

La peur du fou Fear of the mad

Jacques Hochmann

Volume 6, numéro 1, juin 1981

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030085ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030085ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Hochmann, J. (1981). La peur du fou. *Santé mentale au Québec*, 6(1), 3–18.
<https://doi.org/10.7202/030085ar>

Résumé de l'article

La peur du fou est, sans doute, aussi vieille que le monde. Elle a donné naissance à nos institutions et à nos idéologies. Longtemps on a cru que le fou avait quelque chose de plus que les autres, qu'il était un voyant, un prophète, un possédé. Aujourd'hui, nous avons plutôt tendance à le considérer comme quelqu'un à qui il manque quelque chose, comme la victime d'une déficience de la « fonction symbolique », du « narcissisme », de « l'espace transitionnel », autant de termes savants qui rejoignent une intuition populaire : il lui manque « une vis », « une case ». Mais qu'il soit déficient ou hypertrophié, le fou fait peur. D'où les pratiques d'enfermement et de ségrégation à son égard. J'aimerais m'interroger ici sur les manifestations de cette peur au sein des équipes de psychiatrie communautaire, c'est-à-dire parmi ceux qui essaient de vivre leur rencontre avec le psychotique sans le filet protecteur de la mise à l'écart que constitue toute institution peu ou pro asilaire.

LA PEUR DU FOU

*Jacques Hochmann**

La peur du fou est, sans doute, aussi vieille que le monde. Elle a donné naissance à nos institutions et à nos idéologies. Longtemps on a cru que le fou avait quelque chose de plus que les autres, qu'il était un voyant, un prophète, un possédé. Aujourd'hui, nous avons plutôt tendance à le considérer comme quelqu'un à qui il manque quelque chose, comme la victime d'une déficience de la "fonction symbolique", du "narcissisme", de "l'espace transitionnel", autant de termes savants qui rejoignent une intuition populaire : il lui manque "une vis", "une case". Mais qu'il soit déficient ou hypertrophié, le fou fait peur. D'où les pratiques d'enfermement et de ségrégation à son égard.

J'aimerais m'interroger ici sur les manifestations de cette peur au sein des équipes de psychiatrie communautaire, c'est-à-dire parmi ceux qui essaient de vivre leur rencontre avec le psychotique sans le filet protecteur de la mise à l'écart que constitue toute institution peu ou prou asilaire.

LA PEUR DU FOU EST À L'ORIGINE DE L'ASILE

Nous avons quitté l'asile pour travailler "hors-les-murs", parfois dans la griserie de la nouveauté, souvent déjà par habitude, malheureusement. Souvent, nous avons l'impression de rester à l'extérieur parce que cela se fait, parce que c'est la mode, et aussi parce que nous redoutons de paraître rétrogrades. Du coup nous en arrivons à oublier pourquoi et comment l'asile s'est constitué. Nous avons tendance à renier une histoire avec laquelle nous pensons avoir définitivement divorcé, et à attribuer l'oppression asilaire — que certains d'entre nous ont connue ou connaissent encore — à l'obscurantisme ou à la méchanceté de nos aînés. C'est très rassurant pour nous parce que si l'oppression asilaire est liée seulement à la méchanceté des autres, cela prouve que, ne la pratiquant plus, nous sommes très bons et que nous avons un esprit éclairé.

Hélas! Ce raisonnement ne tient pas compte de ce qu'on commence à connaître de l'histoire de l'asile, et qui a été caché par toutes sortes de su-

* Psychiatre et psychanalyste, Jacques Hochmann est professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université Claude Bernard de Lyon. Il est aussi un des fondateurs de Santé Mentale et Communautés. Il a présenté ce texte lors du quatrième colloque sur la santé mentale, en mai 1979, à Sherbrooke.

perstructures idéologiques. L'intérêt actuel qui se développe pour l'histoire des origines de la psychiatrie est, à mon avis, tout à fait fondamental. C'est ainsi que, en France, Gladys Swain et Marcel Gauchet (1980) sont en train de faire un travail bouleversant sur l'origine de l'asile. Ils démontrent que l'asile ne s'est pas du tout constitué comme Foucault, par exemple, l'a raconté. Les fondateurs de la psychiatrie française Pinel et Esquirol ont débuté avec un projet thérapeutique, de sorte qu'on peut dire que l'asile est le résultat d'une première approche scientifique du fait mental. S'il a dégénéré pendant le XIX^e siècle et les quarante premières années du XX^e, ce n'est pas parce que nos devanciers étaient idiots ou réactionnaires, mais probablement pour un ensemble de raisons sociologiques et psychologiques et en partie du moins, à mon sens, parce qu'ils avaient peur. Je crois, en effet, que c'est la peur du fou, non seulement dans la société globale mais plus encore dans ces lieux de concentration de la folie qu'étaient devenus les asiles d'aliénés, qui est pour une part à l'origine de ce qu'on a appelé l'ordre psychiatrique tel qu'il s'est incarné dans la nosographie et dans les pratiques d'internement.

Les rites asilaires sont, bien sûr, inhérents à toute institution totale ou totalitaire (Goffmann). Il est évident qu'un certain nombre d'autres institutions comme l'armée, les couvents, les collèges, les bateaux à voile au temps de la marine au long cours, ont produit des modes de fonctionnement très proches de l'asile et de l'hôpital psychiatrique. Dans le cas qui nous intéresse, je crois que ces rites ont surtout eu pour fonction de rassurer ceux qui devaient vivre 24 heures sur 24 avec les malades mentaux en enfermant, en localisant, comme dans un kyste, cette force terrorisante dont on n'aime pas tellement parler, et qui n'est pas la maladie mentale telle que nous l'avons intégrée à nos structures, mais la folie. Aujourd'hui, nous avons crevé la paroi du kyste, et les fous sont parmi nous. On doit alors se poser la question suivante : Qu'est-il advenu de cette peur ? La réponse n'est pas aisée et la suggérer, comme je vais le faire, c'est déjà se défendre : chaque fois qu'on parle d'une peur, c'est qu'on cherche soi-même à l'exorciser.

