

Phénoménologie de la rencontre clinique : face à l'expérience psychotique

Membres du jury :

Jean-Michel Counet, président
Michel Dupuis, promoteur
Philippe Lekeuche, lecteur
Raphaël Gély, lecteur extérieur
Jean-Christophe Goddard, lecteur extérieur
Yasuhiko Murakami, lecteur extérieur

Thèse réalisée par
Svetlana Sholokhova

en vue de l'obtention du grade de
Docteur en Philosophie

Louvain-la-Neuve
Année académique 2015-2016

Phénoménologie de la rencontre clinique : face à l'expérience psychotique

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères au promoteur de mes recherches doctorales, le Professeur Michel Dupuis, dont la générosité et la patience inébranlables m'ont permis de trouver ma propre voie dans mon sujet tout en m'aidant sans cesse à m'y retrouver. Je tiens aussi à remercier chaleureusement les membres de mon jury, les Professeurs Jean-Michel Counet, Raphaël Gély, Jean-Christophe Goddard, Philippe Lekeuche et Yasuhiko Murakami, qui ont tous contribué à la réalisation de cette thèse, tant du point de vue théorique que du point de vue existentiel.

Je remercie également de tout cœur les collègues et amis qui ont été présents à mes côtés toutes ces années, et en particulier ceux qui ont corrigé mon texte ou discuté avec moi de certaines de ses thèses : Flora Bastiani, Georgy Chernavin, Sylvain Camilleri, Noemië Charrié, Anne Coignard, José Antonio Errázuriz, Oleg Lebedev. Je suis reconnaissante à ma fille qui, sans le savoir, m'a beaucoup appris, sinon sur le sujet de mes recherches, du moins sur ce que la pratique de la philosophie pouvait signifier. Je dédie ce travail à Anna Yampolskaya, à qui je ne pourrais jamais exprimer pleinement ma gratitude pour ce qu'elle m'a offert avec son amitié et son soutien.

Enfin, mes meilleures pensées sont adressées à Fabio Bruschi, mon compagnon de route, unique et irremplaçable. Sans son aide et ses encouragements ce travail n'aurait pas pu s'achever. Je le remercie pour sa confiance et pour l'inspiration qu'il me donne.

It was a brilliant cure but we lost a patient.

Ernest Hemingway

L'inefficacité de l'action humaine enseigne la précarité du concept : homme.

Levinas, « Humanisme et an-archie »

Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer.

Centre d'analyse stratégique, *La Santé mentale, l'affaire de tous.*
Pour une approche cohérente de la qualité de vie

– Et quoi ? Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? – Douline a demandé avec désespoir. –
Il est vrai... bon, il n'était pas tout à fait... fou... Quelle décision j'aurais dû
prendre ?

[...]

Vinberg a souri aigrement et a dit une chose incompréhensible :

– Je ne sais pas. Un sage chinois disait, que chaque question a sept réponses.
Chacun répond à cette question par lui-même.

[...]

À la maison Douline [...] n'arrivait pas à s'endormir. Une seule pensée le piquait
encore et encore comme un morceau d'écharde : Quelles sept réponses ? Quoi
d'autres que « oui » et « non » ?

Ludmila Ulitskaïa, *Tente verte*. (Nous traduisons)

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	11
PREMIERE PARTIE. L'APPROCHE DASEINSANALYTIQUE AU PROBLEME DU RAPPORT AVEC LE MALADE ET SES APORIES	21
INTRODUCTION A LA PREMIERE PARTIE	23
CHAPITRE 1 : NOUVELLE METHODE	27
1.1. LA NAISSANCE DE LA <i>DASEINSANALYSE</i> : LES FONDEMENTS DE LA SCIENCE PSYCHIATRIQUE	28
1.2. L'ADOPTION DE LA METHODE PHENOMENOLOGIQUE	32
1.3. DE LA SYMPTOMATOLOGIE A L'ANALYSE DU PROJET-DE-MONDE	36
1.4. DANS DES MONDES DIFFERENTS : DE L' <i>IDIOS COSMOS</i> AU <i>KOINOS COSMOS</i>	40
CHAPITRE 2 : LA SCIENCE DES FLEXIONS STRUCTURELLES	49
2.1. LE <i>DASEIN</i> COMME STRUCTURE FLEXIBLE	49
2.2. LE NORMAL ET L'ANORMAL DANS L'ANALYSE EXISTENTIELLE	53
2.3. « QU'EST-IL SURVENU <i>EFFECTIVEMENT</i> ICI ? »	58
2.4. OBSERVATION DES ALTERATIONS : EXEMPLE D'UN CAS DE MELANCOLIE	62
CHAPITRE 3 : DEVENIR PSYCHIATRE-PHENOMENOLOGUE	69
3.1. « WHAT IS BIZARRE IN BIZARRE DELUSIONS ? »	69
3.2. PSYCHIATRE OU PHENOMENOLOGUE ?	77
3.3. LE PARTENARIAT EXISTENTIEL EN QUESTION	83
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	89
DEUXIEME PARTIE. LE MALAISE DE LA RENCONTRE AVEC LA FOLIE	95
INTRODUCTION A LA DEUXIEME PARTIE	97
CHAPITRE 4 : LA MALENCONTRE	101
4.1. LA DIFFICULTE D'ETRE EN PRESENCE D'AUTRUI	101
4.2. L'INCERTITUDE DE LA COMMUNICATION	110
CHAPITRE 5 : L'EVENEMENT	119
5.1. DE LA TRANSCENDANCE A LA TRANSPASSIBILITE	119
5.2. L'EXISTENCE EN PERIL DANS LA PSYCHOSE : L'IMPOSSIBILITE DE LA CRISE	127
5.3. LA FOLIE ET LA TRANSPASSIBILITE	136
5.4. TEMOIGNER DE LA FOLIE	139

CHAPITRE 6 : LA CRISE	145
6.1. LA MACHINE ANTHROPOLOGIQUE	146
6.2. TOUCHER LE FOND	152
6.3. LA SUSPENSION DE LA MACHINE ANTHROPOLOGIQUE	157
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	171
 TROISIÈME PARTIE. LA COMMUNAUTE FOLLE	 177
INTRODUCTION A LA TROISIEME PARTIE	179
CHAPITRE 7 : PSYCHIATRIE A TAILLE HUMAINE	181
7.1. L'ETHIQUE LEVINASSIENNE A L'USAGE DE L'ETHIQUE MEDICALE	182
7.2. COMMUNAUTE SANS COMMUN : HUMANISME SANS VISAGE HUMAIN	189
7.3. HUMANISER LA PSYCHIATRIE. MAIS DANS QUEL SENS ?	195
CHAPITRE 8 : FACE A AUTRUI	203
8.1. LIMITATION ET INFINITION	204
8.2. VISAGE, IMAGE, TRACE	210
8.3. SITUATION COMPLEXE DU PSYCHIATRE	218
CHAPITRE 9 : LA COMMUNAUTÉ DANS LA DIFFÉRENCE	225
9.1. PHENOMENOLOGIE DE L'INSTITUTION	225
9.2. LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE ET L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE	230
9.3. LE DESŒUVREMENT	237
9.4. L'INSTITUTION COMME MILIEU PSYCHIATRIQUE	243
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	249
 CONCLUSION GENERALE	 253
 BIBLIOGRAPHIE	 261

Introduction générale

L'image de la rencontre entre le médecin et son patient s'efface progressivement du discours porté sur les questions des soins de santé. Qu'il s'agisse de la première consultation comme point de départ de la prise en charge médicale ou des rendez-vous qui succèdent à ce moment inaugural et qui constituent le suivi, l'expérience d'une relation humaine ne sert plus de repère, ni pour la psychiatrie, ni pour les médias ou pour les acteurs politiques qui en discutent¹. Ce détournement du regard fait partie des changements globaux que subit la société depuis plusieurs décennies ; il relève de l'expansion de la logique du marché dans des domaines qui étaient jusque-là hors de la portée de celle-ci, mais qui reçoivent à ce jour une importance stratégique. Tel est le cas de la sphère de la santé mentale.

Introduit dans l'immédiat après-guerre, afin de soutenir la politique inclusive envers des malades mentaux, le concept de santé mentale est utilisé, quelque trente ans plus tard, en vue d'enjeux très différents. Redéfinie récemment en tant que faculté « d'adaptation à une situation à laquelle la personne ne peut rien changer »², cette notion laisse derrière elle son potentiel progressiste. Elle est réinventée pour répondre au type de rationalité qui sous-tend le modèle politico-économique dominant. Ainsi, elle rend non seulement explicite le fait que l'éventuelle contestation du système en place n'est pas envisageable, mais elle fait

¹ Nous nous appuyons sur le livre de Mathieu Bellahsen *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La fabrique, 2014, dans lequel l'auteur retrace l'histoire du concept de santé mentale afin de dégager les transformations subies par cette notion et notamment par sa mise au service de la politique néolibérale.

² Centre d'analyse stratégique, *La Santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, Paris, La Documentation française, 2010, p. 24.

voir, en plus, que ce dernier ne manque pas de « conduire les conduites »³ des individus en indiquant la bonne manière d'être en bonne santé. Dans cette perspective, le secret de la santé n'a rien de mystérieux, il est uniquement question des capacités et des potentialités de chacun, voire de la volonté à se montrer flexible relativement à l'état de choses existant. Bref, chaque personne disposerait d'un capital humain qu'elle est appelée à maximaliser et à faire fructifier. La santé devient l'un des objets de la gestion et, dès lors, une « affaire de tous »⁴, où le terme « tous » présuppose le milieu homogène de l'ordre néolibéral, dans lequel chacun constitue une sorte d'auto-entreprise à diriger en vue de l'augmentation du profit général.

Certes, la définition de la santé mentale en tant que capacité adaptative se distingue par la prétention de dégager le sens propre de la santé. Elle libère cette dernière d'une compréhension à partir de son opposé, à savoir la maladie. Cette notion est donc essentiellement positive. Cependant, si elle semble anodine au premier regard, voire prometteuse, cette rupture entre les concepts de folie et de santé provoque, dans les conditions actuelles, des métamorphoses spectaculaires. La pénétration du discours économique dans le domaine de la santé a pour effet de déconnecter la santé et la folie du champ proprement psychiatrique – au moins au sens que ce terme revêtait auparavant, notamment lorsque la question de la rencontre clinique y jouait un rôle névralgique. La maladie mentale est désormais considérée en fonction du modèle épidémiologique, au moyen duquel on cherche à contrôler la pathologie – à dépister ses signes précurseurs, ses zones de risque –, et à la traiter suivant la posologie établie. Ni la santé ni la folie ne sont plus une affaire médicale, mais une question de gestion sociale.

La psychiatrie, elle aussi, prend de nouvelles formes d'organisation. Soumise à l'ordre économique, la sphère psychiatrique n'a plus grand-chose à voir avec les médecins, les psychiatres, les psychanalystes ou les psychothérapeutes, c'est-à-dire avec ceux qui seraient susceptibles d'entrer en contact avec la personne atteinte de trouble psychique. La mise en place de systèmes de protocoles et d'évaluations de plus en plus nombreux et sophistiqués place les professionnels devant le défi de conjuguer les moments de soin et les moments occupés par les obligations qui relèvent de la bureaucratie et qui risquent à la fois

³ Foucault M., « Le sujet et le pouvoir », in *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, 2001, pp. 1041-1062.

⁴ Centre d'analyse stratégique, *La Santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*.

de les décourager dans la pratique clinique et d'altérer les conditions de la prise en charge.

En ce qui concerne la réflexion sur les questions psychiatriques, elle se trouve déconnectée du champ de l'expérience pour être absorbée par les laboratoires pharmaceutiques, neurologiques ou autres. Ce sont surtout les investissements croissants dans le domaine des neurosciences qui contribuent à la transformation définitive de la psychiatrie en une science compatible avec l'ordre néolibéral, et cela à l'aide des méthodes quantitatives de recherche qui y sont privilégiées.

La communauté universitaire – celle des philosophes, mais aussi celle des neurobiologistes eux-mêmes⁵ – n'a pas tardé à réagir à cette modification symptomatique de l'époque en mettant en garde contre l'universalisation des principes venant des études somatologiques. Elle dénonce des limites de leur méthode et développe une critique en suivant plusieurs axes ; l'un d'entre eux, notamment, convoque les sciences humaines. En effet, depuis déjà un siècle, la psychiatrie défend sa proximité avec les approches psychologiques, philosophiques, anthropologiques et autres. De ce point de vue, c'est la déshumanisation grandissante de la pratique des soins de santé et des recherches psychiatriques qui est pointée du doigt, ainsi que la nécessité d'un retour aux relations humaines qui devraient en constituer le noyau.

En réponse à l'ensemble de ces changements significatifs, diverses stratégies sont adoptées. Un des gestes les plus immédiats consiste à créer des alliances effectives entre les sciences humaines (la philosophie et la psychologie) et les neurosciences pour garder l'ancrage humaniste de la discipline psychiatrique⁶. Notons que, curieusement, le contexte néolibéral se révèle être particulièrement propice pour le travail interdisciplinaire. Formellement, il n'y a aucun obstacle pour inclure les sciences humaines dans les discussions de problèmes saillants. Nous pouvons le voir clairement dans la manière dont a été formulée la définition positive de la santé mentale que nous avons évoquée auparavant. En effet, le discours qui produit ce concept ne se montre pas étranger

⁵ Voir Stanghellini G., « Psychopathology: re-humanizing psychiatry », in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n°127, 2013 ; Boraud T. et Gonon F., « Neurosciences, les limites de la méthode », in *Le monde*, 2013, consulté le 22 juillet 2015.

⁶ La neurophilosophie est un résultat de cette alliance. L'alternative qui consisterait à résigner tout contact avec les neurosciences existe également, mais ne trouve pas vraiment de soutien dans le milieu académique, car elle coupe simplement tout rapport entre les sciences humaines et la psychiatrie. La possibilité de dialogue entre disciplines reste un modèle privilégié et encouragé tant par les acteurs du terrain que par les académiques.

aux valeurs humanistes, qu'il ne cesse au contraire d'afficher, à partir, certes, d'une conception bien précise de l'humain : celle de l'homme comme détenteur d'un capital humain.

Nous tenons alors à souligner que le système néolibéral se distingue par l'habileté remarquable qu'il possède à récupérer le discours auparavant le plus progressiste et à le mettre à son profit. C'est ainsi que des conceptions qui ont produit une véritable révolution « humaniste » dans la pratique médicale au début du siècle passé n'ont plus d'impact aujourd'hui. Cela ne veut cependant pas dire que le terme « humanisme » devient stérile dans ces nouvelles conditions. Par contre, il nous paraît évident qu'il doit être mis en avant et analysé en profondeur avant d'être réintroduit dans le discours. Telle est la seule voie pour ne pas faire passer en contrebande l'idée maîtresse de la raison néolibérale⁷ – celle de l'homme-entreprise – au moment où l'on s'attache à « humaniser » la psychiatrie.

Nous soutenons dès lors que la recherche psychiatrique ne peut pas avancer sans élucidation préalable des concepts qu'elle emploie. Aucun changement réel n'est envisageable tant que nous ne clarifions pas le problème auquel nous croyons être confronté⁸. Tant que nous n'avons pas mis au jour le sens de la parenté entre la psychiatrie et les sciences humaines, la simple insistance sur le fait de la déshumanisation et de l'absence de relations « humaines » risque d'obscurcir la crise qui touche la pratique clinique. Si l'objet de la psychiatrie est effectivement l'homme et le sens qu'il donne à la santé mentale et à la folie, nous ne pouvons pas nous permettre de nous replier sur l'évidence prétendue des rapports « humains » entre le médecin et son patient, rapports qu'il s'agirait simplement de réintroduire contre la raison néolibérale.

Dans la présente étude, nous nous donnons alors pour objectif d'explorer le sens de la psychiatrie en tant que science de l'humain. À cette fin, nous allons nous pencher sur le tournant phénoménologique de la psychiatrie qui remonte au début du XX^e siècle et qui a marqué profondément l'histoire de la discipline. Bien que le processus d'humanisation, au sein des disciplines médicales, a été le résultat de la combinaison de plusieurs approches théoriques et pratiques, c'est en effet la naissance de la psychiatrie et de la psychopathologie phénoménologiques qui est

⁷ Dardot P. et Laval C., *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2009.

⁸ Ainsi nous devons préciser que notre travail ne propose ni une critique de la situation actuelle de la psychiatrie ni un programme de sortie de la crise qui frappe cette dernière. L'objectif de notre travail est plutôt propédeutique à une critique de la raison néolibérale.

considérée comme l'une des plus grandes contributions à ce processus. Le but de notre recherche consiste donc à montrer ce que l'adoption de la méthode phénoménologique a apporté de spécifique à la psychiatrie et à la psychopathologie, en mettant en évidence le potentiel critique et constructif de cette méthode pour la transformation de la pratique clinique.

Ce travail préliminaire nous paraît nécessaire, notamment en raison de la tendance à comparer la situation actuelle de la psychiatrie à celle du siècle passé : si, auparavant, l'apparition de la phénoménologie a joué un rôle décisif, la réappropriation de l'approche phénoménologique aujourd'hui pourrait-elle, encore une fois, aider à résoudre ces problèmes ? Pour pouvoir aborder cette question, il nous paraît indispensable de saisir préalablement le sens de cette adoption.

Afin de dégager le changement de paradigme opéré lors de l'application de la nouvelle méthode, nous allons commencer notre étude en prêtant attention au projet de la *Daseinsanalyse* de Ludwig Binswanger, une figure éminente dans l'histoire de la psychiatrie et l'un des premiers médecins à s'intéresser sérieusement à la phénoménologie. Il développe d'une manière originale, dans sa pratique clinique et ses recherches théoriques, l'idée de la possibilité de nouer un contact direct entre le patient et le médecin.

Notons néanmoins que, même si nous proposons de nous pencher sur un moment concret dans l'histoire de la psychiatrie, l'enjeu de notre analyse est loin d'être purement historique. Il ne saurait question, dans le cadre de ce travail, d'étudier de façon complète et exhaustive le projet de la *Daseinsanalyse*, et encore moins l'ensemble des mouvements, proches de cette inspiration phénoménologique, qui surgissent au même moment où Binswanger formule les bases de son approche.

Le but de notre étude consiste à dégager la forme sous laquelle la phénoménologie a été convoquée sur le terrain psychiatrique. L'événement de la rencontre avec la personne folle sera au centre de notre investigation, car c'est avec la conversion du regard porté sur le patient, propre à l'assomption de l'attitude phénoménologique, que commence la transformation de la psychiatrie. Or, lorsque nous posons le problème dans ces termes, se manifeste l'aspect double de notre sujet. Si la phénoménologie apparaît dans le champ psychiatrique afin de donner une nouvelle perspective sur l'expérience du malade, il faut en effet

comprendre cette expérience à partir du double sens du génitif⁹ : il s'agit, d'une part, d'analyser l'expérience faite par la personne atteinte de folie et, d'autre part, de mettre en évidence l'expérience faite par le psychiatre en présence de son patient.

Cependant, dès les premières études qui relèvent du domaine de la psychiatrie phénoménologique, nous constatons un effacement systématique du sens du *genitivus objectivus* au profit de celui du *genitivus subjectivus*. Sans mettre complètement hors-jeu la figure du soignant, ces recherches la prennent en compte, d'une manière générale, de telle façon qu'elle devient auxiliaire par rapport à celle du soigné. L'analyse phénoménologique est en effet perçue comme un examen du vécu de la personne en état de folie par le biais de l'expérience qu'en fait le médecin, au sens où celui-ci se porte garant de l'effectivité de l'examen – il fournit un accès direct à l'expérience d'autrui.

Une des hypothèses directrices de notre travail consiste à dire que cette image de la méthode phénoménologique ne rend pas justice à l'originalité de celle-ci et surtout à sa pertinence pour la pratique clinique. Il est vrai que, présentée comme une opération descriptive et qualitative, la phénoménologie donne des moyens pour faire le contrepoids aux modèles explicatifs hérités de la médecine. Mais si nous nous limitons à formuler le dilemme que la psychiatrie s'engage à résoudre comme celui du choix entre approches normatives et descriptives – en affirmant que ces dernières préservent son objet qui est l'expérience de la vie humaine dans toute sa diversité – ne risquons-nous pas de méconnaître l'apport de la phénoménologie à la discipline psychiatrique ? Poser la question ainsi laisserait absolument de côté le rôle du psychiatre en tant que personne qui adopte une nouvelle méthode afin d'enrichir la connaissance de sa pratique et d'améliorer cette pratique même.

L'hypothèse directrice de notre travail pourrait alors être posée comme suit : le sens de l'application de la phénoménologie doit être recherché dans la manière dont la nouvelle approche est mise en œuvre, c'est-à-dire dans la façon dont la psychiatrie prévoit de *faire* de la phénoménologie dans le cadre clinique. C'est dans cette perspective que nous allons nous pencher sur les textes de Ludwig Binswanger. Notre objectif consistera à dégager dans ses analyses le lieu d'où le psychiatre-phénoménologue nous parle et à pointer du doigt la manière dont il emploie la méthode phénoménologique.

⁹ Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 50.

La difficulté de cette démarche consiste à savoir prendre la juste mesure de la présence de l'auteur dans les études qu'il livre au lecteur. À cela s'ajoute le fait que la phénoménologie ne se limite pas à une approche purement théorique qui pourrait être enregistrée à chaque instant de son déroulement. La décision de se mettre sur la voie de la phénoménologie, en faisant le premier pas de l'*epochè* de l'attitude naturelle, implique une transformation qui concerne non seulement une position professionnelle, mais bien plutôt toute la personnalité, la manière de vivre du sujet. Il convient donc de souligner dès à présent la spécificité de la situation que nous nous proposons d'analyser dans la première partie de notre étude : celle du psychiatre Binswanger lorsqu'il entreprend lui-même l'adoption de l'attitude phénoménologique. À dire les choses ainsi, on comprend qu'il est difficile de fixer le passage à la nouvelle posture dans les textes de Binswanger, dans la mesure où il est lui-même, en tant que philosophe, en train de le vivre.

Malgré le fait que Binswanger nous livre des clés importantes pour comprendre où se situe le problème, le cadre de travail offert par ses textes reste, à notre sens, limité, dans la mesure où sa vision du rapport clinique se focalise sur la figure d'autrui et sur la nécessité de trouver un accès effectif à son vécu. C'est pourquoi nous devons faire appel à d'autres sources philosophiques pour approfondir l'analyse de l'expérience de la folie – au sens de *genitivus objectivus*, c'est-à-dire celle que fait le médecin. Nous poursuivrons donc l'examen en mettant en avant l'idée que la phénoménologie, en proposant la description en première personne, vise avant tout celui qui entreprend l'analyse. De la sorte, nous évitons de centrer la réflexion sur l'expérience de la folie telle qu'elle est vécue par son patient.

Ainsi, alors que la première partie de notre travail sera consacrée exclusivement à l'étude du projet binswangerien, dans la deuxième partie, plusieurs auteurs joueront un rôle déterminant pour nous. C'est, d'abord, à l'aide des philosophies d'Henri Maldiney et d'Emmanuel Levinas que nous approfondirons nos analyses. En indiquant sur quels points leurs pensées se rejoignent et se fortifient mutuellement, nous allons montrer qu'il en ressort une conception de la vie subjective selon laquelle celle-ci se déploie dans un rythme d'éclatements et de reconfigurations animé par les confrontations aux événements critiques. Mais, tandis que les réflexions des philosophes français sont habituellement évoquées afin de décrire la particularité de l'expérience de la personne atteinte de folie, nous tâcherons de voir ce que nous apporte l'idée de la

subjectivité en tant qu'elle est sans cesse exposée à la crise, c'est-à-dire au risque de son propre évanouissement, pour comprendre la situation du médecin.

Nous allons nous attacher tout particulièrement à la question du vécu du psychiatre posé en tant que tel, c'est-à-dire à partir de ce qu'il signifie pour lui-même. Cela implique de faire abstraction, dans une certaine mesure, de la manière dont ce vécu se rapporte ou correspond à l'expérience d'autrui. La philosophie d'Emmanuel Levinas sera notre guide pour développer cette perspective. C'est en effet chez lui que nous apprenons le sens de la différence qui existe entre l'expérience d'autrui et l'expérience d'autrui telle qu'elle est vécue par moi-même. Grâce à la phénoménologie, poussée cependant au-delà des limites prescrites par son fondateur, cette différence peut être saisie en ce qu'elle est fondamentale pour le processus de subjectivation : la souffrance de l'autre personne non seulement peut être intelligible pour moi, mais, avant tout, elle m'importe, elle a une signification pour moi qui dépasse le simple fait que je suis moi aussi capable éprouver la souffrance. Il ne suffira donc pas de parler avec Maldiney et Levinas de la crise qui accompagne la rencontre avec l'altérité en tant qu'elle est constitutive de la vie subjective et, en cela, en tant qu'elle nous permet de reconsidérer l'expérience psychotique : nous viserons surtout à dégager comment cette crise ne cesse d'affecter le psychiatre lui-même, comme sujet confronté à la rencontre critique avec l'altérité.

Un autre auteur tiendra une place importante dans nos réflexions – Giorgio Agamben. Nous estimons qu'en reprenant son appareil conceptuel nous pourrions clarifier davantage le changement de perspective que nous voulons mettre en œuvre dans l'analyse de la situation clinique. En effet, en posant la question de la manière dont les concepts – notamment, ceux d'homme, de normal et de pathologique – opèrent dans un discours, il permet de jeter une lumière sur celui qui adhère à un mécanisme conceptuel. Approché sous cet angle, le médecin, lorsqu'il devient phénoménologue, apparaît comme celui qui élabore un nouveau discours en l'articulant avec ceux qui existent déjà, en particulier celui de la psychiatrie psychopathologique.

Cela étant, notre intérêt pour la philosophie d'Agamben ne porte pas exclusivement sur sa méthodologie. La logique qui soutient le raisonnement du penseur italien – et qu'il partage à notre avis avec Levinas et Maldiney – permet de dégager, dans l'approche phénoménologique, l'idée de la suspension des concepts comme un événement fondateur. Notre hypothèse consistera donc à préciser que le moment d'application de la méthode phénoménologique dans le

champ psychiatrique devrait être analysé en tant que moment de changement paradigmatique ; ce qui signifie que ce renversement se produit face à une crise conceptuelle provoquée par l'expérience de la rencontre avec la folie. Nous montrerons que l'intervention de la phénoménologie, de ce point de vue, ne se limite ni à remplacer par un nouveau discours celui de la psychiatrie psychopathologique, ni à approfondir la connaissance possédée sur l'expérience de l'autre en ouvrant la possibilité d'adopter sa perspective. La phénoménologie entre en scène au moment où l'expérience de la folie crée un décalage, chez un psychiatre, par rapport à son savoir et à sa manière de se rapporter aux autres : elle ne vient pas pour *apporter* une nouvelle idée de l'homme, de la santé ou de la folie, mais elle travaille pour dévoiler la façon dont leur sens advient, se précise et se sédimente dans des conditions données de la rencontre clinique.

Ainsi, après avoir cerné, dans la première et deuxième parties, la perspective selon laquelle il convient, à notre sens, d'aborder le thème de la rencontre clinique, en prenant en compte la particularité de la situation du médecin, nous ouvrirons un troisième volet de notre recherche, dans lequel nous étudierons la portée « humaniste » de l'adoption de la méthode phénoménologique dans le domaine de la psychiatrie.

La première chose qui saute aux yeux, au moment où l'on se penche sur l'appel à l'humanisation de la psychiatrie, est le fait que cet appel ne formule souvent que vaguement ce à quoi il appelle : à respecter l'homme et à veiller à sa bienveillance, à créer un cadre favorable pour l'épanouissement des rapports humains, etc. De ce point de vue, la clinique à taille humaine est celle qui met le patient au centre de l'attention pour respecter son individualité et son vécu qui, avant d'être un vécu pathologique, est celui d'un l'humain et se trouve, par conséquent, partageable. La dimension problématique de cette position réside dans le fait qu'elle voit la psychiatrie phénoménologique comme approche fixée sur le patient : l'humanisation de la psychiatrie consisterait, dès lors, à opposer au regard objectivant, une approche humaine, celle qui voit, avant tout, l'humain dans l'autre personne. Or le fait de se pencher sur la figure du médecin et d'examiner son expérience de la folie nous permet de comprendre que l'idée du rapport humain ne va pas de soi, voire que cette idée se trouve mise en question lors d'une rencontre avec un fou.

Au autre aspect de la philosophie de Levinas nous servira principalement de guide principale lors des analyses de la dernière partie. La radicalité de sa pensée de l'éthique nous apprend que ce qui constitue le fondement de toute

thérapie n'est pas quelque chose qui nous serait commun. Au fond de la proximité entre moi et autrui, il n'y a rien de ce que l'on pourrait désigner en tant que ceci ou cela. L'humanité qui se dévoile grâce à l'attitude phénoménologique est celle du sens qui me parvient d'autrui et me transforme en sujet éthique, responsable pour lui. La communauté où je suis « avec le fou », n'est donc pas celle où je découvre la proximité structurelle entre mon expérience et son expérience, mais celle où je vis leur différence. C'est précisément à travers ce vécu qu'autrui, en réalité, ne me laisse pas indifférent et que je me retrouve intimement lié à lui.

Ainsi, la question à laquelle nous serons confronté au terme de nos analyses se formulera comme suit : comment concevoir cette « communauté dans la différence » avec autrui ? Et comment concevoir la pratique clinique qui s'appuierait sur cette compréhension de la communauté ? Ces questions nous amèneront à ouvrir quelques pistes pour concevoir une pratique clinique « humaniste » d'inspiration phénoménologique.

Première partie.

L'approche daseinsanalytique
au problème du rapport avec
le malade et ses apories

Introduction à la première partie

Le terme « psychopathologie phénoménologique » jouit aujourd'hui d'une reconnaissance certaine autant de la part des spécialistes des troubles psychiques, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, etc., que de la part des philosophes qui travaillent dans le courant de la phénoménologie. En fonction du champ à partir duquel nous évoquons le terme en question, nous pouvons l'entendre au moins de deux manières différentes. Pour la phénoménologie, sa coopération avec la psychopathologie donne accès à une nouvelle région d'être qui lui dévoile des profondeurs jusque-là inexplorées. En mettant le doigt sur les expériences où l'homme est dépossédé de ses capacités les plus propres, la phénoménologie revoit alors le tableau qui dépeint l'existence humaine. Elle y déplace des accents et introduit des nuances pour révéler ses points sensibles et préciser ainsi sa structure fondamentale. Quant à la psychopathologie, elle s'inspire à son tour des découvertes faites par le regard phénoménologique qui se penche sur la vie intérieure du patient et qui contribue à approfondir et même à revoir la nosologie et la nosographie pathologique. Tout cela aide à renforcer par ailleurs la légitimité de la psychopathologie. Grâce à la véritable prise en compte du vécu de l'autre, elle (et avec celle-ci évidemment la psychiatrie) devient, dit-on, plus humaniste. Et en même temps, elle trouve de nouvelles sources pour appuyer sa prétention à la scientificité, dans le dépassement par les sciences humaines de sa fondation exclusive sur le couple de l'explication causale et de l'observation empirique.

L'union de la psychopathologie et de la phénoménologie semble donc suivre un intérêt mutuel. Cependant, ce n'est qu'une face de la médaille, car avec le gain procuré par la confluence des forces, autant la première que la deuxième sont obligées de céder sur des points importants. Effectivement, si la phénoménologie est appelée à approfondir les concepts psychopathologiques, le terrain propre à la psychopathologie lui reste inaccessible tant qu'elle n'a pas reconnu la légitimité de ses prémisses. Supposée d'être sans parti pris, la

description phénoménologique doit pouvoir prendre en considération – même sous un statut provisoire et technique – le cadre édifié par la psychiatrie. De même, pour la psychopathologie, intégrer les descriptions phénoménologiques n'est pas non plus une tâche sans peine. Il existe une vraie césure entre les deux discours : là où le phénoménologue se contente d'affirmer la différence de l'expérience que fait autrui, en le décrivant dans les termes d'intensification ou d'affaiblissement, de rupture, voire d'anéantissement, bref de transformation structurelle, le psychopathologue doit trancher, et cela dans les termes qui lui sont propres et essentiels, ceux de normal et de pathologique. Ces considérations nous amènent à soutenir que le concept de psychopathologie phénoménologie ne va donc pas de soi et que le passage d'un discours à l'autre présente un véritable problème. Comment, dans ces conditions, pouvons-nous définir la position de la phénoménologie dans son approche de la psychopathologie et inversement ? Mais encore : que reste-t-il de la phénoménologie et de la psychopathologie dans la psychopathologie phénoménologique ?

Nous soutenons que l'association entre la psychopathologie et la phénoménologie n'est pas une affaire résolue : si les deux termes s'unissent dans une cause commune ce n'est pas en tant que vieux amis retrouvés, mais plutôt comme deux adversaires de forces égales qui s'affrontent et se voient forcés de négocier. Dans quelle langue et sur quel terrain se fait le dialogue entre ces deux disciplines ? Cette question nous conduit tout droit vers l'aporie que constitue la notion de psychopathologie phénoménologique, aporie qui s'avère dès lors être à double tranchant.

En effet, quand Binswanger formule les bases de la *Daseinsanalyse*, un projet qui participera à la rénovation de la psychiatrie sur la base de la psychopathologie phénoménologique, son but ne consiste pas à remplacer la psychopathologie par l'analyse existentielle. Pour peu que chacune d'entre elles prétende procurer une description de l'expérience pathologique adéquate et utile pour la pratique psychiatrique, elles se présentent pour lui en tant que deux mouvements se déroulant sur deux plans différents à partir de prémisses diverses. Le phénoménologue ne veut donc pas prendre la place du psychopathologue. La raison pour ceci ne se trouve pourtant pas là où on croirait la trouver : comme si le phénoménologue cherchait uniquement à réveiller le psychopathologue de son sommeil dogmatique, à mettre entre parenthèses tout ce qui jusque-là lui semblait évident pour ensuite revenir sur sa pratique avec le regard réfléchi. Même si tout cela est vrai par ailleurs, associer la phénoménologie et la psychopathologie sous

le titre de la psychopathologie phénoménologique n'est pas sans équivoque, parce qu'elle présente un risque majeur qui consiste à voiler la spécificité de la méthode phénoménologique à laquelle s'intéressent, au début du XX^e siècle, les psychiatres germanophones et francophones.

La préférence donnée à la phénoménologie dans la situation où il était question de refonder la psychiatrie signifiait que la nouvelle approche philosophique mettait en œuvre une pratique véritablement novatrice qui permettait effectivement de redéfinir l'objet d'étude psychiatrique, sa méthode et le sens même de la scientificité. On escamoterait donc la particularité de la méthode phénoménologique si l'on réduisait son apport pour le champ psychiatrique au remaniement des tableaux nosographiques ou nosologiques, ou encore à l'humanisation du discours médical, voire au refus de celui-ci. On laisserait surtout de côté ce que veut dire pour le psychiatre *faire* de la phénoménologie. Selon notre hypothèse, c'est dans ces termes que le problème du rapport entre la phénoménologie et la psychopathologie doit être posé, car la conversion dont il s'agit n'équivaut pas au simple apprentissage de nouvelles notions. En revanche, c'est tout un comportement humain – avec ses visées et ses limites, sa normativité et sa flexibilité –, qui est alors en jeu dans ce que la phénoménologie elle-même appelle une nouvelle *attitude* envers le monde et les autres.

Chapitre 1 : Nouvelle méthode

Son édification et son élaboration, l'analyse existentielle les doit donc à l'effort, au désir de comprendre de façon nouvelle, scientifiquement, ce à quoi ont affaire la psychopathologie et la psychiatrie [...] Or ce à quoi la psychiatrie et la psychothérapie ont affaire en tant que science, c'est, comme on sait, l'« homme », non pas, en premier lieu, l'homme psychiquement *malade*, mais *l'homme*.¹⁰

Nous consacrons le présent chapitre à présenter les principes fondamentaux de la *Daseinsanalyse*. Sans prétendre restituer dans tous les détails le parcours de son fondateur Ludwig Binswanger, nous commencerons par considérer le moment de la formulation de sa méthode au sein des discussions de son époque autour du statut scientifique de la discipline psychiatrique. Ensuite, nous verrons comment, grâce à l'adoption de la méthode phénoménologique naissante, le psychiatre découvre une nouvelle manière d'aborder la maladie mentale en donnant une nouvelle définition de son objet. Dans les pages qui suivent, nous nous donnons alors pour but de suivre le psychiatre suisse dans l'élaboration de son approche anthropologico-phénoménologique fondamentale qui s'attache à dévoiler la structure apriorique de l'existence comme être-au-monde, seule capable, à son avis, de rendre compte de la façon dont la maladie mentale touche l'homme. Ce chapitre introductif servira de base à notre analyse conceptuelle à venir où, après avoir exploré les nouveaux champs d'études qu'offre la méthode phénoménologique à la psychiatrie, nous explorerons les enjeux proprement phénoménologiques de la *Daseinsanalyse*.

¹⁰ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1971, p. 115.

1.1. La naissance de la *Daseinsanalyse* : les fondements de la science psychiatrique

Dès le début du XXe siècle, avec les progrès de la psychopathologie et de la psychologie, l'impossibilité de traiter de la schizophrénie et de la psychose uniquement dans des termes organicistes devient de plus en plus évidente. En même temps, abandonner définitivement le modèle neurologique signifierait quitter le champ balisé de la médecine et risquer de renoncer à toute prétention scientifique. Car si le problème est effectivement psychique, qu'en est-il de l'objectivité du savoir qui porte sur la maladie en question ? Un problème difficile se pose avec acuité pour les médecins sensibles à la conjoncture : sous quelle forme pourrait-on envisager de prendre en compte la nature subjective des actes psychiques tout en répondant aux exigences de la scientificité ? Le recours à la méthode phénoménologique qui marque le grand tournant dans l'histoire de la psychiatrie et auquel participe alors Ludwig Binswanger présente sans aucun doute une tentative de répondre à cette question. La phénoménologie fournira notamment deux idées clés pour résoudre le problème : d'abord, celle de l'expérience vécue de l'un comme accès à l'expérience vécue de l'autre (en corrélation avec les données objectives), et puis celle de la normativité intrinsèque de la folie, et d'un jeu d'écart entre « normal » et « pathologique ».

Nous insistons donc d'entrée de jeu sur le fait qu'un des problèmes centraux pour Binswanger était celui de la possibilité de fonder une science de la singularité irréductible à un savoir purement quantitatif. Nous gardons alors une certaine distance face à la lecture dominante de l'œuvre binswangerienne. Selon de nombreux commentateurs, c'est en se confrontant à l'insuffisance de la psychanalyse que le psychiatre suisse se tourne vers la phénoménologie de Husserl et ensuite vers l'ontologie heideggérienne¹¹. Nous appelons cette lecture « heideggérienne », car selon ses propres dires, c'est grâce à la philosophie de Heidegger que le psychiatre suisse parvient à développer pleinement ses idées, l'approche propre de Binswanger étant alors présentée comme un champ de bataille entre la psychanalyse et la phénoménologie.

¹¹ Pour la présentation générale de l'œuvre binswangerienne et de sa place dans l'histoire de la psychiatrie phénoménologique : Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, Chatou, Les Éditions de la Transparence, 2009 ; Cabestan P. et Dastur F., *Daseinsanalyse. Phénoménologie et psychiatrie*, Paris, Vrin, 2011 ; Charbonneau G., *Introduction à la psychopathologie phénoménologique. Tome I*, Paris, MJW Édition, 2010 ; voir également le Numéro 21/ 1995 des *Etudes Phénoménologiques* consacré à Ludwig Binswanger.

Certes, ces trois figures majeures du XX^e siècle : Freud, Husserl et Heidegger – ont exercé une influence considérable sur la pensée de Binswanger. On pourrait même distinguer plusieurs étapes dans le développement de la méthode binswangerienne selon l’auteur à chaque fois dominant : d’abord, le tournant de Freud à Husserl, ensuite, le passage de Husserl à Heidegger, et enfin le retour à Husserl. Nous n’allons pas nous arrêter sur les innombrables précisions que la justification de ce parcours demanderait¹². Nous nous contenterons de souligner que l’intérêt de Binswanger envers l’un ou l’autre penseur n’a jamais été déterminé exclusivement par la force des arguments qu’ils proposaient. Au fond de l’évolution de sa pensée se trouve le problème « épistémologique » propre de la discipline psychiatrique qu’il cherchait, certes, à résoudre à l’aide des auteurs mentionnés, mais qui, en même temps, dépassait largement le cadre qu’ils offraient¹³.

C’est alors plutôt du côté de cette lecture épistémologique que nous nous tiendrons dans notre présentation du projet binswangerien. Notre intérêt pour cette lecture en particulier s’explique par la distance qu’elle propose par rapport aux lectures que nous appelons heideggériennes, mais qu’il serait plus juste d’identifier comme des lectures herméneutiques. Dans notre travail, nous suivrons l’hypothèse d’une autre lecture possible, qui vise à rechercher la manière dont la phénoménologie se déploie sur le terrain psychiatrique.

Si l’on adopte la perspective « épistémologique », l’on comprend que la psychanalyse n’a pas été, à proprement parler, dépassée par la phénoménologie.

¹² Nous trouvons une discussion à ce sujet, par exemple, dans Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, notamment dans le chapitre 1.

