo-fatalité.

(65)En refusant de la ratifier, nous témoignons aussi devant le toxicomane que lui n'est pas condamné à y succomber et l'aidons ainsi à s'en convaincre. Au prix, certes, d'un cheminement lent, progressif et souvent poussif.

Et là, nous avons à nous armer d'une patience et d'un détachement extrêmes (non pas infinis !) pour assumer de notre côté la déception que provoque en nous la persistance apparemment invincible de la propension à l'intoxication. Notre refus de celle-ci doit s'accompagner d'une sorte d'acceptation de cette pathologie-là, ce qui signifie que, non seulement au départ mais durant le processus entier de la cure, il nous faut accueillir et supporter le patient tel qu'il est, là où il en est, avec la répétitivité de son fonctionnement propre, et cela pendant plusieurs années pour beaucoup. Ce n'est au fond qu'à partir de cette limite-là qui le constitue et qui fait certes obstacle au processus thérapeutique que nous pourrions, pour notre part, sans désespérer, fixer les limites que nous posons à notre intervention : entre le rejet ou la répression d'une part et le maternage d'autre part, nous persisterons ainsi à circonscrire un espace-temps où nous pourrions continuer à entendre le sujet et à l'engager à advenir à lui-même au lieu de se dérober.

Me remémorant mon expérience clinique avec des dizaines d'héroïnomanes et

d'alcooliques que j'ai suivis de près un temps assez long (de plusieurs mois à plusieurs années), je conserve l'impression d'un parcours de Sisyphe. Celui-ci débouchait selon les cas, mais toujours de façon aléatoire, sur une issue positive ou négative avec les nuances intermédiaires, mais sans que, dans les meilleurs cas, la partie soit jamais définitivement gagnée. Perdue par contre, cela arrive, qu'elle le soit, la partie, par « overdose » à un moment donné, mais sans que cela nous excuse jamais d'avoir désespéré, nous, de l'issue !

La mort peut survenir de ce que la dernière limite, celle du corps, tombe, mais la cause organique avec ce qu'elle connote d'irréversible ne nous soustrait pas à la question suivante : n'avons-nous pas considéré et signifié de quelque manière à ce patient qu'il était irrécupérable ? De guerre lasse, n'avons-nous pas cessé de désirer qu'il vive ?

(66) Ou pis, n'avons-nous pas désiré qu'il meure ? Pour diverses raisons qui tiennent à notre incapacité de tolérer, nous, que lui ne guérisse pas.

Durant un tel parcours, ce qui revêt un caractère ingrat et épuisant, ce qui sollicite une endurance trempée qui dépasse nos forces, c'est le sentiment que l'on en reste presque indéfiniment à essayer de sauvegarder les préalables qui rendent justement possible un travail psychothérapeutique tel que l'opère la cure psychanalytique comme telle. Sans que l'on fasse de celle-ci un idéal auquel chaque patient aurait à se conformer, ce qui s'en rapprocherait tant soit peu, la prise en compte du sujet par lui-même en tant que sujet, demeure un objectif ardu à soutenir ; s'il n'est pas irréalisable, il nous oblige à restaurer sans cesse des limites, un cadre, et aussi à impulser, oserais-je dire, une énergie constante, opération qui nous met rudement à contribution.

Au terme de ce développement où j'ai tenté de cerner une position mitoyenne entre fanatisme et opportunisme au plan de la pratique clinique, je me suis appuyé sur le cas du toxicomane et la prescription de l'abstinence parce que j'y vois un paradigme particulièrement exemplaire de la pathologie contemporaine où le symptôme de l'individu procède largement du social. Mais, en élaborant ces considérations, j'ai souvent pensé que ce qui se vérifiait à propos du toxicomane valait aussi pour une foule d'autres patients marqués par ce qu'antérieurement je décrivais comme un affaissement ou une déliquescence de l'intériorité subjective.

Me référant encore une fois à Jean-Pierre Lebrun, je pense que toute démarche thérapeutique est soumise à ce qu'il définit comme « trois impératifs » relatifs aux lois du langage, trois impératifs que le discours ambiant tend à dissoudre, contrairement à l'époque où Freud a vécu et conçu son oeuvre.