Je vais d'abord essayer de décrire cliniquement la peur du fou. J'esquisserai ensuite, en tant que clinicien, une tentative étiologique. Puis je chercherai à développer les modalités défensives les plus communes que nous mettons en place dans nos institutions modernes pour nous protéger contre cette peur du fou.

Je ne parlerai pas bien sûr, dans mon essai de description, de la peur physique. Tout le monde sait que la peur du fou, du point de vue purement physique, est largement surévaluée et que l'étudiant en psychiatrie, l'élève-infirmier ou le jeune psychologue apprennent assez vite que, à quelques exceptions près, les malades mentaux ne sont pas très dangereux. Il y a sûrement infiniment plus de soignants, pour ne parler que de ceux-là, qui sont blessés ou tués dans des accidents d'automobile que dans des rixes avec des malades mentaux. Mais en localisant le danger représenté par le fou sur sa seule musculature, ou sur l'usage qu'il peut faire d'une arme, je crois qu'on

essaie de se protéger d'un autre danger qui est infiniment plus angoissant. Ce procédé est déjà une mesure défensive parce que des poings, un couteau ou un revolver, cela se voit et on sait comment s'en protéger, ne serait-ce qu'en s'enfuyant. Mais la peur dont je veux parler est infiniment plus pernicieuse et beaucoup plus difficile à définir et à représenter ; aussi ferai-je appel à ce que j'ai moi-même ressenti, à ce que je suppose que tout soignant a lui-même ressenti.

LA PEUR DU FOU : DESCRIPTION PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Ce que j'ai à l'esprit est quelque chose de très vague, un sentiment de malaise qui ressemble tantôt à un vertige, tantôt à cette espèce de somnolence qui nous envahit quand nous sommes en train de parler avec un psychotique ; on éprouve alors une sorte d'engourdissement, souvent empreint de fascination, telle une proie face au serpent, ou encore du fantasme d'imiter le comportement psychotique, de devenir fou à notre tour, de transgresser, comme le malade, les lois de la raison et du bon sens, d'employer comme lui les mots à tort et à travers.

Je me rappelle une époque extrêmement critique où notre institution, de façon un peu mégalomane, avait accueilli de très grands psychotiques en pleine "décompensation". La situation était difficile, car nous passions toute la journée avec eux. Je me rappelle, rentrant chez moi un soir, m'être dit au premier feu rouge rencontré : "ce serait extraordinaire d'être fou ; tout d'un coup, je pourrais brûler le feu rouge, insulter l'agent, faire des choses absolument extravagantes". Quand on sent qu'on est tout près de se laisser aller ainsi, que ce serait possible, on ne peut s'empêcher de frissonner. Vous avez sans doute tous connu certains patients, surtout ceux en période aiguë, dont il est impossible de se débarrasser, non seulement physiquement mais aussi mentalement, et dont l'image vous colle à la pensée et paralyse vos processus mentaux comme un remords.

Dans les équipes avec lesquelles j'ai l'occasion de collaborer, la question que je pose toujours à propos d'un patient difficile est : "est-ce que vous en rêvez la nuit" ? Si la réponse est oui, je crois que c'est un très bon signe, car cela indique que quelque chose de dramatique est en train de se passer. En effet, lorsqu'on n'arrête pas de rêver d'un patient la nuit, c'est, je crois, la preuve qu'une vraie relation s'est mise en place, ni trop défensive, ni trop protégée ; d'autre part, c'est aussi un signal d'alarme avertissant que le soignant est en difficulté, qu'il faut penser à lui et s'en occuper.

Vous avez sûrement connu également certains patients pour qui tout ce que nous faisons ou disons nous semble mauvais, mal adapté, stupide, inadéquat, dangereux. Racamier a insisté très récemment sur cet aspect du contre-transfert face aux psychotiques. Ce sont, dit-il, des malades qui nous renvoient à notre propre inanité, qui nous donnent l'impression d'être

complètement insignifiants, rien du tout, des détrit. Dans ces moments, notre métier nous paraît absurde et nous éprouvons le sentiment pénible d'être des incapables majeurs. Nos processus de pensée sont alors comme embrouillés dans quelque chose de paralysant, d'où cette sensation de tête vide, d'incapacité à imaginer, d'inquiétude sur notre propre valeur intellectuelle : "serions-nous devenus bêtes?"

Puis, il nous vient une réaction, qui consiste à dire que tout cela est la faute du patient et non la nôtre. On accuse "cet imbécile qui nous fait ça" et sa voix, à ce moment-là, nous devient insupportable. Vous avez sûrement en mémoire des patients dont on prend la voix en horreur. Lorsqu'on est dans notre bureau et qu'ils arrivent dans la salle d'attente, au simple son de leur voix, on se sent envahi par une haine absolument frénétique et pris d'une envie de les passer par la fenêtre, peut-être même de les massacrer, de tout casser.

Accuser ces patients de dangerosité, imaginer qu'ils pourraient, eux, tout casser, et affirmer qu'il faille les maîtriser n'est alors, parfois, qu'un renversement, qu'une projection de ce que nous sentons monter en nous. Quand nous redoutons d'un malade qu'il ne devienne dangereux, il faut toujours se demander si ce n'est pas nous qui redoutons de devenir dangereux pour lui, c'est-à-dire qui sentons monter en nous une haine si forte que nous ne pourrions plus la contenir.