¹³ Nous distinguons à côté d’une lecture heideggérienne ou plus généralement phénoménologique, une lecture épistémologique de l’œuvre binswangerienne qui grâce à l’analyse historique minutieuse de la situation scientifique de l’époque reconstruit le fondement du projet de la *Daseinsanalyse*. Ainsi, pour Elisabetta Basso, restituer le cadre des problèmes épistémologiques auquel est confronté le psychiatre Binswanger, permet de revoir en profondeur l’apport de sa philosophie et, notamment, son actualité pour les recherches de nos jours : « C’est pourquoi réinterroger le projet psychiatrique qui est à la base de la *Daseinsanalyse* aura pour nous moins le sens d’une reprise nostalgique d’une phénoménologie “existentielle” désormais datée, que celui d’ouvrir l’espace problématique d’une *histoire épistémologique* qui renvoie le propos de Binswanger au-delà de l’hagiographie du “psychiatre heideggérien”, et qui vise à dégager les problèmes et les enjeux qui furent à l’origine du modèle méthodologique qu’il élaborera pour la psychiatrie à partir de la première décennie du XX^e siècle ». Basso E., « Le rêve comme argument. Les enjeux épistémologiques à l’origine du projet psychiatrique de Ludwig Binswanger », in *Archives de Philosophies*, vol.73, n°4, 2010, p. 657. Voir également Basso E., « From the Problem of the Nature of Psychosis to the Phenomenological Reform of Psychiatry. Historical and Epistemological Remarks on Ludwig Binswanger's Psychiatric Project », in *Medicine Studies*, n°4, 2012, pp. 415-432 ; Lanzoni S., « An epistemology of the Clinic : Ludwig Binswanger's Phenomenology of the Other », in *Critical Inquiry*, vol.30, n°1, 2003, pp. 160-186.

La rencontre avec Freud a plutôt été un premier pas dans une voie qui a été ensuite traversée par de divers chemins. Autrement dit, quand Binswanger se sert des textes de Freud, il est toujours question pour lui avant tout du statut scientifique de la psychiatrie. Il voit en effet dans la nouvelle méthode de compréhension basée sur l'interprétation un moyen de tenir ensemble les éléments qui jusque-là semblaient incompatibles. Grâce à la psychanalyse, il devient possible, d'une part, de faire ressortir, dans le regard sur le malade et la maladie, le côté subjectif – garanti par les fondements expérimentaux de la compréhension –, et d'autre part, de préserver le côté objectif, systématique du travail psychiatrique¹⁴.

La base expérimentale a été assurée notamment par la mise au premier plan de l'appréhension directe de la personne, de son comportement – ses expressions, ses mimiques et ses gestes qui lui donnent une teneur particulière et qui peuvent être saisis immédiatement par la perception. Tant il est vrai que les sciences de l'homme n'ont jamais perdu de vue ce fondement, la vertu de Freud qui inspirait alors Binswanger, était d'avoir remplacé « l'observation sporadique » des faits perceptibles par « l'observation systématique »¹⁵. Le nouveau regard sur les choses offrait alors une compréhension inédite étant donné qu'il était accompagné par la procédure d'interprétation qui au lieu de viser l'objet réel d'appréhension recherchait derrière eux le sens qui donne l'unité aux phénomènes divers.

Il est difficile de dire si l'hésitation qui envahit progressivement Binswanger à l'égard de la théorie freudienne vient plutôt de l'insatisfaction théorique ou de la déception sur le plan de la pratique. D'une part, surtout après son tournant phénoménologique, Binswanger soulignera avec force le manque de fondement anthropologique et notamment le naturalisme de la psychanalyse¹⁶. D'autre part, on aurait tort de sous-estimer les obstacles affrontés par le psychiatre devant la tâche de « réaliser » l'analyse freudienne. L'hôpital de Burghölzli, dans lequel Binswanger commence son parcours professionnel, est, en effet, l'un des premiers établissements où la psychologie dynamique naissante est testée systématiquement.

C'est à ce moment-là que Binswanger rencontre Freud pour la première fois. À l'opposé du public viennois, qui reste dans sa majorité méfiant envers le

¹⁴ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud. Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1970, pp. 163-164.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, p. 237.

projet freudien, le psychiatre suisse s'enthousiasme immédiatement pour la possibilité d'appliquer les idées psychanalytiques à la pratique clinique. D'autant plus que sa position professionnelle – celle de directeur de la clinique Bellevue, le poste qu'il hérite très tôt de son père – lui permet d'en réaliser un essai. Or, la routine hospitalière ne tarde pas à révéler à Binswanger les faiblesses de la psychanalyse : il s'avère difficile de trouver des malades disposés à entreprendre une analyse promettant d'être longue et demandant un investissement psychologique important¹⁷. Dans ces conditions, Binswanger se décourage alors assez vite.

Cet élément, au premier regard strictement biographique nous paraît très important, car il nous rappelle l'ancrage pratique de la pensée binswangerienne et de ses choix méthodologiques. Psychiatre de troisième génération, Binswanger affronte la maladie d'abord et surtout en tant que médecin. Ainsi, selon l'avis de Roland Kuhn, c'étaient avant tout les « douloureuses expériences » de sa pratique clinique – en particulier plusieurs cas de suicide de ses malades – qui ont amené Binswanger « à la recherche scientifique d'une amélioration de la psychiatrie »¹⁸. Nous inclinons également à penser que c'est l'expérience de l'échec sur le terrain qui incite Binswanger à réfléchir sur les enjeux de la psychiatrie. Ce fait est manifeste dans la manière dont il pose la question de l'action psychothérapeutique : si nous concevons la psychothérapie comme une action unilatérale, allant du médecin au patient, où celui-ci est réduit au statut d'objet « animé »¹⁹, si la psychothérapie n'est qu'un « service rendu à une cause »²⁰ où le médecin est vu uniquement à partir de sa fonction de thérapeute, il est impossible

¹⁷ Dans un texte qu'il consacre à Freud, Binswanger se souvient qu'au début de sa carrière il « [...] croyait encore que presque chaque patient devait être analysé, et cela après les expériences faites dans 'l'analyse du talon'. Il m'a fallu dix ans de dur labeur et de déceptions, pour reconnaître que seule une certaine fraction de nos patients se prête à l'analyse ». Binswanger L., *Souvenirs sur Sigmund Freud*, in *ibid.*, p. 295. Voir aussi Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, p. 17. Susan Lanzoni rapporte également que « En 1913, dans la lettre au psychiatre berlinois et l'adversaire de la psychanalyse Hermann Oppenheim, Binswanger a délimité fermement la possibilité d'appliquer la thérapie psychanalytique à une très petite portion de sa clientèle ; seulement ceux qui possédaient une structure morale intacte, un bon niveau d'intelligence et avaient moins de trente cinq ans, pourraient en profiter. Cela réduisait la quantité de personnes éligibles à quatre ou cinq parmi environ quatre vingt patients d'asile ». Lanzoni S., « An epistemology of the Clinic: Ludwig Binswanger's Phenomenology of the Other », p. 168. Nous traduisons.

¹⁸ Kuhn Roland, « L'œuvre de Ludwig Binswanger, son origine et sa signification pour l'avenir », in Fédida P. et Wolf-Fédida M., *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2004, p. 36.

¹⁹ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 120.

²⁰ *Ibid.*

de comprendre comment la psychothérapie est capable d'agir réellement²¹. Il faut donc faire attention à ne pas rabattre la situation thérapeutique à même considérée dans toute sa complexité au processus technique. Or la psychanalyse, selon Binswanger, se rapproche justement d'une pareille vision des choses où l'effet thérapeutique dépend totalement des outils techniques. Freud semble partisan de cette idée lorsqu'il propose à Binswanger de raccourcir la cure afin d'avoir « un outil thérapeutique plus pratique »²².

1.2. L'adoption de la méthode phénoménologique

Après quelques années d'essai, le projet freudien est révoqué en doute par Binswanger, autant que sur le plan pratique, que sur celui de la théorie. À ce moment, il est vrai que tout se passe comme si Binswanger trouve dans les concepts phénoménologiques issus des textes husserliens et puis heideggériens une réponse à des questions auxquelles la psychanalyse ne sait pas répondre.

Le mot psychothérapie est une expression technique. Comme tout néologisme scientifique, il est redevable de sa création et de son sens à un choix, abstraitement effectué, d'objectif bien précis, ici d'objectif concernant la connaissance et les résultats de la psychiatrie clinique et se rapportant à une certaine sphère d'être. La sphère en question est la sphère de l'être dans une intersubjectivité, dans un juste rapport avec autrui ou de l'être avec le monde communautaire (*Mitwelt*). Dans toute forme de psychothérapie médicale, deux hommes se font face, deux hommes, d'une façon ou d'une autre, « se réfèrent l'un à l'autre en une réciproque dépendance », deux hommes, d'une manière ou d'une autre « s'expliquent l'un avec l'autre ».²³

La possibilité de la psychothérapie ne repose donc pas sur un secret ou sur un mystère, comme on pouvait l'entendre, en somme sur rien de nouveau ou d'inhabituel, mais au contraire sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde, l'être avec et pour l'autre.²⁴

Nous proposons de voir le « tournant » vers la phénoménologie comme une tentative de rendre justice au *contexte concret* dans lequel se déploie l'action thérapeutique. Il est vrai que déjà grâce à la rencontre avec la psychanalyse Binswanger procède à l'analyse qui fait ressortir la subjectivité du patient. Toutefois, la mise en perspective phénoménologique permet d'avoir une vision plus complète de la situation clinique à laquelle le patient participe, en tant que toujours déjà pris dans un rapport au monde et aux autres. En s'appuyant sur la

²¹ Il faudrait tout de même rendre justice à Freud et souligner le caractère simplifiant de cette présentation dont Binswanger se sert, sans doute, pour des fins méthodologiques. Freud S., *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1953.

²² Lettre de Freud du 12 février 1911, in Binswanger L. et Freud S., *Correspondance 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 125.

²³ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 120.

²⁴ *Ibid.*, p. 122.

phénoménologie, Binswanger trouve un nouveau, ou plutôt, le vrai objet de la psychiatrie. Celui-ci ne relève ni d'une lésion cérébrale, ni d'un déséquilibre de la dynamique psychique, mais de la manière d'être du patient, de son *Dasein*.

La psychiatrie comprend alors sa propre tâche comme celle de la « science du singulier », à savoir d'« une théorie psychiatrique pour laquelle les catégories scientifiques et philosophiques ne sont pas pures, mais sont toujours sollicitées et intimement lié à des expériences incarnées et situées dans un contexte qui résiste à la catégorisation [...] »²⁵. Le risque de la triple réduction qui menace l'analyse de la situation clinique et auquel se trouve encore exposée l'approche freudienne, est alors définitivement écarté. Dans le regard qui vise le singulier, les trois éléments fondamentaux – la situation du patient, la position du thérapeute et le rapport entre eux – sont préservés suite à une mise en avant de l'expérience de chacun en tant qu'elle se constitue dans un rapport vivant interpersonnel. Il devient, dès lors, possible, dit Binswanger, que ce rapport soit étudié à partir de l'être-ensemble du patient et du thérapeute.

Or, non seulement, la phénoménologie pousse la psychiatrie à aller plus loin dans l'analyse du singulier, mais elle lui donne également les moyens de ne pas déroger aux exigences de scientificité. Car cette vision plus complète de la situation qu'elle propose est en fait un regard visant l'essence de la maladie mentale ou, en d'autres mots, les conditions de possibilité de ce type d'expérience particulier que la psychiatrie aborde sous les termes du pathologique. La phénoménologie élève donc la psychiatrie au niveau de la science transcendantale qui dévoile le fondement ultime des phénomènes en perçant jusqu'aux profondeurs des choses-mêmes :

La question est seulement de savoir si la psychopathologie peut se contenter de ce point de vue descriptif-psychopathologique (et de sa *signification* purement fonctionnelle), point de vue qui, pour la clinique et surtout pour l'appréciation médico-légale, doit rester un critère normatif ou bien si, dans l'intérêt de la pure recherche, elle ne doit pas se laisser conduire par d'autres points de vue, plus profonds. Nous-mêmes sommes de cette dernière opinion et croyons que la psychopathologie peut ici, à partir de l'investigation et de la recherche anthropologiques, gagner un point de vue « plus profond ».²⁶

Ce premier exposé concis de la naissance de la méthode binswangerienne révèle que la préférence accordée à la méthode phénoménologique s'explique par le fait qu'à l'aide des concepts phénoménologiques le psychiatre suisse parvient à

²⁵ Basso E., « L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme "science du singulier" », in *Histoire, Médecine et Santé*, n°6, 2015, p. 48.

²⁶ Binswanger L., *Le cas Lola Voss. Schizophrénie. Quatrième étude*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p. 99.

réfléchir sur ce qui est en jeu dans la psychiatrie et qui concerne tout autant son fondement scientifique que sa base expérimentale. Binswanger illustre cette idée en affirmant que le projet de l'analyse existentielle prend sa source dans la recherche « des fondements conceptuels de ce que le psychiatre, d'un point de vue psychologique et psychothérapeutique, perçoit, étudie et "fait au chevet [auprès du lit] du malade" »²⁷.

La phénoménologie est donc convoquée pour alimenter une réflexion conceptuelle sur la théorie et la pratique psychiatriques et ceci sous une double perspective. Premièrement, elle donne à la psychiatrie les moyens de se comprendre elle-même, c'est-à-dire « d'évaluer la réalité, la possibilité et les limites de son projet scientifique de monde et de son horizon de compréhension transcendantale »²⁸ et, deuxièmement, elle lui fournit une nouvelle base « objective et méthodologique »²⁹. Évidemment, ces deux perspectives – d'une part la préoccupation épistémologique concernant son projet scientifique et d'autre part la refondation méthodologique de la psychopathologie – se rejoignent. En ouvrant un nouveau champ d'investigation psychopathologique, la méthode phénoménologique contribue au questionnement de la scientificité de la psychiatrie. Autrement dit, la psychiatrie est amenée à sa propre compréhension à travers l'élucidation de l'objet de ses propres études.

Avant d'aller plus avant dans la présentation du projet binswangerien, nous voulons souligner la manière dont la phénoménologie fait son apparition dans les études de Binswanger. L'intervention de la phénoménologie sur la scène psychiatrique se fait d'abord dans l'« après-coup » : la phénoménologie intervient dans les présentations scientifiques des cas, où elle donne « une manière nouvelle de présenter des "analyses" de cas pathologiques »³⁰. Le rôle de la phénoménologie ne se réduit pourtant pas à une réflexion *post factum*. Bien que l'adoption de la méthode phénoménologique se fasse sous la pression des problèmes propres à la psychiatrie, une fois effectuée, la conversion

²⁷ La traduction que nous utilisons ici se trouve dans le volume *Discours, parcours et Freud*, p. 88. Le texte original provient de l'avant-propos au livre *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*, Berlin, Springer, 1922 : « Die vorliegende Schrift entspringt dem Bestreben, Klarheit zu gewinnen über die begrifflichen Grundlagen dessen, was der Psychiater in psychologischer und psychotherapeutischer Hinsicht "am Krankbett" wahrnimmt, überlegt und tut ».

²⁸ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 247.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Binswanger L., « Entretien avec Jacques Schotte, "Entre Freud et Heidegger : Binswanger à la recherche d'un statut scientifique pour la psychiatrie" », in *Études Phénoménologiques*, n°21, 1995, p. 36.

phénoménologique change la façon même de voir les choses. Elle transforme donc ce qu'on entend par psychiatrie. Cette remarque nous oblige à poser le problème suivant : comment entendre des termes tels qu'« adoption » ou « application » quand nous parlons de la manière dont Binswanger fait appel à la méthode phénoménologique ?

Il est clair qu'au lieu d'appliquer la phénoménologie au champ de la psychiatrie ou de reformuler ses problèmes dans une nouvelle perspective, Binswanger cherche à ouvrir, grâce à la nouvelle conceptualité, de nouvelles pistes pour aborder les problèmes. En même temps, il n'est pas facile de décrire en un mot ce qui se passe, pour ainsi dire, avec la phénoménologie lors de cette opération. Il est évident par exemple qu'il faudrait chaque fois tenir compte des métamorphoses subies par les concepts clés d'ontologie heideggérienne dans le cadre de l'analyse existentielle de Binswanger, et notamment du fait que toute référence à la question de l'être, toute implication ontologique est ici laissée de côté. La terminologie heideggérienne est reconstruite en fonction de la nouvelle pratique – la pratique psychiatrique – et de nouvelles exigences méthodologiques³¹.

Dans les chapitres suivants, nous verrons comment le psychiatre s'approprie des concepts heideggériens, mais aussi husserliens. Contentons-nous à ce stade de remarquer que les expressions comme « adopter une méthode », ou « appliquer une approche » souffrent d'une imprécision certaine et risquent même d'engendrer une confusion. Un des objectifs de notre première partie sera de découvrir le sens de l'adoption terminologique qu'effectue Binswanger. Tournons-nous maintenant vers les textes du psychiatre suisse afin d'explorer le nouveau champ qui s'ouvre avec le changement de paradigme conceptuel.

³¹ Nous trouvons une hypothèse intéressante chez Susan Lanzoni. Selon elle, transformé, le langage médical devient un langage éthique. Lanzoni S., « An epistemology of the Clinic: Ludwig Binswanger's Phenomenology of the Other ». Et même si Lanzoni elle-même ne développe pas cette idée et semble même d'entendre par l'éthique dans ce cas un sorte d'humanisme, il nous semble que cette hypothèse – tant qu'on y entend une éthique ancrée dans la phénoménologie – devrait en effet être travaillée. Nous y reviendrons plus tard, dans la troisième partie de notre étude où il sera question de l'éthique. Pour l'instant contentons-nous de cette remarque qui relève la transformation de fond que produit la méthode phénoménologique à l'égard de la psychiatrie.

1.3. De la symptomatologie à l'analyse du projet-de-monde

Dans les premières pages de notre étude, nous avons présenté la *Daseinsanalyse* comme un nouveau dispositif adopté par la psychiatrie afin de décrire des cas cliniques, une nouvelle façon d'entendre les histoires des patients, de regarder leur comportement, de saisir la vision qu'ils ont de leur situation. Il s'ensuit que le « passage » de la psychanalyse à la phénoménologie dans la posture théorique de Binswanger consiste dans la transformation même de la compréhension de ce qu'est l'analyse. Nous pouvons résumer cette transformation de la manière suivante : alors que le nouvel « objet » d'étude, le *Dasein* remplace la psychè, ce ne sont plus les *raisons* de la maladie, c'est-à-dire ses causes ou ses motifs, mais le *comment* de la maladie qui demande une élucidation. Au lieu de rechercher tel ou tel événement qui aurait déclenché la réaction morbide et de dissoudre (*Auflösung*) dès lors l'ensemble des phénomènes qui constitue la pathologie dans un élément originaire et principalement simple, l'analyse existentielle « reconduit (*Zurückführung*) la dispersion des manifestations ontiques et pathologiques du *Dasein* vers les structures existentielles qui la rendent possible »³². Le projet de la *Daseinsanalyse* consiste à affronter la maladie mentale à travers l'analyse de la structure *a priori* de l'existence du malade. Pour illustrer le changement de méthode binswangerien, arrêtons-nous sur l'analyse du cas présenté par le psychiatre en 1911 sous le nom de « phobie du talon », le cas Gerda³³.

C'est l'histoire d'une jeune fille qui a un jour coincé le talon de sa chaussure, lorsqu'elle était en train de détacher ses patins. Cet événement a été suivi par une angoisse inexplicable et un évanouissement. Encore quinze ans plus tard, Gerda est angoissée chaque fois que quelqu'un touche le talon ou simplement mentionne le talon. Dans un texte ultérieur, revenant sur ce cas, Binswanger en profite pour mettre en lumière les différentes approches que nous pouvons adopter afin de l'analyser et, notamment, pour montrer la spécificité de l'analyse existentielle par rapport à la psychanalyse. Certes, l'apport majeur de la

³² Gros-Azorin Caroline, préface à Binswanger L., *Le problème de l'espace en psychopathologie*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1998, p. 12. Voir également au sujet des différents sens de l'analyse Escoubas E., « Analytique du *Dasein* et psychanalyse », in *La notion d'analyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1992, pp. 281-295.

³³ Binswanger L., « Analyse einer hysterischen Phobie », in *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, t. III, 1911, pp. 228-308. Repris dans Binswanger L., « Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie », in *Discours, parcours et Freud*.

psychanalyse a été de montrer que si un tel événement déclenche une telle réaction ce sont les fantasmes accompagnants l'événement qui sont responsables de l'effet morbide. Ainsi, dans le cas de Gerda, le psychanalyste expliquerait que derrière le talon se trouve le fantasme de la naissance, d'être séparé de la mère. L'insuffisance de cette réponse est pourtant évidente pour Binswanger : pour pouvoir soutenir cette interprétation, il faudrait d'abord démontrer d'où tire sa force destructrice le phénomène de la séparation. Cela veut dire qu'il faut remonter « derrière » les fantasmes et étudier ce qui les rend possibles³⁴, il est nécessaire donc de révéler le projet-de-monde qui les fonde.

En effet, déterminer la maladie, à la manière de la psychanalyse, en fonction de la rencontre traumatisante avec l'altérité, suite à laquelle l'ipséité et son histoire de vie³⁵ se trouvent altérées, signifie de perdre de vue que l'événement ne peut avoir en soi de force pour ébranler le monde de l'homme. Ce qui rend un événement traumatisant, n'est pas une force présumée interne à l'événement même, mais l'impossibilité d'inscrire un événement dans la structure du *Dasein* : « [...] seules les formes a-prioriques ou transcendantales de l'esprit humain font véritablement de l'expérience ce qu'elle est, de même seule la forme de ce projet-de-monde crée la condition de possibilité pour que cet événement sur la glace soit *vécu par expérience* comme traumatique »³⁶. Chez Gerda, l'attachement particulier à la mère, explique Binswanger, « n'est possible que sur la base d'un projet-de-monde qui ne s'édifie uniquement que sur la catégorie de la connexion, de la cohérence, de la continuité »³⁷. De ce point de vue, il est clair que l'événement de déchirement (du talon) ne peut présenter qu'une catastrophe.

Remonter au projet de monde se distingue donc radicalement de la volonté de faire ressurgir le phantasme inconscient. La différence même entre la conscience et l'inconscient s'efface du moment qu'il s'agit de dégager des

³⁴ *Ibid.*, p. 69.

³⁵ En élaborant le concept d'histoire de vie, Binswanger opère une distinction entre deux méthodes : entre « l'appréhension et l'étude de l'homme pris en tant qu'organisme physique et psychique, totalité d'un processus de fonctions "organologiques" réglées par des lois naturelles, bref comme une échéance événementielle » et « l'appréhension et l'étude de l'homme, non seulement comme personne vivante mais aussi éprouvant et s'épanouissant dans la continuité de son expérience vécue se constituant en histoire ». À l'étude de la « fonction physique-psychique de l'organisme et de ses altérations », il s'agit donc d'opposer celle des « contenus des expériences vécues psychiques » qui forment « un noyau originaire » et que Binswanger désigne sous le terme d'histoire intérieure de vie, sans pour autant perdre de vue « qu'il s'agit toujours d'un seul et même être humain ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, pp. 39-53. Voir également Binswanger L., « Événement et vécu. À propos de l'article du même nom d'Erwin Straus », in *Philosophie*, n°121, 2014.

³⁶ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 71.

³⁷ *Ibid.*, p. 70.

structures qui fondent la possibilité des distinctions d'ordre psychologique. Paul Ricoeur a bien montré la différence, de ce point de vue, entre la psychanalyse et la *Daseinsanalyse*³⁸. Tout en étant, toutes les deux, des procédures herméneutiques qui participent à l'architecture du sens en tant que rapport d'un sens à un autre sens, elles voient différemment le rapport entre le sens dit premier (pathologique) et le sens dit second (sous-jacent). Dans le cas de la névrose par exemple, l'enjeu de la psychanalyse est de substituer le texte inintelligible du rêve ou d'un symptôme névrotique avec un texte plus intelligible. Elle procède alors par une démystification où afin d'arriver au sens initial on effectue des réductions, des suppressions des ajouts qui cachent la vérité initiale qui est la production du désir, la production inconsciente. À la différence d'un psychanalyste, le phénoménologue ne suppose pas qu'entre les deux sens l'un cacherait l'autre ou l'un serait illusoire et l'autre vrai. La démarche phénoménologique vise à restaurer le sens qui en réalité est déjà présent dans le discours du malade³⁹.

Dans la perspective de Binswanger, le sens de l'être-dans-le-monde du patient s'incarne dans son corps vécu, son *Leib* (dans son langage verbal, dans le langage du corps, gestuel, expressif, mais aussi dans le langage onirique), en sorte que celui-ci ne demande pas à être déchiffré, capté dans les moments lacunaires, mais saisi et compris en ce qu'il exprime un certain style d'être-dans-le-monde. Le concept psychopathologique du symptôme est alors fondamentalement renouvelé par la phénoménologie du fait d'être considéré à partir d'« un tout » dont il est « une manifestation partielle ». « Or ce tout, précise Binswanger, n'est ni un tout fonctionnel, un “cycle de structure”, ni un tout complexe, ni même un tout réique, mais un tout au sens de l'unité d'un projet-de-monde »⁴⁰. Dans ce que la psychopathologie appelle le symptôme, le phénoménologue voit donc la manifestation du style d'être-dans-le-monde de l'autre personne – style qui apparaît dans ce cas comme étant déformé. Binswanger résume cette idée comme suit :

Le « symptôme » en effet, que ce soit celui de la fuite des idées, de l'inhibition psychomotrice, du néologisme, de la stéréotypie, etc., se révèle comme l'expression d'une transformation psychique envahissante, comme l'expression de la transformation de la forme *totale* d'être-présent ou du style de la vie *total*.⁴¹

³⁸ Ricoeur P., *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Éditions du Seuil, 1965.

³⁹ « [L]e second sens *habite* en quelque sorte le sens premier ». *Ibid.*, p. 380.

⁴⁰ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 72.

⁴¹ *Ibid.*, p. 84.

De quel type de transformation est-il question ? Chez Gerda, comme nous l'avons vu, il s'agit surtout de la domination de la catégorie de continuité. Tout le projet-de-monde est structuré en fonction de cette idée. Or, dit Binswanger,

La présence, puisqu'elle est continuellement en projet, se trouve dès l'abord ouverte au monde et l'on ne peut parler d'une véritable Soï que là où il se meut librement et s'affirme avec constance, dans cette ouverture sur le monde, indépendamment de la déréluction de toute présence.⁴²

Ce n'est pourtant pas le cas de Gerda. Un seul thème étant dominant, le projet existentiel se trouve fortement rétréci. L'existence est renfermée, car toute ouverture est vécue comme une menace de déchirement, d'interruption. Dominé par une idée fixe, le soi est alors bloqué dans le processus de « maturation » : rien de nouveau ne peut intervenir, tout doit rester tel qu'il est afin de maintenir la cohérence imposée du monde. Le projet-de-monde transformé est alors ce que Heidegger entend par « existence inauthentique » dans laquelle le *Dasein* « s'enferme contre l'ouverture de l'être, contre la préservation et le pouvoir d'acceptation de l'être, en d'autres termes contre la liberté de pouvoir décider des plus propres possibilités d'existence »⁴³. Bref, le *Dasein* ne se comprend pas à partir de soi-même et de ses pouvoirs propres, mais à partir d'une idée fixe qui réduit l'ouverture du monde.

Le médecin constate que l'autre personne est aliénée par le manque d'ouverture du projet-de-monde de celle-ci qui se manifeste dans la prépondérance absolue dans la vie du patient d'un thème déterminé. Le psychiatre constate donc un changement de forme dans le projet existentiel d'une personne atteinte de folie, sa forme ou son style sont donc aperçus comme étant différents de ce qu'ils devraient être. Le concept du monde apparaît donc comme un outil exceptionnel pour une étude qui veut rendre compte de la singularité qui constitue l'existence humaine⁴⁴ : la différence profonde de l'autre personne s'aperçoit dans sa manière

⁴² Binswanger L., *Le cas Suzanne Urban. Étude sur la schizophrénie*, Brionne, Gérard Monfort, 2002, p. 56.

⁴³ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 153.

⁴⁴ « Cette science de l'homme que nous appelons psychologie, dans un sens étendu, ou anthropologie existentielle, ne doit pas "sauter" le phénomène du monde. Cela vaut aussi pour la science psychiatrique, au sens le plus étroit du terme. Et c'est aussi lorsqu'un malade se trouve manifestement dans l'état de "monde en perdition" ou même de "fin de monde", lorsqu'il vit "dans un autre monde" ou qu'il n'expérimente plus que des "lambeaux de monde", lorsque, dans un état de confusion aiguë, il chancelle d'un monde à l'autre, ou que, ravi dans l'extase, il se sent "en dehors" ou "en-dessus" du monde, lorsque dans une exaltation maniaque le monde lui devient incommensurablement étendu ou surchargé d'avenir ou lorsque, au plus profond désespoir dépressif, le monde lui apparaît comme "étriqué", ou "basculant" ou "privé d'avenir", lorsqu'il n'a "plus de contact avec le monde" ou que le monde lui devient étranger, alors aussi – et alors seulement – nous pouvons avoir un aperçu sur la structure de ces modes d'expériences vécues ou de présence au monde, en nous référant constamment au phénomène

d'habiter le monde qui apparaît transformée par rapport à la nôtre. Selon Binswanger, en effet, « des troubles et des obstacles dans la compréhension [...] n'en résultent que de cela : à savoir que les malades mentaux “vivent dans d'autres mondes” que nous »⁴⁵. Il nous incombe maintenant de clarifier le sens de ce terme central pour le projet de la *Daseinsanalyse*.

Si l'objet de l'analyse n'est pas le symptôme, mais le style d'être, la méthode proposée par Binswanger se distingue radicalement de toutes les approches existantes : « l'analyse existentielle n'est ni une psychopathologie, ni encore moins, une recherche clinique ni une recherche objectivante en général »⁴⁶. En adoptant le « point de vue “plus profond” » de la phénoménologie, qui permet de saisir « l'essence et l'origine des symptômes psychopathologiques », ce qui a été identifié comme symptôme apparaît comme une rupture, un obstacle dans la communication entre les personnes. Dit simplement, le symptôme est ce que nous ne comprenons pas dans le comportement de l'autre et, en ce sens, il est le « “le fait de la compréhension” ou de la communication »⁴⁷. L'objectif de la *Daseinsanalyse* consiste donc à remonter au projet-de-monde de la malade, à l'éclaircir et à saisir la transformation qu'il subit afin de rendre compréhensible ce qui a été désigné comme symptôme, ou plus précisément, afin de voir le symptôme comme expression d'un style particulier de vie.

1.4. Dans des mondes différents : de l'*idios cosmos* au *koinos cosmos*

Pour décrire d'une manière générale la situation dans laquelle se trouve la personne atteinte de maladie mentale, Binswanger fait appel à la pensée d'Héraclite. Selon la lecture binswangerienne, la grande découverte philosophique de ce dernier était de voir dans l'existence humaine une recherche de soi-même visant à accéder aux vérités divines. Héraclite était aussi le premier à souligner que le chemin vers soi-même ne passe pas « en marge du monde »⁴⁸. Au contraire, « le processus de recherche de soi [...] doit à travers le monde s'élaborer lui-même »⁴⁹. Le monde est ce lieu où – à travers le *logos* – il est possible d'atteindre

de monde et à la structure si extraordinairement complexe de l'être-dans-le-monde ; car, à travers les métamorphoses de celui-ci, ce n'est pas seulement l'expérience vécue du monde que nous voyons évoluer, mais aussi en même temps, le soi ». *Ibid.*, p. 161.

⁴⁵ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 83.

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 82-83.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 83.

⁴⁸ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 170.

⁴⁹ *Ibid.*

le *nomos* divin. La dimension sociale du logos est alors patente. Or même si le logos est ouvert à tous, c'est-à-dire si chacun a la possibilité de se connaître soi-même, la plupart, les *polloi*, « ne comprend, n'apprend rien, ne réfléchit rien, ne sait, ni ne retient rien du tout en s'imaginant savoir quelque chose »⁵⁰. Ce type de personne ne se rend même pas compte de sa situation : sourds, ils croient qu'ils entendent le *logos* et ils créent leur propre monde qu'ils considèrent comme vrai, mais qui en réalité n'est rien d'autre que le produit de leur imagination⁵¹. La masse vit dans le mode du « comme si » – comme si les idées qu'elle avait étaient vraies.

Héraclite ne s'arrête pas à la distinction entre la vie dans l'illusion menée par la foule et la vie en vérité menée par certains. Il établit une séparation encore plus importante, selon Binswanger, entre la veille et le rêve, qui permet de tracer davantage de nuances dans le rapport de l'homme à la réalité du monde. Cette distinction met en évidence un « membre intermédiaire » « entre les deux extrêmes de l'être-homme »⁵², c'est-à-dire entre l'existence à qui la vérité s'ouvre en pleine lumière et celle qui demeure dans l'ignorance. À côté de la vie « en état de *phronésis* », c'est-à-dire de la vie dans la réflexion et l'écoute de la nature, Héraclite dégage une forme de vie où la *phronésis* n'atteint pas sa plénitude, où elle reste contrainte, limitée par une série de représentations. Le philosophe définit cette forme de *phronésis* comme privée, *idion*. Elle correspond à l'état de sommeil qu'il ne faudrait pourtant pas confondre avec le sommeil physiologique : le sommeil en question peut très bien persister même dans l'état d'éveil.

Binswanger s'attache particulièrement au fragment 89 qui explique la différence entre les deux formes de la vie « en état de *phronésis* » : « Les hommes éveillés ont un monde unique et commun, mais chaque dormeur se détourne dans son monde particulier »⁵³. Plusieurs éléments importent à Binswanger dans cette distinction. Il souligne notamment les conséquences de cette affirmation pour l'idée de l'homme. D'abord, il souligne « le côté personnel-actif de l'état de sommeil et de rêve »⁵⁴ indiqué par la voix moyenne du verbe grec et traduit en français comme « se détourner de ce monde ». Selon son hypothèse, la forme réflexive du verbe montre que la personne est responsable dans une certaine mesure de l'état dans lequel elle se trouve. Ensuite, le psychiatre attire notre

⁵⁰ *Ibid.*, p. 172.

⁵¹ Héraclite, Fragment 17 : « Car ils n'ont pas pareille pensée, les gens du commun, tant qu'ils sont à la rencontrer, et quand ils l'apprennent ils ne la reconnaissent pas, mais il se l'imaginent », cité dans *Ibid.*, p. 170.

⁵² *Ibid.*, p. 175.

⁵³ Héraclite, Fragment 89, cité dans note 1, *Ibid.*, p. 180.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 179.

attention au fait que « chacun » « se tourne vers son propre monde ». Les dormeurs se tournent donc non pas vers le monde des dormeurs, mais chacun vers le sien. Le monde du rêve ne peut pas être partagé par plusieurs personnes. Le monde vers lequel se tourne « chaque dormeur » est chaque fois son propre monde différent des mondes des autres dormeurs. Notre auteur en tire la conclusion suivante : dans le rêve, l'homme est « tout un chacun », à la fois tout le monde et personne. De ce point de vue, le rêveur ressemble à la personne de la foule – car dans la foule également chaque homme n'est plus qu'un atome singulier qui, étant pris seul, est indistinguable de n'importe quel autre et ne compte rien. Cela veut dire le rêveur est privé de la communauté.

Or le plus important pour le psychiatre dans le fragment 89 est le concept même du *cosmos* qui, selon son interprétation, « ne signifie pas le monde, mais l'état de dispersion ou d'unité ». Dans sa lecture de Héraclite, Binswanger prend appui sur un texte, dans lequel Heidegger dit que « *cosmos* ne signifie pas cet être-ci ou cet être-là, issant ou subissant, pas plus qu'il ne signifie tous ces éléments mis ensemble, mais il signifie un "état", c'est-à-dire le "comment" dans lequel est l'étant et cela dans l'ensemble du monde »⁵⁵. Il est alors clair que, par le terme « monde », il ne s'agit d'entendre ni l'ensemble des représentations, ni non plus à un contenu intentionnel du vécu, comme c'est le cas de la phénoménologie husserlienne⁵⁶. En outre, l'optique heideggérienne permet de préciser le rapport entre les concepts de l'*idios cosmos* et le *koinos cosmos*, et notamment le fait qu'ils se superposent continuellement. Ainsi, l'homme « dans son *idion*, sa particularisation, son sommeil, sa méprise sur soi-même et sur le monde, n'est cependant, encore qu'une partie du tout et du commun. Le dormeur se comporte vis-à-vis de l'univers qui l'entoure comme se comporte la compréhension banale vis-à-vis de l'essence de tout être »⁵⁷.

Binswanger nourrit sa réflexion sur la condition d'une personne atteinte de la folie des concepts héraclitéens. À la façon d'un rêveur, le malade se trouve isolé, renfermé dans le monde clos. Cela veut dire qu'il se retrouve dans un monde à lui, un monde particulier, qu'il ne partage pas avec les autres. La transformation formelle du projet existentiel, révélée par la *Daseinsanalyse*, est donc

⁵⁵ *Ibid.*, pp. 180-181.

⁵⁶ Blankenburg remarque qu'ici nous pouvons tracer une ligne de démarcation nette entre le projet binswangerien et la psychopathologie de Jaspers. Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies paucisymptomatiques*, p. 24.

⁵⁷ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 180.

l'éloignement de la personne du monde commun. Tout comme le rêveur chez Héraclite, le psychotique vit dans un monde qu'il ne partage avec personne. Mais qu'on ne s'y trompe pas : il n'existe pas d'autre monde à côté de celui dans lequel nous vivons. Par contre, il y a différentes manières de se rapporter au monde, des manières au fond inauthentiques qui ratent précisément le sens de l'être-au-monde.

Cela ne signifie rien d'autre que le *cosmos* n'est pas fixé en avance et pour toujours. En fait, le monde, dit Binswanger, signifie « la limite et la norme préalable tout à fait mobile, c'est-à-dire relative à la présence de l'homme et à ses différents modes fondamentaux et lui appartenant totalement »⁵⁸. C'est pourquoi le psychotique qui vient d'un « autre monde » appartient toujours et malgré tout « à notre monde ». Son monde est le même monde que nous partageons, mais où les limites de l'existence sont redéfinies au point qu'elles ne sont plus reconnaissables pour nous.

Cette idée a des conséquences considérables pour la psychiatrie clinique. Si l'être-au-monde est une structure mobile, alors le mouvement de la distanciation par rapport au monde commun n'est pas irréversible. Il est possible d'envisager une sorte de réunification, d'arrangement entre le monde privé et le monde commun. Cela devrait constituer la finalité de la thérapie.

En effet, Binswanger souligne avec force qu'en se donnant pour base une nouvelle théorie, son but ultime consiste à revenir avec un regard aiguisé sur la pratique clinique en tant que telle⁵⁹. Ainsi, malgré le fait que le psychiatre suisse ne cherchait pas véritablement à appliquer les résultats de ses recherches sur le terrain⁶⁰, nous trouvons chez lui une idée de ce que pourrait être une thérapie qui

⁵⁸ *Ibid.*, p. 181.

⁵⁹ « Notre "image" [du principe clinique comme point culminant de l'édifice de la science psychiatrique] ne doit cependant pas faire supposer que le principe clinique ne commence son travail qu'à l'étage supérieur ; bien au contraire, comme nous l'avons déjà vu dans la description du processus de réduction diagnostique, il participe à la tâche dès le départ, dès le fondement. Car ce n'est que dans la mesure où il participe à l'édification de *tout* l'édifice qu'il peut satisfaire à sa tâche, qui est d'établir un *système* de la "pathologie et de la thérapie" des formes de la maladie psychique ». Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 113.

⁶⁰ Il existe différentes manières d'interpréter le fait que le psychiatre suisse ne se préoccupe pas lui-même de mettre en place une thérapie inspirée de la *Daseinsanalyse*. Nous ne pensons pas qu'il s'agit ici, à proprement parler, d'une incohérence ; nous ne sommes donc pas d'accord avec les conclusions auxquelles arrive Chantal Marazia. Dès le début Binswanger présente sa recherche comme une anthropologique fondamentale ; or rien n'empêche qu'une thérapie sur base de la *Daseinsanalyse* soit formulée. Voir Marazia C., « L'internamento dei grandi : Ludwig Binswanger e la clinica Bellevue », in *Medicina & Storia*, vol.5, n°10, 2005, pp. 75-92 ; également sa postface « Ludwig Binswanger et le rituel du salut » à Binswanger L. et Warburg A., *La guérison infinie. Histoire clinique d'Aby Warburg*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2011, pp. 271-282.

aurait son fondement dans la *Daseinsanalyse*. Binswanger la caractérise en ces mots : c'est une thérapie qui se fixe comme objectif d'aider le patient à se comprendre soi-même, « à acquérir une intelligence toujours plus grande de la propriété de son être-présent précisément », et par là de « le rendre libre pour *tout* le pouvoir-être de l'être présent, pour la *résolution*, comme dit Heidegger, de reporter l'être-présent à son *pouvoir-être-soi le plus propre* »⁶¹. Autrement dit, puisque le malade se trouve dans la dépendance d'un projet-de-monde déterminé, c'est uniquement en l'arrachant à ce projet qu'on peut lui porter secours. Il faut lui ouvrir un monde et un soi qui ne soient pas réductibles à un seul projet, c'est-à-dire les ouvrir à son propre pouvoir être. La thérapie daseinsanalytique a donc pour but de rendre à l'existence ses possibilités propres, de « repossibiliser la conséquence de l'expérience » en « levant des moments *défaillants* des événements de la présence, c'est-à-dire des moments tels qu'ils *mettent en question* la conséquence de l'expérience et partant, le monde »⁶².

Binswanger insiste sur le fait que le seul moyen de cet arrachement est dans la prise de conscience par le patient lui-même⁶³. Il doit parvenir à prendre la décision de quitter son propre monde pour rejoindre le monde commun. Or pour y arriver, c'est d'abord au psychiatre d'agir, d'agir directement sur le symptôme. Le psychothérapeute doit assumer une part active : c'est à lui d'entrer en communication avec le malade. On peut en particulier rappeler le cas où Binswanger, pour faire partir le hoquet chez une patiente, la saisit à la gorge. La prise de conscience passe donc par la surprise. Il faut une action qui déprenne le malade du projet-de-monde déterminé, pour que s'ouvre à lui la possibilité de prendre conscience de sa situation. En même temps, pour penser l'articulation entre l'intervention du médecin, la libération du malade et sa guérison éventuelle, il est nécessaire de souligner que la surprise qui surpasse le malade ne se fait que par une prise sur le symptôme, à savoir sur le corps du patient. Cette articulation s'explique alors dans les termes du *Leib* que Binswanger propose de penser non comme un simple *Körper*, mais comme « conscience corporelle »⁶⁴. Il est donc question d'une thérapie qui vise l'existence du patient dans son unité psychique et

⁶¹ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 104. Binswanger souligne.