Il importe d'autant plus de les rappeler, car ils fondent toujours une approche psychanalytique de la pathologie humaine. Ces trois impératifs impliquent « le consentement à une perte, la reconnaissance de l'irréductibilité de deux positions d'où parler qui renvoient à la différence (67) des sexes, aussi bien qu'à la différence des générations et l'assomption de la division subjective » (p. 13). J'en ferai un commentaire de mon cru à partir de ma pratique clinique.

Je commencerai par souligner combien souvent il nous revient de prendre l'initiative personnellement de l'énonciation de ces impératifs, car, précisément, moins qu'auparavant, on peut, même en principe, les estimer admis.

1. Le consentement à une perte, le renoncement à la totalité – à la consommation de son toxique pour le toxicomane – va évidemment à contre-courant du discours commun qui équivaut bonheur et satiété, laissant continuellement entendre que cette satiété est à portée de la main, que l'on y a droit et que, si l'on n'y accède, on pâtit d'une injustice intolérable. Pour le patient, sortir de cette position régressive, revendicative et plaintive, de ce statut de victime – et pour nous l'en débusquer ! –, cesser de se croire le nombril souffrant du monde, demeurent un enjeu permanent.

2. L'apprentissage de l'altérité, l'arrachement à une sorte de confusion incestueuse, de « mêmeté » entre moi et l'autre, la reconnaissance d'une frontière entre les sexes, les générations, les fonctions, tout cela relève d'une exigence rarement atteinte. En ce qui concerne le recours au langage, beaucoup de sujets, en parlant d'eux-mêmes, ont énormément de peine à parler en « je », à s'extraire des banalités et des généralités ; leur histoire singulière à chacun se dissout ou se pulvérise au sein de la débâcle où « tout le monde » est entraîné. Ici encore, mettre les points sur les i se révèle indispensable, ne pas se contenter des explications toutes faites, des amalgames.

A côté de l'énoncé, implicite ou non, « tout est possible » règne aussi un second selon quoi « tout est équivalent », n'importe quelle locution en valant une autre. Ainsi, le discours du toxicomane en arrive à dire que prendre du produit ou ne pas en prendre revient au même, à ce qu'il croit pouvoir l'affirmer impunément et donc nier la prise du produit contre toute évidence. Parvenir à reconnaître explicitement (sans que cela se réduise à un aveu extorqué) : « J'ai bu, j'ai consommé, (68) je suis le sujet de cette action-là, ce n'est pas le produit qui me prend, mais moi qui prends le produit » constitue un premier pas à franchir et rarement franchi de façon définitive.

En fait, la difficulté du toxicomane que j'évoque illustre, encore une fois sous un jour plus cru, celle de bien d'autres patients à se considérer comme sujets de leur pathologie, à intégrer celle-ci comme la leur et pas comme une simple variante d'un malaise universel sur lequel ils n'auraient aucune prise, à conclure donc qu'ils y sont pour quelque chose, qu'ils y peuvent aussi quelque chose pour en émerger.

3. Enfin, il y a l'émergence de la division subjective, la renonciation à ce que la fin de la thérapie fasse jamais aboutir le patient à une restauration de son intégrité originelle telle qu'il la fantasme, où « tout baigne », selon une expression courante, où il flotterait en harmonie avec soi-même et le monde extérieur comme dans une bulle. Le deuil d'une telle « guérison » prend du temps, son accomplissement se heurte à l'illusion jamais entièrement dissipée du paradis perdu.

Comme s'il fallait en fin de compte « guérir de cette maladie mortelle qu'est la vie », comme l'écrit Pascal Bruckner (*La tentation de l'innocence*, p. 63), la vie dans les limites et la finitude en quoi elle consiste irrévocablement. Car vivre, c'est en vérité s'accommoder le plus heureusement possible de cette maladie d'être humain.

En guérir marquerait le terme de notre existence de sujets intrinsèquement divisés, et peut-être l'avènement redoutable de la béatitude des robots comblés

par des robots, au sein d'une mécanique parfaitement huilée, sans plus aucun grain de sable qui crisse entre les rouages...