LES DEUX ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE LA PEUR DU FOU

J'ai essayé jusqu'à présent de décrire phénoménologiquement les sentiments de peur du soignant face au fou. Si on essaie de pousser l'analyse un peu plus loin, on peut regrouper ceux-ci en deux éléments fondamentaux, en deux sentiments de base, qui n'apparaissent pas toujours clairement, mais qui sont néanmoins toujours là, à l'arrière-plan, dans toute rencontre avec un fou. J'entends par "fou" un psychotique qui n'a pas encore été transformé en malade mental ou en handicapé, c'est-à-dire un patient encore évolutif, qui n'est pas passé par toute la grille réductrice de nos pratiques. Je propose d'appeler ces deux sentiments "la peur d'être envahi" et "la peur d'être vidé".

a) La peur d'être vidé

Je vais essayer d'en donner un petit exemple très simple. Une patiente psychotique était en phase aiguë et nous la suivions en traitement ambulatoire. Elle était absolument incapable de conserver sur elle un peu de monnaie sans aussitôt la dépenser, de sorte qu'elle avait pris l'habitude de mendier continuellement quelques pièces aux différents membres de l'équipe sous des tas de prétextes, soit pour aller donner un coup de téléphone à quelqu'un de sa famille, soit pour aller à la boutique du coin acheter un paquet de cigarettes ou un gâteau.

Je me souviens d'un jour où, lui ayant prêté de l'argent deux ou trois fois, je lui refusai très brutalement une pièce de cinq francs. J'avais alors un prétexte en tête, qui était de me dire : "si je lui prête encore de l'argent, ce n'est pas elle qui aura à me le rendre mais son mari, et je suis en train de lui faire des dettes dont il n'est pas responsable". C'est ce que je lui expliquai. Cette justification ne m'a pas tenu lieu d'excuse. Elle est alors entrée dans une violence verbale extrême envers moi. Quelques instants plus tard, un autre soignant lui refusait également cette pièce de cinq francs sous un autre prétexte, lui donnant des leçons de déontologie et lui expliquant que les soignants n'étaient pas là pour prêter de l'argent aux malades, mais pour leur apporter une aide d'un autre type. Enfin, une troisième personne lui refusait l'argent sous un autre prétexte, plus simple, disant "je n'ai pas d'argent sur moi", ce qui était faux. Chacune de ces personnes avait réagi ainsi à l'insu des autres.

À la réunion d'équipe qui suivit, nous nous sommes rendus compte que, en l'espace de deux heures, trois personnes, pour des prétextes totalement différents, avaient refusé de l'argent à cette patiente. Nous avons alors réfléchi à ce que nous avons imaginé pour découvrir en chacun de nous une même idée, à savoir que nous serions complètement ruinés, mis sur la paille, si nous nous laissions ainsi aller à prêter de l'argent à cette patiente. Il y a un proverbe qui dit que "les petits ruisseaux font les grandes rivières". C'était vraiment notre impression : la pièce de cinq francs apparaissait dans nos fantasmes comme quelque chose qui allait se multiplier considérablement, devenir, contre toute vraisemblance, une énorme fortune.

Ce petit exemple montre que, très souvent, nous opposons un refus à la demande d'un psychotique non pour des raisons logiques, qu'elles soient techniques, matérielles ou physiques, mais pour des raisons imaginaires. Dans ce cas-ci nous avons, dans notre imaginaire, élevé la dépense à je ne sais quelle puissance, nous lui avons prêté je ne sais quelle progression géométrique et nous redoutions de ne plus pouvoir y faire face, qu'elle ne nous dévore jusqu'au plus profond de nos tripes, de notre intimité physique et psychique, comme le pélican de la fable.

b) La peur d'être envahi

L'autre sentiment connexe que j'ai identifié, peut-être déjà pour m'en défendre et m'en protéger, est la peur d'être envahi. Encore une fois, je vais illustrer mon propos à l'aide d'une petite histoire très banale. Pour qu'elle ait un sens, je dois brièvement en donner le contexte.

Notre équipe travaille dans un dispensaire qui occupe deux étages d'un centre social polyvalent et qui est assez accueillant pour les psychotiques, un lieu où, me semble-t-il, les gens se sentent assez bien reçus. Nous avons, dans ce dispensaire, un certain nombre de bureaux dont les portes ne sont pas toujours fermées. En principe, les bureaux sont à nous et la pièce cen-

trale est pour les malades ; mais il arrive – du moins il arrivait, car nous avons tendance à nous embourgeoiser et à devenir plus stricts – qu’un malade s’installe dans l’un de ces bureaux.

Ainsi, il y a quelques années, un patient avait pris l’habitude de venir régulièrement au dispensaire pour téléphoner. Il téléphonait, selon nous, à n’importe qui : à la Compagnie des Chemins de Fer pour des horaires de trains qu’il ne prenait jamais, à certaines administrations pour demander des précisions sur tel article de règlement, ou encore à des grands magasins pour s’informer du prix de tel article. Quand on lui demandait pourquoi il faisait ces appels, il répondait que c’était pour se renseigner.

Manifestement, il s’identifiait beaucoup à nous et, en prenant le téléphone, c’était un symbole de notre puissance qu’il croyait aussi s’approprier. Il se croyait devenu très puissant, à la mesure de la toute-puissance qu’il nous attribuait. Comme il pensait que nous dirigions le monde de notre dispensaire avec nos téléphones, il essayait, à sa manière, de diriger lui aussi le monde. Du moins, ce sont là des interprétations que l’on peut faire. Selon lui il se renseignait, tout simplement.

Et il se renseignait donc de ce lieu qui était le nôtre, mais dont il partageait avec nous la propriété. Il prenait ainsi au mot la convention qui régissait nos relations avec les patients, puisque nous définissions ce lieu comme un lieu d’accueil. Il insistait énormément sur le fait que cet endroit n’était pas réellement à nous, nous rappelant sans cesse : “vous êtes ici dans un lieu public, je suis un contribuable. Ce lieu appartient à tous les contribuables, il n’est pas plus à vous qu’à moi, j’en suis, autant que vous, le copropriétaire”. Un jour, j’ai eu le malheur de lui dire un peu aigrement : “ici, nous sommes chez nous”. J’ai alors déclenché en lui une réaction d’une très grande violence qui m’a éclairé sur ce que pouvait représenter pour lui cette communauté de propriété et sur l’utilisation qu’il en faisait pour s’identifier à nous et participer à la puissance qu’il nous prêtait.