⁶² Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 153. Binswanger souligne.

⁶³ Voir *ibid.*, p. 221.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 132.

corporelle⁶⁵ et qui comporte une mobilisation de cette unité aussi de la part du médecin⁶⁶.

Nous n'allons pas entrer dans les détails de l'idée d'une thérapie fondée sur la *Daseinsanalyse*⁶⁷. Nous proposons en revanche d'en retenir une précision importante concernant l'idée du monde privé du psychotique. S'il existe donc la possibilité de faire sortir la personne atteinte de folie de l'*idios cosmos* dont elle devient prisonnière au cours de la maladie mentale et de lui permettre de rejoindre le monde de la communauté humaine, c'est parce qu'au fond son monde n'a jamais véritablement cessé de communiquer avec, voire d'être le *koinos cosmos*. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, malgré ce que les termes mêmes auraient pu nous suggérer, il ne s'agit pas de présupposer l'existence de deux mondes différents – le monde partagé de la vie et de l'histoire, d'un côté, et le monde privé du psychotique, de l'autre côté – entre lesquelles il faudrait ensuite trouver un moyen de communication. Quitter l'autre monde pour retourner au monde commun veut dire abandonner une manière d'être-au-monde – fixée autour

⁶⁵ Caroline Gros parle d'une somato-thérapie qui accompagne la psycho-thérapie : « L'accès à la corporéité devient praticable grâce à l'intervention du thérapeute qui, profitant d'une sensibilité intacte, rend possible une récupération des fonctions vitales qui ne répondaient plus aux injonctions de l'existence enlisée en elles ». Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, p. 61.

⁶⁶ Il convient alors de préciser dans quel sens nous parlons de la prise de conscience comme but de la thérapie d'inspiration daseinsanalytique. Il est vrai que c'est ainsi qu'entendent le processus de la psychothérapie daseinsanalytique Jean Naudin et Jean-Michel Azorin : elle cherche, selon eux, de rendre le malade « plus lucide face à son souci [...] à sa situation dans le monde [...] à son histoire et aux moyens qui sont à sa disposition pour la dépasser vers plus de liberté ». Naudin J. et Azorin J.-M., « Psychothérapie des schizophrènes », in Pringuey D. et Kohl F. S. (éd.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie* Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2005, p. 173. Nous tenons à remarquer toutefois que le terme « lucide » ne pourrait être appliqué à la *Daseinsanalyse* que dans un sens restreint. Il est vrai que nous pouvons trouver chez Binswanger une affirmation comme celle-ci : « Une psychothérapie sur une base analytico-existentielle explore l'histoire de vie du malade [...] Elle élucide en effet cette histoire de vie et ses singularités comme des flexions de la structure totale de l'être-dans-le-monde. Une psychothérapie sur une base analytico-existentielle procède donc de manière à ne pas seulement montrer au malade, mais autant que possible à lui faire aussi *apprendre par expérience*, dans un bouleversement existentiel, quand et dans quelle mesure il a manqué à la structure de l'être-homme ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 117. Binswanger souligne. Néanmoins, il est clair, notamment à partir des réflexions de Caroline Gros que pour Binswanger la lucidité en question n'est pas celle de la conscience. Voir la note précédente et également Mazzù A., « Le soi dans la maladie: Considérations à partir de L. Binswanger et H. Maldiney », in *Bulletin d'analyse phénoménologique*, vol.8, n°1, 2012, pp. 430-441.

⁶⁷ Voir à ce sujet Célis R. et Bovet P., « Psychiatrie phénoménologique et Daseinsanalyse », in Duruz N. et Gennart M. (éd.), *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Paris, Médecine et Hygiène, 2002 ; Jonckheere P., *Psychiatrie phénoménologique. Tome 1. Concepts fondamentaux*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2009 ; Jonckheere P., *Psychiatrie phénoménologique. Tome 2. Confrontations cliniques*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2009.

d'une idée, close sur elle-même – au profit d'une autre – ouverte, authentique. Cela veut dire que les deux mondes, non seulement, ont quelque chose en commun, mais forment une unité. Tous les deux, ils ont, au fond, la même structure apriorique, celle de l'être-dans-le-monde⁶⁸.

Une conclusion non négligeable s'impose à partir de ces considérations : tout en étant renfermé sur lui-même, le monde particulier d'un malade mental, isolé de l'histoire et de la vie commune, reste un monde. Le sujet cherche toujours, à mesure des possibilités qui lui sont (encore) ouvertes, une façon d'habiter le monde. « Un "sujet dépourvu de monde" est, dit Binswanger [...], une abstraction artificielle qui n'a aucune réalité »⁶⁹. Par conséquent, l'échec de l'ouverture n'est pas à considérer comme exclusivement restrictif, mais aussi, et surtout comme « palliatif », comme une « nouvelle modalité d'existence », comme une effectuation de la possibilité d'emprunter d'autres voies d'existence⁷⁰. Tout en

⁶⁸ Binswanger oppose le monde privé du rêveur au monde commun de l'état de veille comme respectivement une fonction vitale et l'histoire intérieure de la vie. Il est intéressant que Binswanger lui-même ait regretté plus tard d'avoir posé cette distinction décisive car, comme il l'a écrit dans une lettre à Foucault, en réalité « nous faisons les deux dans le rêve comme dans la veille ». Voir la postface d'Elisabetta Basso dans Binswanger L., *Rêve et existence*, Paris, Vrin, 2012, pp. 87-114, notamment p. 111. En effet, si l'idée de la normalité développée par Binswanger prend appui sur la compréhension du malade en tant que vivant en même temps qu'existant et non simplement faisant partie de la vie végétative, la distinction entre le monde privé du rêveur et le monde commun auquel appartient la personne vigile manque de pertinence.

⁶⁹ Binswanger L., *Le problème de l'espace en psychopathologie*, p. 61.

⁷⁰ Dans l'analyse d'un cas d'un patient chez qui l'hallucination dévoile les perturbations importantes dans l'appréhension de l'espace, Binswanger montre que la distinction entre les différents concepts d'espace permet de dégager la manière dont la structure fondamentale de la spatialisation fonctionne malgré toute déformation qu'elle semble subir. Il s'agit notamment de faire la différence entre l'espace orienté et l'espace thymique. Le premier terme renvoie à l'espace individuelle centré sur un corps propre (*Leib*), c'est-à-dire à l'espace qui est toujours disposé à partir du point zéro – le *Leib* – qui reste invariable. Le deuxième terme, celui de l'espace thymique, renvoie à l'idée d'espace qui serait celle de l'espacement même. Rigoureusement parlant, l'espacement ne veut pas dire l'ouverture de l'espace, puisqu'il n'y a encore rien à ouvrir, rien à déplier, l'espacement de l'espace n'est donc pas substantiel. Il n'est pas ce là où se trouvent les choses, celles-ci n'y sont pas contenues et elles ne pourraient pas le remplir. L'espace thymique est « l'espace dans lequel séjourne le *Dasein* humain en tant qu'un *Dasein* thymique, dit plus simplement, dans la mesure où il est chaque fois l'espace de notre disposition thymique ou de notre être-thymiquement-disposé ». *Ibid.*, p. 100. Selon Binswanger, l'espace du séjour du *Dasein* n'est jamais à proprement parler a-thymique, il est à chaque fois thymiquement disposé. Ceci permet à Binswanger d'expliquer notamment comment dans certains cas pathologiques, peuvent persister des représentations différentes, voire contradictoires, de la spatialité, comme c'est le cas par exemple chez son patient qui voit et sent le morceau de fer entrer dans sa propre tête, sans pour autant perdre la capacité de s'orienter dans son monde ambiant, sans oublier où se trouve en réalité la voie ferrée par rapport à son lit. Binswanger insiste sur le fait que l'altération de l'espace orienté doit être comprise comme une expression d'une altération de l'espace thymique, car c'est « l'être-thymiquement-disposé pathologique qui [...] constitue le fondement [de l'orientation spatiale], au sens tout entier du sentiment pathologique du monde ». *Ibid.*, p. 109. Une forme particulière de l'espace thymique propre à un cas concret constitue alors la condition de possibilité de

étant déficiente, la structure du *Dasein* continue à fonder l'expérience, à structurer d'une manière ou autre son projet-de-monde. Ainsi, même dans la situation où le *Dasein* est surdéterminé par un thème dominant et pathologisant – tel est par exemple dans le cas de Gerda le thème de la continuité qui rend invivable la séparation avec la mère –, un certain espace de vie est tout de même aménagé. Le terme de transformation contient donc en lui un sens positif – l'autre monde d'où « vient » le malade est au fond le même monde, mais transformé.

L'affirmation selon laquelle la maladie mentale peut et doit être considérée à partir d'un sens qu'elle a pour le patient, c'est-à-dire à partir d'un sens qui constitue sa forme particulière d'être, est sans doute l'une des thèses les plus considérables de la *Daseinsanalyse*. Or la phénoménologie se limite-t-elle à donner une nouvelle image de la folie ? Dans le présent chapitre, nous avons mis en évidence que pour le psychiatre la méthode phénoménologique est avant tout un nouveau regard sur les choses, un regard « plus profond » par rapport à celui de la psychopathologie. Il nous incombe maintenant de clarifier ce que signifie pour le médecin cette façon positive de décrire ce qui se passe dans la maladie, en dégageant la spécificité du projet-de-monde propre à la personne affectée.

l'altération des rapports mondains. Il s'ensuit qu'« à l'acte de l'orientation spatial aussi correspond une portion de monde qui se spatialise ou s'espace. Les formes cliniques particulières de la pathologie cérébrale, de même que déjà les différents déguisements dans lesquels l'«arrière-plan» se donne ne représentent que différents chemins ou possibilités «anormaux» d'avoir un espace en tant que forme déterminée de l'être-au-monde ». *Ibid.*, p. 61.

Chapitre 2 : La science des flexions structurelles

Ainsi que nous le précisons au cours des sections conclusives de notre premier chapitre, du point de vue de la *Daseinsanalyse*, toute manière d'être au monde, aussi problématique et inhabituelle qu'elle soit, signale un processus de mondanéisation. Autrement dit, toute transformation recèle un caractère « palliatif » du fléchissement de la structure apriorique de l'existence. Or, le concept de flexion n'entretient-il pas une certaine ambiguïté, en engageant des négociations compliquées entre le sens positif et négatif que peut prendre l'idée de la souplesse de l'être humain ? Dans le présent chapitre, nous nous donnons comme objectif de faire ressortir le concept de flexion que Binswanger place au cœur de son projet afin de développer une approche qui permettrait de comprendre ce qui se passe effectivement chez la personne dans un état de folie. Dans ce but, nous allons poser la question du sens que reçoivent le normal et le pathologique dans la perspective daseinsanalytique. L'examen de cette problématique nous permettra de développer un regard critique sur l'ensemble du projet de Binswanger et notamment sur la manière dont il cherche à prendre ses distances par rapport à d'autres approches psychiatriques.

2.1. Le *Dasein* comme structure flexible

Guidés par le « fil d'Ariane méthodologique » du concept d'être-dans-le-monde⁷¹ nous percevons les maladies mentales comme des transformations ou « des flexions de la structure fondamentale ou essentielle et des *membres* structuraux de l'être-dans-le-monde comme transcendance »⁷². Ce qui fléchit dans

⁷¹ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 247.

⁷² Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 56.

la psychose c'est la capacité fondamentale de « former le monde »⁷³, de se donner le monde dans sa totalité en tant qu'être-avec-les-autres et être-soi-même. Autrement dit, bien qu'elles prennent des formes diverses, les flexions sont à chaque fois des perturbations du même processus de la mondanéisation :

Dans le délire, dans les formes d'être-dans-le-monde appelées psychotiques en général, nous avons jusqu'à présent trouvé des flexions de la formation de monde ou mondisation au sens du « saut » (fuite des idées ordonnées) et du « tourbillon » (fuite des idées désordonnées) d'une part, et au sens de la « per-mondisation » (*Verweltlichung*) de l'être-présent, c'est-à-dire au sens de son ratatinement avec rétrécissement, marécagisation et terrisation simultanés du « monde » d'autre part.⁷⁴

Il en ressort que la structure du *Dasein* n'est pas fixée une fois pour toutes, mais est mobile. Ainsi, la tâche de l'analyse existentielle consiste précisément à « mettre en évidence les différentes structures de l'*inflexion factuelle* de cette mobilité au sens du fourvoiement présomptueux, de la distorsion et du maniérisme »⁷⁵. Binswanger reprend l'idée de mobilité de l'existence de Heidegger qui l'utilise pour penser la condition d'être-jeté du *Dasein*. Pour le philosophe allemand, la mobilité existentielle, *Bewegtheit*, est directement liée à l'inauthenticité, au fait d'être détourné de soi-même et de son pouvoir-être véritable⁷⁶. C'est un état d'instabilité ou, selon la terminologie heideggérienne, de précipitation, où le *Dasein* risque de perdre son fondement, et dans l'absence de sol, d'être emporté par un tourbillon dans l'être du On. En même temps, dans la mesure où il s'agit du pouvoir-être mobile de la facticité même du *Dasein*, de même qu'il serait impropre de caractériser l'inauthenticité dans des termes exclusivement négatifs, en moralisant les termes de la déchéance, il serait également inexact d'interpréter la mobilité existentielle comme quelque chose de « nuisible » ou « nocif ». Dans ce sens, dans le premier chapitre de notre étude, nous avons insisté sur le fait que la structure du rapport au monde, même dans un état morbide, ne doit pas être vue comme uniquement restrictive, mais aussi comme « palliative », c'est-à-dire comme une ouverture vers une nouvelle modalité d'existence.

⁷³ Binswanger prend appui sur la définition du *Dasein* donné par Heidegger : « L'être-présent transcende signifie : il est, dans l'essence de son être *formateur de monde*, et "formateur" dans un sens multiple, à savoir qu'il laisse advenir du monde, qu'il donne avec le monde un aspect (image) originel qui, non appréhendé en propre, fait nonobstant précisément fonction de prototype pour tout l'étant manifeste, au nombre duquel appartient à chaque fois l'être-présent même ». Heidegger M., *Vom Wesen des Grundes*, Husserl-Festschrift, 1929, p. 97, cité dans *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.*, p. 57.

⁷⁵ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine: La présomption, la distorsion, le maniérisme*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2002, p. 21.

⁷⁶ Voir §38 de Heidegger M., *Être et temps*, Paris, Authentica, 1985.

Or, qu'en est-il de l'inauthenticité du *Dasein* dans le cas d'une maladie mentale ? Penchons-nous sur l'idée de la mobilité de l'existence telle que la reprend Binswanger. La mobilité de l'existence signifie que celle-ci possède une structure souple : ses différents membres ont la capacité de se fléchir de différentes façons. Et de même qu'une partie du corps peut se plier dans un mouvement volontaire ou bien, à l'inverse, ployer sous la pression, le *Dasein* peut soit suivre le sens indiqué par le mouvement du transcender de l'existence, soit prendre des formes qui ne lui sont pas habituelles, voire pénibles. Sans prétendre déterminer la source précise des modifications survenues dans le projet de monde, la *Daseinsanalyse* nous montre que la maladie mentale apparaît comme une flexion qui contredit le sens du déploiement de l'existence. Ces considérations nous autorisent à affirmer que, tout en étant un signe de la flexibilité de l'être-au-monde, la maladie apparaît, dans le cadre de l'analyse existentielle, comme une *altération* de ce dernier.

Nous retrouvons l'image de l'altération comme flexion chez E. Minkowski, où elle est encore plus parlante. Selon le psychiatre français, le moi se réalise en tant que personnalité vivante grâce à l'élan vital. Plus précisément, c'est ce dernier qui se réalise en moi et tend ainsi le moi « en avant » vers sa propre réalisation. Le seul moyen de se faire une idée plus ou moins adéquate de l'élan vital, qui résiste par ailleurs à toute tentative de thématization, c'est-à-dire de fixation, c'est de le représenter sous la forme d'une ligne droite allant d'un point A au point B⁷⁷. Loin d'être en mesure de saisir ce qu'elle est censée représenter, cette image spatiale permet néanmoins d'illustrer des processus pathologiques qui portent atteinte à l'élan vital. À la façon de la ligne droite, ou plutôt d'un vecteur, qui peut changer sa direction, la maladie mentale produit un fléchissement de la structure vitale qui – sans abandonner l'idée de sa structuration initiale à laquelle elle n'arrête pas de se mesurer – perd de sa détermination et se désagrège. Par conséquent, le sens de la flexion ne se limite pas, pour Minkowski, à l'adoption de « mauvais » repères, il implique la modification profonde de toute la structure, d'où « un affaiblissement » ou encore « le blocage » de l'élan vital. Binswanger développera davantage cette idée tout en insistant sur la nécessité d'abandonner le terme même de vie qui est, à son avis, incapable de refléter le

⁷⁷ « L'image spatiale d'un objet allant du point A vers le point B se montre, comme nous l'avons dit plus haut, incommensurablement avec l'élan vital. Celui-ci pourtant ne l'écarte pas purement et simplement. C'est qu'elle lui sert, pour ainsi dire, d'axe qui lui permet de se déployer et de s'étendre ». Minkowski E., *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*, Paris, 1933, p. 38.

caractère structural de la totalité qui subit une transformation dans la maladie mentale. Toutefois, prise avec précautions, l'image de la flexion comme perte par le vecteur de sa direction initiale illustre bien l'idée d'une déviation subie par le processus de la formation du monde.

Le terme de flexion choisi par Binswanger pour définir la maladie mentale permet de rendre compréhensible la situation du patient : il s'agit de comprendre la transformation qui se produit dans la manière de l'être-dans-le-monde, dans l'être-avec et l'être-soi-même qui lui est propre. L'idée de flexibilité de la structure du *Dasein* est donc tout à fait fondamentale pour la *Daseinsanalyse*. Elle donne un moyen pour contrecarrer la tendance à voir dans la maladie une déficience organique ou encore une diminution des capacités mentales, en offrant une vision positive de la personne atteinte de folie. Afin de pouvoir prendre la mesure de cette conception, il nous semble indispensable d'approfondir l'idée qui est à son fondement et selon laquelle la psychiatrie devient à l'aide de la phénoménologie *l'étude* des « flexions du transcender »⁷⁸. Tel sera l'objet du présent chapitre.

Avant de poursuivre notre réflexion, nous voudrions attirer l'attention sur l'ambiguïté perceptible derrière le concept de flexion. Malgré l'insistance avec laquelle Binswanger souligne la neutralité du terme heideggérien d'inauthenticité, nous ne pouvons pas nous empêcher de voir dans l'idée du fléchissement de la structure du *Dasein* une évaluation qui ne se limite pas à une description neutre. L'altération de la structure du *Dasein* est présentée par le psychiatre comme l'arrêt du cours de sa maturation, comme la mise en question de ses capacités les plus propres. La définition de la situation s'avère donc être à la fois positive *et* négative. La question qui se pose est alors la suivante : comment conjuguer, au sein de la même idée de flexibilité existentielle, d'une part, la possibilité qu'elle ouvre de différents styles d'être-dans-le-monde, et d'autre part, l'idée d'une perturbation de la formation du monde dans la transcendance, d'un véritable « échec de la présence humaine »⁷⁹ dont la possibilité existe réellement, selon les propres dires de Binswanger, et menace chaque existence⁸⁰ ? Pour répondre à cette question, il nous paraît nécessaire d'étudier de plus près la manière dont est défini, dans l'optique binswangerienne, le rapport entre la norme et sa déviation.

⁷⁸ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 56.

⁷⁹ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 181.

⁸⁰ *Ibid.*

2.2. Le normal et l'anormal dans l'analyse existentielle

Dès le début de notre étude, nous avons souligné le fait que l'analyse existentielle s'affirme dans sa différence par rapport à toute psychiatrie qui prend appui dans la psychopathologie. En formulant les bases de la *Daseinsanalyse*, Binswanger redéfinit radicalement la tâche de la psychiatrie. Il invite les médecins à ne pas se fier à la symptomatologie (biologique, neuropathologique ou encore psychanalytique) et à étudier en revanche les modifications subies par la structure de l'existence. La méthode phénoménologique est présentée alors par Binswanger comme une voie d'accès privilégiée à la compréhension de la transformation qui affecte le *Dasein*. Elle est la seule à pouvoir dégager le sens du phénomène, la *profondeur réelle* des choses. L'idée de normalité qui a guidé jusque-là les études psychiatriques se trouve alors mise à épreuve par la découverte de la flexibilité de l'existence humaine et de sa capacité de prendre des formes chaque fois nouvelles face à des situations problématiques.

Afin d'approfondir le sujet, attardons-nous sur l'étude d'un cas dont se sert Binswanger pour expliquer la séparation majeure entre les méthodes phénoménologiques et purement psychopathologiques. Il s'agit d'un malade qui, interrogé à propos de ses hallucinations, répond : « Non, je n'entends pas des voix, mais la nuit des salles à parler sont ouvertes et je voudrais bien que dispensées elles soient »⁸¹. L'approche psychiatrique, comme l'appelle ici Binswanger, celle qui se fonde sur la nosologie et la nosographie psychopathologiques, consisterait typiquement à prêter attention au contenu du présent énoncé. Soumis à un examen, celui-ci serait alors jugé comme bizarre, plus précisément comme utilisant un « mode de langage *bizarre* », ce qui serait suffisant pour conclure que la personne souffre de schizophrénie. Ensuite, en s'appuyant sur ce diagnostic, le psychiatre reliera entre eux tous les autres symptômes – qui jusque-là restaient incompréhensibles et disjoints – comme étant des signes de la maladie établie.

Comme nous l'avons montré dans le premier chapitre de notre travail, la *Daseinsanalyse* se distingue radicalement des autres approches par la manière dont elle aborde le *symptôme*. La première leçon que Binswanger tire de la phénoménologie consiste à rompre la logique selon laquelle nous abordons quelque chose comme un symptôme en supposant que son sens se trouve ailleurs et qu'il nous faut le découvrir. Le psychiatre invite, en revanche, à chercher le sens dans le phénomène même comme ce qui y transparaît et peut donc être saisi grâce

⁸¹ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 102. Nous soulignons.

à l'intuition. Ainsi, tandis que la psychopathologie s'appuie sur un symptôme pour développer une conception à partir de laquelle le même symptôme pourrait être expliqué, la méthode phénoménologique, en revanche, se déploie sans avoir en vue une théorie explicative quelconque. Pour cette raison, au lieu de se préoccuper des classifications et des nominations des troubles, le psychiatre-phénoménologue procède de la manière suivante :

[il] cherche continuellement à se représenter le sens sous les mots, à se tourner vers la signification du mot, vers la chose, l'expérience vécue qu'indique cette signification du mot. En d'autres termes, il veut s'introduire *dans* au lieu de tirer des jugements *sur* la signification du mot, comme nous avons, jusqu'alors, l'habitude de l'entendre. [...] S'y introduire familièrement, s'y fondre, au lieu d'extraire et d'énumérer des propriétés et des signes !⁸².

Il est clair que nous sommes ici loin du modèle explicatif, où l'on démarre par l'analyse du contenu. Notons par ailleurs qu'il s'agit toujours de contenu, même dans le cas où nous visons la syntaxe du discours et non pas la sémantique – ainsi dans le cas de l'hallucination que nous venons de citer, c'est précisément la spécificité syntaxique de l'énoncé qui trahit, selon la psychiatrie classique, la maladie. Quoi qu'il en soit, le psychiatre-phénoménologue ne cherche pas à expliquer, mais à comprendre ce qui se produit dans tel ou tel cas. Au cours d'une enquête sur un autre cas, le psychiatre suisse reformule cette idée comme suit :

Devant ce cas clinique de mélancolie nous ne posons donc pas la question de savoir comment la symptomatologie clinique et donc l'autoreproche mélancolique sont dérivables « des dominantes de la structure de la personnalité », de la constitution caractérologique et morphologique, du tempérament, de l'hérédité ..., etc. ; mais nous posons la question : « Qu'est-il survenu *effectivement* ici ? » en d'autres termes « Que s'est-il produit ici dans le Survenir transcendantal du *Dasein* ? »⁸³.

Le terme « effectivement » retient tout particulièrement notre attention. Il s'agit de comprendre ce qui se produit *effectivement* dans un tel ou tel cas. C'est donc la question de la réalité effective de la maladie mentale qui trace l'orientation générale du travail de Binswanger. Pour atteindre la compréhension effective, le psychiatre-phénoménologue suit deux règles phénoménologiques de base. D'abord, il pose sur le phénomène un regard qui évite de laisser intervenir tout ce qui lui est extérieur, c'est-à-dire qu'il refuse de rechercher son origine ou son rapport avec de divers faits psychiques⁸⁴. Tel est le « principe fondamental de

⁸² *Ibid.*, p. 104.

⁸³ Binswanger L., *Mélancolie et manie : études phénoménologiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, p. 31. Nous soulignons.

⁸⁴ « Au lieu de réfléchir à sa relation avec d'autres phénomènes psychiques anormaux et à ses conditions d'apparition, il ne cherche que les signes distinctifs immanents à cette expérience vécue psychopathologique et que l'on peut découvrir en elle ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 116.

méthode phénoménologique : limiter l'analyse à ce que l'on peut trouver réellement dans la conscience ou, en d'autres termes, à ce qui est immanent à la conscience »⁸⁵. Ensuite, dès l'instant où « toute fixation indirecte de ce phénomène ne se produit pas », à savoir une fois que l'*épochè* phénoménologique est réalisée, le médecin est prêt à mettre en place l'intuition d'essence préconisée par Husserl. « Ainsi, dit Binswanger, vous allez essayer d'amener l'expérience vécue de la "salle à parler" en tant qu'"essence" phénoménologiquement singulière, jusqu'à une donnée qui, sans être peut-être ni très proche, ni très claire, ni très "pure", aura du moins une certaine délimitation, un certain achèvement »⁸⁶.

À la différence du regard psychopathologique qui raisonne en terme de symptôme, c'est-à-dire qui prévoit déjà derrière les phénomènes quelque chose dont ils ne seraient que des signes, l'intuition phénoménologique fixe les phénomènes en ce qu'ils sont, dans leur manière même de se donner sans les isoler en fonction d'une théorie pré-donnée. En revanche, il les fait apparaître en révélant le tout qui subit la transformation et dans lequel s'inscrit le symptôme. Saisir le sens du phénomène, pourrait-on dire, implique de voir tout le réseau signifiant qui constitue le projet existentiel. Car comme le dit Binswanger, « vous ne voyez jamais un phénomène isolé [...] celui-ci se déroule sur l'arrière-plan d'un Moi, d'une personne ». Cette réalité profonde des choses qui les rend manifestes n'est donc rien d'autre que la personne. Le processus de phénoménalisation fait alors un avec celui de la singularisation : le phénomène se donne comme faisant sens pour une personne et dans ce même mouvement il révèle cette personne⁸⁷.

Dans le cas qui nous sert de support, à l'aide de l'intuition d'essence qui perce dans le phénomène de la « salle à parler », nous arrivons, dit Binswanger, à la compréhension de la personne comme celle « qui a commerce avec des puissances spirituelles obscures et qui se meut dans une tout autre sphère spirituelle que nous »⁸⁸. « Nous avons donc devant nous une personne modifiée sur le plan éthique ou, si l'on veut, sur le plan de l'intuition du monde et nous

⁸⁵ *Ibid.*, p. 92.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 104-105.

⁸⁷ « Dans le phénomène particulier, la personne se fait connaître et, inversement, c'est le phénomène qui vous fait pénétrer la personne ». *Ibid.*, p. 105.

⁸⁸ « Pour le malade, la salle à parler est une perpétuelle "némésis", un "règlement de compte avec sa vie antérieure" et, sans aucun doute, ici "certains problèmes sont roulés qui amènent avec eux une misère contraignante", tandis que les images de cinéma ne servent qu'au divertissement. Pour le malade, la salle à parler est le "front d'un champ de bataille" péniblement conquis, un point de repère au dehors des événements, un "point d'appui sûr devant les problèmes de la vie", qui représentent directement l'opposition "au manque certain de sérieux et de responsabilité à l'égard de la vie" qu'il avait avant "le passage" par la maladie ». *Ibid.*, pp. 105-106.

voyons la salle à parler comme moyen d'expression de cette conception personnelle du monde »⁸⁹. La personne « modifiée » se donne, si l'on suit l'exposé que nous propose notre auteur, directement dans l'intuition du phénomène. Il est clair que le terme « modifié » appliqué au patient a ici une valeur scientifique. Grâce à lui, la *Daseinsanalyse* propose une vision alternative à celle de la psychopathologie, plus précisément, en esquivant la classification selon le tableau nosologique donné, le psychiatre-phénoménologue évite de caractériser l'état du patient comme morbide. Tel est le trait caractéristique de la phénoménologie, selon Binswanger : à l'opposé de la psychopathologie, *elle ne juge pas, mais décrit*. La personne et son expérience apparaissent alors différentes, autres, mais non pas malades et pathologiques. Le psychiatre nous livre cette idée par ces mots :

Tandis que le problème de la constitution de l'être de la présence est un problème ontologiquement fondamental, la tâche de la psychiatrie consiste à appréhender les modifications de cette constitution de la présence ou, en d'autres termes, à saisir l'ordre structurel de la présence d'un certain être humain, pris dans sa singularité structurelle, indépendamment de la discrimination entre bien portant et malade, conforme ou contraire à la norme.⁹⁰

Dans ce cas, devrions-nous en déduire que la *Daseinsanalyse* opère sans se référer à une idée de la norme dont on pourrait observer des altérations ? Binswanger est le premier à concéder sur ce point. L'idée de la normalité n'est pas étrangère à l'analyse existentielle. En fait, le terme même de « fléchissement » présuppose qu'il existe une norme qui permet de remarquer l'altération :

la structure de l'être-dans-le-monde, explique Binswanger, n'est capable de donner un tel fil conducteur méthodologique [pour l'étude analytico-existentielle pratique] que parce que nous avons en main, dans cette structure, une norme ; et ainsi, la possibilité d'établir avec une exactitude scientifique les déviations *de* cette norme.⁹¹

Il est important, par contre, de saisir la différence entre l'idée du rapport entre le normal et l'anormal soutenue par la *Daseinsanalyse* et celle qu'impose la psychopathologie classique. Binswanger insiste avec force sur le fait que la flexion n'est pas jugée « morbide ». De la sorte, la différence entre le projet binswangerien et la psychiatrie classique est bien marquée. Leurs manières de résoudre les problèmes sont tout aussi éloignées l'une de l'autre que leurs façons d'aborder les problèmes. Les deux discours se trouvent sur des plans incomparables :

[...] l'analyse existentielle connaît certes une différence entre norme et contrariété à la norme – et dans cette mesure, elle peut aussi, établir et décrire les flexions des

⁸⁹ *Ibid.*, p. 106.

⁹⁰ *Ibid.*, pp. 149-150.

⁹¹ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 66. Binswanger souligne.

modes d'être-présent —, mais elle ne possède pour sa part nul critère pour pouvoir affirmer la morbidité de telles déclinaisons. Cela n'est possible que sur la base de la conceptualité de fond psychiatrique, et de l'expérience qu'elle ordonne théorico-systématiquement. L'analyse existentielle ne peut donc jamais « remplacer » la psychopathologie⁹².

L'écart qui se creuse entre la psychopathologie et la phénoménologie et dès lors la *Daseinsanalyse* correspond à la liberté de l'analyse phénoménologique par rapport à toute idée préconçue et notamment à celle de la norme de la santé. Tel est, pour Binswanger, l'avantage de travailler avec le concept de l'être-présent comme être-dans-le-monde par rapport à celui de vie, par exemple, ou encore de conscience : seul le *Dasein* présente « la véritable structure », c'est-à-dire qu'il est le seul qui possède en lui-même les lois de sa propre structuration et ne peut donc pas être jugé à partir d'une norme qui lui est extérieure⁹³. De ce point de vue, la norme n'est pas quelque chose qui préexiste à l'objet d'analyse, mais elle est donnée avec le phénomène lui-même. De même, la flexion n'est pas une déviation établie de l'extérieur. En revanche, elle doit être aperçue de l'intérieur à partir de la signification qu'elle reçoit au sein de la structuration du *Dasein*. Il s'ensuit nécessairement que des déviations par rapport à la norme se donnent en tant que *possibilités immanentes* à l'existence de changer le cours de son déploiement. L'échec de l'existence que présente la maladie mentale est donc une possibilité inscrite au sein même de la normalité. Ce qui implique par ailleurs la variété infinie de formes que l'existence peut prendre : il n'y a pas une « possibilité d'existence ou d'ipséité authentique, mais, en revanche, mille possibilités de types généraux et, partant, de rôles et de masques qui leur correspondent, nous ne devons pas nous étonner qu'il y ait des “milliers” de possibilités de présence et de monde schizophréniques »^{94,95}.

⁹² *Ibid.*, p. 96.

⁹³ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 199.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 219.

⁹⁵ « À notre propre étonnement, il est apparu que ces déviations, aussi dans les psychoses que nous avons étudiées jusqu'à présent, ne doivent nullement être comprises de façon seulement négative, à savoir comme contraire à la norme, mais qu'elles correspondent pour leur part à une nouvelle norme, à une nouvelle forme de l'être-dans-le-monde. Lorsque nous pouvons parler, par exemple, d'une forme de vie ou, mieux, d'une forme d'être-présent maniaque, cela signifie que nous avons pu établir une norme qui comprend et régit tous les modes d'expression et de comportement par nous désignés comme maniaques. Or cette *norme* est ce que nous désignons comme le « monde » du maniaque. La même chose vaut pour les projets-du-monde du schizophrène [...]. Étudier et établir le monde de ces malades signifie, ici comme ailleurs, étudier et établir de quelle manière l'étant devient accessible à ces formes d'être-présent, à savoir tout l'étant, les hommes aussi bien que les choses ». Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 66. Binswanger souligne. Elisabetta Basso appelle cette norme « opératoire » : « L'“*a priori* d'existence” ou structure, dans l'analyse existentielle, est donc un concept opératoire dérivant de la clinique, qui est dégagé de la clinique – puisqu'il ne peut pas être théorisé avant son incarnation dans un cas – et pourtant, en même temps, il est à même de

L'indépendance à l'égard des classifications nosologique et nosographique et la suspension de toute théorie existante sont donc conditions de la compréhension effective de la situation d'une personne touchée par la folie. Au regard de ces considérations, plusieurs questions se posent à nous : qu'est-ce qu'apporte pour la psychiatrie l'indépendance, assurée par la méthode phénoménologique, à l'égard de la psychopathologie ? En effet, et nous revenons ainsi à notre question de départ, si la *Daseinsanalyse* ne doit pas remplacer la psychopathologie, sous quelle forme devrions-nous concevoir leur rapport ? Plus concrètement : existe-t-il un passage du concept de variation stylistique d'être-au-monde à celui de déviation pathologique ? Ces questions nous mettent devant la nécessité d'éclaircir davantage l'enjeu du projet binswangerien qui consiste à saisir les altérations que subit la structure existentielle dans un état morbide.

2.3. « Qu'est-il survenu *effectivement* ici ? »

À ce stade de l'étude, il nous paraît extrêmement important de mettre en évidence que la manière dont nous avons abordé jusque-là la compréhension de ce qui se produit *effectivement* dans l'être-dans-le-monde du *Dasein*, consistait à définir ce qui constitue des flexions de la structure du *Dasein*. Dans les pages qui suivent, nous montrerons que ce n'est qu'une première manière d'entendre l'interrogation « Qu'est-il survenu *effectivement* ici ? »⁹⁶. Il existe une autre façon d'aborder le problème qui, à notre avis, fonde la première et qui fait droit à l'apparition même de la flexion *en tant que* flexion. Nous proposons donc d'opérer une distinction entre *ce que* l'on comprend en tant qu'altération face à la maladie mentale et le fondement de cette compréhension comme telle.

À première vue, il pourrait sembler que la distinction que nous faisons est celle entre l'objet du savoir et le procédé qui nous permet d'y accéder. Il est vrai que ce que nous cherchons à mettre en évidence est le fait même de reconnaître comme telle une flexion structurelle au moment où elle est reconnue comme telle. Or dans la mesure où c'est la prétention d'avoir la connaissance *effective* de l'altération qui est en question, c'est en espérant saisir la nuance apportée par ce terme que nous insistons sur la nécessité d'établir la distinction en question. À cet

la guider. D'un point de vue épistémologique, il s'agit d'un concept qui, en dernière analyse, est formulé par Binswanger afin de rendre compte de l'immanence des catégories scientifiques en regard des faits que ces catégories sont censées expliquer ». Basso E., « L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme "science du singulier" », p. 46.

⁹⁶ Binswanger L., *Mélancolie et manie*, p. 31. Nous soulignons.

effet, nous voudrions nous appuyer sur les réflexions de Binswanger concernant le problème de l'efficacité de l'action thérapeutique. Nous prendrons modèle sur la manière dont il aborde la question « comment la thérapie peut-elle agir ? », et plus précisément sur la distinction qu'il opère entre deux manières d'en traiter.

Ainsi, selon notre auteur, le thème de l'efficacité de l'action thérapeutique peut être exploré suivant deux voies sensiblement différentes. Soit nous pouvons nous pencher sur la possibilité même de l'effet thérapeutique – la question dans ce cas étant « comment est-il, en somme, possible que la psychothérapie puisse agir ? » —, soit nous pouvons nous interroger sur la technique de la psychothérapie, son éventuel succès ainsi que ses limites, en demandant dès lors « de quelle manière la psychothérapie peut-elle réellement agir ? »⁹⁷. Binswanger donne la réponse suivante à cette double question : pour peu que l'action thérapeutique soit avant tout une action interhumaine, c'est en mettant en lumière le « lieu » de l'acte thérapeutique, que le premier versant du problème peut être abordé⁹⁸. La psychothérapie peut donc agir parce qu'elle se déploie dans l'espace interpersonnel dont le fondement se trouve dans l'être-ensemble. En revanche, si l'on se limite à étudier la façon dont la psychothérapie agit, c'est-à-dire les moyens qu'on emploie pour mettre en place une thérapie, on ne se préoccupe pas d'établir les conditions de possibilité des rapports humains. Il est plutôt question de dégager la manière exacte dont une action d'une personne peut avoir une incidence sur une autre, comment elle peut entraîner une transformation structurelle.

Nous voudrions suggérer que la différence majeure entre ces deux questions réside dans la façon dont la situation clinique est considérée. Le passage

⁹⁷ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 121.

⁹⁸ Dans son étude détaillée de l'œuvre binswangerienne, Caroline Gros explique la différence entre ces deux questions en revenant au texte allemand. Tandis qu'en français ces deux questions ont été traduites d'une manière très proche, elle souligne qu'en allemand au terme "action" correspondent dans deux cas deux mots différents. Par conséquent, traduire, comme c'est le cas de la première question, *Wirkung* par action attire injustement l'attention à la figure d'acteur tandis que, pour C. Gros, ce terme correspond à l'effet thérapeutique. Car « l'action dont il s'agit est finalisée et ne s'opère pas aveuglement (ce qui le différencie également de l'*Eingriff* [qui correspond justement à l'intervention thérapeutique]). [...] Lorsque Binswanger demande, de façon centrale, "*comment la psychothérapie peut absolument exercer un effet (wirken)*", son intention première est d'orienter la recherche vers la structure propre de la sphère "intersubjective", ou plutôt "interexistentielle", telle qu'elle permet à un homme d'exercer habituellement, c'est-à-dire partout et à chaque instant, un effet (une influence, dit la langue courante) sur un autre. [...] Le médecin, en tant que thérapeute, reçoit son pouvoir, d'une part de ce qu'il impose des limites à son être-avec-autre dans le sens du savoir médico-psychologique, mais d'autre part de ce qu'il instaure une relation du *Mitdasein* ou, comme le dit Binswanger, de collaboration avec le patient ». Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, pp. 59-60.

de l'une à l'autre témoigne d'un basculement important. Plus précisément, l'interrogation « de quelle manière la psychothérapie peut-elle réellement agir ? » qui porte sur la thérapie et l'évolution de la maladie déplace le centre de gravité de l'analyse vers la figure du patient. Même si la relation entre le psychiatre et le patient constitue toujours le cadre des réflexions, le malade ressort alors au premier plan et éclipse quelque peu tout ce qui concerne le psychiatre. Par contre, l'examen des conditions de possibilité de l'interaction humaine – qui aurait éventuellement un effet thérapeutique – nécessite de prêter autant d'attention au médecin qu'au patient.

En faisant cette distinction, nous simplifions quelque part le propos de Binswanger, qui, certes, ne trace pas de ligne de démarcation entre les deux approches suivant l'aspect interpersonnel. Tout en étant conscient de l'impossibilité de faire l'économie de la dimension intersubjective dans l'analyse de la subjectivité, nous affirmons toutefois qu'un oubli ne tarde pas à se produire au moment où l'on s'interroge sur la situation en prenant pour point de départ le vécu du patient. En plaçant au centre des réflexions la façon dont le malade se rapporte au monde, aux autres et à lui-même on met inévitablement de côté l'expérience que le médecin lui-même fait de la situation clinique.

Revenons maintenant à notre question de départ. Selon notre hypothèse, de même que l'efficacité de la psychothérapie peut être analysée sous deux angles différents, ce qui se passe *effectivement* dans la situation clinique peut aussi être vu de deux manières différentes et analogues. Soit nous pouvons poser la question « comment peut-on parler de l'efficacité de ce qui est survenu ? », au sens de « qu'est-ce qui nous permet d'affirmer que notre compréhension correspond réellement à ce qui se passe avec cette personne devant nous ? ». De la sorte, nous mettons en valeur les fondements de la compréhension de la personne malade. Soit nous pouvons nous référer à ce que nous donne la description phénoménologique, c'est-à-dire à une idée ou à une image *effective*, car dévoilant le sens même de ce qu'est l'être-malade de cette personne devant nous, ce qui lui est propre, comme il vit son expérience, etc.