Il venait donc assez souvent au dispensaire, et il téléphonait. Au début, ce petit jeu téléphonique amusait tout le monde et était assez bien toléré. Puis la mauvaise humeur se mit à monter au sein de l’équipe, au point qu’un fantasme complètement irréel ne tarda pas à se manifester (en réalité je le précise, les coups de téléphone ne dépassaient pas 20 minutes chacun, à raison de trois ou quatre fois par semaine). Le fantasme qui nous saisit fut celui d’être complètement dépossédés d’un endroit où nous venions travailler, où nous avons nos habitudes, où nous nous croyions chez nous, l’ayant orné à notre goût, avec des objets personnels. Contre toute réalité, nous disions : “il n’est plus possible de téléphoner, le téléphone est continuellement bloqué, on ne peut plus ni recevoir ni donner un coup de téléphone”. Il nous semblait que la ligne était occupée en permanence par ce malade. Lorsqu’il lui arrivait, pour être un peu tranquille, de se mettre dans un des bureaux vacants, on entendait dire : “il occupe tous les bureaux, il n’y a plus un bureau de libre”.

À écouter le discours de l'équipe, auquel je participais autant que les autres, on aurait pu croire qu'une cinquantaine de patients occupaient tous les bureaux et bloquaient tous les téléphones. C'est le sentiment que ce patient s'était multiplié en je ne sais combien d'exemplaires, qu'il était partout et toujours présent, qui nous a amenés à réfléchir sur la peur d'être envahi.

Je crois que cette peur domine chaque fois qu'apparaît dans le discours d'une équipe psychiatrique le souci de "limiter" le patient. Quelquefois, certains patients ont effectivement besoin qu'on les aide à trouver des limites à leur mégalomanie. Mais je crois qu'il faut se demander si derrière cette préoccupation légitime ne se dissimule pas le fantasme d'être envahi par des patients divisibles à l'infini qui pénétreraient tous les recoins du lieu thérapeutique et l'intimité même, l'espace intérieur des soignants : chacune de ces parties se mettrait alors à grandir et à gonfler aux dimensions d'un nouvel exemplaire du patient, lequel serait susceptible de se fragmenter et de se reproduire à nouveau. Certains contes de fées racontent des histoires de ce genre, et je crois qu'il s'agit là d'un fantasme collectif très fréquent que les psychotiques ne font que ressortir dans le préconscient de chacun. Ceux qui se réfèrent à la psychanalyse auront peut-être reconnu derrière cette description, des angoisses typiquement orales (j'essaierai d'y revenir plus loin).

D'autre part, il est certain que les deux peurs que j'ai décrites ne sont pas les seules peurs que les psychotiques peuvent susciter en nous. Les psychotiques sont des êtres humains, et la rencontre avec tout être humain qu'on ne connaît pas engendre toujours de l'inquiétude et de la peur, soit celle d'être maîtrisé ou séduit, soit le contraire. Je me suis plutôt attardé à ce qu'il y a de spécifique dans la rencontre entre le soignant et le psychotique, pour mieux en faire le diagnostic. À ce propos, on sait que certains psychiatres allemands du XIX^e siècle ont créé l'expression "praecox gefuhl" ("le sentiment précoce"), laissant ainsi entendre que le diagnostic de démence précoce se ferait essentiellement à partir de quelque chose de mal défini que le psychiatre sentirait en lui. Ce quelque chose qu'on flaire, qu'on sent, ce sentiment qui nous permet, peut-être en partie, de faire le diagnostic, n'aurait-il pas un lien avec ce que je décris ici sous l'expression de "peur du fou" ?

LES MÉCANISMES DU FONCTIONNEMENT PSYCHOTIQUE

J'ai promis précédemment une analyse étiologique de la peur du fou. Je ne donnerai pas l'origine de cette peur parce que, pour l'essentiel, je n'en sais rien. C'est un problème encore assez obscur. J'insisterai seulement sur trois mécanismes du fonctionnement psychotique qui, me semble-t-il, jouent un rôle très important dans le développement des sentiments dont je viens de parler. Bien sûr, je ne prétends pas décrire la totalité du fonctionnement de l'individu qui a été déclaré psychotique, mais seulement ce qui rend compte de sa partie folle.

Pinel, comme Gladys Swain l'a montré, a innové dans le champ de la psychiatrie, étant le premier, croit-on, à montrer que personne n'était fou complètement et que le fou était quelqu'un qui avait toujours un "reste de raison". Cette découverte a été par la suite complètement oubliée et – ce que Gladys Swain montre très bien dans ses travaux – on a assisté à une véritable mythification de Pinel. On en a fait une sorte de philanthrope qui enlevait leurs chaînes aux aliénés; cette image d'Epinal a fini par cacher ce qui était essentiel, révolutionnaire, dans son œuvre à savoir que personne n'était fou totalement et que dans chaque fou, aussi fou soit-il, continuait à fonctionner ce qu'on appellerait aujourd'hui la partie saine du moi. La légende du grand libérateur a permis de mieux occulter la portée théorique de la découverte pinélienne.