Il nous semble que c'est à partir de cette deuxième perspective que nous avons étudié jusque-là l'analyse existentielle. Ainsi, nous avons exploré le potentiel descriptif de sa méthode et nous avons vu quel changement de paradigme celle-ci a proposé à la psychiatrie. Traitée de cette manière, l'interrogation « qu'est-il survenu effectivement ici ? » reste, à notre sens, au même niveau d'analyse que la question « de quelle manière la psychothérapie peut-elle

réellement agir ?» – de sorte qu'elle laisse de côté le positionnement du médecin. Centrée sur le problème de *ce qui* se produit dans la maladie mentale, c'est-à-dire sur la manière dont le patient vit dans le monde, la compréhension de la situation qu'on en retient tend donc à être « unidimensionnelle ». En employant cette formule, nous voulons affirmer que la manière dont on perçoit la situation vécue par le médecin dépend directement de la façon dont nous voyons celle vécue par le patient. En effet, le problème fondamental consiste à comprendre ce qui se passe chez le patient parce que le patient est « déjà » qualifié comme celui qui ne partage pas avec le médecin le même mode d'expérience. Certes, le psychiatre est présent dans ces analyses, mais son rôle se réduit à la mise en place de cette compréhension. Ce qui est donc toujours laissé à l'ombre est le moment même de la rencontre où la personne semble « venir d'un autre monde ».

Cette perspective doit être complétée, à notre avis, par celle qui dégage, ensemble avec le vécu du patient, la manière dont le médecin l'aborde, les modalités et les conditions dans lesquelles la relation entre les deux surgit. Il faudrait dégager le *lieu* de la compréhension effective.

C'est ainsi que nous comprenons Binswanger lorsqu'il souligne que même si la *Daseinsanalyse* s'oppose aux autres approches de la folie, la phénoménologie ne peut pas *effectivement* remplacer la psychopathologie. Nous l'entendons comme une invitation à concevoir la *Daseinsanalyse* dans son rapport à la psychopathologie en tant qu'approche capable d'apporter à cette dernière quelque chose d'absolument inédit de son intérieur même.

Ces considérations nous mènent par ailleurs à la question de la portée phénoménologique de méthode daseinsanalytique. Celle-ci risque en effet d'être recouverte par les enjeux épistémologiques. Certes, la question de la prétention à accéder effectivement à l'expérience d'autrui est liée à celle du statut scientifique ici revendiqué – la *Daseinsanalyse* garantit la scientificité de la psychiatrie en la transformant en une science du singulier⁹⁹. En même temps, il est clair que l'effectivité de la compréhension est un souci venant du psychiatre : un accès à

⁹⁹ « La phénoménologie en tant que science eidétique, émet la prétention de mettre en évidence par-delà *toutes* les sciences – sciences naturelles aussi bien que sciences de l'esprit – les expériences vécues fondamentales, aprioriques ou pure, c'est-à-dire non réalisantes et sans infrastructure théorique, [...]. Pour comprendre cela, nous devons nous tourner vers ce que l'on appelle la méthode phénoménologique, c'est-à-dire cheminer pas à pas sur le chemin qui conduit du fait particulier individuel et empirique jusqu'à l'essence pure qui est générale et dépasse l'empirique. C'est ici que seulement commence l'intérêt de la psychiatrie pour la phénoménologie ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 87.

l'expérience d'autrui qui prétend à être effectif ne se fait qu'à travers l'expérience de soi-même, une expérience à la première personne.

Sans prétendre découvrir ainsi le motif caché de la fondation de la *Daseinsanalyse*, comme si on allait révéler des raisons inavouées par le psychiatre suisse, nous espérons néanmoins de pointer du doigt ce que la phénoménologie génère *in actu* en tant que pratique intellectuelle. Si nous voulons prendre la mesure de la souplesse de la structure existentielle, il nous incombe alors de changer la perspective sous laquelle nous nous interrogeons sur la réalité propre à la folie. Pour pouvoir saisir la portée de l'idée de normalité qu'offre l'approche phénoménologique, il nous paraît indispensable de tourner notre attention vers la personne qui se trouve en face d'un fou. Car en amont des descriptions des structures défaillantes de l'existence humaine il y a *l'événement de la rencontre* qui détermine le sens de ces structures et qui fait apparaître le fou en tant que fou. Nous soulignons donc la nécessité de mettre en exergue le lieu où le problème de la déviation de la norme se pose en tant que tel, ce dont Binswanger lui-même affirme la nécessité :

Le jugement du profane sur un tel comportement [il s'agit du cas de la manie], et sur l'être humain qui le présente serait à peu près celui-ci : sans égard, révoltant, éhonté, incompréhensible, fou, tandis que le jugement du psychiatre serait : signes d'hyperactivité maniaque, levée maniaque d'inhibition, etc. Mais ni le jugement moralisateur du profane ni le jugement diagnostique clinico-psychopathologique du psychiatre ne disent ce qui se *produit* véritablement ici, ce qui manque véritablement ici, ce qui est véritablement altéré ici. Le mot « véritablement » doit renvoyer à cette sphère ou région sur le fondement de laquelle cette altération peut effectivement se *montrer comme altération*.¹⁰⁰

2.4. Observation des altérations : exemple d'un cas de mélancolie

Insistons : au lieu de voir dans la rencontre le moyen d'accéder à la réalité effective du vécu du patient, nous proposons de l'aborder en tant qu'*événement* qui arrive à celui qui se trouve dans le face-à-face avec le fou. Dans ce but, penchons-nous sur un long passage d'une analyse d'un cas de mélancolie psychotique où Binswanger nous livre des clés importantes pour l'élaboration de notre problématique.

Pour accéder à la compréhension des altérations de la structure intentionnelle de l'objectivité temporelle [qui est une structure fondamentale de la conscience] dans notre cas [de la mélancolie], nous ne devons partir de la douleur à propos de la mort du mari [à l'occasion de laquelle la psychose commence], ni de la « figure

¹⁰⁰ Binswanger L., *Mélancolie et manie*, p. 82.

gémissante » [qui constitue l'impression première de la rencontre avec la malade] que prennent ici la patiente et cette douleur elle-même, car ce sont des données « intuitives » (*empfindbar*), c'est-à-dire acquises dans la connaissance *pratique* de l'homme. Il en va différemment de l'autoreproche permanent d'être coupable, par son initiative [d'entreprendre le voyage lors duquel se produit l'accident qui tue le mari], de ce malheur. Même si nous pouvons encore « pénétrer par intropathie » cet autoreproche, nous ne pouvons plus le faire pour ce qui s'y impose cliniquement pour nous *comme mélancolique*. En tant que psychoses, la manie et la mélancolie sont tout aussi peu « pénétrables par intropathie » sur le fondement de la connaissance pratique de l'homme que la schizophrénie. Mais il n'en résulte nullement, comme ce serait le cas chez Jaspers, qu'en tant que non pénétrables par intropathie et par là non compréhensibles elles pourraient et devraient être *seulement expliquées* causalement ou génétiquement¹⁰¹.

Ce passage permet d'observer que la « connaissance pratique » peut nous rapprocher de la personne atteinte de la psychose mélancolique dans la mesure où la douleur, à travers ses expressions, les gémissements et les regrets, peut faire l'objet de l'empathie (*Einfühlung*, traduit dans le texte par « intropathie »). Celle-ci relie notre propre expérience à celle d'autrui : sa souffrance évoque en nous un sentiment comparable. Ainsi, sans que l'objet de la douleur soit nécessairement le même, la douleur est partagée et nous *com-patissons* avec l'autre, nous le « comprenons ». Or, la force de l'empathie s'avère être limitée. Dans le cas présenté, Binswanger décrit la situation où face à sa patiente il se retrouve devant quelque chose qui ne peut pas être pénétré de la même manière que la souffrance de sa malade.

Le caractère unique de la situation tient à la particularité des autoreproches mélancoliques, plus précisément à leur forme grammaticale de l'imparfait suivi par le conditionnel – « si je n'avais pas proposé l'excursion, 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 de reproches, etc. »¹⁰². En plus, l'interchangeabilité des « objets » de la plainte mélancolique montre que l'éventuelle réalisation de l'intention n'influence pas l'intention même. Celle-ci reste en tout cas insatisfaite – la patiente trouve chaque fois un autre sujet de lamentation de sorte que la plainte ne s'arrête jamais. Une seule conclusion s'impose, selon Binswanger : étant donné que l'objet de la plainte (exprimé sous la forme de l'imparfait) n'est pas fixé, les possibilités (qui apparaissent dans la forme du conditionnel) investies par la malade sont privées d'un « à propos de quoi », ou, comme le dit Binswanger, elles sont « vides »¹⁰³. C'est pour cette raison que « même si nous

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 32.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ D'une manière analogue, dans un cas de manie, « la patiente se sent "cannibaliquement bien", prétend avoir salué tous les arbres, toutes les fleurs et – ce qui est significatif – "au passage" aussi tous les humains, après qu'elle a *brisé les lunettes grises*. Cette assertion

pouvons encore “pénétrer par intropathie” cet autoreproche », ou en d’autres mots, même si nous pouvons imaginer ensemble avec la patiente qu’il pourrait y avoir une alternative à ce qui est arrivé, que probablement, sous certaines conditions, tout ait pu être différent, nous ne pouvons néanmoins plus le faire pour ce qui n’a pas de « à propos de quoi ». Cela n’empêche pour autant que ce quelque chose tout de même « s’impose à lui comme mélancolique ».

Notons qu’ici quelque chose « s’impose [au psychiatre] *comme mélancolique* » ou pourrait-on dire encore, *sous la forme du mélancolique*, ou même *en prenant la forme du mélancolique*. Dans le premier chapitre, nous avons déjà mis en relief que la méthode phénoménologique est convoquée pour rendre compte de ce qui se présente comme symptôme. Celui-ci, selon Binswanger, est au fond le fait de la communication, plus précisément de sa rupture : il est question du symptôme là où le contact avec autrui est mis en cause. Cela veut dire qu’il y a bien une brèche dans l’expérience empathique de la souffrance d’autrui, quelque chose que le psychiatre ne peut pas expliquer, mais qui demande en même temps d’être expliqué et qu’après-coup il détermine alors en termes psychiatriques. Le concept clinique vient donc combler l’abîme qui le sépare dans son expérience de la personne qui lui fait face.

C’est pour rendre compte de cet abîme que le psychiatre fait appel à la phénoménologie. Le vide, l’absence de « à propos de quoi », pour lequel la psychiatrie classique n’a d’autre nom que « mélancolique », sera justement visé par la compréhension transcendantale, seule capable de faire face à la distance critique qui le sépare d’autrui. Elle constate, évalue et mesure cette absence¹⁰⁴. De la sorte, dans ce cas de mélancolie, grâce à la compréhension transcendantale, Binswanger parvient à définir le fonctionnement de la structure intentionnelle de la conscience en ce qu’elle a de défaillant, et notamment à déterminer les brouillages

représente le sommet de l’optimisme maniaque de la connaissance, d’un optimisme qui effectivement s’appuie sur *rien* ». *Ibid.*, p. 04. Binswanger souligne.

¹⁰⁴ « Que le comportement de Lola nous apparaisse ici comme plus compréhensible, cette apparence est donc trompeuse. Elle n’est certes, à aucun des deux stades à ce point autiste qu’elle ne se protège pas encore de modes de comportement en provenance de son monde inférieur. Mais il manque précisément à ces modes de comportement ce qui les rendait, au sens fort du terme, compréhensibles, à savoir la continuité du soi. Suite à l’abandon du soi à un pouvoir étranger et à la perte concomitante du soi, toute la structure de l’être-au-monde est si différente de la nôtre que, si une description *phénoménologique* et une compréhension *phénoménologique* sont encore possibles, plus aucune “intuition” (*Einfühlung*) psychologique, en revanche, ne l’est. C’est justement ici qu’il s’avère, une nouvelle fois, que la *Daseinsanalyse* rend possible une compréhension méthodique-scientifique, là où la prétendue intuition refuse de fonctionner ». Binswanger L., *Le cas Lola Voss*, p. 87.

des mécanismes de rétention et de protention qui y sont en jeu. Bref, il détecte et définit l'altération de la structure apriorique de l'existence.

Nous voulons maintenant mettre en évidence dans cette analyse un élément important de la compréhension transcendantale. Dans la mesure où « ce qui s'impose » au psychiatre « comme mélancolique » est « le vide » des autoreproches de sa patiente, il nous semble possible de conclure, à l'encontre de Binswanger lui-même, que les plaintes sont vides, mais *non pas uniquement pour elle*. Les possibilités apparaissent privées de sens – et ceci, selon notre hypothèse, avant tout – au médecin, qui est lui-même entraîné, comme l'avoue Binswanger lui-même, dans des « discussions vides », interminables. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le psychiatre se sent interpellé au point que « dans un premier temps » il « en veut au malade » qui « remplit les oreilles de ses jérémiades incessantes [...] sollicitant la plus extrême attention et participation »¹⁰⁵.

Dans les situations comme celle-ci, le médecin est en effet contrarié, dérangé par son patient, car il est confronté à une série d'idées (ou d'actes) qui pour lui ne possèdent clairement pas la même signification que pour le malade. Le terme de décalage qu'on emprunte à Minkowski (et Binswanger lui-même se sert de ce terme) décrit parfaitement cette première impression que fait le fou sur son interlocuteur, à savoir cette impression d'un « vide » qui se creuse entre eux. Le psychiatre constate en effet que lors de la rencontre avec son patient quelque chose advient en tant que décalé, que *ça décale*. Il faudrait en même temps préciser que ce que nous voulons désigner par ce terme ne coïncide pas exactement avec ce qu'entend le psychiatre français lui-même. Car même quand Minkowski se demande « mais où se produit le décalage de son psychisme par rapport au nôtre ? », c'est encore et malgré tout dans une certaine mesure le contenu dont il est question.

Certes le psychiatre français ne se limite pas à une investigation des représentations ou des jugements considérés en ce qu'ils sont perturbés dans le délire. Comme le dit Minkowski « [l]a psychiatrie moderne, à l'aide de la psychologie des complexes, est parvenue déjà à ramener toute une série de manifestations morbides à des facteurs normaux et à les rendre ainsi compréhensibles »¹⁰⁶. Son but est de « pénétrer la nature du phénomène morbide »¹⁰⁷. Grâce à cette approche, le sens du phénomène se révélera, dans le

¹⁰⁵ Binswanger L., *Mélancolie et manie*, p. 37.

¹⁰⁶ Minkowski E., *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*, p. 173.

¹⁰⁷ *Ibid.*

cadre du cas analysé, comme une absence de projection dans l'avenir : « l'avenir se trouve barré par la certitude d'un événement d'ordre destructif et terrifiant »¹⁰⁸. Toutefois, il nous semble possible d'affirmer qu'il s'agit ici de nouveau du vécu et de sa structure, mais non pas du fait du décalage lui-même. Comme si le décalage ne pouvait être attesté qu'après-coup, suite à la comparaison entre deux structures du vécu : celle « en être normal »¹⁰⁹ du psychiatre Minkowski lui-même et celle de son patient.

Une logique semblable à celle de Minkowski est suivie par Binswanger : la manifestation de l'altération en tant qu'altération, visée par la compréhension transcendantale, est subordonnée à la compréhension de la structure de l'existence décalée. C'est en appréhendant la spécificité du *Dasein* du patient que le psychiatre-phénoménologue peut le qualifier de défaillant. Nous proposons de pousser plus loin le raisonnement de Minkowski et avec lui celui de Binswanger afin de ne pas en rester à la compréhension du décalage comme différence entre les deux projets-de-monde qui se rencontrent. Le cas échéant, nous nous retrouvons inévitablement sur le chemin qui mène vers la description du vécu du patient, fût-elle psychopathologique, phénoménologique ou encore d'inspiration bergsonienne. Or comme nous l'avons suggéré, cette approche ne doit pas demeurer exclusive. Nous proposons dès lors de prendre en compte la situation du médecin. Dans ce cas, le décalage apparaît dans son advenir, c'est-à-dire en tant que moment où ça décale, en tant que lieu où les deux styles d'être surgissent dans leur différence, et dans ce sens il est davantage la source motivationnelle de la comparaison de deux manières d'être que le résultat du rapprochement.

Les considérations que nous venons de développer nous autorisent à apporter quelques précisions importantes aux enjeux du projet binswangerien. Nous avons insisté sur le fait que la phénoménologie est appelée à analyser ce qui s'impose sous la forme de symptôme. Dans ce but, l'analyse remonte vers la structure apriorique de l'existence et montre la transformation qu'elle subit. Ainsi se dessine une image de la maladie, différente de celle que nous présente l'étude psychopathologique, une image positive où chaque élément est doté d'un sens propre relevant d'un style total de l'existence. L'idée du décalage comme épreuve fondamentale de la rencontre clinique apporte une première précision, car elle nous permet de reprendre à nouveaux frais le terme de « flexion » dont nous avons traité au début du présent chapitre. Nous avons beaucoup discuté de cette notion

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 175.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 174.

en ce qu'elle permet de concevoir le *Dasein*, dont la structure s'avère d'être fléchie, comme une ouverture à de nouvelles possibilités existentielles. Maintenant, nous pouvons préciser que la flexion qui devient l'objet de la *Daseinsanalyse* n'est pas simplement telle ou telle forme que prend la structure existentielle, comme si la transformation du *Dasein* était une forme statique et dès lors comparable à celle dite authentique¹¹⁰. Le fléchissement structurel désigne avant tout le moment où la structure apparaît en train de fléchir, le moment du « ça fléchit », du « ça décale » prononcé par le psychiatre. Comme nous l'avons montré à partir du texte binswangerien, c'est bien ce déphasage dans son advenir qui s'impose au psychiatre sous le nom de mélancolique.

Ces considérations nous amènent à faire une deuxième remarque concernant le projet binswangerien. En prenant bonne note de l'affirmation de Binswanger, selon laquelle la phénoménologie ne doit pas remplacer la psychopathologie, nous voulons insister davantage sur l'idée que l'analyse de la compréhension transcendantale n'intervient pas pour recouvrir le discours psychopathologique qui raisonne dans les termes du symptôme. La phénoménologie est convoquée pour rendre compte du fait que quelque chose s'impose *sous la forme* de symptôme, sous telle ou telle forme psychopathologique. Par conséquent, il ne convient pas d'entendre le sens de l'adoption de la méthode phénoménologique comme la substitution d'une perspective sur la maladie à une autre, comme s'il s'agissait de voir la même chose sous deux angles différents. Le geste phénoménologique consiste à questionner la manière, voire la force avec laquelle le symptôme s'impose et notamment l'évidence prétendue de cette donation où quelque chose s'impose *comme* symptôme. Nous employons le terme « force » pour bien marquer le fait que quelque chose *s'impose* au psychiatre, que quelque chose l'oblige à donner une réponse à l'événement.

Il en ressort que la question de la mise en œuvre de la méthode phénoménologique concerne non seulement la personne atteinte de folie et le regard qu'on pose sur lui, mais surtout et avant tout le psychiatre en tant que confronté à l'expérience de décalage ressentie à l'égard de son patient – expérience que, dans le cadre de la psychiatrie dite classique, il essayait de traduire dans les termes de la psychopathologie. Le passage à la méthode

¹¹⁰ Ainsi, nous rendons justice au terme même de *Dasein* : « Je vous prierai seulement de ne pas vous représenter, par structure d'être-présent, quelque chose de statique, mais quelque chose de compris dans un changement continu ». Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 119.

phénoménologique présente, à notre avis, une tentative de répondre à la force avec laquelle un concept clinique (la mélancolie dans notre exemple) s'impose au psychiatre. Pour lui, la phénoménologie est un moyen de prendre la juste mesure du décalage qu'il vit et en même temps de son savoir psychiatrique – et de mettre ainsi en exergue ce savoir en tant que savoir. Dans ce sens, au lieu de soulever la question de l'opposition entre la méthode phénoménologique et celle psychopathologique, il faut poser la question de leur interaction, c'est-à-dire de la connexion complexe entre l'être-médecin et l'être-phénoménologue. Telle est la problématique que nous explorerons dans le dernier chapitre de cette partie.

Chapitre 3 : Devenir psychiatre-phénoménologue

Lorsque nous avons défini les grands axes du projet binswangerien, nous avons vu que la *Daseinsanalyse* se conçoit comme une approche qui propose un regard profond sur les choses, regard qui vise l'essence des phénomènes. La méthode daseinsanalytique est, dès lors, une méthode fondamentale sur laquelle doit s'appuyer toute réflexion qui cherche à rendre compte de la maladie mentale. Or, comme nous l'avons montré par la suite dans le deuxième chapitre, l'indépendance de la méthode phénoménologique à l'égard de la psychopathologie ne signifie pas le mépris envers celle-ci. Avant toute prise de position, la prise de l'attitude phénoménologique dévoile l'attachement du médecin à une certaine forme de théorisation. Ceci étant posé, il est nécessaire de reformuler la question de l'adoption de la méthode phénoménologique en prenant en compte la figure du médecin qui apparaît alors dans sa fonction de porteur du savoir médical. Nous consacrons cette section conclusive de la première partie à l'analyse du dédoublement subi par le médecin lorsqu'il applique la méthode phénoménologique à sa pratique et lorsque le devenir-phénoménologue se superpose, alors, à l'être-médecin. Cette problématique nous permettra de cerner au plus près les enjeux du projet binswangerien en clarifiant sa portée phénoménologique.

3.1. « What is bizarre in bizarre delusions ? »

Revenons à la question que nous avons examinée dans les sections précédentes, en la centrant davantage, cette fois, sur la figure du médecin. Cette question se formule comme suit : comment s'articulent la psychopathologie et la phénoménologie ? Comme nous l'avons suggéré plus haut, pour peu que la phénoménologie devienne la méthode de la psychiatrie, elle entretient avec la psychopathologie un rapport complexe. D'une part, l'analyse phénoménologique

reprend les notions fondamentales de la psychopathologie, d'autre part elle est appelée à les éclaircir. À l'appui de ce propos, citons un passage emblématique de Binswanger :

La phénoménologie en effet requiert les distinctions descriptives du psychopathe, par exemple le concept d'idée délirante, d'hallucination, d'autisme, pour partir d'une base et se faire rapidement comprendre ; tandis que le psychopathe, en retour, requiert l'observation phénoménologiquement organisée pour avoir devant lui un matériel d'intuition toujours neuf et clarifié.¹¹¹

S'il y a un concept psychopathologique qui nécessite davantage d'élucidation de la part de la phénoménologie, c'est, à notre avis, celui de « bizarre ». Nous avons déjà rencontré ce terme lorsque, dans le deuxième chapitre, nous avons analysé le cas du patient qui, pendant un entretien clinique, prononce la phrase suivante : « Non, je n'entends pas des voix, mais la nuit des salles à parler sont ouvertes et je voudrais bien que dispensées elles soient »¹¹². Le terme « bizarre » est alors évoqué pour montrer que la psychiatrie classique raisonne chaque fois à l'aide des jugements – le psychopathe juge bizarre le mode de parler de la personne –, tandis que la phénoménologie vise à décrire la réalité effective du vécu de la personne prise de folie.

Encore aujourd'hui la personne qui présente des hallucinations qui tombent sous la catégorie du « bizarre », selon le DSM – IV, est immédiatement

¹¹¹ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 101.

Caroline Gros développe la métaphore de l'engrenage utilisée par Binswanger : « Pour Binswanger, il n'y a explicitement pas de réelle union possible, et ce même s'il emploie l'expression de "psychopathologie phénoménologique". Il faut revenir ici à la métaphore de l'engrenage et considérer ces sciences comme deux rouages excentriques entraînés l'un par l'autre, et provoquant un mouvement de va-et-vient. Le moment de la description, même s'il s'entend en un sens radicalement différent pour chacune, est moteur. Le matériel décrit intrique une discipline à l'autre. L'image de l'engrenage efface toute forme de hiérarchie entre psychopathologie et phénoménologie, car elle ne pose pas le problème de fondation d'une science unitaire, mais en reste au plan pratique. La psychopathologie, si elle doit prendre appui sur la phénoménologie, doit pour ainsi dire se constituer en région et non pas demeurer simple utilisatrice ou simple domaine d'application. Mais, inversement, la phénoménologie en tant que science du commencement (au sens de la genèse du phénomène) ne doit pas pour autant devenir science de la psychopathologie, et à l'inverse du geste cartésien, se placer elle-même au commencement. Elle n'est pas un recommencement, mais elle permet de se fondre au cœur des significations, de descendre du mot générique ou concept vers la sphère originare de constitution de l'élaboration de son sens pour comprendre à neuf le rapport de l'événement au vécu, et du vécu à l'expérience normale et/ou pathologique. Elle permet d'éclairer de manière inédite les concepts traditionnels de la psychopathologie ». Gros C., *Ludwig Binswanger : Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, pp. 124-125. Cette vision des choses débouche inévitablement, à notre avis, sur la question que nous avons posé plus haut : quel est le rapport entre le concept de transformation stylistique de l'être-au-monde et celui d'altération morbide ? Mais il semble que ce problème ne se pose pas pour Caroline Gros. L'approche phénoménologique reste, pour elle, une possibilité de voir le monde « par les yeux » du malade. L'effectuation de l'*epochè* husserlienne est alors soumise à l'idée de l'immersion dans l'expérience d'autrui. C'est exactement cette position que nous voudrions interroger.

¹¹² Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 102.

identifiée comme souffrante de psychose. Et pourtant clairement le terme « bizarre » provient du langage tout à fait courant. Il est intéressant, alors, que ce terme, à l'apparence trop vague et même provisoire, ait survécu à un siècle entier de développements dans le domaine de la psychiatrie et ne cesse de constituer un élément suffisant à lui seul à autoriser le diagnostic de schizophrénie. Mais qu'y a-t-il de bizarre dans les hallucinations bizarres ?

Dans leur article récent, M. Cermolacce, L. Sass et J. Parnass¹¹³ prennent à bras-le-corps cette question très peu affrontée dans les recherches théorico-cliniques. L'examen des études empiriques montre que le terme « bizarre » est employé dans la psychopathologie psychiatrique dans le sens de « absurde », « privé de sens » ou encore « incompréhensible ». Manifestement, seul le contenu des énoncés analysés est alors pris ici en compte : le délire est bizarre lorsqu'il contredit la situation de fait ou lorsqu'il est incompréhensible d'un point de vue historique ou culturel¹¹⁴. Selon nos auteurs, l'analyse de la forme du délire considéré bizarre devrait compléter cette définition. Ils suggèrent qu'il est insuffisant de se pencher exclusivement sur ce *à propos de quoi* la personne délire, et qu'il faudrait également mettre en lumière la manière dont la subjectivité est impliquée dans cette épreuve. Telle est la condition de la démonstration de la validité et de la fiabilité de la notion de « bizarre » appliquée au délire.

Ces précisions à l'esprit, on peut alors voir que si au cœur du concept « bizarre » se trouve l'idée de l'incompréhension, celle-ci ne reflète pas la fausseté des représentations ou l'attachement excessif de la personne à un certain ensemble d'idées ou, encore, l'impossibilité de lui prouver le contraire. La spécificité du

¹¹³ Cermolacce M., Sass L. et Parnass J., « What is bizarre in bizarre delusions ? A critical review », in *Schizophrenia Bulletin*, vol.36, n°4, 2010, pp. 667-679. Il faudrait noter que les auteurs du présent article travaillent sur le concept de *délire* bizarre (*Delusion* en anglais) tout en soulignant que le délire bizarre n'est pas accompagné d'hallucinations. Serait-il alors juste d'appliquer leurs analyses à notre cas qui est précisément celui de l'hallucination ? Il nous semble que cette distinction n'est pas cruciale pour notre discussion : ce qui nous intéresse ici c'est la concept de bizarre en ce qu'il est appliqué au discours du patient et dans ce sens, il ne renvoie pas à l'hallucination, mais à l'impression qu'elle donne.

¹¹⁴ Les auteurs de l'article distinguent dans la littérature clinique cinq notions constitutives de l'idée du bizarre : « impossibilité physique ou logique manifeste (invraisemblance) ; croyance qui n'est pas partagée dans le contexte social ou culturel donné ; absence de la compréhension historique (dans le sens de Jaspers) ou génétique : l'incapacité à comprendre comment tel état de conscience puisse émerger à la suite des certains antécédents biographiques ; incompréhensibilité dans le sens du manque (Jaspers) de la "compréhension statique" : incapacité à empathiser avec, de s'identifier par le moies de l'imagination, état de conscience donné ; notion de "non-être déduit des situations ordinaires" ». *Ibid.*, p. 670. « Selon la définition qu'on trouve dans le DSM – III le délire n'est pas bizarre jusqu'au moment où il se réfère aux situations qui ont lieu dans la vie réelle telles que être poursuivi, empoisonné, infecté, aimé à distance, être malade, être trahit par l'épous(e) ou l'amant(e) ». Nous traduisons. *Ibid.*, p. 671.

délire n'est pas dans ce qui est énoncé. Même si le discours délirant est formulé comme s'il s'agissait des constatations d'un état des lieux, il vaut mieux, disent les auteurs, les considérer « en tant que « métaphores tordues qui expriment l'expérience, impensable et cassante, des changements qui affectent les conditions mêmes de l'expérience de soi-même (c'est-à-dire les altérations de la conscience de soi, les changements des structures spatiales et temporelles) »¹¹⁵. Cette approche a une longue histoire et remonte à Karl Jaspers qui a montré à l'évidence que ce n'est pas le contenu qui détermine la particularité du délire, mais sa forme, à savoir le rapport dans lequel il se trouve avec la vie quotidienne, avec le sens commun et la vie intime de la personne.

En effet, dès les travaux d'Emil Kraepelin et de Karl Jaspers, il est clair que le terme « bizarre », dans la situation clinique, renvoie non seulement au délire en tant que tel, mais à la personnalité du malade en général ; c'est toute la *Gestalt* qui en est affectée. « Il est beaucoup plus facile, écrit Jaspers, de décrire les caractères communs [des personnes atteintes de schizophrénie] d'une façon subjective, c'est-à-dire par l'impression qu'ils produisent sur l'observateur, que d'une manière objective. Ces sujets ont toujours quelque chose de particulièrement incompréhensible, d'étrange, de froid, d'inaccessible »¹¹⁶. Ainsi, dans la perspective gestaltiste, malgré le fait que l'étrangeté ne renvoie pas à une caractéristique particulière, un spécialiste expérimenté est capable de saisir l'atmosphère singulière entourant l'homme. En l'absence de ses repères habituels il peut diagnostiquer la personne en tant que schizophrénique, à l'aide de son *feeling* qui lui sert alors d'outil diagnostique¹¹⁷.

¹¹⁵ Nous traduisons. La différence entre la forme et le contenu du délire, que cherchent à mettre en lumière les auteurs de l'article, peut être comparée, à leur avis, à la différence ontologique. Dans cette perspective, ce qui se trouve thématiquement dans le délire bizarre n'est pas l'ontique, mais l'ontologique, plus précisément « le changement radical du cadre entier d'expérience : le délire ne concerne ni le soi ni le monde pris isolément, mais la relation entre le soi et le monde ». Nous traduisons. *Ibid.*, p. 676.

¹¹⁶ Jaspers K., *Psychopathologie générale*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1933, p. 492. L'étrangeté de la personne tient à « une certaine désorganisation, à la coexistence dans l'expérience, la cognition, les émotions et les actions du patient des éléments incompatibles qui le placent à ou au-delà des limites de la compréhension interpersonnelle ». Nous traduisons. Cermolacce M., Sass L. et Parnass J., « What is bizarre in bizarre delusions ? A critical review », p. 668.

¹¹⁷ Nous trouvons également cette idée chez Rümke qui parle du *praecox Gefühl*, un sentiment qui résulte de l'impossibilité d'empathie avec la personne ; ou encore chez Minkowski qui formule l'idée de « diagnostic par pénétration » grâce auquel, sans désigner des déficiences précises, le psychiatre est capable de rendre compte de l'incohérence générale qui régit l'organisation de la personnalité de son patient. Voir Rümke H., « The Nuclear Symptom of Schizophrenia and the Praecox Feeling », in Broome M. R., Harland R., Owen G. S. et Stringaris A. (éd.), *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge,

Nous voyons alors que, dans leur analyse du phénomène du bizarre, M. Cermolacce, L. Sass et J. Parnas ne se limitent pas à la centration sur la figure du patient. Ainsi, ils soulignent explicitement la nécessité de conjuguer le côté subjectif du délire bizarre (« la manière dont l'expérience altérée se manifeste ») avec le côté intersubjectif de la rencontre (« la manière dont le délire est dit à et vécu par le clinicien »¹¹⁸). Il en ressort clairement que le terme « bizarre » présente non seulement une caractéristique de l'expérience du malade, mais également la marque du vécu du médecin. Ce retournement du regard qui cherche à prendre en compte la position du psychiatre a pour effet que le diagnostic se révèle comme prenant sa source dans le sentiment de « quelque chose de particulièrement incompréhensible, d'étrange, de froid, d'inaccessible » éprouvé par le médecin face à son patient. Le terme « bizarre » est alors clairement, dans le discours psychopathologique, une impression première, pour ainsi dire pré-scientifique, que reçoit le psychiatre face à une personne atteinte de folie.

Nous retrouvons l'idée du diagnostic basé sur le sentiment également chez Binswanger. En puisant aux sources de diverses théories phénoménologiques (notamment celle de Max Scheler), il formule l'idée selon laquelle l'approche daseinsanalytique se base sur une capacité fondamentale, dont chacun dispose, de pénétrer dans l'essence de la personne, de la saisir directement sans passer par une conceptualisation préalable, mais à travers son expressivité. Selon cette hypothèse, le premier contact avec le patient se joue dans l'empathie, qui, d'une manière très large, peut être entendue à la fois comme réceptivité à l'égard de l'autre et perception directe de ses propres vécus à partir desquels il est ensuite possible de s'identifier à lui. Binswanger appelle ce diagnostic de base – *Gefühlldiagnose*, diagnostic fondé sur le sentiment¹¹⁹. Le sentiment dont il s'agit ici est un sentiment du rapport, du contact avec l'autre.

Or, comme nous l'avons vu dans le cas de la mélancolie que nous avons analysée plus haut, l'empathie s'avère être limitée quand il est question d'une rencontre avec une personne affectée par la psychose. Ainsi, le psychiatre se trouve dans une situation où il lui est impossible d'« emphatiser », pour ainsi dire, jusqu'au bout avec sa patiente. Cependant, selon Binswanger, cela ne met pas en

Cambridge University Press, 2012, pp.193-196 ; Minkowski E., *La schizophrénie : psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot, 1927, p. 71.

¹¹⁸ Cermolacce M., Sass L. et Parnass J., « What is bizarre in bizarre delusions ? A critical review », p. 676.

¹¹⁹ Sur les influences des jeunes phénoménologues sur la conception binswangerienne de *Gefühlldiagnose* voir Lanzoni S., « An epistemology of the Clinic: Ludwig Binswanger's Phenomenology of the Other ».

question la valeur du *Gefühldiagnose* : le sentiment d'absence du rapport à autrui n'empêche pas la compréhension – c'est n'est qu'un premier pas sur la voie herméneutique. Le sentiment de vide sert en fait d'« un outil épistémologique »¹²⁰ afin d'accéder à l'essence de la maladie. Pour atteindre ce but, ce premier diagnostic doit être complété par la compréhension transcendante. Grâce à celle-ci, le psychiatre saisit, à la façon de la perception esthétique, l'essence de la personne à travers ses expressions morbides (hallucinations, délire, etc.).

Les positions de Binswanger et M. Cermolacce, L. Sass et J. Parnas se rapprochent dans la mesure où ils montrent l'importance de pouvoir reconnaître les limites de l'empathie auxquelles se trouve confronté le psychiatre dans la situation clinique. En même temps, dans la mesure où le but de Binswanger consiste à mettre des balises d'une analyse fondamentale, il pousse sa réflexion plus loin que celles des auteurs de notre article¹²¹. Il insiste sur le fait que malgré le sentiment d'absence de contact, la possibilité d'avoir un rapport avec autrui existe. Le regard qui fixe la manière dont se présente l'autre personne comme « bizarre » doit donc être dépassé. Ainsi, nous avons vu comment dans le cas du malade atteint des hallucinations de la « salle à parler », l'analyse dévoile la modification de sa personnalité ; modification qui, selon lui, est responsable du discours que la psychiatrie classique considère comme « bizarre ». Au terme de cette analyse, la personne « bizarre » se révèle alors comme « modifiée » et le concept « bizarre » est clarifié par le fait de remonter vers la structure apriorique existentielle.

Si nous nous sommes intéressé aux analyses de l'article de M. Cermolacce, L. Sass et J. Parnas, c'est parce qu'elles dévoilent que le concept de bizarre utilisé dans la psychiatrie à titre de concept scientifique a un ancrage fort dans l'expérience vivante et individuelle du médecin, expérience dont la première caractéristique est la difficulté d'avoir un contact avec la personne folle. Cela met

¹²⁰ *Ibid.*, p. 76.

¹²¹ Il est vrai que les auteurs du présent article mentionnent la nécessité de conjuguer le côté subjectif du délire bizarre avec le côté intersubjectif de la rencontre, nécessité sur laquelle nous avons insisté tout particulièrement dans notre travail. Or, s'il s'agit d'entendre par le rapport intersubjectif les capacités intuitives du médecin, nous n'avons pas élargi suffisamment, à notre sens, le cadre d'analyse. En fait, dans ce cas, nous sommes à nouveau confronté à un problème que le diagnostic ne résout qu'à la manière d'un *deus ex machina* : le passage de l'instant où la personne nous apparaît bizarre à celui où nous parlons du pathologique reste obscur. En effet, comment passons-nous d'un *feeling* qu'autrui a quelque chose de bizarre à l'idée qu'il souffre de la schizophrénie ou d'un autre type de psychose ? Si le diagnostic gestaltiste se fait selon l'intuition, il reste à préciser de quelle manière l'altération de la structure générale de l'expérience, cette *bizarrierie* de la situation, se laisse « sentir ».

en évidence que lorsque nous abandonnons le terme de « bizarre » au profit de celui de « modifié », c'est non seulement une attitude scientifique qui est mise hors jeu, mais avec elle une attitude quotidienne. Binswanger le dit explicitement : cette première impression de la bizarrerie, ou de la « gaucherie », comme il l'appelle également, que fait le fou sur les autres n'est qu'un premier sentiment et pour cette raison elle doit également être soumise à une réduction phénoménologique afin de révéler la possibilité fondamentale de la compréhension de sa situation.

Il s'agit donc maintenant de ne plus considérer les sujets gauchis comme des *personnes* « inabordables », « difficiles à traiter », plus ou moins inutiles dans la société, asociales, extravagantes, excentriques, autistiques ; de ne plus continuer à mettre en mots les *impressions* qu'ils font *sur nous* – nous en tant que personnes commerçant avec eux –, mais de comprendre et de décrire les sujets gauchis à partir de leur être le plus propre, en tant que *co-existant* (*Mitdaseinende*).¹²²

Ces considérations nous permettent d'apporter quelques précisions à l'idée du travail phénoménologique entrepris par le psychiatre. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la *Daseinsanalyse* se conçoit comme la mise en pratique de la méthode phénoménologique dont le premier geste consiste à se retenir d'émettre des jugements d'ordre normatif. En même temps, nous avons insisté sur le fait que pour pouvoir s'abstenir des jugements il faut préalablement révéler les jugements existants en tant que jugements. À dire les choses ainsi, on comprend qu'adopter l'attitude phénoménologique signifie mettre en évidence le savoir en tant que savoir, l'apparition du symptôme *comme* symptôme. Mais qu'on ne s'y trompe pas : effectuer l'*epochè* ne veut pas dire effacer, rendre inexistante l'attitude scientifique. Il s'agit, avant tout, de la suspendre et, dès lors, de la mettre en exergue, de la rendre visible. C'est pourquoi, effectivement, la phénoménologie ne remplace pas la psychopathologie, mais vise à repenser son fondement.

Or, en nous inspirant de l'exemple du terme « bizarre », nous venons de montrer que l'attitude scientifique est intimement liée à l'attitude quotidienne. La notion de « bizarre » fonctionne, pour la psychiatrie dite classique, à la fois comme un concept scientifique et comme un terme qui renvoie à l'expérience la plus basique, celle de l'impression première éprouvée face à un fou – le sentiment d'avoir devant soi quelqu'un de « de particulièrement incompréhensible,

¹²² Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 59. « Nous ne devons jamais perdre de vue que ce qui importe désormais ce n'est plus notre *impression* ou notre *action* face au comportement du père – donc notre surprise, notre stupéfaction, voire notre indignation ; ni le *jugement* objectivant que nous portons sur le père en tant que *personne gauchie*, brutale et violente ; ni enfin *notre* jugement quant à savoir si l'utilisable, ici donc le cercueil, s'insère ou non dans la multiplicité de renvois appelée "fête de Noël" ». *Ibid.*, pp. 61-62.

d'étrange, de froid, d'inaccessible »¹²³. De cette réflexion nous tirons la conclusion suivante : avec le savoir sur le symptôme – « il utilise un mode de langage bizarre » – c'est aussi une donnée impressionnelle – il est « bizarre » – qui est mise hors jeu au moment de l'adoption de l'attitude phénoménologique. Telle est effectivement l'idée de la réduction husserlienne : les *doxas* qui doivent être dépassées par l'attitude phénoménologique sont constituées par deux types de propositions, l'un relevant de la vie quotidienne et l'autre de la science, les deux étant unis dans la même attitude, appelée « naturelle », qui se distingue par la prise de position fondamentalement naïve et non-critique envers l'idée du monde (la thèse générale du monde, dans les termes husserliens). Citons un passage de Binswanger qui illustre bien le changement d'attitude qu'il propose :

Le malade vient à notre rencontre comme malade, tout d'abord dans une expérience non pas naturelle, mais médicale, donc dans l'ensemble de renvois mondains de la médecine et de son domaine particulier, la psychiatrie. Il vient à notre rencontre, quoiqu'en tant que patient, dans l'accomplissement d'une tâche « naturelle », lors de la visite médicale dans une maison de santé. C'est pourquoi nous jugeons son comportement « de prime abord », c'est-à-dire à partir de l'a priori du complexe de renvois psychiatrique et clinique, comme celui d'un malade. Nous ne lui faisons aucun reproche [...], mais nous restons dans la distance du jugement et de la patience du médecin qui constate. Néanmoins, comme le médecin est « lui aussi un homme » qu'il voit aussi « l'homme dans le malade », il ne peut ni ne veut se *soustraire* à l'impression « personnelle » de drôlerie et de ridicule. Cependant, il reste conscient du fait que cette impression est purement « humaine », qu'elle n'est pas une constatation d'ordre médicale ni, à plus forte raison, une constatation théorique ou scientifique. Au lieu de nous trouver dans le nous du complexe de renvois patient-médecin et dans le nous de « l'humanité », nous nous retrouvons dans le nous de l'*expérience naturelle* dès que nous ne voyons, dans l'ensemble de renvois de la médecine, qu'un « cas particulier », une portion déterminée de la mondanité en général en tant que concept intégrant des rapports de significativité ou de complexes de renvois. Ainsi se transforme l'a priori « de notre place fixée par la nature dans l'évidence commune du séjour naturel commun » du nous, donc de l'« expérience naturelle ». Au lieu d'une objectivation scientifique concernant une personne à portée de la main que l'on doit traiter, on voit apparaître ici la compréhension et l'explicitation d'une possibilité de l'inflexion de ce qui est commun, de la présence en tant que la nôtre, en tant qu'être-homme ou être dans-le-monde.¹²⁴

¹²³ En ce sens, ce n'est pas par hasard que le concept clinique qui s'impose au psychiatre est celui de bizarre. La psychopathologie garde au cœur de son vocabulaire un terme qui, à l'encontre des représentations de la science psychiatrique comme lointaine, voire indifférente à ce qui dans l'homme revient à l'humain, reflète ce sentiment premier qui envahit la personne face à la folie. Ce terme met en jeu le décalage en train de se faire, quand je vois l'autre qui n'est pas ici ou encore « d'ici », « de ce mode d'être-là que je suis ». Il y aurait donc avant toute mise en phase de deux manières d'exister, la possibilité d'entrer en résonance, cette première expérience de déphasage radical, de l'impossibilité d'avoir un écho chez l'autre, de se regarder dans le vide dont le psychotique lui-même atteste quand il dit que « le là pour lui ne veut rien dire ».

¹²⁴ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 67.

Que peut-on tirer de ces remarques pour la compréhension de la situation du médecin ? Dans le chapitre précédent, nous avons insisté sur le fait que, pour Binswanger, la phénoménologie ne doit pas remplacer la psychopathologie. Mais si la prise de l'attitude phénoménologique ne signifie pas, pour le psychiatre, oublier simplement son passé médical, ne devrions-nous pas en conclure que le regard phénoménologique ne consiste pas non plus à renier la manière dont le psychiatre vit la rencontre avec le psychotique ? Binswanger formule le problème de façon suivante :

Communication dans l'existence et action dirigée vers un but de délivrance et de conduite de forces biologico-psychologiques, voilà les deux pôles dialectiques de la psychothérapie médicale, et où aucun de ces deux pôles ne peut apparaître seul et unique, non plus qu'il ne peut s'effacer complètement en faveur de l'autre. Cela veut dire que, en tant que psychothérapeute médical, je ne pourrai jamais être seulement l'ami ou l'amoureux du malade comme cela est le cas dans la relation purement existentielle, de même que je ne pourrai jamais me limiter au seul service de l'objet. Un bon psychothérapeute ne peut être que celui qui, pour nous servir d'une excellente expression de Martin Buber, peut voir avec justesse dans toute relation dialectique, le *contre-point dominant* et l'utiliser conformément aux règles de l'art.¹²⁵

Mais dans ce cas, comment penser la dialectique entre « relation purement existentielle » et celle qui s'instaure vis-à-vis le patient, c'est-à-dire vis-à-vis la personne auquel le psychiatre propose un certain « service » ? Mais encore : si nous accentuons davantage le tournant phénoménologique que propose d'opérer Binswanger en adoptant la méthode de la *Daseinsanalyse*, comment peut-on définir le rapport entre l'attitude phénoménologique et de l'attitude naturelle dans la situation qui est celle du médecin ? Tournons-nous un instant vers les explications qu'en donnent les phénoménologues.

3.2. Psychiatre ou phénoménologue ?

La « double vie »¹²⁶ du sujet phénoménologisant que nous essayons de mettre en évidence dans les analyses binswangeriennes a été bien mise en évidence dans la *VIe Méditation cartésienne*. Eugen Fink explique subtilement que lors de la réduction phénoménologique le sujet subit un dédoublement, ou plus exactement une « scission »¹²⁷. Il se découvre d'un côté comme un sujet

¹²⁵ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 123.

¹²⁶ Nous empruntons l'expression « la double vie du sujet » à Rudolf Bernet. Dans les pages qui suivent nous nous appuyerons sur la lecture des textes de Fink et de Husserl qu'il propose dans Bernet R., *La vie du sujet. Recherches sur l'interprétation de Husserl dans la phénoménologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.

¹²⁷ « La différence générique entre l'être transcendentement constituant et l'agir transcendantal du spectateur phénoménologique n'est pas tout simplement une disparité [...],

constituant le monde dans lequel jusque-là, dans l'attitude naturelle, il était plongé sans se rendre compte de son rôle de donateur de sens, et de l'autre côté il se présente comme le spectateur phénoménologique, précisément l'acteur de la réduction phénoménologique, qui dégage le processus même de la constitution. La différence majeure entre ces deux manières dont le sujet s'apparaît à lui-même consiste dans le rapport que le sujet entretient au monde. Rudolf Bernet résume parfaitement cette idée :

ce spectateur est dépourvu de cette « tendance vers l'être », de cette « finalité d'une réalisation du monde et dans le monde » qui habite toute conscience constituante, qu'elle soit « opérante » dans la vie naturelle ou reconnue comme telle grâce à la réduction phénoménologique et grâce au spectateur. Ce spectateur est entraîné par une tendance tout autre qui, au lieu de le diriger vers l'être du monde, le porte à s'intéresser au pré-être de cette conscience transcendantale qui constitue le monde.¹²⁸

Si donc le spectateur n'est pas absolument désintéressé par rapport au monde, comme le soutient Fink, il se préoccupe uniquement de « l'origine du monde dans la conscience transcendantale »¹²⁹. Pris différemment dans la relation avec le monde, le spectateur phénoménologique et la conscience constituante se réalisent aussi de façons diverses : tandis que le premier œuvre dans la solitude, le dernier forme une communauté avec d'autres sujets constituants, le monde étant le fruit de leurs investissements communs. À la différence du spectateur qui fait le « saut »¹³⁰ en dehors de toute région d'être pour mettre en lumière l'origine même du monde, le sujet constituant est donc impliqué dans le monde. Selon la belle formule de Rudolf Bernet, alors qu'il se découvre comme *différent* du monde, il n'est tout de même pas *indifférent* à lui.

Par contre, il ne faut pas oublier qu'il est toujours question d'« un seul est même sujet transcendantal »¹³¹. Comme le souligne Bernet, la dissimulation d'un

mais elle est une opposition et un clivage dans la vie transcendantale elle-même, elle est auto-position : identité dans la différence, opposition dans la constance de soi-même ». Fink E., *Sixième Méditation cartésienne. Première partie. L'idée d'une théorie transcendantale de la méthode*, Grenoble, Éditions Gérard Millon, 1994, p. 76.

¹²⁸ Bernet R., *La vie du sujet*, p. 16. Bernet commente ici le § 4 de la *Sixième méditation*, notamment pp. 74-75.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ La réflexion qui résulte de la réduction diffère, selon Fink, « qualitativement » de « la réflexion humaine sur soi-même », c'est « un genre [de réflexion] tout à fait nouveau », car « elle ne réside pas du tout dans l'horizon des possibilités humaines » : « ce n'est pas l'homme qui fait réflexion sur soi, mais c'est la subjectivité transcendantale, voilée dans l'auto-objectivation sous la forme de l'homme, qui fait réflexion sur elle-même, en prenant son départ apparemment comme homme, en se dépassant et se ruinant comme homme, à savoir en s'orientant vers le fond vital propre, en dernière instance le plus intime ». Fink E., *Sixième Méditation cartésienne. Première partie. L'idée d'une théorie transcendantale de la méthode*, p. 86.

¹³¹ Bernet R., *La vie du sujet*, p. 17.

des côtés de la double vie du sujet fait partie du jeu : « L'identité de ce sujet est donc une unité composée. Il n'est lui-même qu'en étant lui-même de diverses manières. Quand il se connaît, il se méconnaît en même temps. Quand il apparaît, il apparaît toujours sous une de ses deux faces seulement. En apparaissant, il disparaît simultanément »¹³². Cela ne revient pourtant pas à dire qu'une de ces faces n'est plus présente au moment où apparaît l'autre. Malgré l'« abîme »¹³³ qui s'ouvre entre les deux manières d'être, notamment d'être-au-monde, leur unité persiste : la réduction phénoménologique ne substitue pas simplement l'une à l'autre. Or, si le sujet constituant, révélé dans le regard du spectateur, forme avec ce dernier une unité effective, nous pouvons en conclure, alors, que le sujet phénoménologisant n'est jamais détaché du monde, qu'il reste fondamentalement non-indifférent envers lui.

C'est en mettant en lumière ce rapport subtil de la double vie du sujet phénoménologisant que nous pouvons prendre la mesure de l'acte phénoménologique sur le terrain psychiatrique. Certes, Binswanger ne thématise pas la scission, en tant que telle, entre le spectateur phénoménologisant, qui réalise la réduction, et l'*ego* constituant, qui prend conscience de lui-même et de ses actes. Cependant, il est clair que l'intuition d'essence que le psychiatre invite à pratiquer – intuition purifiée de toute théorie psychopathologique – est bel et bien un acte que seul le spectateur phénoménologique est en mesure d'effectuer. Ce serait également cette instance induite par la réduction phénoménologique qui, au moment où l'empathie ne serait plus suffisante, va rendre compte de cette insuffisance et qui va alors mettre en œuvre la compréhension transcendantale¹³⁴.

La théorie phénoménologique de la double vie du sujet transcendantal nous permet alors de préciser rapport entre l'attitude naturelle et l'attitude phénoménologique dans la situation du médecin qui entreprend la *Daseinsanalyse*. À présent, sans entreprendre une analyse approfondie de la théorie de la réduction chez Husserl, nous voudrions nous attarder sur la question de la motivation de la réduction. Celle-ci est souvent interprétée comme ayant sa source dans la décision du penseur. La réduction est donc un acte de liberté. Le *saut* « qui transcende son soi-même naturel, son être-homme [empirique] » que produit la réduction phénoménologique ne peut provenir, dit Rudolf Bernet, que d'un vouloir, c'est-à-dire de la décision de prendre distance avec l'expérience familière et de faire de la

¹³² *Ibid.*, p. 18.

¹³³ Fink E., *Sixième Méditation cartésienne. Première partie. L'idée d'une théorie transcendantale de la méthode*, p. 73.

¹³⁴ Voir la section 2.4.

phénoménologie : « aucune difficulté rencontrée dans la vie naturelle, aucun désir de clarification, aucune volonté de faire œuvre de science n'a le pouvoir d'extraire l'homme de son immersion dans la vie naturelle qui s'accomplit au sein du monde »¹³⁵.

Nos analyses précédentes ont montré que pourBinswanger le fait d'adopter la méthode phénoménologique est également un geste de volonté. Le psychiatre se décide à pratiquer le regard phénoménologique et pour ce but il prend des distances par rapport à tout positionnement théorique ainsi qu'à toute attitude naturelle. Telle est l'idée que nous recevons d'une première lecture deBinswanger. Au regard des remarques critiques que nous avons faites lors de l'étude des textes deBinswanger, nous pouvons maintenant nuancer ce constat. En nous penchant sur l'analyse du cas de mélancolie, nous avons mis en évidence que la décision de pratiquer la phénoménologie, tout en étant une décision consciente, découle de la manière dont le psychiatre vit la rencontre avec son patient : la prise de position phénoménologique est intimement liée à l'expérience du décalage que fait la médecin entre la manière d'habiter le monde qui est la sienne et celle qui est propre au malade. À dire les choses ainsi, il devient clair que le déphasage éprouvé par le psychiatre face à son patient suscite, dans une certaine mesure, la motivation de la réduction phénoménologique. La question qui se pose concerne alors cette « mesure » selon laquelle le vécu du décalage contribue à la décision d'entreprendre la démarche phénoménologique.

L'« aporie motivationnelle »¹³⁶ de la prise de l'attitude phénoménologique a été déjà notée dans les études husserliennes : pour que la réduction phénoménologique donne accès à l'essence des phénomènes, elle doit être mise en œuvre par un *ego* qui, en fait, se situe déjà dans l'attitude phénoménologique ; en même temps, la réduction n'est que la voie vers cette attitude, son point de départ

¹³⁵ Bernet R., *La vie du sujet*, p. 12.

¹³⁶ Nous empruntons ce terme à Alexei Chernyakov. L'aporie motivationnelle est dans un rapport direct avec « l'aporie ontologique » que le phénoménologue russe formule comme de la manière suivant : « Se poser sur le terrain transcendantal est un acte du "Moi humain" qui par l'effet de sa liberté devient le "créateur" du fondement transcendantal. Or, quelqu'un pourrait nous faire l'objection suivante : le mot "créateur" induit en erreur. Il convient mieux de parler non pas de la création, mais de la découverte du "latent". Le terrain transcendantal est déjà... il suffit d'y mettre ses pieds. [...] Or c'est ici que le problème se pose : en parlant de la sphère de la conscience pure, nous avons affaire à l'horizon des « objets » pour lesquels il n'est pas facile d'opérer la distinction entre "apparaître" [...] et "être". S'il est vrai que cette distinction ne peut être posée par principe, alors l'époché en tant que acte humain, expression de la liberté humaine, devient le fondement ontologique du fondement transcendantal. [...] Nous appelons ce paradoxe [...] "l'aporie ontologique" de la méthode phénoménologique ». nous traduisons. Chernyakov A., « Fenomenologiya kak strogaya nauka ? », in *Istoriko-filosofskii ezhegodnik*, 2005, pp. 369-370.

est donc bien celui de l'attitude naturelle. Selon Anna Yampolskaya, ce que nous devons retenir de l'aporie sur laquelle bute la réflexion sur la réduction phénoménologique, est l'idée que le sujet phénoménologisant subit lors de la réduction une transformation importante :

Dans la question de la motivation de la réduction phénoménologique, il ne s'agit pas seulement et pas tellement de la « production » de la subjectivité transcendante, mais bien plutôt du fait que le passage de l'attitude naïve à l'attitude phénoménologique (tant pour le premier phénoménologue que pour tous les phénoménologues des générations suivantes) est possible uniquement lorsque le Moi humain du phénoménologue contient déjà en lui les germes de l'attitude phénoménologique. Autrement dit, la motivation de la phénoménologie – et d'une manière plus large, la motivation de la philosophie – n'est pas un acte de volonté. Elle est ce qui arrive au Moi humain d'un phénoménologue débutant ; dans les termes d'Eugen Fink: « L'idée de fondation à l'œuvre dans la philosophie husserlienne doit tout d'abord être comprise à partir du pathos de la phénoménologie » (Fink, *De la phénoménologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974, p. 182.), c'est-à-dire en tant que passibilité de la pensée (*Leidenschaft des Denkens*).¹³⁷

Husserl lui-même est loin de réduire le changement d'attitude au pur acte de jugement qui consisterait dans la neutralisation de la thèse générale du monde. Ce geste technique n'épuise pas le sens du passage à l'attitude phénoménologique qui s'effectue comme une *conversion* non seulement professionnelle mais aussi existentielle. Selon Husserl, « l'attitude phénoménologique totale, et l'*epochè* qui en fait partie, sont appelées par essence à produire tout d'abord un changement personnel complet qui serait à comparer en première analyse avec une conversion religieuse »¹³⁸.

Nous tirons de ces remarques la conclusion suivante quant à la situation du psychiatre-phénoménologue : dans la mesure où la décision du médecin d'adopter la méthode phénoménologique est motivée par l'impression première de la distance par rapport à son patient, le psychiatre se trouve transformé radicalement lorsqu'il éprouve le décalage face à une personne atteinte de folie et ainsi il entreprend l'analyse phénoménologique. Mais encore : si la démarche daseinsanalytique est motivée par l'expérience fondamentale du décalage, le travail phénoménologique garde alors la trace de cette expérience originelle au sein même de la description phénoménologique.

Cette trace se manifeste, à notre avis, lorsque l'analyse phénoménologique opère des distinctions comme celle entre pareil et différent, ou *idios* et *koinos*.

¹³⁷ Yampolskaya A., *Fenomenologiya vo Frantsii i v Germanii: Problemy metoda*, Moscou, Rossiiskii Gosudarstvennyi gumanitarnyi Universitet, 2013, p. 26. Nous traduisons.

¹³⁸ Husserl E., *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendante*, Paris, Gallimard, 1976, p. 156.

Nous suggérons que ces termes ne sont pas uniquement utilisés pour marquer l'opposition au jugement rendu par la psychopathologie. Binswanger ne récuse, en effet, aucunement le fait que le psychiatre, qui s'engage sur la voie de la *Daseinsanalyse*, n'est pas arraché à sa condition humaine : en adoptant la méthode phénoménologique, il vise non pas à remplacer le savoir psychopathologique, mais à dévoiler la proximité existentielle qui fonde la possibilité du contact entre le médecin et le patient. La prise de position phénoménologique sert précisément à dégager le fond commun de deux personnes impliquées dans le rapport clinique.

Cela étant, nous estimons qu'il se produit néanmoins dans les analyses binswangeriennes un glissement continu de l'analyse de l'expérience du psychiatre vers l'analyse de la situation clinique exclusivement à partir de la position du patient. L'expérience de la rencontre avec la folie que fait le médecin est finalement rabattue sur l'expérience de la folie telle que la vit le malade : la distance à l'égard de la personne atteinte de folie a sa source dans le mode d'être-au-monde du patient, qui est, en fait, différent, mais qui pourrait d'être comme celui initialement prévu, qui correspond à la forme authentique de l'existence. Ainsi la démarche phénoménologique se réduit à rendre compte de ce qui est jeu effectivement pour la personne dans un état de folie, en laissant complètement à l'ombre le vécu de la part du médecin du moment où l'altération se montre comme altération.

Cette focalisation dans l'analyse de la situation clinique sur le vécu du patient obscurcit, à notre avis, le sens du travail phénoménologique et, notamment, le fait que le geste de *l'époche* est motivé par l'épreuve de décalage faite par le médecin¹³⁹. Nous voudrions renverser cette perspective et, dans ce but, nous

¹³⁹ Dans ses études sur les modes d'application de la réduction phénoménologique à la pratique psychothérapeutique, Pierre Vermersch dégage deux actes au sein de l'opération de la réduction. C'est avec l'acte d'inhibition que démarre la procédure. Cet acte « repose entièrement sur l'après-coup, sur le fait de connaître ce qui doit être suspendu, d'avoir appris à la reconnaître dans son propre vécu au moment même où l'on en a besoin, au moment même où c'est pertinent de l'accomplir effectivement ». Or pour l'inhibition doit pouvoir s'ouvrir à l'inconnu pour ne pas nous laisser limités à ce qui est déjà connu. Ainsi, « l'inhibition est à la fois un mouvement pro-actif, une forme de contrôle puisqu'il engage une activité volontaire, et une possibilité de laisser émerger du nouveau, du non-déjà catégorisé ». Vermersch P., « Psycho-phénoménologie de la réduction », in *Alter*, n°3, 2011. Bien que nous nous soyons beaucoup inspirée des réflexions de cet auteur, nous gardons nos réserves quant à la particularité de la mise en œuvre de la réduction phénoménologique dans la situation de la rencontre clinique. Notre hypothèse consisterait à dire que le décalage ressenti face à une personne provoque un tel bouleversement chez un sujet que le cycle d'inhibition-ouverture pro-actif se trouve quelque peu rompu : le nouveau qui émerge le fait sans que le sujet s'y implique dans l'acte de volonté. Le sujet en est affecté et dès lors motivé dans une certaine mesure d'entreprendre une analyse phénoménologique.

insistons la nécessité de résister à la tendance de réduire l'épreuve du décalage à celle de l'impression comme une impression passagère et insignifiante : il s'agit dans la distance ressentie à l'égard de la personne folle d'une épreuve fondamentale, de sorte que le partage du même *cosmos* ne peut pas être considéré comme l'expérience première de la rencontre. Mais qu'on ne s'y trompe pas : nous ne voulons pas nous contenter de dévoiler le sentiment que le médecin a face à son patient. Nous voulons en revanche dégager ce moment comme lieu où sa pratique médicale s'articule avec la phénoménologie, plus précisément comme lieu où surgit la motivation de la réduction phénoménologique¹⁴⁰.

3.3. Le partenariat existentiel en question

Nous avons déjà vu que Binswanger explique la spécificité du style d'être de la personne atteinte de folie en parlant d'*idios cosmos*, c'est-à-dire d'un monde propre, détaché du monde de la communauté humaine. Dans le premier chapitre, après avoir introduit ce concept, nous avons souligné la nécessité de le prendre avec précaution, car il ne serait pas correct d'imaginer qu'il y a deux mondes séparés l'un de l'autre. Tout en représentant deux projets-de-monde différents, l'être-psychiatre et l'être-patient sont unis. Nous pouvons définir cette unité comme le partage du même principe de structuration, du même recueillement de soi-même. Telle est la lecture du terme héraclitéen de *cosmos* que fait Binswanger à la lumière de la philosophie heideggérienne. Il s'agit donc de la potentialité commune qui factuellement, à savoir dans la facticité du *Dasein*, peut avoir des formes diverses¹⁴¹. Binswanger explique cette unité en employant le terme de proximité existentielle. Nous trouvons chez Roland Kuhn une bonne métaphore pour rendre intelligible la proximité de deux êtres dont les styles de déploiement de l'existence diffèrent : leur union se manifeste comme une mise en accord sur un

¹⁴⁰ Si nous parlons donc du rapport entre la phénoménologie et la psychopathologie en tant qu'articulation, nous entendons par celle-ci, dans ce cas, non pas une explicitation, mais une clarification qui permet au psychiatre de sortir de l'usage habituel des notions pour dégager leur appartenance à une *doxa*. Nous nous appuyons alors sur les réflexions d'Arthur Tatossian selon qui : « la phénoménologie ne prétend pas expliquer, mais éclaircir l'expérience psychiatrique, c'est-à-dire la rendre transparente quant à l'essence, soit à ce que le psychiatre sait toujours déjà mais ne sait pas forcément qu'il sait ». Tatossian A., *La phénoménologie des psychoses*, Puteaux, Le Cercle Herméneutique, 2002, p. 22.

¹⁴¹ « [O]n ne peut parler de distorsion qu'à partir du moment où une chose au fond commune à nous tous, une chose pensée commune à nous tous, à laquelle tous peuvent participer, se transforme, parce que poursuivie avec logique et obstination, en observance stricte de la conséquence logique ou en inconséquence ». Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 85.

certain ton. Ils entrent, selon l'expression du psychiatre allemand, « en résonance humaine »¹⁴².

Binswanger insiste sur le fait que la proximité existentielle en tant que fondement de l'action thérapeutique est une proximité symétrique : le médecin rencontre le patient comme un partenaire, « partenaire dans l'être-présent »¹⁴³. La symétrie du rapport clinique relève du fait que le patient n'est pas pris pour un objet d'étude, mais est considéré comme un sujet qui, tout comme le médecin lui-même, vit et existe¹⁴⁴. L'idée de symétrie du rapport clinique s'avère donc être constitutive. Grâce à elle, nous concevons le fait que l'existence d'autrui a pour le médecin la même signification que la sienne et qu'il souhaite s'engager à l'aider. Autrement dit, le destin du patient importe à son médecin au point qu'il est prêt à « lutter »¹⁴⁵ pour sa libération. Le face-à-face clinique est donc plus qu'un simple contact, il est une rencontre entre des égaux.

Le lecteur voit donc que, nous, praticien de l'analyse existentielle, nous *faisons face* à l'homme pris dans sa singularité, considéré non pas comme un simple individu, une simple personne ou personnalité présentant telle ou telle particularité, tel ou tel mode de comportement ou de fonction et une certaine biographie ; à plus forte raison il verra que nous ne le *contraignons* pas à entrer dans un système de conception et de langage de quelque théorie psychopathologique ou psychothérapeutique, mais, au contraire, que nous le *rencontrons* sur le plan de la présence humaine, comme un partenaire. Cette « partenariat » dans la présence n'est pas seulement une affaire humaine ou éthique, mais une affaire strictement systématique, au sens de l'interprétation et de la communication phénoménologique de la présence. Nous ne nous demandons pas seulement qui est cet homme et comment il s'exprime, en tant que cet homme-là, sur le monde et sur lui-même, mais bien comment ici s'exprime la présence sur elle-même en tant que présence.¹⁴⁶

Cependant, le partenariat en question présente, à notre sens, une particularité : étant donné que les deux projets-de-monde en question ne sont pas du même style, ils sont à tel point différents que l'un d'eux ne peut pas demeurer tel qu'il est, mais il doit subir une transformation. La *Daseinsanalyse* comme nous

¹⁴² Kuhn R., « L'œuvre de Ludwig Binswanger, son origine et sa signification pour l'avenir », in Fédida P. et Wolf-Fédida M., *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, p. 38.

¹⁴³ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 118.

¹⁴⁴ « La différence avec ce qui précédait consiste, cependant, en ce que au lieu du pro-jet appréhendé scientifiquement comme étant celui de "l'âme" ou de la "psyché", l'homme lui-même est entré en scène ou, pour être plus précis : l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde. En tant que *pro-jet* scientifique de la psychiatrie, ce n'est plus de la "psyché malade" et de sens "troubles fonctionnels", ce n'est pas non plus du "malade de l'esprit" avec ses anomalies de comportement qu'il s'agit, mais bien de "l'homme". Dans ce but, le mode de recherche de l'analyse existentielle rencontre le mode d'exploration du traitement moderne de la schizophrénie : au lieu de la symptomatologie clinique et de la pathologie, c'est l'homme et son monde, l'homme *dans* et *avec* son monde ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, pp. 156-157.

¹⁴⁵ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 120.

¹⁴⁶ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 151. Binswanger souligne.

l'avons souligné dès le début n'est pas une simple description « après-coup ». Le principe clinique « participe à l'édification de *tout* l'édifice »¹⁴⁷. Le patient reste donc un patient, il doit être traité et éventuellement guéri. Il nous semble judicieux d'en conclure que s'ils sont partenaires *en droit*, un regard profond sur leur partenariat démontre que, *de fait*, le médecin et le malade ne se trouvent pas dans un rapport d'égal à égal. Du point de vue du psychiatre (mais aussi du patient qui assume son rôle), leurs manières d'habiter le monde n'ont pas la même valeur. Cela découle nécessairement de la thèse binswangerienne selon laquelle la flexion du *Dasein* qui caractérise la maladie psychique produit un changement *qualitatif* et non pas *quantitatif* :

De quelle manière peut-on comprendre et décrire cette variation de la structure essentielle de l'être-homme (que l'on qualifie de maniérée, d'affectée, de guindée, d'élevée par enroulement et tenue en l'air) *sans* faire référence à l'élément biologique au sens d'une *forme de maladie*, d'une *maladie à la mode* individuelle ou supra-individuelle, d'un « déficit vital » que pallie la spiritualité (non seulement au sens artistique de ce mot, mais au sens le plus large) ? Ou bien, pour s'exprimer positivement, en comprenant et en exprimant *dans les termes de l'analyse existentielle* ce manque et la nature spécifique de son substitut ? Car l'analyse existentielle ne s'est jamais occupée des différences quantitatives, des forces « en plus » ou « en moins ». Il est justement de son propos et de son sens de ramener (contrairement à la psychanalyse, à la psychologie et à la psychopathologie biologique mécaniciste) « les forces *supposées* » et les « glissements de force », les transformations « supposées » (de « l'énergie psychique » ou de la « libido », des fonctions et des « mécanismes » vitaux ou psychiques) à des différences « qualitatives », à des transformations que l'on peut mettre en évidence phénoménologiquement : celle de la structure du *Dasein* ou de l'être-dans-le-monde. La même chose est évidemment valable pour la langue de la technique, que la langue courante privilégie.¹⁴⁸

En fait, le concept de *Dasein* en tant qu'être-au-monde est choisi par Binswanger parce qu'il est le seul à même de rendre compte de cette modification qualitative, c'est-à-dire structurelle, par rapport à l'état initial. Dans une certaine mesure, il ne faudrait même plus parler du monde dans le cas de la psychose étant donné que les structures existentielles y sont significativement transformées :

Ici [dans la maladie mentale], monde ne signifie plus ouverture pour l'étant, le « laisser-être » de l'être, comme le dit Heidegger, c'est-à-dire la reconnaissance originaire de l'être, mais au contraire, la fermeture ou l'impasse, c'est ce qui fait souffrir les êtres dont nous nous occupons c'est pour cela que nous sommes appelés à les aider.¹⁴⁹

Cette phrase pourrait paraître excessive, voire contradictoire, à la lumière de tous les développements que nous avons faits jusque-là ; or ce qu'il faudrait en retenir, à notre avis, est l'idée que le changement radical subi par le *Dasein* doit

¹⁴⁷ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 113.

¹⁴⁸ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 200.

¹⁴⁹ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 151.

être pris au sérieux. Selon la logique de Binswanger lui-même, à défaut de cette différence, la tâche thérapeutique n'aurait aucun sens. Or dans ce cas, qu'en est-il de la pièce maîtresse du projet anthropologico-clinique de Binswanger, à savoir l'idée que l'altération structurelle n'enlève pas au *Dasein* son sens d'être-au-monde, qu'il n'est rien d'autre qu'« une nouvelle norme, une nouvelle forme de l'être-dans-le-monde »¹⁵⁰, bref, que l'expérience de « la fin du monde » n'est qu'une structure de « présence au monde » ? Nous sommes alors à nouveau face à la difficulté soulevée plus haut, celle de concevoir la souplesse de l'être-présent dont chaque forme possède ses propres normes et limites grâce auxquelles la structure existentielle fait preuve de flexibilité¹⁵¹, en même temps que certaines de ces formes apparaissent comme radicalement altérées jusqu'au point d'être considérées pathologiques. Pour tenter de répondre à cette question, retournons vers la figure du médecin à qui revient la décision diagnostique, c'est-à-dire la qualification de tel ou tel style de l'être-dans-le-monde comme correspondant à la norme ou comme déviant par rapport à celle-ci.

Du point de vue de la *Daseinsanalyse*, le but de la psychothérapie est la repossibilisation de la conséquence de l'expérience dont le malade est privé, la réouverture des possibilités qui lui sont propres, c'est-à-dire de son pouvoir être-soi, être-au-monde et être-avec. La thérapie, dit Binswanger, est la « réconciliation de l'homme avec lui-même et, partant, avec le monde »¹⁵². Les deux éléments, le soi et le monde, s'y révèlent en effet comme intrinsèquement liés, voire inséparables l'un de l'autre : « le chemin vers soi-même passe toujours par le monde, comme le chemin du monde vers le monde passe par soi-même »¹⁵³. En d'autres termes, il s'agit de restaurer le rapport authentique avec soi-même et le monde, l'un à partir l'autre, perdu dans la maladie.

Il est alors clair que si, dans la perspective daseinsanalytique, le rôle du médiateur est confié au médecin, si le malade regagne le rapport au monde et à

¹⁵⁰ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 66.

¹⁵¹ « Il ressort de tout cela que le monde, en somme, et déjà le *cosmos* a signifié, chez Héraclite, la limite et la norme préalable tout à fait mobile, c'est-à-dire relative à la présence de l'homme et à ses différents modes fondamentaux et lui appartenant totalement. Cette idée est d'une importance capitale pour tout anthropologie et psychologie. Non seulement la psychose ne se peut comprendre qu'à partir des mondes des limites et des normes préalables dans lesquelles vit le malade individuellement et dont il subit l'atmosphère, mais, bien plus encore, tout cela est-il valable pour les rêves, pour tout "sentiments" et, en somme, pour tout mode d'expérience vécus des malades et des bien portants ». Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, pp. 181-182.

¹⁵² *Ibid.*, p. 144. Au sujet de la psychothérapie d'inspiration daseinsanalytique voir également Célis R. et Bovet P., « Psychiatrie phénoménologique et Daseinsanalyse », pp. 93-117.

¹⁵³ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 144.

soi-même grâce à son aide, c'est parce que le thérapeute lui sert de point d'accès au monde. La figure du thérapeute forme, pour ainsi dire, un centre d'attraction vers lequel tend le patient, comme vers une fenêtre à travers laquelle il peut à nouveau avoir accès au monde commun. Si donc l'idée de guérison, comme l'affirme Binswanger, consiste à « libérer l'être de l'isolement aveugle de l'*idios cosmos* [...] et de l'élever et de le délivrer pour qu'il puisse participer au *koinos cosmos*, à la vie de la *koinoia* authentique ou de la communauté »¹⁵⁴, cela devient possible grâce au fait que le médecin, à la différence du malade, est bien ancré dans le monde. Le psychiatre, comme le dit Binswanger, a les pieds « sur terre » :

[...] le thérapeute orienté analytico-existentiellement cherchera à faire prendre à nouveau pied « sur terre » au dépressif, en le sortant du monde de caveau souterrain dans lequel il s'est enterré ; « sur terre » comme le seul mode d'être-présent où peut être réalisée la plénitude des possibilités d'être humaines. Quant au schizophrène distors, le thérapeute orienté analytico-existentiellement cherchera à le ramener, du monde du travers ou de l'oblique dans lequel il vit et se meut, dans le monde commun, le *koinos cosmos* d'Héraclite.¹⁵⁵

C'est le rapport – authentique – au monde auquel est ouvert le médecin qui rend donc l'action thérapeutique efficace. Cela présuppose inévitablement que celui-ci joue le rôle du « représentant » de la communauté. C'est de l'endroit où il se trouve, au sein de la communauté, qu'il aperçoit alors autrui et le voit comme celui qui n'y appartient pas, qui vient d'un autre monde propre – *idios* –, le sien.

Une fois admise, grâce à l'intuition daseinsanalytique, [...] la compréhension analytique existentielle a déjà dépassé l'impression de saisissement que le sujet gauchi provoque en nous, ainsi que la « réaction » de jugement et de condamnation qui s'ensuit et atteint, quant à elle, un fondement solide, à savoir l'être-dans-le-monde propre au sujets gauchi. Mais le cercle de notre étude n'est pas clos pour autant. Nous interrogeant sur l'essence de la distorsion, nous ne devons pas nous contenter de dissocier, pour les comprendre dans leur singularité, d'une part l'être-dans-le-monde et la mondanité en tant que gauchi, d'autre part l'être dans-le-monde et de la mondanité en général ; mais nous devons encore examiner *quelle est la nature* de l'insertion, au sens de la distorsion en tant que gauchie, considérée à partir du caractère public du nous. Dans ce questionnement apparaît donc, au lieu de *nous* au sens de personnes commerçant avec les sujets gauchis qu'elles justement condamnent, le *nous* de l'expérience naturelle en tant que « localité », commune à tous, de l'être ouvert pour l'étant dans la totalité.¹⁵⁶

À ce propos il faudrait souligner que le « nous » auquel se réfère Binswanger en parlant du *koinos cosmos* est le « nous » révélé dans la prise de position phénoménologique. Ce n'est donc pas le « nous » généralisé, le « nous » qui suivrait une normalité préétablie. Binswanger insiste constamment sur le fait que l'analyse existentielle n'est pas une affaire de comparaison entre la forme d'être-

¹⁵⁴ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 131.

¹⁵⁵ *Ibid.*, pp. 117-118.

¹⁵⁶ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 93.

dans-le-monde de ce patient particulier et celle de la « mondanité en général »¹⁵⁷. La méthode phénoménologique permet ainsi de passer du nous « jugeant » « saisi » par la rencontre avec le malade au nous d'une « localité commune à tous » où le malade lui-même s'inscrit. De cette manière, une flexion se donnant comme telle est en même temps comprise comme ancrée dans des structures existentielles communes. Grâce à la méthode phénoménologique, la psychiatrie cherche à devenir une véritable science du singulier qui saisit « la nature » du phénomène. C'est donc en connaissant sa place au sein de cette localité que le psychiatre aperçoit le patient comme celui qui n'a pas accès à « la pleine réalité de la vie »¹⁵⁸, comme celui qui est donc déplacé.

Ces considérations à l'esprit, nous pouvons préciser alors davantage l'idée de flexion structurelle ou plus précisément de fléchissement vécu face à une personne atteinte de folie. Le fait que le décalage devienne visible dans son advenir lorsque nous prêtons attention à la figure du médecin, ne signifie pas qu'il est relatif, car il est ressenti *par* quelqu'un et, dès lors, fixé par rapport à quelqu'un. Au contraire, ce quelqu'un *apparaît* au moment de décalage. En d'autres termes, sur le point d'effectuer la réduction phénoménologique, c'est-à-dire lorsqu'il est bousculé par le décalage, le psychiatre prend tout d'un coup corps en tant que sujet d'un acte phénoménologique, où il dévoile l'attachement à l'être-au-monde qui est le sien. Il se montre à lui-même en tant qu'« ici et maintenant » face à cet autrui décalé, venant d'ailleurs. La démarche phénoménologique, consistant à voir au-delà des apparences, démontre alors le caractère irréductible de l'attachement du médecin à son monde, attachement dont le patient est dépourvu. C'est précisément cette différence qualitative qui fait l'objet de la réduction. Or, au lieu de simplement la laisser de côté, l'éliminer de l'ensemble considéré, elle l'extrait et la met ainsi en valeur. La phénoménologie nous permet de voir le décalage dans son advenir, lorsqu'il constitue la différence entre le moi du psychiatre et celui du patient qui, en fait, ne surgissent qu'à ce moment-là, dans cet instant même où quelque chose décale, où quelque chose s'impose comme un concept psychiatrique ou encore plus simplement comme un sentiment d'étrangeté et de bizarrerie.

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 139.

Conclusion de la première partie

L'intérêt de la psychiatrie envers la phénoménologie a une longue histoire et s'est considérablement développé durant les dernières décennies. Conçue initialement comme une étude des structures de la conscience, la phénoménologie est appelée au début du XX^e siècle à éclaircir l'expérience vécue de la personne aliénée. Grâce à cette nouvelle approche qui montre le sens spécifique que prend la réalité pour le patient, la psychiatrie reçoit les moyens qui lui permettent de mettre en valeur le vécu du malade et ainsi de contrecarrer la tendance à l'objectivation de la personne soignée qui accompagne son aspiration vers la scientificité. La perspective de l'étude se renverse radicalement : la normalité de l'état mental n'est plus entre les mains d'un spécialiste, mais est déterminée par le vécu du patient. Le champ d'investigation psychiatrique s'élargit et inclut désormais des perspectives éthiques, esthétiques et anthropologiques. Dans cette nouvelle optique, où le patient est saisi en premier lieu en tant que sujet et personne, le médecin lui-même est alors vu sous un angle différent : il est considéré avant tout comme engagé dans un rapport intersubjectif avec son patient.

Ainsi l'approche phénoménologique a mis en lumière le rôle du psychiatre, lui aussi « homme vivant », comme le dit Jaspers. Car porter l'attention au *vécu* du patient implique de mettre au premier plan, avec celui-ci, le *vécu* du médecin. L'importance attribuée à la personne du psychiatre découle alors de la méthode analytique : pour peu que l'analyse phénoménologique de l'expérience psychotique prétende dévoiler le sens de l'état morbide, elle implique nécessairement une restitution du cadre à partir duquel nous avons accès au vécu du malade. En d'autres termes, l'approche du vécu du psychotique se fait *à partir de* l'expérience que fait le médecin lors de sa rencontre avec un fou. Nous pourrions résumer l'objectif de la première partie de notre travail comme une tentative d'étudier quelques implications importantes de ce postulat.

Tout au long de la présente partie, notre recherche s'est articulée autour de la question suivante : quel est le sens de l'adoption de la méthode phénoménologique par la psychiatrie ? Cette interrogation concentre en elle plusieurs éléments : d'abord, elle indique le moment historique lors duquel la psychiatrie se tourne vers la phénoménologie, ensuite, elle signale l'originalité de l'approche *daseinsanalytique*, et enfin elle questionne la possibilité d'appliquer la phénoménologie à d'autre champ d'études. Nous avons commencé l'exploration de cette question en dessinant quelques pistes de réponse dans le sillage de l'opposition manifestée par la *Daseinsanalyse* à l'égard de la psychanalyse, d'une part, et à la psychiatrie classique psychopathologique, d'autre part. Nous avons également insisté sur le fait que la recherche de la nouvelle méthode était soumise aux conditions pratiques et notamment aux difficultés foncières auxquelles Binswanger, en tant que clinicien, s'est trouvé confronté.

Ainsi nous avons montré que la méthode phénoménologique a été appelée à rendre justice au contexte concret et complexe de la rencontre clinique et à ses trois éléments ou composantes : le patient, le médecin et leur rapport. Grâce à l'analyse phénoménologique, il devient alors possible de concevoir les relations cliniques comme des outils à utiliser dans un but thérapeutique, c'est-à-dire en tant que contact vivant qui permet au psychiatre d'avoir un accès effectif au vécu de son patient.