Il a fallu attendre Freud pour qu'on retrouve cette préoccupation du sens de la folie et de la persistance d'une activité sensée dans l'esprit du psychotique, et pour qu'on découvre aussi que la rencontre avec le psychotique réveille en nous le petit morceau de folie que nous abritons tous. Une telle proximité entre certains mécanismes typiques de la folie et ceux qui existent en chacun de nous est sans doute gênante.

a) L'avidité

Parmi ces mécanismes, mentionnons d'abord l'avidité. Le psychotique est avide : il lui faut sans cesse se remplir et ce véritable ogre n'aime rien autant que notre présence, notre temps et notre intérêt. On peut s'étonner de cette affirmation car nous connaissons tous des psychotiques qui refusent les bonnes choses que nous voulons leur offrir et qui n'ont, semble-t-il, rien à faire de notre présence et de notre intérêt. C'est que l'avidité du psychotique a quelque chose de très particulier : les psychotiques, ou certains psychotiques du moins, ne s'intéressent pas tant à ce que nous leur donnons qu'à ce qu'ils nous prennent. Je dirais même que ce que nous leur donnons, ils n'en veulent pas. Ils le considèrent comme quelque chose dont nous nous débarrassons parce que nous n'en avons plus envie.

Par contre, ce que nous gardons leur paraît beaucoup plus précieux et désirable, et c'est ce dont ils sont avides et dont ils cherchent à s'emparer. C'est pourquoi nombre de psychotiques ne viennent jamais aux rendez-vous que nous leur proposons, mais toujours à un autre moment, qui est justement celui où nous n'avons pas le temps de les recevoir, et où ils ont l'impression de nous voler quelque chose de beaucoup plus intéressant que ce que nous étions prêts à leur donner. C'est cette avidité qui pourrait expliquer le sentiment d'être complètement vidés que nous éprouvons par moments.

b) La haine

Le deuxième mécanisme important dans le fonctionnement psychotique est la haine, ou l'envie haineuse. Les auteurs kleinien ont beaucoup insisté sur ce point. Ils ont montré que le psychotique, ou la partie folle

du psychotique, haïssait féroce­ment la santé mentale et tout ce qui, en nous comme en lui, est harmonie, équilibre. Le “bon” fonctionnement est une cible favorite du psychotique et un de ses buts essentiels est de contrôler ou de détruire notre santé mentale (et la sienne). D’ailleurs, l’inverse est aussi vrai : les psychotiques aiment bien nous soigner.

Deux patients m’ont beaucoup fait réfléchir là-dessus. L’un d’eux avait pratiquement réussi à me rendre complètement fou et j’avais été pris, chez lui, d’une colère terrible qui dépassait sûrement ce qui est convenable dans une relation entre un patient et son médecin. Il avait tout fait pour me mettre en colère et, après y être parvenu, il m’a brusquement regardé avec beaucoup d’intérêt et m’a dit : “vous savez, je crois que vous n’allez pas tenir très longtemps le coup avec moi, vous devriez vous faire aider par une infirmière”. Un autre patient du même type, après une réaction de ma part qui traduisait ce qu’on appellerait pudiquement un contre-transfert mal maîtrisé, a volé une ordonnance dans le secrétariat, puis s’est assis dans la salle de soins pour prescrire, à mon nom, une injection d’Haldol. Si la haine, la volonté de détruire, exprime la partie folle du moi en action, celle-ci se manifeste aussi chez le psychotique par la terreur de la partie saine, qui le pousse à vouloir voir l’interlocuteur succomber.

c) L’identification projective

Quant au troisième mécanisme du fonctionnement psychotique, j’en dirai peu de chose, car il est bien connu et je ne prétends pas faire ici un cours de psychiatrie : il s’agit de l’identification projective. Celle-ci est, au fond, au service des deux autres mécanismes. Je rappellerai très brièvement que l’identification projective consiste à transformer les émotions, les représentations mentales, les pensées, en petits objets matériels séparés les uns des autres, comme autant de petits fragments durs et agressifs, et à les lancer à l’intérieur de l’interlocuteur pour essayer de le contrôler. Il ne s’agit évidemment que d’un fantasme. On n’a jamais vu, sinon dans les contes de fées encore une fois, les pensées et les mots devenir des choses qui s’enfoncent dans la chair d’autrui et qui le possèdent littéralement. La psychose est la rencontre à nu, sans filets, avec une situation où les fantasmes deviennent très vite des réalités. Et c’est dans ce sens que la folie est contagieuse.

On dit beaucoup dans le public que les psychiatres sont aussi fous que leurs malades, et on n’a pas tout à fait tort. Nous sommes en effet placés continuellement en face de gens qui ont pour objectif de nous rendre fous ; ils y arrivent quelquefois, du moins passagèrement (je me réfère ici aux travaux de Harold Searles), en attaquant très directement nos processus mentaux et ce qui, dans ces processus, permet les liaisons, la mise en signification, l’organisation de l’expérience. Le psychotique, à l’aide de ses pensées ou de ses paroles transformées en projectiles, essaie de démolir notre propre faculté de penser. Ce fantasme qui n’est encore une fois qu’un fantasme, mais un fantasme actif et contagieux, est d’autant plus dangereux qu’il

réveille en chacun de nous cette partie folle dont je parlais précédemment, qui fait qu'à certains moments nous nous mettons à fonctionner à notre tour de la même manière. Il arrive aussi aux soignants de se trouver pris dans des relations tellement mêlées qu'ils ne savent plus du tout qui est qui, qui est fou ou qui est sain.

Cette situation me fait penser à un conte de Grimm, je crois, dans lequel des musiciens ambulants s'endorment au pied d'un arbre parce qu'ils n'ont pas trouvé d'auberge. En dormant, ils mêlent leurs jambes les uns aux autres et, au matin, toutes leurs jambes sont mélangées. L'un dit alors à l'autre : "ça, c'est ma jambe"; "non, c'est la mienne" répond le voisin. Le troisième intervient : "je te dis que c'est la mienne". Et ils commencent tous à se disputer très fort. Passe alors un voyageur qui s'enquiert de l'objet du débat. Mis au courant, il propose une solution : il se saisit d'un bâton, et tape dans le tas, ce qui permet évidemment à chacun de retrouver ses jambes. Quelquefois, dans les situations que nous vivons, nous avons besoin des coups de bâton de la réalité pour arriver à départager en nous ce qui est complètement mélangé.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DU SOIGNANT FACE À LA PEUR DU FOU

Contre cette peur du fou, il est naturel que le soignant cherche à se protéger. Je vais envisager, pour terminer, quelques-unes des protections possibles et tenter ainsi d'éclairer certains aspects du fonctionnement de ceux qui comme nous travaillent hors-les-murs et ont renoncé à la protection des vieux rituels asilaires, en particulier à cette réaction primitive qui consiste à enfermer la folie dans un espace clos et à la domestiquer.

a) La négation de la folie

La question qui se pose alors est la suivante : maintenant que nous n'avons plus de murs de béton ou de pierre pour nous protéger, par quoi les remplaçons-nous? Ne serait-ce pas en emmurant à nouveau la folie, mais, cette fois, à l'intérieur même du patient? Le concept de "partie folle du moi", concept par ailleurs extrêmement productif, peut se retourner et devenir un concept dangereux, si l'on veut signifier par là que la folie est enfermée quelque part dans le fou, derrière des grillages. Le psychotique serait alors transformé en quelqu'un qui se tient lui-même à distance, un gentil handicapé qui fonctionne bien, qui se laisse socialiser sans trop de heurts, qui se retient poliment de délirer.

N'est-ce pas cette image de marque que nous essayons de vendre aux différentes institutions de la société quand nous aidons un patient à trouver un emploi ou un logement? Nous faisons alors un véritable marketing auprès de nos différents partenaires sociaux (école, usine, régie immobilière), en

essayant de les séduire pour qu'ils acceptent notre malade "qui n'est pas si malade que cela, qui n'est même pas malade du tout". Le procédé défensif le plus fréquent devant la peur du fou consiste à nier la folie et sa dangerosité. Certains vont même jusqu'à affirmer que ce sont les psychiatres qui ont inventé la folie pour faire de l'argent. Au besoin, ils veulent bien reconnaître que certaines personnes sont en difficulté, mais ils pensent que c'est faute d'avoir été secourues, comprises ou aidées.

b) Le recours à la politique et à l'écologie

Une variante de cette attitude qui a eu, à une époque, beaucoup de succès, consiste à traiter le problème de manière purement politique. Je ne veux pas dire que la folie ne pose pas de problèmes politiques. La question psychiatrique peut même être un des révélateurs de ces problèmes. Cependant, il y a une façon de nier la folie en la traitant de façon purement politique, comme, par exemple, en attribuant son origine à la société capitaliste ou à la famille patriarcale. Un pas est franchi lorsqu'on accuse le langage et la logique : la folie, prétendent certains, ne serait qu'une réaction naturelle à cette structure oppressive qu'est le langage. On sait que les nourrissons ont un babil d'une richesse phonématique infiniment plus grande que celle de toute langue connue. D'où l'idée que le langage constituerait une espèce de répression épouvantable, et que le meilleur moyen de soigner les enfants autistiques, ceux qui ne parlent pas, serait de ne jamais leur adresser la parole, par crainte de leur imposer cette répression.

En France, il se développe actuellement une conception que, personnellement, j'appelle "la psychiatrie écologique". Dans certaines régions déshéritées du pays où l'agriculture était en déclin, une nouvelle spécialité est apparue : l'élevage commun des psychotiques et des chèvres. Je me rappelle qu'à Lyon, où il était venu nous voir, Bruno Bettelheim avait employé cette phrase très jolie à propos d'une expérience de ce type : "on a beaucoup surévalué la valeur thérapeutique des chèvres et des cochons". En effet, on voit se répandre aujourd'hui en psychiatrie une croyance naïve dans les vertus curatives du retour à la vie simple, à l'état de nature, auprès des chèvres, des poules et des cochons. Souvent ces entreprises, par ailleurs généreuses, s'effondrent au premier hiver un peu rigoureux. Quelquefois, elles aboutissent à la reconstruction de néo-asiles qui ont l'inconvénient, par rapport aux anciens, d'être beaucoup moins confortables et d'avoir beaucoup moins de gens pour s'occuper des malades.

c) L'activisme

Il existe une autre protection possible de la part du soignant face à la peur de la folie, qui est plus pernicieuse, et à laquelle, à mon avis, aucune institution psychiatrique n'échappe : c'est l'activisme. Il me semble que nous avons tous un jour donné un exemple de cette situation où, à la passivité des soignés, nous avons répondu par un surcroît d'activité. La passivité des soignés est le meilleur excitant possible à l'activité des soignants. Faute d'ac-

cepter une passivité et une chronicité également déprimantes, l'équipe devient alors euphorique, fait énormément de choses, entreprend sans cesse. Cependant, les patients s'écroulent de plus en plus sous le poids de cette activité, et ils deviennent de plus en plus déprimés, de plus en plus lourds, de plus en plus coupables de ne pas réussir à satisfaire une équipe qui s'agite autant. Cette ronde infernale, où la passivité des uns accroît l'activité des autres, laquelle augmente à son tour la passivité des premiers, peut se comprendre en rappelant ce que j'ai dit précédemment, à savoir : quand un malade nous a mis à bout, nous a attaqués, nous a envahis, il devient extrêmement important de montrer non seulement à lui, mais aussi à nous-mêmes, que nous n'avons pas été complètement démolis et qu'il reste encore quelque chose de bon en nous.