Il est vrai qu'à travers son expérience face à la personne atteinte de folie le psychiatre saisit avant tout la distance qui le sépare de son patient. Or, le regard phénoménologique permet de voir que cette distance ne concerne pas telle ou telle idée ou tel ou tel acte, mais la manière de se rapporter au monde, aux autres et à soi-même. Par conséquent, en mettant au centre de l'étude de la maladie mentale la question portant sur la manière dont la maladie est vécue, et également la manière dont ce vécu s'inscrit dans l'histoire de la vie du patient, la phénoménologie dévoile ce qui est véritablement en jeu pour la personne touchée par la folie, à savoir la structure de son être-au-monde.

Le grand tournant qu'effectue l'approche phénoménologique dans le domaine de la psychiatrie consiste alors à donner un sens positif à ce qui était défini jusque-là d'une manière univoque comme une somme des manifestations pathologiques. Pour cette raison, la *Daseinsanalyse* abandonne le terme de symptôme comme signe du trouble fonctionnel au profit du concept de projet-de-monde, à l'aune duquel tout comportement humain est considéré comme un style particulier de l'être-dans-le-monde. Ainsi, grâce à une prise d'une position

théorique qui situe la réflexion au niveau plus fondamental, plus « profond », celui de la structure existentielle, l'état du patient n'est plus déterminé exclusivement comme négatif ou anormal, mais est considéré comme soumis à des « variations factuelles de sa structure apriorique »¹⁵⁹, c'est-à-dire comme porteur d'un sens propre et positif.

Telle est la première réponse à la question – quel est le sens de l'adoption de la méthode phénoménologique – qui s'impose, une fois la présentation générale de la *Daseinsanalyse* achevée. Pour le dire rapidement, il s'agit d'affirmer les avantages du potentiel descriptif de la phénoménologie et notamment sa liberté à l'égard des systèmes normatifs. Si donc Binswanger se détourne de la psychopathologie et de la psychanalyse vers la phénoménologie c'est parce qu'elle offre à la psychiatrie une base méthodologique qui lui permet de s'affirmer comme la science du singulier, c'est-à-dire comme l'étude « avec une exactitude scientifique »¹⁶⁰ des flexions que peut subir le *Dasein* sous les contraintes de la facticité.

Malgré les bénéfices que procure cette compréhension de la méthode phénoménologique, elle doit être prise, à notre avis, avec des pincettes. Premièrement, quand bien même le concept de la normalité mis en avant par la *Daseinsanalyse* est différent de celui de la psychopathologie classique par l'effet d'être inhérent à la structure existentielle étudiée ; l'idée de la norme n'est pas étrangère à la *Daseinsanalyse*. Il serait donc incorrect de voir dans la phénoménologie une sorte d'une description mitigée où l'idée d'anormalité serait atténuée et remplacée par exemple par celle de différence par exemple.

Il est vrai que le terme de flexion choisi par Binswanger pour penser la possibilité de la maladie mentale – à l'encontre de toute tendance organiciste à ramener la psychose ou la névrose à la déficience cérébrale – permet de rendre fondamentalement compréhensible la situation du patient. Par contre, cette compréhension n'est pas sans ambiguïté : tout en définissant le fléchissement de la structure du *Dasein* positivement, comme un certain espace de vie aménagé dans la situation de déficience, l'analyse existentielle prévoit une pratique thérapeutique au cours de laquelle le fléchissement pourrait être corrigé ; or il est clair que seulement ce qui est diagnostiqué négativement exige un certain traitement.

¹⁵⁹ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 200.

¹⁶⁰ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 56.

Le deuxième point problématique de la thèse selon laquelle l'apport fondamental de la phénoménologie serait sa méthode descriptive consiste dans l'attention exclusive qu'elle attribue à l'objet d'étude. Ce point est directement lié au premier. Le terme de flexion est d'autant plus problématique qu'il est effectivement difficile de fixer son usage si on l'envisage exclusivement dans une perspective « structuraliste », c'est-à-dire si on détermine la norme en termes de corrélations internes. La monopolisation de l'attention par la figure du patient risque de laisser dans l'ombre le fait que l'adoption de la méthode phénoménologique concerne non seulement le malade, mais surtout et avant tout son médecin. S'il est vrai que l'atout de la phénoménologie est la description en première personne, cela concerne non seulement le patient, mais aussi le psychiatre. Sa propre expérience en première personne mérite également d'être mise en avant.

En insistant sur la nécessité de prendre en compte la figure du médecin, nous ne visons toutefois pas à reprendre telle quelle la thèse selon laquelle l'accès au vécu du malade se fait à partir du vécu du médecin. Il s'agit plutôt de mettre l'accent, dans cette formule, sur la prétention du psychiatre de se procurer un accès *effectif* à la situation de son patient. Certes, cette précision ne fait que révéler l'ambition de la *Daseinsanalyse* à fonder scientifiquement son approche pour répondre aux besoins de la discipline à l'époque. Toutefois, ce qui nous intéresse ici plus directement est l'idée de fonder la possibilité d'avoir un accès effectif. Si la compréhension transcendantale est un outil exceptionnel qui saisit la structure apriorique de l'existence, pour le psychiatre, adopter la méthode phénoménologique présuppose la procédure de l'*epochè* et de la réduction. Un des objectifs de notre étude était de souligner que le rôle de la réduction phénoménologique ne se limite pas à laisser de côté tel ou tel présupposé. Préalable à la mise en œuvre de l'intuition de l'essence du phénomène et de sa description, cette procédure fait ressortir celui qui la pratique. Le nouveau regard sur la maladie est donc avant tout un nouveau regard sur le médecin. Le sens de l'adoption de la méthode phénoménologique réside donc dans son potentiel critique, dans son effet libérateur sur celui qui s'engage à le pratiquer.

Or, il nous semble que la compréhension « volontariste » de la réduction ne rend pas justice à la particularité de la situation clinique : si le psychiatre se décide d'adopter une attitude phénoménologique, sa motivation a sa source dans l'expérience du face-à-face avec la personne touchée par la folie. L'épreuve du décalage face à son patient constitue, à notre avis, la base de l'expérience

psychiatrique dont la méthode phénoménologique est appelée à rendre compte. Ainsi, quand bien même l'état du patient n'est plus conçu, grâce à l'apport de l'analyse existentielle, en tant que morbide, il est toutefois analysé en tant que manifestant un style d'être au monde différent, éloigné de celui du médecin. Cela nous amène alors à redéfinir les concepts clés de la *Daseinsanalyse* tels que la flexion et la norme : leur singularité tient non seulement à celle de l'expérience de la folie que fait le patient, mais aussi bien à la singularité de l'expérience de la folie que fait le médecin. Pour Binswanger, si le décalage ressenti est la source de la détermination psychiatrique du pathologique, il est aussi ce qui ramène le médecin à son ancrage dans le monde commun et fonde la possibilité d'une saisie du style d'être fléchi du patient en tant qu'appartenant à un même monde. Or, tandis que *fondamentalement* le malade et son médecin se trouvent dans la présence commune, en même temps, *de fait* le patient se trouve exclu de cette localité commune : la transformation factuelle de sa structure existentielle met en cause la proximité qu'il y a entre lui et le psychiatre, de sorte que celui-ci trouve son patient « décalé » par rapport à lui-même.

Il est tout de même clair que l'épreuve d'un « vide » que constate Binswanger dans la situation clinique n'est pas analysée en tant que telle dans le cadre de sa recherche. Elle n'est pas non plus considérée comme la source de la motivation pour l'adoption de la méthode phénoménologique : pour le psychiatre suisse, le sens de la réduction phénoménologique consiste à faire abstraction de la première impression faite par le fou sur lui pour atteindre la compréhension de l'essence du phénomène qui s'impose sous la forme morbide. Nous allons continuer notre travail en creusant davantage cette idée, car il nous semble que dans l'expérience du bizarre et de l'étrange face à une personne il s'agit non seulement d'une impression qui fait ressortir nos préjugés à l'égard de la folie, mais bien plutôt d'une épreuve fondamentale. Il s'ensuit qu'il ne faudrait pas voir l'analyse phénoménologique comme une étude de ce qui se trouve derrière cette impression, c'est-à-dire de ce qui l'anime, mais bientôt de ce qu'elle est en tant que telle. Telle sera l'hypothèse directrice de la prochaine partie de notre travail.

Deuxième partie.

Le malaise de la rencontre
avec la folie

Introduction à la deuxième partie

Dans la première partie de notre travail, il était question de la manière dont au début du XXe siècle la psychiatrie a mis en œuvre la méthode phénoménologique afin d'alimenter la discussion sur la scientificité de son approche. Le travail de Ludwig Binswanger nous a fourni une illustration exemplaire de ce moment crucial dans l'histoire de cette discipline où son horizon épistémologique s'est trouvé radicalement transformé. Un des enjeux de notre travail consistait à montrer la difficulté, voire l'ambiguïté inhérente au nouveau regard sur la maladie que donne la phénoménologie à la psychiatrie. D'une part, appelée afin de destituer le discours de la normalité, l'approche phénoménologique met en lumière le vécu du patient dans sa singularité, en tant que style particulier d'habiter le monde, de se rapporter aux autres et à soi-même. Elle dévoile ainsi un sens positif de chaque vécu, considéré alors comme fondamentalement intelligible. D'autre part, cela ne signifie pas que tout jugement psychopathologique soit définitivement banni. Même si la compréhension transcendantale de la folie est considérée comme seule capable d'offrir une description de base pour tout travail d'évaluation ultérieur, la description analytique entretient avec le discours psychopathologique un rapport complexe qui ne se réduit pas à l'éclaircissement des concepts. Concrètement, dans le cadre daseinsanalytique, il reste toujours à préciser comment se rapporte le concept de la maladie mentale comprise comme variation factuelle de la structure existentielle à celui de la maladie mentale définie comme pathologie psychique. L'idée de flexibilité de la structure existentielle transcendantale – un des pivots du projet de la *Daseinsanalyse* – dévoile les angles morts du celui-ci.

Dans les pages précédentes, nous avons soutenu que l'ambiguïté à laquelle mène une certaine psychopathologie phénoménologique qui revendique sa filiation à Binswanger provient du fait que son attention soit centrée sur la figure du patient. Ainsi l'idée de fléchissement de la structure du *Dasein* répond au besoin

de rendre intelligible l'expérience du fou. Or nous avons démontré la nécessité de dégager le processus au cours duquel l'altération se montre en tant qu'altération et qui fonde la compréhension de la situation du malade en tant que modifiée et altérée. Au terme de cette analyse, le médecin apparaît sous une lumière nouvelle, comme celui dont la pratique se trouve mise radicalement à l'épreuve face au « vide » qu'il expérimente dans la rencontre avec son patient. Cela nous a permis de poser à de nouveaux frais la question du sens de la mise en œuvre de la méthode phénoménologique par la psychiatrie : confronté à l'expérience de la folie, le médecin adopte l'attitude phénoménologique afin de résoudre un problème face auquel son savoir psychiatrique s'avère être limité.

Il est vrai que la figure du psychiatre n'est jamais absente des analyses phénoménologiques. L'avantage majeur de la *Daseinsanalyse* par rapport à d'autres approches cliniques était d'avoir revu la manière dont le médecin est impliqué dans le rapport clinique. En transformant l'objet de la psychiatrie – le patient – en un véritable sujet singularisé par son histoire de vie, l'analyse existentielle appréhende la relation clinique comme un engagement de la part du psychiatre à lutter pour le bien-être de la personne considérée en tant que son partenaire (dans l'être). En nous penchant sur les analyses binswangeriennes des cas psychotiques, nous avons découvert, cependant, qu'à la source du travail psychiatrique se trouve l'épreuve du décalage fondamental entre le mode d'existence du médecin et celui du patient. C'est pourquoi nous avons proposé de compléter la thèse de Binswanger, selon laquelle le psychiatre et la personne atteinte de la folie se rapportent mutuellement en qualité de partenaires, par l'idée de l'asymétrie de ce rapport : la méthode phénoménologique et notamment la réalisation de l'*épochè*, en libérant le psychiatre du théoricisme psychiatrique et psychopathologique et en dégageant l'objet de son étude, mettent en évidence le fait que l'analysant s'aperçoit comme appartenant à la « "localité" commune à tous » dont est privé l'analysé.

Au terme de nos analyses, il nous a apparu toutefois évident que le projet de la *Daseinsanalyse* ne nous donne pas tous les éléments nécessaires pour penser la situation clinique dans son intégralité. Une analyse de l'expérience de la rencontre avec la folie vécue par le psychiatre demande de redistribuer les accents au sein des textes binswangeriens ; or, ce travail atteint vite ses limites lors que nous prenons à-bras-le-corps le problème du contact entre le psychiatre et son patient. Dans la perspective daseinsanalytique, ce problème est en effet résolu en avance – l'idée de la compréhension transcendantale, en tant que fondée sur

l'appartenance à une présence commune, ne permet pas de mettre radicalement en cause la possibilité d'avoir un rapport à autrui. En revanche, telle sera l'hypothèse directrice de cette deuxième partie, rien ne peut garantir le fait de pouvoir se retrouver ensemble avec autrui. Ces considérations nous poussent à mettre en cause les interprétations d'inspiration binswangerienne qui considèrent que le fondement de la rencontre clinique réside dans la possibilité essentielle pour deux personnes de se mettre en phase. À l'encontre de cette idée, nous avons fait l'hypothèse que dans la mesure où le fou apparaît avant tout comme absent de la communauté, il faudrait étudier davantage le déphasage entre deux structures de l'être-dans-le-monde en tant qu'il remet en cause la possibilité de leur partageabilité.

Dans les pages qui suivent, nous allons donc nous avancer dans cette direction. Or, pour pouvoir poser la question du décalage en jeu dans la rencontre avec le malade mental et de la manière dont il est vécu et attesté par le psychiatre nous sommes obligé de sortir du cadre strictement daseinsanalytique. Il nous semble nécessaire de joindre aux considérations binswangeriennes sur la rencontre clinique des éléments grâce auxquels nous pourrions prendre la mesure de l'asymétrie qui y est en jeu. Ainsi, tandis que dans la première section nous nous sommes appuyé principalement sur le corpus de textes du fondateur de ce courant, maintenant nous ferons appel à plusieurs sources philosophiques qui se sont occupées du problème de la rencontre en tant qu'elle est habitée par un déphasage constitutif, sous condition évidemment que la dissémination des références soit soumise à la problématique en question.

Chapitre 4 : La malencontre

Afin de produire une analyse de la rencontre clinique, il est nécessaire de prendre en compte ses deux protagonistes, de sorte que l'expérience de médecin soit considérée non seulement en tant que corrélative à celle du malade, mais également dans sa dimension propre. Ainsi, au terme de l'analyse, nous avons mis en avant l'idée que le décalage perçu par le médecin entre sa manière d'habiter le monde et celle qu'il observe chez son patient est une épreuve fondamentale du face-à-face avec la folie. Dans les pages qui suivent, nous allons développer cette idée en soulignant que le psychiatre vit le décalage comme une mise en cause de son propre être-au-monde. Dans ce but, nous quittons le cadre tracé par l'œuvre binswangerienne pour ouvrir notre réflexion à d'autres sources phénoménologiques. Deux auteurs joueront un rôle particulièrement important dans les investigations à venir : Henri Maldiney et Emmanuel Levinas. Leurs conceptions de la rencontre avec autrui et des difficultés qui l'accompagnent nous permettront d'esquisser la direction dans laquelle nous allons travailler dans cette deuxième partie de notre étude.

4.1. La difficulté d'être en présence d'autrui

Le problème du contact survient dans la pratique daseinsanalytique dans la mesure où face à un malade psychotique le médecin se trouve devant un homme qui lui paraît être tout à fait étranger. Comme le dit le langage courant, il vit dans un autre monde. On dit également qu'« il est absent » à la manière dont on parle d'une personne distraite qui semble alors « absente » d'une discussion ou d'une activité commune. Comme il est attesté par les descriptions binswangeriennes, la

rencontre avec le psychotique n'est pas facilement réussie. Et dans ce sens, elle est une malencontre. Nous empruntons ce terme à Henri Maldiney¹⁶¹ selon qui :

Ce qui est décisif, la marque première qui caractérise la psychose, c'est que souvent à ses débuts *larvatus prodit*, elle s'avance larvée. Plus qu'elle ne se présente en face à l'attention, elle est appréhendée sous la forme d'une rationalité, en quelque sorte « sur-exposée » qui, comme le dieu de Delphes, ne parle ni ne se tait, mais fait signe. Elle donne d'elle, au moment de la rencontre, un signe de malencontre. Nous éprouvons, en effet, quand l'autre est là, une certaine difficulté d'être ... *en présence* de l'autre. C'est bien une difficulté d'être, car elle se double d'une autre qui crée le malaise, à savoir la difficulté de se trouver ou de se retrouver en présence de soi.¹⁶²

Qu'est-ce qu'une rencontre ? Rencontrer une personne c'est établir un rapport avec elle. Or, quand nous sommes face à un psychotique, il est difficile, dit Maldiney d'avoir un contact avec lui dans la mesure où il semble ne pas répondre à notre tentative de communiquer avec lui. Un fou m'apparaît donc d'entrée de jeu très bizarre, sa manière de parler et de réagir à mes propres mots paraît étrange, voire inadéquate. Il semble être absolument inaccessible comme s'il n'était pas là pour m'entendre et m'apercevoir, comme s'il n'était pas là où on l'attendrait. Comme si autrui ne faisait que me tromper en se cachant derrière un masque sans me laisser voir ce qu'il est véritablement. Cette dissimulation fait que je n'arrive pas à me retrouver en présence de lui. Sa façon bizarre de se tenir en face de moi, sans justement me tourner sa face, remet en question la manière de se rapporter à l'autre qui m'était jusque-là habituelle. D'où la gêne que nous éprouvons.

En fait, il se produit une sorte de doute non seulement à l'égard de l'autre, mais aussi par rapport à moi-même. Je ne peux plus, nous dit Maldiney, mettre autrui au centre de mon attention pour l'écouter en supposant qu'il me parle, qu'il s'exprime avec sincérité. Je me retrouve embarqué dans un jeu de cache-cache qui

¹⁶¹ En faisant appel aux réflexions d'Henri Maldiney nous ne considérons pas qu'il vise à proposer un simple commentaire du travail de Binswanger. Maldiney se sert des textes du psychiatre suisse comme d'un instrument qu'il manie à ses propres fins. En effet, la structure « mosaïque » de l'œuvre maldineysienne témoigne d'un rapport spécifique qu'entretient le penseur avec ses sources, fût-ce philosophiques, cliniques ou picturales. Il ne s'agit pas de commentaires à proprement parler, ni d'illustrations vivaces accompagnant le déroulement de la pensée. On pourrait parler sans doute du style particulier et unique des textes de Maldiney, qui renvoie plus à la dimension expressive qu'à celle des significations, comme le propose par exemple Jean-Pierre Charcosset. Selon lui, lire Maldiney oblige à suivre la méthode qui questionne le Comment et non pas le Quoi de l'apparaître. (« Présent », in *Présent à Henri Maldiney*, Lausanne, Éditions l'Âge d'homme, 1973, p. 10) Il nous semble qu'il ne faudrait toutefois pas négliger, derrière le style original de l'auteur, ses analyses qui, en croisant les réflexions esthétiques, psychopathologiques et philosophiques, *renouvellent* le sens de l'approche phénoménologique. Voir également la préface à la traduction italienne de « De la transpassibilité » par Federico Leoni : « Figure dell'aperto. Introduzione a *Della transpassibilità* », in Maldiney H., *Della transpassibilità*, Milano, Associazione Culturale Mimesis, 2004.

¹⁶² Maldiney H., « L'homme dans la psychiatrie », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, 2001, p. 37.

me dérange au point que le fondement non questionné de mon expérience, ma sphère du propre se révèle à moi-même en tant que scindée : je me sens détaché de moi-même. Face à une personne folle, je suis pris par un vertige, car ce qui m'est le plus propre, c'est-à-dire ma manière d'être présent à moi-même, se révèle dans toute sa fragilité. Il s'ensuit que le malaise éprouvé en face d'un fou ne se rapporte pas uniquement à l'absence de celui-ci : l'obstacle que je rencontre touche au plus intime de moi-même. Le malaise est donc immédiatement dédoublé, voire approfondi. La résistance que fait autrui à ma tentative de me sentir en sa présence, sa dissimulation au moment où je l'approche met radicalement en cause ma propre présence à moi-même¹⁶³.

Pour Maldiney, l'effet de dédoublement de la difficulté d'être s'explique par l'entrelacement entre l'apparaître de l'autre et mon apparaître à moi-même. Notre auteur affirme que toute personne « n'apparaît dans la réalité de son visage que dans le regard d'un autre »¹⁶⁴. Pour le dire rapidement, autrui a besoin de mon regard pour apparaître. Cela présuppose que l'effet d'absence face à une personne peut, en réalité, avoir sa source dans le moi qui ne voit pas autrui, sans que ce dernier fasse quelque chose pour le susciter. Cela est effectivement possible au moment où notre regard, comme le dit Maldiney, « se tient à l'affût, [...] cherche à surprendre l'autre sans s'engager lui-même »¹⁶⁵.

Il s'agit sans doute d'un scénario lévinassien¹⁶⁶ où le moi croit pouvoir entrer dans l'intimité d'autrui, avoir accès à son secret le plus profond. Le moi

¹⁶³ Il ne faudrait donc pas entendre le terme de « malencontre » dans le sens de la rencontre échouée, mais plutôt, comme le suggère Philippe Lekeuche, en tant que la rencontre par excellence : « Qu'est-ce qui est rencontré dans la rencontre ? C'est toujours quelque chose qui n'est pas assimilable. Si toute rencontre est par essence manquée, le schizophrène nous place au cœur de la rencontre, car ce qui peut sembler être, de prime abord, une non-rencontre avec lui, une rencontre impossible, cela même constitue la rencontre dans ce qu'elle a de plus radical. [...] Bien sûr, nous pouvons connaître un certain nombre de choses dans les domaines de la psychiatrie, de la psychanalyse, de la phénoménologie clinique, des connaissances qui, si nous les utilisons bien, pourront aider cet autre. Cependant, si nous voulons donner sa chance à la rencontre, nous pressentons assez vite qu'il nous fait les mettre entre parenthèses. [...] Nous participons donc d'une division certaine, inévitable sur le plan clinique, et qui semble relever d'un clivage fonctionnel. Cela n'a rien de pathologique en soi puisqu'il s'agit d'une attitude où nous tentons de faire la part des choses : oui, d'un côté, un certain savoir et, de l'autre, ce que nous vivons à cet instant, ce que cet autre vient susciter, interpeller, remuer en nous. Cette part-ci ne se laisse pas phagocyter par le savoir et la théorie. Nous ne nous en rendons peut-être pas compte mais elle concerne d'abord et avant tout notre corps ». Lekeuche P., « Avec le schizophrène: la rencontre par excellence », in *Cliniques méditerranéennes*, vol.2, n°84, 2011, pp. 170-171.

¹⁶⁴ Maldiney H., « L'homme dans la psychiatrie », p. 38.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 37.

¹⁶⁶ Dans ce cas précis, Maldiney ne mentionne pas le nom d'Emmanuel Levinas. Toutefois le vocabulaire par lequel il décrit la situation où l'on regarde l'autre sans le voir nous permet de supposer qu'il s'agit d'une référence indirecte à l'auteur en question. Cette lecture est à notre

jette à ce moment-là sur autrui un regard qui « cherche à le prendre au mot, à le prendre par ses points faibles, par sa suggestibilité »¹⁶⁷. Il cherche à dépister les signes grâce auxquels autrui pourrait être identifié, c'est-à-dire classé dans le système des éléments déjà répertoriés. L'autre ne pourrait dans ce cas avoir d'autre sens que celui qui serait pressenti en avance, ce qui par ailleurs assurera son intelligibilité fondamentale. Ainsi « on s'efforce, dit le philosophe, de le capter, de le piéger »¹⁶⁸. Or viser autrui de cette manière ne veut pas dire le voir, car son altérité est ignorée. De la même manière, le regard manque autrui si au lieu de viser des particularités, il essaye de « l'envelopper »¹⁶⁹. Le regard reste pour ainsi dire en surface, et dans ce cas aussi, on ne fait que « traverser [autrui] sans le rencontrer »¹⁷⁰.

L'échec de ces deux manières de regarder autrui – une très ponctuelle, voire maligne, l'autre très générale et indifférente – s'explique par le manque de ce que Maldiney appelle l'engagement. Dans les deux cas, le regard ne s'investit pas à remplir « la condition requise pour l'apparaître-en-présence d'autrui »¹⁷¹ qui consiste à se faire apparaître soi-même. Autrement dit, le regard qui vise l'autre doit pouvoir faire apparaître celui qui regarde : « [L]'épiphanie du visage de l'autre est liée indissolublement à l'autophanie de celui dans le regard duquel il apparaît »¹⁷².

Une première divergence par rapport à Levinas s'esquisse ici. En effet, dans le scénario lévinassien, le fait que le moi est aveugle à autrui ne provient pas d'un manque d'engagement. À l'inverse, le sujet doit d'abord découvrir son extrême passivité à l'égard de l'autre, son absolue exposition à lui pour pouvoir « reconnaître » l'altérité d'autrui. Suivant la logique lévinassienne, tout positionnement de l'*ego* risque d'étouffer la préséance (éthique) d'autrui¹⁷³. Sans

avis d'autant plus justifiée que par ailleurs Maldiney se réfère à Levinas d'une manière récurrente dans ses autres textes.

¹⁶⁷ Maldiney H., « L'homme dans la psychiatrie », pp. 37-38.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 38.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ Dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, à travers l'analyse de la proximité avec autrui, Levinas montre que la subjectivité prend sa naissance non pas dans « la tautologie monotone » de l'auto-affection, mais dans l'approche du l'un-pour-l'autre qui est une responsabilité pour autrui. Toutefois ce « pour-l'autre » ne coïncide pas, comme le remarque Levinas, avec ce que l'on entend par « subjectivité engagée ». En effet, l'engagement renverse la responsabilité en prise de décision, toujours consciente, puisqu'il présuppose la possibilité d'assumer la responsabilité ; au contraire, la responsabilité dans la proximité, telle que la comprend Levinas, en tant que diachronie (c'est-à-dire en tant que la réponse à l'appel d'autrui

le marquer explicitement, Maldiney refuse d'assumer cette perspective qui ne laisse pas de marge de manœuvre pour le moi. Il essaye de penser une situation où, au lieu d'aménager selon ses propres préférences le champ de l'apparaître, le moi accompagne l'autre dans le mouvement de la phénoménalisation. Le philosophe envisage donc un rapport qui préserverait l'altérité d'autrui et qui viendrait en même temps du moi, de sa décision, de la spontanéité de son geste à lui.

Cela veut dire que le thérapeute, le psychiatre doit à l'exigence qui le fait tel de s'apparaître lui-même en présence d'autrui. Cela peut commencer par ce que Gisela Pankow appelait « la descente aux enfers » de l'analyste. Qui peut supporter sa propre autophanie, supporter de se voir lui-même quand il est en présence de l'autre, comme Ulysse en présence d'Ajax ? Car, enfin, qu'est-ce qu'une rencontre ? La mise en mouvement de la parole ou de la gestuelle que quelqu'un exige de celui qui s'entretient avec lui exige qu'il soit lui-même (fût-ce dans sa disponibilité ouverte dégagée de toute attente) en instance de se mouvoir. C'est pourquoi Binswanger disait qu'il ne s'agit pas de questionner l'autre sur soi comme s'il était là, tout fait, puisqu'il est à l'être, mais sur la situation d'échange qu'est la parole qui appelle les interlocuteurs à se tenir en avant de soi. Il raconte cet entretien avec un schizophrène qui pendant des mois n'avance pas, fait du sur-place, jusqu'au jour où il pose la question : « Qu'est-ce que c'est que s'expliquer l'un avec l'autre ? [*Was ist auseinandersprechen ?*] Ce qui littéralement signifie : « Qu'est-ce que veut dire parler à partir et en direction l'un de l'autre ? » Avec cette question tout commence, parce qu'elle oblige chacun à sa propre autophanie pour que l'épiphanie de l'autre puisse se produire et apparaître.¹⁷⁴

Dans cet important passage, nous retrouvons plusieurs thèmes qui étaient au cœur de notre discussion au cours de la première partie. Nous nous arrêtons ici sur l'idée de la nécessité pour le thérapeute de s'engager dans le rapport avec son patient, de s'y exposer de telle sorte que son autophanie incite l'épiphanie de l'autre. Certes, cette idée renvoie à la thèse binswangerienne selon laquelle l'acte thérapeutique a son fondement dans le partenariat de l'être-médecin et de l'être-patient. Par contre, il nous semble que chez Maldiney l'idée de la proximité en jeu dans la rencontre clinique se trouve problématisée davantage. Ainsi nous apercevons que le fait de « mettre en jeu sa propre existence »¹⁷⁵ tombe sur le psychiatre comme une obligation. De sorte qu'il ne s'agit pas d'une obligation comme une autre, qu'il est vécu comme une contrainte lourde : la nécessité de

et son accueil précédant cet appel même), est précisément inassumable. C'est dire que la proximité du l'un-pour-l'autre se révèle comme une exposition, comme une vulnérabilité qui finalement se renverse dans le traumatisme fait par autrui au moi. Le traumatisme s'impose de manière obsessionnelle et, par là même, inévitable : le moi est pris « en otage » *par* autrui. Il ne s'agit donc pas dans l'un-pour-l'autre d'une décision prise par la volonté, d'un acte quelconque de la conscience qui aurait un choix initial, mais d'« une passivité plus passive que toute passivité », de l'hétéro-affectivité originaire qui fonde le rapport à autrui. Voir Levinas E., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Martinus Nijhoff / Librairie générale française, 1990, notamment, p. 214.

¹⁷⁴ Maldiney H., « L'homme dans la psychiatrie », p. 38.

¹⁷⁵ Binswanger L., *Discours, parcours et Freud*, p. 120.

l'engagement se fait sentir comme une manière de « descendre aux enfers »¹⁷⁶ de son patient.

Nous en tirons la conclusion suivante : le chiasme qui relie l'autophanie et l'épiphanie se caractérise par une forte asymétrie. Malgré ce que la thèse maldineysienne pourrait suggérer, à savoir que l'apparaître à soi-même est co-génératif de l'apparaître d'autrui, il paraît clair que la question de l'apparaître du psychiatre à lui-même ne semble surgir qu'au moment où l'épiphanie de l'autre pose problème. Cela veut dire que l'engagement dans un rapport à autrui est déterminé (voire motivé) par le caractère propre au rapport même. Dans ce sens, tout acte spontané entrepris par le sujet ne se fait qu'en réponse à ce « premier fait » nettement marqué par la difficulté d'être en présence d'autrui. Si, pour le clinicien, il est insupportable de « se voir lui-même quand il est en présence de l'autre, comme Ulysse en présence d'Ajax », c'est parce qu'être en présence de quelqu'un qui comme Ajax a succombé à la folie, pose problème et non pas l'inverse. Autrement dit, c'est parce que la présence d'autrui est marquée par le manque de l'épiphanie que le psychiatre doit faire appel à sa propre autophanie. Nous voyons alors clairement que l'engagement qui permettrait de se rapporter à

¹⁷⁶ À la compréhension psychiatrique de la psychose du dehors, c'est-à-dire à celle qui se contente du travail de classification, Gisela Pankow préfère la compréhension du dedans, autrement dit la compréhension qui nous « ouvre le monde de la psychose dans toute sa plénitude ». La compréhension du dedans est la voie qui fait descendre l'analyste « aux enfers » du monde psychotique. Cela veut dire la psychose ne peut être comprise que si nous rejoignons le psychotique dans son monde, si on trouve les moyens pour communiquer avec lui. Cependant, cette communication ne va pas de soi non seulement parce que le malade très souvent refuse de parler, mais parce qu'il n'est pas certain si nous devons faire confiance à ce qu'il raconte. Comment peut-on être sûr de la signification de ses mots ? « En d'autres termes, savons-nous ce qui se passe dans la psychothérapie d'une psychose ? – se demande Pankow – La piètre que nous jetons dans le gouffre suscite-t-elle toujours un écho. Et l'écho que nous entendons correspond-il à la parole exprimée ? Très souvent, nous restons dans le vide ». C'est ce vide qui pousse Pankow de préférer à la psychothérapie verbale la méthode de la dynamique de la stratification au moyen des analyses de l'espace vécu du patient. Cette méthode comprend la description des différentes couches psychiques et des rapports « mouvantes » qu'elles entretiennent entre elles. L'enjeu du travail n'est donc pas l'élaboration d'une théorie génétique de la psychose. Elle vise une description qui « permet parfois, malgré tout, au médecin et au malade de gagner un îlot de terre ferme ». Une chose semble être sûre : « On peut gagner du terrain, on peut combler les trous ». Et ceci par le processus de restitution de l'unité perdue des couches psychiques. « [O]n aperçoit parfois dans un “débris de terrain” une “strate géologique” ressemblant à une autre observée dans un débris. C'est alors que j'essaie de “rapprocher”, de réunir des strates identiques dans des terrains différents ». Pankow appelle ce processus de restitution de l'unité des différentes couches psychiques la « stratification dynamique ». « C'est par la structuration dynamique que nous gagnons du terrain ». Nous pourrions définir le travail de Gisela Pankow comme un véritable travail archéologique. Ce sont des fouilles à la recherche d'un fondement, en premier lieu, fonctionnel, résistant, de sorte que qu'on puisse s'y accrocher, et pour qu'on puisse rebondir en espérant de « gagner du terrain ». Pankow G., *L'êtré-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006, pp. 13-16.

l'autre en tant qu'autre ne revient pas au positionnement de l'*ego*, car il s'agit d'un rapport à autrui où celui-ci n'est pas « questionné comme s'il était là, tout fait ». Il s'agit donc de prendre la juste mesure du sentiment d'absence d'autrui.

Ainsi nous nous éloignons de la perspective proprement binswangerienne et notamment de l'idée de la proximité comme « présence commune »¹⁷⁷. En effet, dans ses commentaires, Maldiney semble être particulièrement troublé par « l'aisance » avec laquelle Binswanger expose l'idée de la communication existentielle qui donne à croire qu'il y aurait entre les personnes « une transparence immédiate »¹⁷⁸. Il n'y a rien d'aisé ni d'immédiat dans le contact interhumain, de sorte que l'invisibilité d'autrui renvoie non pas uniquement à l'état de la personne, mais, avant tout et surtout, au caractère propre à toute rencontre. Certes, pour Binswanger, il n'existe pas dans les rapports humains à proprement parler de « transparence immédiate ». La folie écarte effectivement autrui de nous. Mais il est vrai qu'au bout du compte toute distance semble être franchissable dans la perspective *daseinsanalytique*.

Revenons, par exemple, au cas de Cécile Munch que nous avons étudié dans le chapitre 2, et grâce auquel le psychiatre suisse montre comment dans l'abattement mélancolique l'existence ne parvient pas à se déployer suivant ses possibilités propres. Nous avons vu que s'il est difficile pour Binswanger de saisir l'état de sa patiente, c'est parce qu'à la différence de la douleur, la culpabilité qui envahit la malade ne peut pas faire objet de l'empathie. Or à l'aide de la compréhension transcendantale, la *Daseinsanalyse* dévoile que la distance qui sépare la malade du médecin est constituée par la déformation structurelle de son être-au-monde, et notamment sa désarticulation temporelle. Il s'ensuit qu'il existe la possibilité de saisir la "nature" de l'obstacle dans la communication clinique et d'en faire un examen qualitatif.

Selon la logique de la *Daseinsanalyse*, la distance qui s'ouvre entre le moi et autrui est franchissable grâce à la compréhension transcendantale : la psychose « révèle négativement les conditions de possibilité et de mise en œuvre de la communication existentielle »¹⁷⁹. Malgré l'étrangeté du monde du psychotique, le

¹⁷⁷ Maldiney H., *Regard, parole, espace*, Lausanne, Paris, Éditions l'Âge d'Homme, 1994, p. 90.

¹⁷⁸ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie à la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 1991, p. 65.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 69. Il convient de noter ici le rapport ambigu de Maldiney à la *Daseinsanalyse*. D'une part, il est sans doute l'un des lecteurs les plus attentifs de l'œuvre binswangerienne et dans un sens un vrai élève du psychiatre suisse. D'autre part, les travaux du philosophe français sont clairement marqués par les distances qu'il prend, sans y mettre un accent

contact avec lui est toujours possible, car la déformation de la transcendance qui caractérise la maladie mentale n'équivaut pas à l'absence de transcendance. Au contraire, la transcendance se trouve modifiée, « viciée » de l'intérieur. C'est pourquoi l'intersubjectivité ne se dissipe pas, même dans les cas des délires graves : les autres personnes et le monde « réel » ne disparaissent pas lors d'une bouffée délirante, l'extérieur auquel se rapporte le moi dans la transcendance n'est pas aboli. C'est la frontière entre l'intérieur et l'extérieur qui est « faussée » et devient unilatérale de sorte que *l'être à...* est remplacé par *l'être au milieu de...* . Comme dans le cas de Suzanne Urban qui tout en étant « auteur de ses paroles, en est en même temps l'objet »¹⁸⁰. Le *Dasein* ne cesse pas de transcender, mais la transcendance peut être effectivement « authentique ou défailante »¹⁸¹.

L'idée du malaise en tant que difficulté de se trouver en présence de soi tranche sur la logique daseinsanalytique. Si dans le cas où le psychiatre se trouve face à un patient psychotique il s'agit d'une malencontre, si le psychiatre est pris par un véritable malaise face à son patient, c'est parce qu'un gouffre s'ouvre entre eux : « [...] là où la transcendance défaille, où la présence ne se tient plus à l'avant de soi, où l'existant frappé de son pouvoir-être échappe à soi, pour ainsi dire faute de soi, la communication existentielle est interdite parce qu'il n'y a plus personne avec qui communiquer »¹⁸². En disant que devant un psychotique il n'y a personne avec qui l'on pourrait communiquer, Maldiney ne cherche évidemment pas à nier l'existence de la personne psychotique rencontrée par le médecin. Il s'agit, en revanche, de mettre en évidence le vide auquel celui-ci est confronté. Tout en sachant qu'il ne se trouve pas face à un rien, le psychiatre n'arrive point à avoir un contact, comme si effectivement il n'y avait personne à qui il pourrait s'adresser. Par conséquent, bien que le défaut de la transcendance ne signifie pas son absence, son altération met radicalement en cause le rapport intersubjectif : la personne n'est pas, à proprement parler, là – parce que son pouvoir-être qui constitue son

important pour autant, à l'égard de Binswanger. Nous nous arrêtons plus loin sur l'originalité de la pensée maldineysienne.

¹⁸⁰ Maldiney H., « Réponse à Ludwig Binswanger » in *Présent à Henri Maldiney*, p. 43. Cette explication s'appuie sur l'idée que l'intentionnalité n'enveloppe pas la transcendance. En dévoilant son ancrage heideggérien Maldiney souligne que « l'intentionnalité n'est possible que par la transcendance dont elle n'est qu'une modalité ». *Ibid.* « L'acte qui manifeste l'existence, authentique ou défailante, n'a jamais premièrement le caractère d'une intuition ou d'une représentation mais celui d'une situation éprouvée à même l'existant, dans un comportement qui est fondé dans cette situation à tonalité affective. Et les milieux, l'ouvert – clair ou ténébreux – de cette révélation dont le mode est, dans le cas de Suzanne Urban, la terreur et le terrifique, sont l'espace et le temps comme formes et milieux de la présence, non de la représentation ». *Ibid.*, p. 44.

¹⁸¹ *Ibid.*

¹⁸² Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 67.

être-là est profondément atteint¹⁸³. Cela nous conduit à être en garde contre le principe même de la possibilité de la compréhension transcendante.

Il convient de souligner que le malaise que suscite la rencontre avec la personne folle n'est pas une simple impression que celle-ci fait sur nous et qui se dissiperait une fois le travail phénoménologique entamé. Nous avons vu que pour Binswanger, afin de pouvoir atteindre l'essence du phénomène, le sentiment de la bizarrerie ou de l'étrangeté doit faire l'objet de la réduction phénoménologique au même titre que les classifications nosologiques et nosographiques. Rappelons-nous que la *Daseinsanalyse* nous apprend que derrière l'impression d'étrangeté que le fou fait sur nous se trouve une modification profonde de la structure apriorique de son être-là. Pour cette raison, le sentiment d'absence de communication avec l'autre n'est qu'un premier pas sur la voie de la compréhension du malade. Il devrait donc être utilisé en tant qu'outil épistémologique permettant d'accéder à l'essence de la maladie grâce au travail phénoménologique. D'abord, on suspend des jugements d'ordre psychopathologique, on redirige l'attention vers la manière dont le jugement se construit et enfin on met en œuvre l'intuition de l'essence du phénomène qui saisit alors l'altération de son mode de présence.

Or, le malaise dont nous parle Maldiney n'est pas une impression passagère. Il prend sa source non seulement dans le décalage qu'éprouve le médecin face à son patient, mais également dans le dédoublement de ce décalage au moment où la difficulté d'être en présence d'autrui se renverse dans la difficulté d'être en présence de soi-même. Il le touche au plus profond. Il s'ensuit que le malaise révèle le caractère existentiel de la difficulté de la communication avec la personne psychotique et, dans ce sens, il dévoile la difficulté, voire le « paradoxe » propre à toute communication : « [La difficulté d'être] touche au paradoxe de la rencontre. L'autre, en tant qu'il est soi, ne peut pas être mis à découvert. Il se révèle ou il ne se révèle pas. Il s'ouvre dans la déchirure de son altérité, que je ne peux pas inventer, qui me frappe d'impouvoir. Il se produit, il apparaît au jour de cette déchirure »¹⁸⁴.

Nous ne pouvons pas ne pas remarquer la teneur lévinassienne de ces réflexions. Nous voyons transparaître ici l'idée maîtresse du philosophe français,

¹⁸³ « Quand un schizophrène répond à la question "où", en disant : "je suis ici, mais ici pour moi, ça ne veut rien dire" il déclare qu'il n'a pas de là, qu'ici à cette place par lui parfaitement repérable, il n'est pas au monde ». *Ibid.*

¹⁸⁴ Maldiney H., « L'homme dans la psychiatrie », p. 37.

selon laquelle le caractère non-phénoménal de l'apparaître d'autrui n'est pas uniquement le résultat de la tendance à limiter le rapport à autrui à sa présentification intentionnelle, car autrui lui-même résiste toujours à mon imposition. Dans ce sens, la prise sur autrui est inévitablement une méprise – il n'est pas possible de « dominer la transcendance »¹⁸⁵. Or dans ce cas, si la raison pour laquelle le contact existentiel avec autrui se heurte à des obstacles n'est pas due à une attitude que je pourrais prendre envers autrui, n'est-elle pas alors dans la manière même dont autrui se tient dans la présence en se retirant ? Autrement dit, serait-il possible d'interpréter la difficulté d'être en présence de l'autre comme un signe de sa transcendance absolue ?

4.2. L'incertitude de la communication

Nous devons effectivement à Emmanuel Levinas l'idée que la communication avec l'autre personne ne va pas de soi, le moi n'ayant pas de maîtrise de la situation et n'en constituant pas le centre de gravité. De la sorte, Levinas renverse la compréhension de la subjectivité en donnant un nouveau sens de l'ouverture propre à l'existant qui ne se conçoit ni comme conscience du monde ni comme extase. L'ouverture en question se fait en deçà de l'intentionnalité et au-delà de l'ouverture à l'être. Elle est l'ouverture à l'approche d'autrui. Le renversement en question de l'idée de la subjectivité consiste dès lors dans la découverte de son exposition à l'autre immaîtrisable, qui s'impose à elle sans qu'elle puisse s'en faire une idée, sans qu'elle puisse trouver avec lui un point de rapprochement qui serait autre que sa propre impuissance de le concevoir.

En formulant sa conception de la subjectivité, Levinas s'oppose notamment à toute philosophie du « dialogue », « selon laquelle un dialogue préalable tient le Moi qui l'énonce plutôt que le Moi ne tient une conversation »¹⁸⁶, et à laquelle il rattache également la pensée de Binswanger¹⁸⁷. Le point

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 38. Nous croyons de pouvoir identifier dans le geste maldineysien qui tente de rendre compte de la singularité de l'autre personne à partir du face-à-face de la rencontre une tentative qui est effectivement au cœur de l'éthique lévinassienne.

¹⁸⁶ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 190.

¹⁸⁷ Nous laissons de côté la question de savoir si en défendant sa position Levinas rend justice au psychiatre suisse. Nous nous contentons d'évoquer le fait que Levinas n'entre pas dans les détails du travail de Binswanger et se limite à formuler le même type de critique qu'il adresse à Buber. Le rapport de Levinas à la pensée de Buber étant très complexe, nous allons nous limiter à mentionner le fait que tout en critiquant sévèrement la conception de la communication dialogique pour la symétrie qu'elle professe, Levinas souligne l'idée que le dialogue pour Buber est avant tout le « fait entrer dans un dialogue ». Ainsi, Levinas apprécie Buber et sa découverte que « la spiritualité de l'humain – ou sa religiosité – est dans le fait

problématique consiste, selon Levinas, dans le fait que la communication dialogique – qui se veut originelle – n’est qu’un simple fait empirique. Tout ce qui compte au fond est la vérité transmise par la parole et non pas la parole comme transcendance. Ainsi Binswanger rabat continuellement la communication sur le problème de la certitude, tandis que, pour Levinas, la transcendance du langage est « une relation qui est non pas parole empirique, mais responsabilité c’est-à-dire aussi résignation (d’avant toute décision, dans la passivité) au risque d’un malentendu, [...] au risque de la faute et du refus de la communication [...] »¹⁸⁸. « On ne pourra, certes, dire de la communication et de la transcendance que leur incertitude »¹⁸⁹, ajoute le philosophe français. La communication est alors incertaine. Mais quelle est la nature de cette incertitude ?

Il y a un mot que Levinas utilise sans relâche et qui peut, à notre avis, dire davantage sur ce qui est en cause dans le rapport à autrui. Ce mot est « *intrigue* » :

L’intrigue de la proximité et de la communication n’est pas une modalité de la connaissance. Le déverrouillage de la communication – irréductible à la circulation d’information qui le suppose – s’accomplit dans le Dire. Il ne tient pas aux contenus s’inscrivant dans le Dit et transmis à l’interprétation et au décodage effectué par l’Autre. Il est dans la découverte risquée de soi, dans la sincérité, dans la rupture de l’intériorité et l’abandon de tout abri, dans l’exposition au traumatisme, dans la vulnérabilité.¹⁹⁰

Il s’agit alors avant tout de l’intrigue du Dire, c’est-à-dire d’un nœud de sens, d’une signification éthique qui échappe à la thématization, qui n’a pas son corrélat parfait dans le Dit. Le Dire est donc intrigant dans la mesure où même ramené au Dit il garde son secret, il est intraduisible. Le sens éthique qu’apporte l’avènement d’autrui ouvre l’existant à l’« autrement qu’être », il se donne comme « transcendance inconvertible en immanence »¹⁹¹. L’incertitude de la communication provient donc du rapport – ou mieux, du non-rapport – ambigu entre l’être et l’autrement qu’être. En effet, la subjectivité où l’autrement qu’être laisse sa trace a toujours, comme le dit Levinas, un « pied dans l’être »¹⁹². Prise entre deux feux, la subjectivité effectuée dans un certain sens leur articulation¹⁹³.

pour l’homme d’être auprès de l’homme, ni perdu dans la masse, ni abandonné dans sa solitude ». Levinas E., *Hors sujet*, Fata Morgana, 1987, pp. 34-35.

¹⁸⁸ Levinas E., *Autrement qu’être*, p. 190.

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 82.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 220.

¹⁹² Levinas E., *De l’existence à l’existant*, Paris, Vrin, 2004, p. 9.

¹⁹³ L’opposition entre autrement qu’être et être renvoie, chez Levinas, à celle entre éthique et politique. L’éthique dans la terminologie d’Emmanuel Levinas est ce qui s’oppose au politique. Dans notre étude, nous insistons sur le terme « articulation », car, il ne s’agit, chez Levinas, ni de subsumer le politique dans l’éthique ni de mettre l’éthique au cœur du politique. À la suite des réflexions de Gérard Bensussan, notre attention s’est portée sur la tension entre

Une articulation qui semble être problématique tant pour le moi qui en effet doit s'oublier au nom de l'autre, que pour autrui que le moi tend si facilement à oublier.

Cette articulation relève pleinement son caractère complexe là où la figure du tiers fait son apparition, c'est-à-dire là où le rapport éthique doit rendre compte de la vie en communauté que vise l'être-avec-les-autres. Dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* Levinas définit le rapport entre l'éthique et l'ontologique dans les termes de trahison, de dégradation, de dégénérescence¹⁹⁴. Il n'existe pas, semble-t-il, d'autre manière de passer de l'asymétrie absolue de la relation éthique à la réversibilité du rapport social que de « changer de plan »¹⁹⁵. Comme s'il était inévitablement question de la trahison du sens éthique lors de sa réalisation au sein de la communauté humaine, pour la seule raison que le passage d'un plan à l'autre ne pourrait s'effectuer qu'à travers la limitation de la responsabilité¹⁹⁶. La société demande la limitation de la responsabilité infinie de l'homme devant l'autre homme au profit de tout le monde.

Or il s'agit bien d'une limitation et non pas d'une annulation de la responsabilité¹⁹⁷. De telle sorte que même si c'est dans la relation avec le tiers que

l'éthique et le politique, qui ne se réduit ni à la « politisation de la morale », ni à « la moralisation du politique ». « La leçon de Levinas consiste [...] à rappeler que la seule façon de laisser sa fécondité à la pensée du rapport éthique/politique, c'est de bannir tout schéma de déduction, de dérivation, de modélisation, de laisser l'éthique et la politique en tension ». Bensussan G., « Levinas et la question politique », in *Noesis*, n°2, 2000, <http://noesis.revues.org/9>, p. 95. Voir également Bensussan G., *Éthique et expérience. Levinas politique*, Strasbourg, La Phocide, 2008.

¹⁹⁴ « La corrélation du dire et du dit, c'est-à-dire la subordination du dire au dit, au système linguistique et à l'ontologie est le prix que demande la manifestation. Dans le langage comme dit, tout se traduit devant nous – fût-ce au prix d'une trahison ». Levinas E., *Autrement qu'être*, pp. 17-18.

¹⁹⁵ Levinas E., *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelles, 1991, p. 92.

¹⁹⁶ Selon Levinas, l'État « égalitaire et juste » (Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 248) ne peut jamais prendre sa source dans la guerre de tous contre tous, mais seulement dans « l'extravagante générosité du pour-l'autre ». Levinas E., « Paix et proximité », in Rolland J. (éd.), *Cahiers de la nuit surveillée*, Verdier, 1984, p. 346; Abensour M., « L'extravagante hypothèse », in Cohen-Levinas D. (éd.), *Levinas*, Paris, Bayard, 2006, pp. 73-105. Or la paix éthique qui s'installe, tout en ayant sa source dans la responsabilité pour autrui, passe nécessairement par la limitation de cette dernière : « Il est extrêmement important de savoir si la société, au sens courant du terme, est le résultat d'une limitation du principe que l'homme est un loup pour l'homme, ou si au contraire elle résulte de la limitation du principe que l'homme est pour l'homme. Le social avec ses institutions, ses formes universelles, ses lois, provient-il de ce qu'on a limité les conséquences de la guerre entre les hommes, ou de ce qu'on a limité l'infini qui s'ouvre dans la relation éthique de l'homme à l'homme ? » Levinas E., *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Fayard / Librairie générale française, 2004, pp. 74-75.

¹⁹⁷ « Le tiers [...] surgit dans la relation de face-à-face, dans la relation de proximité et l'interrompt du même coup, non pour y mettre un terme mais pour la métamorphoser ».

se produit « une incessante correction de l'asymétrie de la proximité où le visage se dé-visage »¹⁹⁸, ce qui permet « la comparaison des incomparables »¹⁹⁹, condition de toute justice, le tiers ne s'oppose pas à la responsabilité devant autrui comme une force plus grande. Le tiers apparaît dans la proximité d'avec autrui en regardant dans les yeux de celui-ci. C'est en tant qu'« autre prochain », c'est-à-dire en tant qu'appel à la responsabilité infinie devant lui tout comme devant le prochain, que le tiers demande justice : « Dans la proximité de l'autre, tous les autres que l'autre, m'obsèdent et déjà l'obsession crie justice, réclame mesure et savoir, est conscience »²⁰⁰.

Mais qu'on ne s'y trompe pas : le problème que pose le tiers est au fond le même problème auquel est confronté le rapport duel à autrui. La limitation de la responsabilité n'est pas un résultat de simple calcul, comme si au lieu de s'orienter en fonction d'un seul « autrui », il faut en prendre en compte deux ou plusieurs. Nous pouvons déduire par ailleurs le sens de la limitation de la responsabilité réside moins dans l'impossibilité de trouver un corrélat au Dire dans le Dit, que dans le fait que le Dit et le Dire se côtoient, qu'ils sont intimement liés et que c'est dans cette proximité qu'ils s'opposent. En effet, l'intrigue de la responsabilité ne se joue que sur la scène sociale dont la relation avec autrui ne sait faire abstraction. C'est pourquoi au lieu de voir dans l'intrigue de la responsabilité l'impossibilité de sa réalisation dans l'attitude mondaine (voire profane), nous proposons d'y voir une tension propre à la vie subjective, comme si le nœud de l'intrigue était serré non pas grâce au croisement de deux fils différents, mais par l'entrelacement d'un seul fil sur lui-même²⁰¹.

Abensour M., « Le contre-Hobbes d'Emmanuel Levinas », in Halperin J. (éd.), *Difficile justice : Dans la trace d'Emmanuel Levinas : actes du XXXVIe colloque des intellectuels juifs de langue française*, Paris, Albin Michel, 1998, p. 127. Notons que l'infini de la responsabilité, pour Levinas, « ne traduit pas son immensité actuelle, mais un accroissement de la responsabilité, au fur et à mesure qu'elle s'assume ». Levinas E., *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1974, p. 222. Dès lors la limitation au lieu de mettre en question le caractère absolu de la responsabilité dégage une dimension qui lui est également propre. Nous soutenons donc qu'il y a un sens positif et proprement éthique dans la limitation de la responsabilité qui crée une dynamique interne à la vie subjective. Nous reviendrons à ce sujet dans la troisième partie de notre travail.

¹⁹⁸ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 246.

¹⁹⁹ Levinas E., *Entre nous*, p. 224.

²⁰⁰ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 246.

²⁰¹ Dans notre élaboration du concept de tension de la vie subjective entre l'infini et la limitation de la subjectivité nous nous inspirons des travaux de Raphaël Gély et de la perspective qui est la sienne à partir de laquelle il aborde la problématique de la subjectivité. Voir Gély R., *Imaginaire, perception, incarnation : exercice phénoménologique à partir de Merleau-Ponty, Henry et Sartre*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, 2012.

Nous apercevons mieux dans ce cas que l'incertitude de la communication avec autrui n'est pas simplement un résultat de l'incapacité du Dit d'être fidèle au Dire, mais elle découle plutôt de la *tendance* du Dire à chercher les moyens à être entendu dans le Dit. L'intrigue ne se joue qu'*entre* deux dimensions, dans la tension de leur entrelacement. Dans ce sens précis, le Dire a besoin d'être traduit, transféré sur un autre plan. Malheureusement, tout comme le fil est plus faible et susceptible de se déchirer lorsqu'il est noué sur lui-même en nœud, tout Dit au lieu de rendre justice au Dire ne fait que tourner en rond et, dès lors, le trahit et l'expose aux malentendus.

Il s'ensuit en même temps que les malentendus et les incertitudes qui accompagnent la communication ne constituent pas un effet regrettable de la manière dont les gens cherchent à se comprendre et s'entendre. L'incertitude n'est pas une certitude ratée. En effet, quand Levinas, en critiquant Binswanger, oppose à sa théorie du dialogue originel l'idée de la relation à autrui comme incertaine, il ne mobilise pas cette qualité en tant que corrélative à une vérité donnée. La seule vérité à laquelle renvoie l'incertitude est la vérité éthique à laquelle aucun discours empirique ne peut correspondre. L'incertitude de la communication en tant qu'intrigue propre à la responsabilité signifie que la vérité stable, pour ainsi dire à l'état pur, n'a jamais eu lieu ou encore que la certitude ne pourrait venir qu'après-coup. En effet, an-archique, l'exposition à autrui n'a pas un passé rassurant sur lequel on pourrait se replier²⁰². L'incertitude est le mode de la communication avec autrui, le mode essentiel, qui ne connaît pas de résolution. Le nœud qui se forme dans le rapport à autrui ne peut pas être tranché : en effet, le Dire, quand bien même le fait de son passage dans le Dit implique une perte de sens éthique, n'y trouve toutefois que sa seule manière de se montrer, fut-ce sous une lumière partielle. « Trahir » a bien ses deux sens : d'une part, « tromper » et, d'autre part, « laisser voir ».

C'est pourquoi, pour Levinas, « la communication avec autrui ne peut être transcendante que comme vie dangereuse, comme un beau risque à courir »²⁰³. L'incertitude est l'expression du fait que le sujet ne vit pas à la manière de la conscience, comme si tout pouvait se résoudre par une série d'actes de décision.

²⁰² La proximité avec Autrui, qui reste absolument transcendant, extérieur, car non-thématisable et irréprésentable, est « *déjà* assignation », avant toute spontanéité, « obligation, *anachroniquement* antérieure à tout engagement ». Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 159. Cette situation est celle d'un otage sans possibilité de fuir, d'une prise par un passé qui n'a jamais été mien.

²⁰³ *Ibid.*, p. 190.

La vie du sujet est, comme le dit Levinas, une aventure qui ne présuppose pas de voie droite. Dès lors, si l'« on ne peut dire de la communication et de la transcendance que leur incertitude », c'est parce que le Dire et le Dit ne sont pas deux dimensions dont l'une cacherait l'autre de la même manière que la communication de fait cache la communication originelle. Refuser la référence à la certitude c'est mettre radicalement en question l'idée même de la communication, l'idée d'un « nous originel », d'où surgirait le moi. Et dans ce sens, la possibilité fondamentale, propre à l'existence humaine, d'une union fusionnelle et non problématique avec autrui que Levinas croit trouver dans la théorie binswangerienne du dialogue originel n'a pas lieu d'être.

S'agirait-il ici – dans cette intrigue du rapport à autrui, dans cette difficulté de se trouver à la juste mesure de ce qui lui advient et dont la juste mesure, semble-t-il, ne peut pas exister – de ce malaise éprouvé face à un fou dont nous parle Maldiney ? L'impossibilité de saisir autrui dans son altérité est-elle cet obstacle auquel selon Maldiney se heurte la communication existentielle ? Dans ce cas, le malaise de la rencontre clinique est alors inhérent au rapport intersubjectif et par conséquent inévitable, car il provient d'un rapport fondamentalement problématique à autrui. Dans cette optique, il n'y a effectivement aucune aisance, aucune transparence dans la rencontre clinique, tout comme il n'y a aucune fusion dans le rapport (éthique) à autrui. Il y a bien quelque chose qui ne se reconstitue pas dans le partenariat existentiel que soutient la psychothérapie.

À lumière de ce qu'on vient d'expliquer, on pourrait en effet avoir la tentation d'expliquer l'imperméabilité d'une personne atteinte de psychose en mobilisant l'argument lévinassien. De la sorte, si la rencontre avec le fou est une malencontre c'est parce qu'il est avant tout un autrui, absolument autre, quelqu'un qui m'est absolument transcendant et avec qui je ne peux entrer en contact sans faire l'impasse de son altérité inouïe. Il existerait dès lors entre nous une distance au fond infranchissable – que je tente tout de même sans cesse de franchir –, car autrui m'échappe et ne se laisse pas juger comme s'il s'agissait de moi-même. Il n'y a pas entre nous une symétrie grâce à laquelle on se présenterait comme égaux.

[...] [F]ace à un mélancolique psychotique, dit Maldiney, nous nous trouvons en présence d'une telle imperméabilité et pour ainsi dire, au sein même de sa douleur, d'une telle densité d'absence que, selon l'erreur ordinaire, cette inaccessibilité nous paraît provocante, et que nous ressentons parfois cette sorte d'irritation que cause, là où nous attendons quelqu'un, la pure altérité.²⁰⁴

²⁰⁴ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 68.

Le problème majeur de cet argument consiste dans le fait qu'il efface d'entrée de jeu la différence entre autrui et l'autre atteint de la folie. Si l'on suivait la logique lévinassienne, pourrait-on reconnaître la particularité de l'apparaître d'un malade mental ?

Il est intéressant de remarquer que Maldiney lui-même ne donne pas de réponse très claire à cette question. Il essaye en fait de conjuguer les deux perspectives, car d'une part il est clair que la personne folle se présente à nous comme toute autre personne et doit donc être considérée dans son altérité radicale. Mais d'autre part, le philosophe souligne que la folie éloigne de nous la personne d'une manière tout à fait spécifique. Il souscrit alors à la thèse daseinsanalytique, selon laquelle la distance qui sépare la malade du médecin est constituée par la déformation structurelle de son être-au-monde. Il en ressort que la distance éprouvée par le psychiatre sous la forme du malaise ne renvoie pas à la transcendance absolue de la personne qui se trouve en face de lui et dont parle Levinas. Elle témoigne de « l'échec de la transcendance »²⁰⁵ qui met en question leur rapport intersubjectif.

Nous sommes alors devant le dilemme suivant : soit on pourrait envisager une description de la rencontre clinique qui, dans la perspective lévinassienne, dévoile l'incertitude profonde du rapport à autrui, celui-ci étant au fond irréprésentable, car étant absolument autre. (Or dans ce cas la question qui se pose est : dans quelle mesure le fait d'être perturbé devant la personne de la folie est spécifique de la rencontre clinique ? En effet, toute rencontre ne comporte-t-elle pas un sentiment d'étrangeté et de distance par rapport à autrui ?) Soit nous devons nous focaliser sur la différence structurelle qui existe entre l'être-au-monde et avec-les-autres qui serait propre à moi et celui qui serait propre à l'autre – ce qui suppose toutefois qu'un accès à l'autre est bien possible. Y a-t-il un moyen pour concevoir ensemble ces deux perspectives ?

²⁰⁵ « Seule est authentique la compréhension qui s'articule aux structures de l'existence comme transcendance, fût-ce une transcendance en échec. Cet échec, en effet, n'est pas quelconque, il porte la marque de l'existence qui là où elle est en défaut et en défaut d'elle-même. Ainsi, dans la schizophrénie, la défaillance commune de l'être soi et de l'être au monde est celle des deux moments conjugués d'une transcendance dont la déficience implique la leur. Tout converge dans cette situation que nous disions, où le schizophrène n'est le là de rien. Atteint de son pouvoir-être, réduit à son être-jeté, il est investi par l'étant, que représentent en particulier les figures de l'autre, dont il est impossible de décider si elle sont au dehors ou au dedans. N'ayant plus sa tenue à l'avancée de lui-même, il n'est pas capable de l'éloignement qui seul permet l'approche en ménageant un horizon de présence sous lequel l'autre peut être rencontré ». *Ibid.*, pp. 226-227, p. 263, p. 69.

Il nous semble que ce dilemme est formulé d'une manière très problématique, car l'interprétation de la conception lévinassienne comme se tenant à l'affût de la situation concrète – qui est, dans notre cas, celle de la rencontre de la folie – obscurcit les enjeux de cette dernière. En effet, nous avons insisté plus haut sur le fait qu'il ne s'agit à aucun moment pour le philosophe français de laisser dans l'ombre le fait que le rapport à autrui se déploie incessamment sur deux plans différents qui, au lieu de simplement s'opposer l'un à l'autre, constituent la complexité des relations humaines. Le regard vise autrui simultanément comme porteur d'une altérité absolue, m'appelant à la responsabilité infinie devant lui, et comme celui qui ne serait qu'un parmi d'autres, semblable donc à eux, mais aussi à moi. C'est dans mon rapport cet autrui que je devrais continuellement tenir compte de tous les autres en me limitant donc dans ma responsabilité envers lui.

Il apparaît alors clairement qu'il serait réducteur de limiter l'incertitude qui frappe la tentative d'approcher autrui comme un obstacle. Le caractère incertain de la rencontre dévoile le fait que se rapporter à autrui cause le dérangement chez un sujet, de sorte que ce malaise soit au cœur de son attitude pratique. Poser la question de cette manière est donc d'autant plus problématique qu'elle obscurcit la situation clinique par le fait de mettre sur le deuxième plan la figure du psychiatre. Par contre ce que nous devons retenir des remarques lévinassiennes au sujet du dialogue comme fondement du rapport à autrui, c'est l'idée que l'incertitude avec laquelle j'approche autrui ne cherche pas à être résolue, qu'elle reflète le fait qu'autrui ne m'est jamais véritablement proche. Inévitablement, ma relation à lui est limitée, mais en même temps, malgré moi et à mon insu, je suis profondément affecté par lui. La philosophie lévinassienne nous montre encore mieux que dans le malaise qu'éprouve le psychiatre face à son patient il s'agit d'un sentiment existentiel, du fait que le médecin est touché au fond de son existence par la présence d'autrui.

Chapitre 5 : L'événement

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté la nouvelle perspective qui s'ouvre grâce à la philosophie d'Henri Maldiney pour la compréhension de la situation clinique, une perspective qui ne se focalise pas sur le patient, mais cerne la complexité de la situation, en mettant en évidence les difficultés que le médecin affronte face à l'expérience de la folie. De sorte que la complexité est entendue dans les deux sens du terme : comme un ensemble de nombreux éléments – patient, médecin et le rapport entre eux –, mais aussi comme une situation difficile et pénible – ainsi avons-nous parlé du malaise du psychiatre et de la difficulté d'être qu'il éprouve face au malade psychotique.

Nous continuons notre étude par l'examen approfondi de la pensée maldineysienne. Dans le présent chapitre, nous allons étudier en particulier le concept de transpassibilité forgé par notre auteur. Né récemment, ce terme a fait son lit dans le vocabulaire de la phénoménologie francophone, considéré comme une percée considérable dans la compréhension de la folie. Nous nous fixons comme objectif de présenter l'originalité de ce néologisme tout en essayant de dégager ce qu'il pourrait apporter pour l'analyse du problème qui est le nôtre, celui de l'appréhension de la situation clinique par le psychiatre.

5.1. De la transcendance à la transpassibilité

L'échec de la présence (corrélatif de l'échec de transcendance) qui produit le vide auquel se trouve confronté le médecin s'explique par ce que Maldiney appelle un « défaut de la transpassibilité ». Avec ce néologisme, le philosophe français formule une nouvelle conception de la subjectivité qui place au centre de la vie subjective la capacité de faire face à un événement. Ce dont il est question ici est l'événementialité de l'événement, c'est-à-dire l'événement dans son advenir, un « agir sans agent, pure efficace, changement sans chose qui change,

pur éclair d'un temps sans durée »²⁰⁶. L'advenir qui est ici en jeu renvoie à la « mobilité » de l'être heideggérien. Sous cette formule, il s'agit d'entendre que l'étant ne peut être compris qu'à partir de sa différence par rapport à l'être au sens où c'est la différenciation même, prenant la forme du mouvement de couvrent-découvrent – du passage entre le retraitement de la vérité de l'être et sa survenue découvriante – qui définit l'être²⁰⁷.

De la sorte, l'idée de la mobilité de l'événement ne doit pas être assimilée à celle du changement dans un ordre préexistant des choses. Il ne s'agit pas d'une modification de quelque chose pour telle ou telle raison. Dans ce sens, l'événement n'est pas ce qui arrive à quelque chose, il n'est pas un prédicat par rapport au sujet de l'action. Par conséquent, la référence à l'idée de la mobilité de l'être doit être précisée. Chez Heidegger, dans le cadre de l'analytique du *Dasein*, mais aussi dans la perspective de la pensée de l'*Ereignis*, l'événement, en fin de compte, ne semble jamais être considéré à partir de lui-même. C'est toujours à l'être qu'il faut revenir pour poser la question de la phénoménalité de l'événement : l'événement est toujours l'événement d'être. Or l'événement chez Maldiney n'a pas de condition de possibilité, il « survient avant d'être possible »²⁰⁸, la possibilité même s'ouvre avec lui.

Le sens de l'événement recherché par Maldiney est donc celui de la survenue d'un sens nouveau transgressant tout horizon intelligible et ouvrant un horizon de sens inédit. Nous pouvons alors déjà remarquer la distance que prend le philosophe français à l'égard de Binswanger, qui, lui, adopte le point de vue de Heidegger : le philosophe français ne restreint pas l'existence humaine à la sphère du possible. Tandis que, pour le psychiatre suisse, la possibilité ultime du *Dasein* est la possibilité de sa propre impossibilité – et en ce sens, l'événement arrive bien à un sujet –, pour Maldiney l'événement relève d'une impossibilité qui ne peut pas être embrassée. Autrement dit, au-delà de l'ouverture d'un projet comme ouverture au possible, au sens heideggérien du « possible possibilisant », il conçoit une ouverture à l'impossible qui ne se définit pas à partir de la dimension même

²⁰⁶ Nous reprenons ici quelques remarques que fait à ce sujet Claude Romano. Dans son travail inaugural *L'événement et le monde*, malgré le fait qu'il ne mentionne le nom d'Henri Maldiney que trois fois, le philosophe français s'inspire sans aucun doute largement des réflexions de notre auteur.

Romano C., *L'événement et le monde*, Paris, Presses universitaires de France, 1998, p. 8.

²⁰⁷ Cette mobilité de l'être a été soulignée pour la première fois par Levinas. Notons que la mobilité en question n'est pas « la mobilité du *Dasein* » dont nous avons parlé dans la première partie de notre travail, ce dernier étant le terme présent chez Heidegger lui-même et renvoie à la facticité, à l'être-jeté de l'existence.

²⁰⁸ Romano C., *L'événement et le monde*, p. 30.

du possible. L'avènement de l'événement se produit donc chaque fois comme un événement impossible, c'est-à-dire imprévisible et inattendu. Maldiney appelle la transpossibilité « ce qui s'ouvre au-delà ou en deçà de tout le possible et qui, au regard de la pensée positiviste est impossible »²⁰⁹.

Le geste philosophique de mettre en avant l'exposition radicale à l'inconcevable est clairement d'inspiration lévinassienne²¹⁰. Ainsi, dit Maldiney, l'ouverture à l'impossible est dans l'être à autrui qui – à la différence de l'être au monde, équivalent à être libre vers ses possibilités propres – présuppose la « transcendance dans la passivité, qui n'est pas celle du projet », qui n'est pas une « ouverture en avance », mais qui « réintroduit dans l'existence se comprenant comme telle la surprise de l'événement »²¹¹. Ainsi, suivant la pensée lévinassienne,

²⁰⁹ Maldiney H., « L'existant », in Fédida P. et Schotte J. (éd.), *Psychiatrie et existence*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2007, p. 38.

²¹⁰ Maldiney évoque le nom de Levinas en réfléchissant notamment sur la question de savoir si le projet de monde est suffisant à fonder la personne. Maldiney écrit : « Comme Emmanuel Levinas le rappelle avec insistance, autrui est celui que je ne peux pas inventer. Il résiste de toute son altérité à sa réduction au même, fût-ce (et même surtout) au même que moi, à l'ipséité de mon propre pouvoir-être. [...] L'ouvreur de son propre projet n'est pas l'ouvreur du projet d'autrui. L'altérité ne se laisse pas envelopper dans le pouvoir-être absolument propre d'une présence en première personne ». *Penser l'homme et la folie*, p. 251. La distance que prend Maldiney par rapport aux textes fondateurs de Heidegger a été déjà notée par les chercheurs. Ainsi, Françoise Dastur remarque l'évolution de l'attitude de Maldiney à l'égard de Heidegger : « Maldiney explicite sa critique du "projet" heideggérien, installant une "différence absolue" entre ouverture et projet, car l'événement n'est pas de l'ordre du possible, il est hors d'attente et trans-possible ». Et plus loin : « C'est ce à dessein de soi, ce retour à soi qui fait problème pour Maldiney et qui le conduit à dire que "le projet heideggérien n'est pas quelque chose d'originaire" mais une "configuration postérieure à l'Ouvert, une première construction de nous-mêmes" ». Notons que pour Françoise Dastur cette critique s'inspire de l'auto-critique que le dernier Heidegger adresse à *Sein und Zeit*. Voir Dastur F., « Maldiney et la question de l'événement », conférence prononcée à l'Ecole Normale Supérieure, 2015, http://www.henri-maldiney.org/sites/default/files/imce/maldiney-evenement_dastur.pdf, pp. 5-6, consulté la dernière fois 27 mai 2015.

²¹¹ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 255.

Nous tenons à souligner que le rapprochement que nous faisons entre Maldiney et Levinas est à prendre avec précaution. La position de Maldiney vis-à-vis l'éthique reste au fond ambiguë : tantôt Maldiney nie la pertinence des concepts de Levinas – comme dans le cas de l'analyse de la mélancolie – tantôt il les reprend – comme c'est le cas de la définition de la transpassibilité comme l'ouverture à l'impossible. Claude Romano – qui est, pour nous, l'une des figures de la dernière génération des phénoménologues français les plus marquées (au moins dans ses premiers travaux) par la philosophie de Maldiney – est de ce point de vue beaucoup plus explicite que Maldiney lui-même. Il refuse catégoriquement de s'engager dans la voie frayée par Levinas. Selon Romano, en posant la question de l'éthique, c'est-à-dire la question de la signification qu'autrui a pour moi, la philosophie lévinassienne ne touche pas au fondement de la vie subjective. De son point de vue, dans la mesure même où l'herméneutique événementiale prétend à « creuser sous le sol de l'ontologie du *Dasein*, confirmant ses principaux acquis, mais radicalisant sa démarche jusqu'à lui dérober ce sol sur lequel elle repose » (Romano C., *L'événement et le monde*, p. 184), elle vise à « préordonner » aussi toute pensée d'autrui d'inspiration lévinassienne : l'événement d'autrui n'est pas possible sans l'événement dans son sens événemential, autrement dit comme ouverture de toute possibilité.

Maldiney conçoit le soi comme ce qui se découvre dans l'événement comme celui à qui l'événement arrive. Dans cette perspective, l'événement de la rencontre avec l'impossible, c'est-à-dire avec ce qui ne peut en aucune manière être réduit à une possibilité propre du *Dasein*, est un moment crucial, voire constitutif, pour celui-ci. Dans l'événement et seulement à travers l'événement le soi advient à soi-même. Le sens événementiel de l'événement pousse dès lors Maldiney à ajuster le terme heideggérien de *Dasein* : celui-ci ne se déploie plus dans la transcendance, mais dans et par ce que Maldiney appelle la transpassibilité.

Pour saisir le sens du néologisme maldineysien, il faut donc d'abord tenir compte de la transformation que subit l'idée de la transcendance – à laquelle renvoie le « trans- » de la transpassibilité –, par le rapprochement avec la pensée de Levinas²¹². La transpassibilité renvoie non seulement à l'ek-sistence en tant qu'« être en avance », en tant que pro-jet du monde, mais aussi en tant qu'exposition à l'autre, irréprésentable et inimaginable.

Après avoir précisé le glissement important au niveau de la signification du préfixe du terme de « transpassibilité » il convient de poursuivre la clarification du concept par la racine du mot. L'adjectif « passible » n'a pas une utilisation répandue aujourd'hui dans le langage courant. On le rencontre surtout dans le cadre juridique, au sein d'expressions telles qu'« être passible d'une peine ou d'une amende » ou « un crime passible de... », etc. Quant à Maldiney, il renvoie avant tout au *De anima* d'Aristote, où il est question de l'*impassibilité* du *nous* (*νοῦς*) par rapport aux formes de la pensée. Pour Aristote en effet, les formes

La conception de Romano s'oppose donc à la notion lévinassienne de l'avènement d'autrui, car autrui lui-même devrait être saisi à partir de l'événement neutre et inaugural de la naissance, d'autant plus que l'idée même d'autrui se trouve réintégrée dans le cadre platonicien où l'autre ne peut être pensé qu'en réciprocité avec le moi, comme étant en relation négative avec le Même. « Autrui n'est pas incomparable à moi en tant qu'il est *autre* (selon une Altérité absolue qui, en termes lévinassiens, s'ab-soudrait de toute relation au Même), mais en tant qu'il est *lui-même*, c'est-à-dire, à l'instar de moi-même, radicalement singulier. Il y a donc à cet égard une parfaite *réciprocité* entre moi et autrui : je suis aussi incomparable à lui qu'il l'est à moi et à tout autre, et son altérité – si elle n'est certes pas une altérité spécifique subordonnée à un genre commun, une différence catégoriale, mais bel et bien une différence événementiale qui s'enracine dans son histoire en tant qu'elle le singularise – est une altérité relationnelle et *relative*, qui se dit par conséquent encore *pros hétéron*, comme l'altérité déterminée du *Sophiste*. En outre, l'ipséité est cette manière, pour l'advenant, de s'advenir comme soi-même, cette subjectivation à partir d'événements en eux-mêmes *neutres*, et nullement la "sujétion" du moi à autrui telle que la pense Levinas ». *Ibid.*, pp. 162-163. La position que prend Romano vis-à-vis Levinas peut à notre avis éclaircir les limites du rapprochement possible entre les pensée maldineysienne et lévinassienne, le point d'achoppement concernant précisément la question de savoir si l'événement se limite à être l'avènement d'autrui.

²¹² Cette transformation est délicate et même parfois difficile à dégager, Maldiney étant très attaché à la terminologie heideggérienne. Nous insistons néanmoins sur la nécessité de tenir compte de l'horizon lévinassien de la philosophie de Maldiney.

intelligibles par lesquelles la pensée pense ne s'imposent pas à l'intellect comme une quelconque activité extérieure. Si l'intellect était passible – au sens de « sujet », « susceptible » – aux formes de la pensée, cela mettrait en cause son caractère originaire.

Toutefois, nous trouvons la remarque dans *De Anima* que le *nous* est quand même « capable de pâtir, de subir »²¹³ et dans ce sens, c'est-à-dire « au sens propre du terme »²¹⁴, il est bien passible. S'agit-il d'un paradoxe ? Le *nous* serait-il impassible et passible en même temps ? Il n'en est rien, soutient Maldiney, car il ne faut pas confondre deux sens d'« être passible ». « Passible » peut très bien vouloir dire que l'intellect, loin d'être simplement passif, est caractérisé par une « activité, immanente à l'épreuve, qui consiste à ouvrir son propre champ de réceptivité »²¹⁵. Cela ne contredit pas au fond « l'impassibilité » de l'intellect à l'égard des formes intelligibles.

La passibilité de l'intellect à l'égard des formes intelligibles signifie donc que celles-ci n'existent pas en soi, mais doivent être dégagées de la matière sensible. Or le dégagement, la « remarque active » des formes dans la matière sensible, qu'Aristote appelle le *phantasma*, ne ressemble pas à une activité qui soit extérieure au *phantasma*. L'intellect « [...] éclaire [le *phantasma*] du dedans en lui prescrivant une direction significative »²¹⁶. Les formes intelligibles naissent au sein du *phantasma*, en s'en dégageant et en *ouvrant le phantasma*, par le processus même du dégagement, *à un sens*. Le sens ne s'ajoute donc pas de l'extérieur, mais s'inscrit au sein du sensible. C'est pourquoi, à l'encontre de ce que suggère la traduction classique, les *phantasmatos* sans lesquels, selon Aristote, « l'âme ne pense jamais »²¹⁷ ne sont pas « des images ». Il y est plutôt question « de la mise en vue sensible », selon Maldiney.

Cette traduction originale d'Aristote au sein du texte de « De la transpassibilité » n'est pas thématifiée par Maldiney lui-même et risque dès lors de passer inaperçue. Pourtant, elle dévoile son intention : en présentant ainsi les *phantasmatos*, Maldiney réussit à contrecarrer, d'un côté, la tentation d'associer la pensée à la représentation²¹⁸ et, d'un autre côté, il évite la réduction de la pensée à

²¹³ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 265.

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ *Ibid.*, p. 264.

²¹⁷ Aristote, *De anima*, 1117 431a17. Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 263.

²¹⁸ C'est ce que suggérerait la traduction des *phantasmatos* par les « images ». Les formes intelligibles par lesquelles la pensée pense ne sont pas, selon Maldiney, des images figées comme c'est le cas dans la représentation. En revanche, ces images sont des formes entendues

la sensation comme pure passivité. Grâce à la traduction de la phrase d'Aristote comme : « l'âme ne pense jamais sans mise en vue sensible », notre auteur révèle la dimension du sensible au cœur même de la pensée. Autrement dit, c'est dans et par le sensible que s'effectue l'ouverture à un sens. Être passible c'est être sensible, c'est être exposé à la survenue du sens.

Cette compréhension du sensible comme « la dimension communicative et signifiante préalable à toute objectivation »²¹⁹ remonte aux textes d'Erwin Straus où il est question de la dimension de l'hylétique, que Husserl, selon Maldiney, n'a pas pu édifier, puisqu'il est resté bloqué au niveau des analyses intentionnelles. Il s'agit du ressentir qu'Erwin Straus met à nu dans le sentir²²⁰. Loin d'être « un retour du moi sur moi-même » ou une « affection de soi par soi », le ressentir révèle « une situation plus originaire », hors de toute distinction entre sujet et objet, situation d'une communication avec les données hylétiques. Au lieu donc d'indiquer l'ensemble de vécus, le « moment pathique » désigne la relation originaire du vivant à son monde, « la condition même de l'appréhension de la transcendance »²²¹.

La dimension pathique est dès lors celle de l'appréhension pré-thématique qui fonde toute perception et par là toute compréhension. En effet, dans

comme *Gestaltungen*, et non pas comme *Gestalten*. Le -ung de *Gestaltung*, dont le concept est emprunté par Maldiney à Klee (Klee P., *Das bildnerische Denken*, Hrsg u. bearb. von Jürg Spiller, Schwabe, Basel, Stuttgart, 1971), sert à mettre en évidence une dimension active et créative de la formation, de la forme opérante, *forma formans*, en opposition avec celle désignée par le terme *Gestalt*, qui est une forme formée, vide et réceptive. Maldiney H., « Ludwig Binswanger et le problème de la réalisation de soi dans l'art », Postface à Binswanger L., *Henrik Ibsen et le problème de l'autoréalisation dans l'art*, Bruxelles, Paris, De Boeck Université, 1996, p. 109.

De la même manière, en réfléchissant sur les fondements de la *Daseinsanalyse* au colloque organisé à Paris en 1985, Maldiney attire notre attention sur le fait, signalé déjà par Foucault (voir sa préface à la traduction française de « Rêve et existence »), que Binswanger, dans ses analyses des images oniriques, se penche non pas sur leur apparence, mais sur leur apparaître qui « est *un* avec leur genèse et avec leur signifiante ». Maldiney H., « *Daseinsanalyse* : phénoménologie de l'existant ? », in Fédida P. et Wolf-Fédida M., *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, p. 24, nous soulignons. C'est donc l'image dans son acte constitutif et non pas en tant que résultat de la constitution qui est l'objet de l'étude de Binswanger. Cela évite, dit Maldiney, la « cristallisation » de la transcendance propre à l'existence dans l'inertie de l'image.

²¹⁹ Maldiney H., *Regard, parole, espace*, p. 134.

²²⁰ Straus E., *Du sens des sens : contribution à l'étude des fondements de la psychologie*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 1989.