Malheureusement, cet activisme qui peut, par ailleurs, avoir des dimensions intéressantes, traduit fondamentalement la faillite d'une fonction essentielle dans les soins psychiatriques, soit la fonction de contenance, qui est notre capacité de contenir les émotions que les patients suscitent en nous. L'activisme montre, en somme, que nous avons perdu contenance et que, quand nous prétendons rassurer les patients, c'est notre propre sécurité qui est en cause. Il faudrait plaider dans la psychiatrie moderne, comme le disait P. Mignault, pour le droit des patients à l'insatisfaction et l'inscrire quelque part, en lettres d'or, dans les institutions psychiatriques. Quand nous voulons absolument les satisfaire par notre activisme, je ne puis m'empêcher de penser à ces mères intrusives qui mettent sans cesse des bonbons dans la bouche de leurs enfants dès qu'ils s'appêtent à crier, de manière à ne plus les entendre.

d) L'intolérance face à l'autoérotisme

D'autre part, cet activisme est souvent stimulé par notre intolérance envers un phénomène aussi fondamental qu'angoissant : l'autoérotisme. Nous avons beau savoir que la masturbation n'est pas grave, et penser, intellectuellement, être au-dessus des vieux tabous, il ne nous est tout de même pas facile d'admettre que l'on puisse prendre ainsi plaisir avec soi-même : cela reste encore quelque chose qui, en nous, est entaché de culpabilité. L'activisme contre la passivité des malades est aussi une façon de lutter contre tout ce qu'il y a en eux d'autoérotique, contre le plaisir qu'ils prennent avec eux-mêmes. Si l'on interroge les gens qui s'occupent de malades mentaux ou déficients intellectuels sur la sexualité de leurs patients et sur leur réaction face à la masturbation, la réponse est souvent : "si ça ne se voit pas trop, s'ils font ça tranquillement dans un coin, on peut le supporter". Je crois que tout le problème est là : effectivement on ne veut pas que cela se voit. L'autoérotisme (qui n'est pas seulement la masturbation au sens le plus courant du terme) doit rester secret, être caché. L'activisme devient une façon de lutter contre toutes les angoisses que l'autoérotisme des patients déclenche en nous, car il fait référence à nos propres besoins autoérotiques.

e) L'activisme social

L'activisme peut revêtir une multitude de formes. Il peut être philanthropique, comme celui de la maman dont j'ai déjà parlé, qui met sans arrêt des bonbons dans la bouche de son nourrisson. Dans ce cas, l'équipe est alors toujours prête à donner aux malades, à se dévouer. L'activisme peut aussi être social, par exemple, quand on impose aux patients de travailler, de se réintégrer dans la société, de trouver un logement. Je ne veux pas ici, décourager les bonnes volontés. Tout ce que je veux souligner c'est que, s'il est important de faire quelque chose pour les malades, il est parfois encore plus important de réfléchir et de se demander pourquoi on fait quelque chose et surtout, pour qui on le fait. Il n'est pas interdit, non plus, de faire des choses pour nous. Nous avons bien le droit, nous aussi, de trouver un certain plaisir à notre travail, mais il vaut mieux le savoir et se l'affirmer à soi-même plutôt que d'imposer au malade d'avoir à accepter nos soins, en faisant semblant de croire que c'est pour lui que nous agissons alors que, en réalité, nous le faisons pour nous.

f) L'activisme psychanalytique

L'activisme peut prendre aussi un aspect psychanalytique. J'ai connu des institutions où le patient ne pouvait pas ouvrir la bouche ni faire quoi que ce soit sans être l'objet d'une interprétation. Je n'entends pas critiquer, ici, la pertinence d'une interprétation faite au bon moment. Je crois qu'il est important d'intégrer l'approche psychanalytique aux soins psychiatriques et d'utiliser non seulement ce qui est dit, comme dans une cure psychanalytique typique, mais aussi ce qui est fait, c'est-à-dire les échanges matériels, dont on essaie de faire apparaître la valeur symbolique. L'interprétation, c'est-à-dire la mise en sens, est parfois communiquée au malade. Le plus souvent, elle reste l'affaire des soignants, ce qui les aide à supporter leurs projections. Il faudrait savoir quelquefois retenir nos interprétations.

g) L'activisme médicamenteux et l'emmurement de la folie

L'activisme peut également être médicamenteux, et c'est sans doute le plus commun. Il aboutit à un nouvel emmurement de la folie, transformant d'abord le fou en un malade mental qui prend des médicaments, ensuite en un handicapé qui reçoit une aide sociale. Pour illustrer ce que j'entends par emmurement intérieur, je vais me servir d'un livre écrit il y a soixante ans par un écrivain autrichien, Gustav Meyrink, et intitulé *Le Golem*.

Ce livre s'inspire de la légende du Golem de Prague. C'est l'histoire d'un rabbin du XVII^e siècle qui construit une statue de glaise ; or, celle-ci s'anime lorsqu'il lui met sous la langue un morceau de parchemin sur lequel est inscrite une formule magique : les lettres sacrées qui composent le nom de Dieu. Lorsque le Golem a le tétragramme sous la langue, il obéit aux ordres du rabbin et fait tout ce qu'il lui demande. Lorsque le rabbin lui enlève le tétragramme, le Golem redevient une statue de glaise qui peut être

rangée dans un coin. Un jour, le rabbin oublie d'ôter le texte magique au Golem et celui-ci s'enfuit dans les rues de Prague, semant la terreur et brisant tout¹.

Le roman de Meyrink ne traite de cette histoire que d'une manière allusive et onirique. Du Golem, il n'en est question que comme quelque chose qui est enfermé dans une pièce grillagée et sans issue, située on ne sait trop où sous les combles de la vieille synagogue. Il en sort tous les 33 ans, et il se produit à ce moment des catastrophes horribles. C'est alors qu'il possède quelqu'un, qui devient lui, et qui se reconnaît en lui. Ce Golem qui sort me fait penser à la folie emmurée qui, de temps en temps, sort de la pièce dans laquelle elle était contenue. En même temps, le Golem est sensible aux mots puisque c'est au moment où on lui met un mot sous la langue qu'il peut, en quelque sorte, être domestiqué. Ce phénomène nous amène à réfléchir aux rapports existant entre le langage et l'imaginaire, le symbolique et l'imaginaire. Je n'insisterai pas là-dessus, car cela est bien connu aujourd'hui.

Je voudrais, d'autre part, retenir un passage du roman qui concerne un personnage qui a la particularité de ne se rappeler absolument rien de son passé. Il ne sait ni qui il est, ni d'où il vient. Il a seulement de vagues rêves, de temps en temps, qui lui laissent entrevoir une réalité perdue qu'il essaye de retrouver, sans jamais y parvenir. Un jour, étant à moitié endormi, il entend dire par ses voisins qu'il a déjà été fou et soigné dans un hôpital psychiatrique. Il apprend que le médecin qui l'a soigné l'a confié à des amis, des habitants d'une petite rue du ghetto de Prague, en leur demandant de veiller sur lui. Voici les paroles du médecin telles qu'elles sont relatées :

“Vous comprenez, vous avons une méthode : nous avons pour ainsi dire emmuré la maladie, avec beaucoup de peine d'ailleurs, comme on isole le lieu d'une catastrophe parce qu'il rappelle trop de tristes souvenirs.”

Lorsque le patient entend raconter cette histoire, il se prend à penser :

“Depuis longtemps, une angoisse sourde me rongait, le soupçon qu'on m'avait pris quelque chose et que j'avais parcouru une longue étape de ma vie au bord d'un précipice, comme un somnambule”.

Il parle alors d'un rêve étrange, sans cesse répété, où il se voit enfermé dans une maison contenant une suite d'appartements inaccessibles, et de l'angoissante défaillance de sa pensée sur tout ce qui touche sa jeunesse :

“J'avais été fou et l'on m'avait soumis à l'hypnose ; on avait verrouillé la chambre qui, dans mon cerveau, assurait la liaison avec ces appartements, faisant ainsi de moi un vagabond sans patrie au milieu de la vie qui m'entourait et aucune perspective de jamais retrouver les souvenirs perdus. Les ressorts de ma pensée et de mes actes se trouvaient dissimulés dans une autre personnalité oubliée depuis longtemps et que je

ne pourrais jamais reconnaître. Je suis une plante déracinée, un rejeton poussé sur une souche étrangère. Si j'arrivais un jour à forcer l'entrée de cette chambre, ne tomberais-je pas aux mains des fantômes qui en étaient bannis? Je sentais qu'il y avait là, insaisissables, soudées les unes aux autres, des choses qui se ruaient comme des chevaux aveugles lancés sur un chemin dont je ne connaissais pas le but".

Je crois reconnaître dans ce témoignage quelque chose que nous connaissons bien en clinique, c'est-à-dire ces états psychotiques aigus où la folie a été en quelque sorte emmurée par notre activisme médicamenteux, psychothérapique, social, et où le sujet, se sentant volé d'une partie de lui-même, ne peut "guérir" qu'en emmurant un morceau de lui dans un lieu qui lui reste inaccessible. Cette guérison n'en est du reste pas une : parfois, le Golem se réveille et court follement dans la cité; mais ce réveil, si impressionnant soit-il, peut aussi être le moment où la vie se remet à circuler entre les "appartements" du sujet et où le clivage peut être résolu, la folie réintégrée, métabolisée, et non plus incluse comme un corps étranger.

AUTRES MÉCANISMES DE DÉFENSE POSSIBLES

D'autres modalités défensives pourraient encore être mentionnées ici, telle la tentation bureaucratique. Dans ce procédé, le malade n'existe plus comme tel mais en tant que fiche dans une chaîne active, point sur une courbe statistique. La psychiatrie se transforme alors en une pure gestion de la folie. Au nombre des défenses contre la peur du fou, il faudrait aussi mentionner cette idéalisation de la technique et de la théorie psychanalytique, qui fait que nous avons tout d'un coup l'illusion de tout comprendre, de tout expliquer, et où le psychiatre devient "monsieur-réponse-à-tout". On peut ajouter également certaines perversions théoriques qui visent à expulser le sujet de la folie, à voir dans le malade le simple effet d'un discours extérieur à lui, à nier la puissance créative du fou au service de sa propre folie. Ou encore, que dire de la parodie de psychanalyse qu'est le respect dévot de la "demande", le refus d'intervenir, abstention fautive qui n'est que formation réactionnelle contre l'activisme.

Tout cela gagnerait à être mieux étudié et développé. Je n'ai fait que suggérer des voies d'étude et j'espère ne pas avoir trop noirci le tableau. Après tout, il n'y a pas si longtemps que nous sommes sortis de la matrice institutionnelle. De gardiens, nous nous sommes mués en thérapeutes et, comme le disait Bettelheim, nous oscillons sans cesse entre deux maladies infantiles : le délire de toute-puissance et le délire d'impuissance.

NOTE

1. Il existe d'autres versions de la légende où le Golem reste un aide secourable qui permet à la communauté juive de Prague de déjouer les complots antisémites et de se préserver des pogroms.

Lorsque la communauté obtient protection de l'Empereur Rodolphe, le Golem, devenu inerte, est secrètement détruit.

RÉFÉRENCES

GAUCHET M. et G. SWAIN, 1980, *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard.

SWAIN, G., 1977, *Le sujet de la Folie*, coll. Rhajamante, Privat, Toulouse.

SUMMARY

The author shows us that, apart from a physical fear that we may experience at times, there exists a more subtle and destructive fear of the insane which determined – and still determines in many circumstances – the attitudes and even the policies which we advocate in regard to the mentally ill. The fear of being overcome, of being consumed by the avidity, the hate, and the projective identification which exist in the psychotic. In the face of this fear we have developed a series of rather inadequate and inefficient defense mechanisms which range from the denial of insanity to institutionalization and include all forms of activism and intolerance. In the end, however, this fear must not create in us a state of helplessness nor an oppressive reaction of omnipotence. Perhaps all that is necessary is simply to continue to listen to oneself and others?