²²¹ Barbaras R., *Vie et intentionnalité. Recherches phénoménologiques*, Paris, Vrin, 2003, p. 65. Cela montre, selon Renaud Barbaras, l'originalité de l'approche straussienne de l'affectivité : « au lieu de confiner l'éprouver affectif à la sphère d'immanence et de le réduire à l'appréhension d'états de moi-même ou du monde selon son seul retentissement vital, Straus le pense comme le mode même selon lequel le monde se donne originairement, selon lequel quelque chose surgit comme "là" ». *Ibid.*

l'appréhension, une chose se donne à partir d'un fond du monde, de sorte que cette donation de la chose dans-le-monde est une phénoménalité significative, mais non pas encore thématisée. Cette donation est le fondement pour la constitution de tout objet thématisé de la perception. Notons qu'« être thème » signifie pour Maldiney se placer dans l'horizon du possible et réduire la signification²²² au sens, le *comment* au *quoi*, comme c'est le cas dans la perception qui constitue le premier moment du niveau dit gnosique. Cela implique que pour dégager le sens qui se fait voir dans la perception, il faut d'abord approcher ce niveau de la phénoménalité pré-thématique. Il faudrait donc révéler cette dimension où la signification survient au sein même du rapport au monde, à l'insu du sujet, c'est-à-dire en dépassant son horizon du possible, car se constituant sous une forme de non-(voire pré-) intentionnelle.

Avec ces considérations, Maldiney s'éloigne d'un autre auteur très important pour ses réflexions, à savoir Viktor von Weizsäcker²²³. C'est en effet chez le médecin allemand que le philosophe français reprend l'idée que le pathique ne se rapporte pas à l'étant et qu'il constitue la dimension personnelle, c'est-à-dire celle qui est à la source de la conscience de soi. Pour von Weizsäcker, le pathique, premièrement, est propre seulement au vivant – l'étant ne faisant pas partie de la vie. Deuxièmement, le pathique est personnel : la vie constitue l'essence du sujet en tant qu'elle est chaque fois la sienne. Maldiney refuse toutefois de reprendre cette idée, car elle annule purement et simplement celle de Heidegger qui mène du *Leben* au *Dasein* et à laquelle tient le philosophe français.

²²² La signification du moment pathique s'exprime non pas comme un sens, mais comme une *direction* de sens, *Bedeutungsrichtung*. « Erwin Straus édifie une hylétique d'un tout autre style, qui met à découvert dans le Sentir même, en dehors de toute référence à l'objet, un sens inintentionnel, pour lequel conviendrait l'expression de direction de sens introduite par Ludwig Binswanger ». Maldiney H., *Regard, parole, espace*, p. 135. Ce terme que Maldiney emprunte chez Binswanger remonte initialement au texte de Karl Löwith où il signifie une « direction générale de sens » qui permet de décrire le ressentir en utilisant des termes qui proviennent initialement de l'ordre spatial (Löwith K., *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*, in *Sämtliche Schriften*. Bd. 1. Hg. v. Klaus Stichweh. Stuttgart, 1981). Chez Binswanger, les analyses de la chute et de la présomption où la verticalité et l'horizontalité, qui décrivent ces situations pathologiques, sont prises comme des directions de sens qui, loin de construire un schéma spatial objectif, expriment l'être-dans-le-monde du *Dasein*. Les structures temporelles ou spatiales de l'existence sont donc prises dans leur dynamique et non pas dans leur contenu représentatif. De la sorte, loin d'être une simple représentation d'un état psychique par des moyens corporels ou imagiers, les directions de sens mettent en lumière les structures temporelles ou spatiales de l'existence propre à l'être-dans-le-monde du *Dasein*. L'horizon de l'être-au-monde s'ouvre suivant les directions de sens qui se frayent dans le moment du ressentir. Le concept développé par Binswanger a permis, dit Maldiney, à celui-ci d'« établir la communication entre les structures existentielles et les expressions existentielles ». Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 84.

²²³ von Weizsäcker V., *Le cycle de la structure*, Paris, Desclée de Brouwer, 1958.

Maldiney insiste sur le fait que la dimension du personnel ne s'ouvre pas au moyen de la vie prise dans le sens biologique²²⁴ : ce n'est pas en tant que vivant que je suis celui que je suis en propre, mais en tant qu'*existant*. Pour Maldiney, la dimension du pathique est alors plutôt celle de la *Befindlichkeit* de Heidegger.

Il en ressort que le pathique semble uniquement le propre de l'existant et le distingue précisément de l'animal. Au premier regard, Maldiney suit la distinction établie par Heidegger entre *Dasein* et *Leben*.²²⁵ Selon ce dernier, tandis que « l'homme se comporte aux choses en tant qu'elles sont dans un monde *auquel* il est et dans l'ouverture duquel il est chez soi »²²⁶, chez l'animal, être chez soi correspond non pas à une ouverture, mais à une absorption en soi. L'animal est donc limité par soi-même. Plus précisément, puisque la vie de l'animal dans son *Umwelt* est régie par les pulsions, les rapports qu'entretient le vivant avec son milieu forment un cercle de désinhibition. Il s'agit bien d'un cercle, c'est-à-dire d'un rapport dont la source et le but ultime coïncident, car la désinhibition ne peut résulter que dans une nouvelle inhibition et *vice versa*.

La fermeture de la vie du vivant paraît d'autant plus hermétique que les pulsions qui l'animent retracent un cadre d'où il est lui impossible de sortir. Au fond la pulsion qui anime la capacité de l'animal n'est pas maîtrisable par lui : le comportement animal « ne consiste pas à se porter à... un acte de l'ordre du faire et de l'agir, mais à être porté à... »²²⁷. Cela n'empêche tout de même pas que cet encerclement ait une certaine *ouverture*. Selon Maldiney, il est un « encerclement ouvrant »²²⁸ du seul fait que ce même ordre pulsionnel présente une restriction constitutive qui rend possible un certain rapport avec le monde extérieur en « échange » (qui est le sens du « *Um* » de *Umwelt*) avec lequel il vit.

Chez l'homme, par contre, l'ordre pulsionnel n'instaure pas du tout ce cercle. S'il est encore possible de parler de la pulsion à l'égard de l'existence

²²⁴ Maldiney s'appuie sur les réflexions de Binswanger concernant le moment de l'éveil du rêver pour démontrer que la vie comme la biographie intérieure, comme l'histoire ne coïncide pas avec la vie biologique. Voir Maldiney H., « De la transpassibilité », in *Penser l'homme et la folie*, p. 267 et Binswanger L., « Rêve et existence », in Binswanger L., *Introduction à l'analyse existentielle*.

²²⁵ Maldiney nous rappelle que Heidegger reprend les résultats des recherches de Jacob von Uexküll sur le rapport qu'ont les animaux avec leur monde ambiant. Dans son texte désormais classique « Monde animaux et monde humain », Uexküll explique que la différence entre l'animal et l'homme se trouve non pas dans la manière dont le monde est saisie, mais dans la nature même de ce qui est donné. Ainsi, l'animal ne se rapporte pas au monde saisi comme à un objet : il lui est impossible de saisir quoi que ce soit en tant qu'un objet.

²²⁶ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 269.

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ *Ibid.*, p. 273.

humaine, c'est dans le sens qui lui a été donné par Fichte²²⁹. La pulsion dans ce cas est, à la fois, un *Streben*, une aspiration vers l'infini, et un retour sur soi, une appropriation de soi²³⁰. « Le moi n'est limité, inhibé, que, pour autant qu'il tend à soi par-delà sa limite »²³¹. De la sorte, ce double mouvement ne reproduit pas la figure de l'encerclement ouvrant. Si le moi dépasse sa propre limite, il le fait, non pas en traçant un cercle, mais suivant une ligne droite « ouverte à l'infini »²³². Telle est la différence entre l'esprit et la vie, dit Maldiney. À la différence de l'animal, l'homme existe donc au monde de telle manière que son horizon est ouvert à la survenue de l'événement et c'est dans cette ouverture, dans le dépassement de ses propres limites, qu'il se conçoit en tant que soi-même, limité et infini à la fois.

5.2. L'existence en péril dans la psychose : l'impossibilité de la crise

Ce fait se montre davantage lorsque l'existence se trouve mise en péril. L'état psychotique, de ce point de vue, est un phénomène révélateur, car il dévoile la fragilité de la capacité de faire face à l'impression nouvelle :

L'exemple de la schizophrénie [...] nous permet de saisir la dramatique de l'expression – laquelle est souvent à l'origine de l'éclatement de sa psychose. Il s'est trouvé un jour devant une nouvelle expression de lui-même, d'un autre ou des autres qui jusqu'ici constituaient son monde. Tout à coup il a subi l'événement d'une expression inintégrable. Elle venait d'ailleurs ouvrant un autre monde dont l'acceptation ou l'accueil exigeait sa transformation. Il le sait tellement – sur un mode pathique – qu'il tente de susciter un autre monde où elle ait place, qui n'est ni le monde ancien ni le monde qu'elle ouvre. Il l'a ressentie comme l'absolument autre, comme à la fois *l'hospes* et *l'hostis* qui exige l'abandon de ses aîtres. Le délire évoluant, cette puissance abstraite ennemie prend la figure de persécuteurs établis dans le monde quotidien. Ludwig Binswanger a raison d'y voir une aggravation. Car le malade a définitivement renoncé à intégrer l'événement expressif bouleversant dans le monde autre qu'il ouvrirait dans la déchirure du monde ancien ; il tente seulement de lier, dans un projet de monde à dessein de soi, les débris du monde perdu.²³³

Or si l'on admet de cette manière que la psychose est l'incapacité d'accueillir ce qui s'impose à l'existant comme venant de l'extérieur, ne plonge-t-elle pas alors l'homme dans l'état de l'obnubilation proche à la condition de

²²⁹ Voir *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre* (1794), où la notion de pulsion explique les rapports entre le moi et le monde.

²³⁰ « À la fois » est ici tout à fait fondamental, car les deux mouvements – centrifuge et centripète – sont co-originaux et produisent « la tension constitutive » de la pulsion. Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 272.

²³¹ *Ibid.*, p. 274.

²³² *Ibid.*

²³³ *Ibid.*, pp. 290-291.

l'animal ? En effet, tout comme l'animal, l'état psychotique ne connaît pas de rupture : « La psychose, en réalité, ne connaît pas d'états critiques. Ceux qu'on croit relever en elle sont des avatars de la même crise, de celle dont elle procède en permanence pour ne l'avoir pas résolue »²³⁴. En plus, l'absorption en soi du psychotique tout comme l'obnubilation de l'animal présente une certaine ouverture dans un cadre renfermé. Ainsi, nous avons vu que la *Daseinsanalyse* dévoile le sens « palliatif » des structurations déformées d'être-au-monde. Ne pourrions-nous alors parler dans ce cas d'une structure similaire à celle d'un encerclement ouvrant qui au lieu d'« encapsuler »²³⁵ la personne, aménage pour elle un certain espace de vie ?

La réponse à cette question est négative : il reste entre les deux une distance considérable dans la mesure où l'obnubilation dans ces deux cas ne s'inscrit pas dans le même cadre. À la différence du renfermement de l'animal qui *a priori* ne connaît pas l'ouverture de l'horizon de sens propre à l'existence humaine et qui fait des ronds dans le cercle de désinhibition, la clôture du monde d'un psychotique est une modification d'un état qui, lui, initialement n'était pas renfermé sur lui-même. Le psychotique a connu l'ouverture. Sa situation actuelle est l'effet de la fermeture face à un événement qui a bouleversé d'une façon inouïe son rapport au monde. Ignorer ce fait signifierait ignorer le sens de l'existence humaine comme transcendance.

Toutefois, cette différence renvoie non seulement à l'ouverture préalable propre à l'existence humaine, mais surtout au caractère de cette ouverture qui est une ouverture à l'impossible, celle qui non seulement ouvre le circuit des inhibitions, mais le met radicalement en question. La différence entre l'homme et l'animal consiste dès lors dans la manière de vivre la crise, voire dans le sens même que la crise apporte dans l'un et l'autre cas. Jean-Christophe Goddard résume parfaitement la différence en question :

La crise existentielle en laquelle l'humain vient à soi se distingue radicalement de la crise du vivant en laquelle s'éprouve, selon Maldiney, la passibilité animale. Celle-ci est une simple « interruption » de la cohérence (c'est-à-dire de l'identité biologique qui lie dans une forme de rencontre en mouvement l'organisme et son milieu) ; elle est une défaillance seulement passagère qui met le vivant en demeure d'assurer sa continuité et en laquelle se crée nécessairement la décision qui le ramène à soi en rétablissant son unité avec le milieu. L'état critique existentiel où s'éprouve la transpassibilité humaine comme capacité à subir l'événement est, quant à lui, plus qu'une défaillance dans la continuité d'une formation obligeant à la reformation constante d'un équilibre. Il est proprement contraint à « exister à

²³⁴ *Ibid.*, p. 233.

²³⁵ *Ibid.*, p. 273.

partir de rien ».²³⁶

Pour l'homme, l'événement n'a rien d'accidentel : il s'y joue le destin de l'existence qui est appelée à l'intégrer dans son histoire afin de pouvoir persister²³⁷. La crise a donc un sens profondément tragique, car elle met l'existence face à une décision impossible qui bouleverse irréversiblement sa vie. Dans ce contexte, le pathique est ce qui nous rend sensibles, ce qui nous expose à notre propre histoire : c'est dans et par le pathique que tout événement reçoit son sens. C'est pourquoi sa signification s'ouvre, dit Maldiney, dans la phrase d'Eschyle *πάθει μάθος*, « ce qui est appris par l'épreuve »²³⁸ qui attire notre attention à la racine du mot grec *πάθος*, « passion » en français.

Notons que, pris dans ce sens, les termes passible et impassible relèvent également du contexte religieux. Ainsi Leon I^{er} le Grand, pape de 440 à 461 et docteur de l'Église, écrivait : « Dieu impassible. Il n'a pas dédaigné d'être un homme passible »²³⁹. Cette tradition laisse entendre dans le passible la passion, la souffrance (tel est le sens des « passions du Christ ») et à la fois le fait de subir, c'est-à-dire la passivité extrême du sujet vécu au sein de sa sensibilité²⁴⁰. De toute évidence, chez le philosophe français nous ne trouvons pas de références d'ordre théologique. Toutefois, si l'on éclaire cette notion par ce contexte, nous saisissons encore mieux la signification de l'épreuve à laquelle renvoie Maldiney avec le concept de transpassibilité. Nous apercevons le jeu subtil au cœur de la vie du sujet entre l'exposition absolue à l'événement et l'implication personnelle et non indifférente face à son histoire, c'est-à-dire sa manière de se l'approprier et, en le faisant, de devenir soi-même.

Nous pouvons saisir d'autant mieux cette dynamique que « passibilité » s'enrichit dans le langage maldineysien du préfixe « trans- ». D'une part, sans doute, il s'agit de repenser avec la transpassibilité le sens de l'existence humaine

²³⁶ Goddard J.-C., « Henri Maldiney : Transpassibilité et psychose », in *Alter*, n°14, 2006, pp. 201-202.

²³⁷ « Le vivant subit la vie: c'est ce qu'exprime le terme de pathique. Il subit cette part de vie qui est sienne : le pathique est personne. Serait-ce à dire que le vivant se définit par sa passivité ? Son statut est pour le moins équivoque : car s'il *endure* la vie ça peut être en deux sens : endurer c'est subir ; mais l'endurance implique une résistance ou un consentement qui sont actifs ». Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 278.

²³⁸ Eschyle, *Agamemnon*, Vers 177.

²³⁹ Lettre de Léon au patriarche Flavien de Constantinople.

²⁴⁰ En russe, par exemple, la voix passive d'un verbe s'appelle aussi la voix « souffrante ». C'est, en effet, lors de notre travail de traduction du texte « De la transpassibilité » en langue russe, que nous avons eu l'occasion de travailler davantage sur la profondeur sémantique du néologisme maldineysien. Nous nous permettons de signaler la parution de notre traduction dans le volume *Postphénoménologie : la nouvelle phénoménologie en France et ailleurs* en 2014.

comme transcendance, c'est-à-dire comme une ex-istence, une sortie hors de soi. D'autre part, dans la mesure justement où le concept maldineysien de transcendance recèle le sens lévinassien du terme, il est clair que le « trans » de la transpassibilité renvoie également à la *trans*formation. La capacité de faire face à l'événement qui dépasse toute possibilité prévisible présuppose que le moi, qui n'est pas absolu, mais fini, est obligé de subir une transformation à force d'incorporer dans son histoire ce qui lui advient. Le moi devient lui-même en devenant autre. La transformation est requise dans l'ipséisation.

À ce stade de l'analyse, il nous reste à préciser un élément important quant à la dynamique de la vie subjective qu'indique le terme « transpassibilité ». Si l'existence ne s'affirme qu'en faisant face à l'événement, il existe alors le risque réel que la transformation ne se réalise pas, que la personne se trouve bloquée dans son incapacité à s'ouvrir à l'avènement du sens. L'avènement de soi dans la rencontre avec l'événement peut donc être raté. Nous pourrions appeler « traumatisme » cette situation d'échec où l'ipséité se retrouve dans l'impossibilité de répondre et de réagir à l'événement. Précisons que ce que nous voudrions interroger ici n'est pas la genèse du traumatisme. En revanche, il est question pour nous ici de la possibilité transcendantale pour l'événement – que nous avons défini comme imprévisible et inimaginable – de toucher au cœur même de l'existence bien que son caractère lui soit absolument étranger. Pour aborder ce problème, nous proposons de nous confronter à la théorie psychanalytique du traumatisme. Cela nous permettra de mettre en lumière l'originalité du concept de transpassibilité, qui offre une approche inédite à la question²⁴¹.

Nous pouvons comprendre la conception psychanalytique du trauma comme une tentative de répondre à la question portant sur la façon dont le sujet peut être concerné par quelque chose qui le dépasse, de sorte que le fait d'être touché – c'est-à-dire le fait d'entrer dans un rapport avec l'autre de façon opératoire ou non – soit fondamental pour la vie du sujet. La psychanalyse nous donne effectivement deux modèles principaux pour concevoir le trauma, selon les idées développées différemment par Freud et Lacan, en fonction de la manière dont l'inconscient travaille dans les situations critiques. Nous allons donc maintenant rappeler en quelques mots la théorie psychanalytique du trauma afin de voir quelle réponse elle propose à notre question.

²⁴¹ En formulant ainsi le problème nous nous inspirons du texte de Rudolf Bernet « Le sujet traumatisé », in *Conscience et existence. Perspectives phénoménologiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.

Dans la théorie freudienne, l'événement premier ne reçoit sa signification traumatique qu'après-coup, avec la venue d'un événement ultérieur, deuxième. Au moyen de l'association, ce dernier fait ressurgir du passé le premier événement qui n'était jusque-là qu'une trace, « corps étranger fiché dans la chair de victime »²⁴², puisque ce passé n'a jamais en réalité été présent pour le sujet. Dans ce cas, la trace laissée par l'événement originel qui demeurerait dans le sujet comme une tumeur bénigne se transforme en angoisse devant la signification de ce qui s'est passé ; la signification est toutefois immédiatement refoulée parce que le sujet se trouve incapable de l'assumer. Ici, prend sa source le symptôme phobique. C'est précisément la production du symptôme qui témoigne de l'émergence du sujet comme celui qui n'assume pas la signification révélée²⁴³. Le moment de refoulement fait apercevoir à la fois l'activité et la passivité du sujet : d'une part, le sujet lucide, confronté à ce qui lui arrive prend la décision de l'éviter, et d'autre part, il s'aperçoit passif en ce qu'il est précisément celui à qui arrive ce qui lui arrive.

La théorie lacanienne donne à l'analyse freudienne deux précisions cruciales : premièrement, Lacan distingue deux moments du refoulement : « le caractère "inconscient non refoulé" du premier moment (traumatique) du "maintien du refoulement, malgré la prise de conscience du refoulé" qui caractérise le second moment »²⁴⁴. Et deuxièmement, il oppose à la conception freudienne de l'après-coup l'idée de l'extra-temporalité de la remémoration. Cela implique que ce n'est plus le symptôme, mais l'hallucination qui joue le rôle de révélateur de l'événement traumatisant. Au lieu d'indiquer un phénomène dont la signification échappe au sujet, l'hallucination renvoie au signifié qui se distingue par l'impossibilité de lui attacher une signification à cause de son « étrangeté » foncière.

Nous pouvons alors dégager dans la théorie du traumatisme deux stratégies pour résoudre le problème de la possibilité de l'appréhension de quelque chose de totalement inconcevable et qui pourtant concerne le sujet d'une manière incontournable. La réponse du père de la psychanalyse s'appuie sur le mécanisme du refoulement. Le sujet freudien reconnaît l'événement, c'est-à-dire le représente

²⁴² *Ibid.*, p. 271.

²⁴³ « C'est le sujet émergent de l'association fortuite entre deux événements qui, mis en face de la signification insupportable de son vécu primitif, prend position en décidant de la refouler, ce qui conduira au nouvel événement du symptôme névrotique. Autrement dit, à peine le sujet a-t-il été mis en présence du trauma comme étant le sien qu'il se nie comme sujet traumatisé et qu'il échange l'expérience du trauma contre un symptôme ». *Ibid.*, p. 274.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 275.

même si comme impossible, et ensuite le refoule. Il s'agit donc de la dénégation d'un phénomène. En revanche, le sujet lacanien, affecté par un événement immaîtrisable, puisqu'apparaissant hors de l'horizon propre du sujet, s'évanouit devant lui. Le non-sens apporté par le phénomène, où le signifié ne s'accompagne pas d'un signifiant, ne permet pas au sujet de subsister. Ce qui est alors nié n'est plus le phénomène, mais le sujet lui-même. Lacan appelle « forclusion » ce processus.

Notons que ce qui est commun à ces deux visions du mécanisme du traumatisme est l'existence d'un certain noyau dur au profit duquel se met en place une activité inconsciente. Le refoulement ou la forclusion comme stratégies de réponse à l'avènement de l'événement présupposent que le sujet (ou au moins un élément constitutif du sujet) soit potentiellement disposé à rester intact. Le sujet apparaît alors comme une entité, certes dynamique, mais attachée à elle-même. Nous proposons d'envisager la transpassibilité par opposition à cette conception dans la mesure où ce dispositif exclut une autre réponse que le sujet peut donner au trauma, réponse qui consiste à se laisser transformer par l'événement critique et en sortir renouvelé. Comme si, imprégné par le traumatisme, le sujet sortait revêtu d'une nouvelle identité.

La transpassibilité implique que le sujet ne puisse pas affronter l'avènement de l'événement sans en être altéré. Dans ce sens, le sujet est toujours, selon l'expression de Rudolf Bernet, un « sujet traumatisé », à condition que « trauma » dans ce cas soit pris dans le sens que lui donne Levinas et qui se distingue radicalement des conceptions psychanalytiques :

La réponse que le sujet peut faire à un tel trauma infligé par autrui ne peut consister ni dans la ruse défensive, comme chez Freud, ni dans l'évanouissement irresponsable, comme chez Lacan : il ne m'est permis ni de substituer une demande plus acceptable à une demande démesurée ni d'invoquer l'impossibilité d'une réponse adéquate pour ne pas répondre ou pour reporter ma responsabilité sur quelqu'un de prétendument plus qualifié.²⁴⁵

²⁴⁵ Bernet R., « Le sujet traumatisé », in *ibid.*, p. 279.

Rudolf Bernet soutient que si nous faisons abstraction de la signification proprement éthique des affirmations lévinassiennes, nous pouvons dégager une idée de sujet traumatisable qui révèle trois moments essentiels du traumatisme. Premièrement, l'événement traumatique est absolument imprévisible ; deuxièmement, tout événement traumatisant renvoie à Autrui ; troisièmement, « les traumatismes les plus profonds atteignent le sujet dans sa sensibilité corporelle et non dans ses représentations ou connaissances ». *Ibid.*, p. 286. « [...] [L]a rencontre avec la souffrance d'Autrui ne nous traumatise que dans la mesure que elle nous atteint dans la singularité de notre jouissance et où nous ressentons dans notre chair ce dont Autrui est privé. Notre réponse ne peut donc prendre d'autre forme que celle du sacrifice de notre jouissance en faveur du bien-être d'Autrui ». *Ibid.* Dès lors si je reconnais dans l'événement traumatique un appel qui est adressé à moi dans ma singularité, c'est parce que la rencontre ne passe pas par

Selon l'hypothèse de Rudolf Bernet, il n'y a pas de sujet sans trauma : « un événement traumatique révèle, mieux que tout autre événement, l'essence du sujet »²⁴⁶. Il existe une simultanéité paradoxale, « étrange » entre le sujet et le trauma, qui « ne peuvent ni exister ensemble, ni exister l'un sans l'autre »²⁴⁷. Autrement dit, le sujet est toujours et déjà un sujet traumatisé en tant qu'il est exposé à la rencontre violente avec ce qui lui est étranger. Cela veut dire que le fait d'affronter l'événement ne peut se résoudre que dans un traumatisme. Dès lors, si survivre l'événement présuppose de se laisser transformer par lui, cette transformation est nécessairement douloureuse.

Cette idée donne, à notre avis, une autre ampleur à la dimension du risque de l'existence humaine mise en évidence par le concept de l'événement. Il est désormais clair qu'en parlant de risque il ne s'agit pas simplement de mettre en évidence le danger qui menace le sujet, c'est-à-dire le fait que le soi risque d'être incapable d'accueillir l'événement qui lui arrive. Au fond, la capacité même d'accueillir l'événement ne va pas de soi. Autrement dit, ce que le sujet a en propre le prédispose à être frappé par un événement totalement étranger et c'est dans ce sens que cet événement le concerne essentiellement²⁴⁸. C'est précisément cette dimension de l'existence humaine que met, à notre avis, au grand jour Henri Maldiney tout au long de son travail. Car, il faut le souligner, la transpassibilité n'est pas une capacité vide, abstraite, en marche depuis toujours. En revanche, elle est constituée dans une dynamique de la passibilité impensable sans événement, sans sa préséance, sans son imposition, sans la violence de son intervention²⁴⁹.

l'apparaître, mais par la « sensibilité charnelle ». De plus, son caractère non-phénoménal témoigne du fait qu'il est adressé par autrui. Comme le remarque avec raison Bernet, « c'est donc le caractère traumatique de ma sensation qui authentifie sa provenance de l'autre, c'est mon traumatisme même qui accomplit ma reconnaissance de l'autre en tant qu'autre ». *Ibid.*, p. 292.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 280.

²⁴⁷ *Ibid.*, p. 286.

²⁴⁸ Bernet parvient même à expliquer son hypothèse en trouvant un exemple dans la théorie psychanalytique. Selon Freud, le sujet est un *ego* narcissique. Étant un organisme autonome, il ne prévoit pas un traumatisme à venir. Le traumatisme semble surprendre et secouer l'état assuré initial. Pourtant, dit Bernet, puisque Freud admet que l'organisme ne reste pas isolé, mais est à l'inverse ouvert à l'interaction avec le monde, le sujet non seulement ne se trouve pas à l'abri de l'extérieur et de ses effets éventuellement nocifs, mais est essentiellement vulnérable, « traumatisable ». La vulnérabilité est donc inscrite dans le sujet exposé au monde extérieur. Autrement dit, le trauma n'arrive qu'à celui qui « connaît sa fragilité et sa dépendance, et qui vit dans la hantise de sa propre disparition » sans pour autant pouvoir la prévoir ou même s'y attendre. *Ibid.*, p. 281.

²⁴⁹ À partir de cette remarque nous pourrions envisager qu'une psychothérapie qui serait inspirée des lectures des textes de Maldiney ne pourrait pas se concevoir, à la manière de la thérapie daseinsanalytique, comme une repossibilisation. En effet, comme le soulignent avec raison Jean Naudin et Jean-Michel Azorin, la tâche de la psychothérapie daseinsanalytique

Le sujet transpassible est donc, dans ce sens, un sujet traumatisable. De la sorte, le risque dégagé par le concept de transpassibilité ne renvoie ni à la possibilité de l'impossible dans le sens heideggérien (dans lequel le *Dasein* est l'être-pour-la-mort) ni dans le sens romanien (dans lequel l'advenant risque de ne pas se trouver en mesure de l'événement). Le risque auquel s'expose le *Dasein* dans la transpassibilité est ultime, dépassant toute impossibilité qui se référerait encore à une possibilité projetée par l'existence — il ne s'annonce même pas comme réel et possible²⁵⁰. En même temps, le sujet ne peut pas traverser l'événement traumatisant sans être transformé, en restant bloqué comme c'est le cas du refoulement, ou enfoui comme c'est le cas de la forclusion. Le *Dasein* n'est donc pas assuré dans la transpassibilité du risque de son propre évanouissement. À l'inverse, la transpassibilité est ce qui l'ouvre d'une manière radicale au risque de la pire catastrophe. C'est donc par cette ouverture qui n'est pas une prédisposition au traumatisme, mais plutôt un traumatisme avant tout traumatisme que le sujet est touché au cœur de lui-même dans la survenue de l'événement.

Nous pouvons alors mieux comprendre que tout événement soit un événement critique. En effet, nous avons déjà parlé du fait que la subjectivité est constituée à travers une série de crises. Maintenant, au regard des considérations que nous venons de faire, nous voulons insister davantage sur le fait que tout événement (au sens maldineysien du terme) est critique. Il en ressort que l'idée du traumatisme et de l'événement traumatisant doit être interrogée davantage. En effet, le terme de l'événement traumatisant suggère que l'événement peut-être non-traumatisant. Ainsi Claude Romano par exemple propose de distinguer radicalement les concepts d'événement et de traumatisme, afin de préserver le sens constitutif du premier. À la différence du traumatisme, l'événement bouleverse le monde de celui à qui il arrive sans pour autant affecter le cœur même de *l'ipse*²⁵¹.

consiste dans la « reconstruction (non pas) de l'identité de la personne, mais plutôt [dans] la restauration et la préservation de sa sphère d'appartenance propre, autrement dit de ses choses propres ». Naudin J. et Azorin J.-M., « Psychothérapie des schizophrènes », p. 181. L'idée de la restauration de la liberté par le biais du rétablissement de la sphère du propre, présuppose que la liberté est associée au pouvoir-être inhérent au *Dasein*. Cependant, c'est précisément sur ce point que nous pouvons remarquer qu'une distance se creuse entre la philosophie de Maldiney et l'analyse existentielle de Binswanger : le philosophe français, lecteur attentive de Levinas, dévoile l'ouverture du pro-jet à l'événement inconnu et imprévisible.

²⁵⁰ « La transpassibilité, écrit Maldiney, consiste à n'être passible de rien qui puisse se faire annoncer comme réel et possible ». Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 306.

La proximité des conceptions de Bernet de Maldiney s'explique à notre avis par leur attachement commun à la pensée de Levinas.

²⁵¹ « L'effrayant n'est pas de l'ordre du bouleversant mais du traumatisant, c'est-à-dire de ce qui se dérobe à toute expérience propre et en propre ; il nous atteint d'une manière fort différente de ce que nous pouvons faire nôtre et nous approprier sur le mode d'une expérience.

En revanche il permet à l'advenant, c'est-à-dire celui à qui l'événement arrive, « de s'advenir ». Le point problématique de cette conception consiste à notre avis dans la définition même de l'événement qui en ressort. L'idée de l'événement, que Romano formule initialement à notre avis en s'inspirant de la philosophie de Maldiney, semble être, en fin de compte, tautologique : « seul peut nous bouleverser ce que nous pouvons aussi faire notre en en faisant la source d'une transformation de nous-mêmes ». En fait, comment peut-on dans ce cas s'en tenir à l'idée de l'événement comme absolument imprévisible ? L'événement n'arrive-t-il pas en remettant en question les capacités du sujet à maîtriser son destin²⁵² ? S'il n'était pas fondamentalement inconcevable, ce dernier n'aurait pas besoin de subir une métamorphose. Un nouveau rapport au monde, aux autres et à soi-même ne surgit que là où la façon dont l'existence se déploie se trouve invalidée.

Il ressort de la confrontation à la théorie psychanalytique de trauma, que la transpassibilité n'est pas, à proprement parler, une capacité de faire face à l'événement, comme nous l'avons suggéré au début du présent chapitre²⁵³. Comme si, à l'instar des processus inconscients, elle assurait l'intégrité du psychisme. La transpassibilité n'est pas ce qui permet au sujet de persévérer au moment de la crise. Paradoxalement, par elle le sujet est radicalement ouvert à l'avènement de l'événement critique²⁵⁴. La survie pour un sujet transpassible

Seul peut nous bouleverser, en effet, ce que nous pouvons aussi faire notre en en faisant la source d'une transformation de nous-mêmes ; l'événement traumatique, en revanche, dans la mesure où il fait effraction dans l'aventure humaine et apparaît inassimilable par l'advenant, est plutôt ce qui interdit toute transformation de soi à soi, toute expérience, figeant l'aventure elle-même et empêchant l'advenant de s'advenir ». Romano C., *L'événement et le monde*, p. 150.

²⁵² « La rencontre, écrit Romano, [...] m'expose au risque d'une altérité qui se dérobe à toute maîtrise et à toute prévision. Dans cette mesure elle ne peut être qu'aventureuse, expérience à l'impossible, où je me mets en jeu moi-même en mon ipséité, où je me risque par conséquent toujours en première personne. Le risque auquel je suis ici exposé n'est pas un danger intramondain mais celui d'un bouleversement radical du monde lui-même, et d'une reconfiguration de ses possibles ». *Ibid.*, pp. 169-170.

²⁵³ Ainsi, tandis que la transpassibilité est effectivement « la capacité à subir ou à être affecté », elle n'est toutefois pas, à notre sens, « ce qui suscite l'acceptation ou un refus », comme le pensent Sarah Brunel et d'autres commentateurs de Maldiney. Brunel S., « La crise, un appel à exister ? », in *Études*, vol.417, n°7, 2012, p. 61. Le cas échéant il s'agirait encore d'une capacité du sujet qui lui permettrait de survivre à l'événement sans être altéré.

²⁵⁴ En nous appuyant sur la remarque de Jean-Christophe Goddard, nous voulons insister sur le fait ce qui constitue le caractère propre d'*Unheimliche* (caractère propre à l'événement critique) n'est pas dans *ce qu'il fait voir*, c'est-à-dire dans le fond de l'existence refoulé dont le dévoilement met à l'épreuve le sujet, mais dans la « négation du secret », dans « l'irruption », dans « l'intrusion ou plutôt *ex-trusion* de l'intime, qui paraît ainsi un véritable *intrus* dans le dehors où il apparaît ». Goddard J.-C., *Violence et subjectivité. Derrida, Deleuze, Maldiney*, Paris, Vrin, 2008, pp. 149-150. En fait, la *découverte* elle-même du fond et ce que cette découverte a de *contraignant* rend l'événement *Unheimlich*. Ce qui importe n'est donc pas le fait que ce qu'on rencontre recèle quelque chose qui nous a été toujours familier, mais, refoulé,

consiste dans la transformation absolue en vue de la crise, dans le fait de recommencer à zéro, en existant, comme le dit Maldiney « à partir de rien ».

5.3. La folie et la transpassibilité

Ces dernières considérations nous amènent à affirmer qu'avec la notion de transpassibilité l'idée de la folie comme échec de l'existence humaine se trouve totalement renouvelée. Pour autant que la subjectivation est entendue comme une dynamique rythmique d'ouverture-fermeture face à une crise existentielle, le point ultime de référence pour la compréhension de la folie est l'événementialité de l'existence, ou plus précisément la crise comme moment décisif dans le déploiement de l'existence. Cette innovation remet à notre avis en question l'idée de maladie mentale comme déformation factuelle de la structure apriorique existentielle.

D'abord, cela nous oblige à distinguer dans la psychose deux moments bien distincts : celui de la crise et celui de l'état psychotique pathologique. Cela implique que la crise n'est psychotique que si l'échec de son dépassement mène à la psychose²⁵⁵. Il s'ensuit que la psychose, définie comme défaut de transpassibilité, renvoie non seulement à la transpassibilité qui marche, c'est-à-dire à la transpassibilité-sans-défaut, mais avant tout et surtout à l'instant critique. En effet, si dans la psychose la transpassibilité fait défaut, la crise, en revanche, n'est possible que grâce à la transpassibilité qui est précisément une contrainte à l'impossible, c'est-à-dire l'exposition à l'évanouissement total de l'existence.

est devenu irrécognissable et, par là, étrange, mais le fait que c'était jusque-là, pour nous, secret. Ces considérations nous mènent à conclure que la réponse à la question « comment je peux être touché par ce qui m'est fondamentalement étranger ? » est à rechercher non pas dans le fait d'ouverture, mais dans le caractère *intrusif* de la blessure. Il ne convient donc pas de représenter la simultanéité de blessure et d'ouverture en tant qu'un équilibre, dans lequel un élément compenserait un autre. Il s'agit, en revanche, de l'unité rythmique qui crée un espace dans lequel la subjectivité se déploie en tant qu'ouverte à la survenue de l'imprévisible. « C'est à condition, pour Maldiney, d'entrer dans le Rythme que "l'Ouvert n'est pas béance", *Ungrund* ou *Abgrund*, "mais patence", non plus "engloutissement", mais "émergence". C'est par le Rythme, tel que le définit précisément la conférence de 1967 sur "L'esthétique des rythmes", que "s'opère le passage du chaos à l'ordre", car si, pour Maldiney comme pour Deleuze, la création commence par le chaos, nous l'avons dit, elle n'est effective qu'à condition de le surmonter ». Goddard J.-C., « Henry Maldiney et Gilles Deleuze. La station rythmique de l'œuvre d'art », in *Revista Filosófica de Coimbra*, n°33, 2008, p. 116.

²⁵⁵ Jean-Christophe Goddard insiste tout particulièrement sur ce fait : « C'est dans l'épreuve de cette contrainte [à "exister à partir de rien"] que commence pour Maldiney toute psychose. C'est à partir d'elle que peut se construire une psychopathologie. Car, il faut distinguer ce commencement de toute psychose, qui est un commencement dans la psychose, de la réponse pathologique donnée par le sujet à ce commencement ». Goddard J.-C., « Henri Maldiney : Transpassibilité et psychose », p. 4.

Mais qu'on ne s'y trompe pas : le défaut de la transpassibilité n'est pas l'échec d'une capacité à *affronter* la crise, mais l'incapacité de *s'ouvrir* à la crise. Maldiney nous livre cette idée dans ces mots : « la marque du pathologique, ce n'est pas la crise, mais son impossibilité »²⁵⁶.

Par conséquent, la normalité et la folie ne sont pas commensurables comme si la crise n'était qu'un point de passage d'un état (de santé) à un autre (celui de la maladie). Ce qui est encore le cas dans la vie d'un animal, qui vit d'un cycle de l'inhibition à l'autre. Il en ressort que la maladie mentale n'est pas une flexion par rapport à l'état « authentique ». Affirmer le contraire signifierait perdre de vue ce que nous apporte l'idée de crise. Même si la folie et la santé sont définies en vue de cet « état » extraordinaire – c'est-à-dire qu'en tant que fait de survivre ou de rater la crise – celle-ci ne joue pas le rôle d'un dénominateur commun pour elles. L'idée de l'événement critique comme décisif interrompt l'équilibre entre ces deux termes. Il y introduit une rupture : quand bien même la psychose ne manque pas de renvoyer à la santé et la santé de se dévoiler à travers la psychose, ce rapport n'est pas dialectique, mais il se constitue sur la base de l'événement inaugurateur de la crise qui crée entre les deux pôles un abîme en supprimant toute possibilité de rapport direct entre eux²⁵⁷. Autrement dit, leur rapport ne se conçoit plus dans les termes de la possibilité (un état limite comme possibilité ultime de l'autre), mais de l'impossibilité : devenir-fou se présente comme impossible, car inimaginable, incomparable aux expériences déjà vécues²⁵⁸.

²⁵⁶ Maldiney H., *Existence, crise et création*, La Versanne, Encre marine, 2001, p. 75. Nous reprenons encore une fois les mots de Jean-Christophe Goddard qui saisissent ce sens de la transpassibilité parfois ignoré par les lecteurs de Maldiney : « la transpassibilité n'est pas à proprement parler ce qui fait défaut dans la psychose, elle est plus exactement la capacité de se tenir dans la psychose, de s'y tenir dans une station rythmique, et c'est cette capacité qui fait défaut dans la résolution maniaque ou schizophrène (au sens restreint) de la crise psychotique où s'éprouve la capacité de l'humain comme tel ». Goddard J.-C., *Violence et subjectivité. Derrida, Deleuze, Maldiney*, p. 123.

²⁵⁷ Cette lecture est majoritaire dans les études consacrées à la pensée de Maldiney. Nous la retrouvons chez plusieurs auteurs, dont par exemple Françoise Dastur qui lors d'une conférence, affirme que « dans son texte intitulé "Crise et temporalité dans l'existence et la psychose" paru originellement en 1990, il entreprend de montrer qu'existence et psychose s'éclairent réciproquement l'une l'autre du fait que, si la psychose ne se comprend qu'à la lumière de l'exister, l'exister lui-même peut être mis en lumière à travers cette catastrophe de l'exister qu'est la psychose ». Dastur F., « Maldiney et la question de l'événement ».

²⁵⁸ Il nous incombe d'avouer que notre lecture de Maldiney risque de forcer quelque peu les traits. En effet, Maldiney résume sa position en faisant l'affirmation suivante: « La maladie mentale n'est pas une aberration de la nature, mais une forme d'existence en échec ou défailante, dont les conditions de possibilité et, par là même, le principe d'intelligibilité sont inscrits dans notre constitution à tous ». Maldiney H., « Postface : Réflexion et quête du soi », in Bin K., *Écrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de

En effet, le mot crise provient du grec où il signifie une « étape décisive ». Dans la crise se décide, se résout un conflit entre deux forces sans que la décision soit déterminée par l'une ou l'autre. Il n'est possible de juger que l'une des deux a eu le dessus qu'après-coup²⁵⁹. C'est le *Dasein* lui-même qui tient, en quelque sorte, la clé de la résolution. La transpassibilité est le nom de cette ouverture qui contraint le *Dasein* à affronter ce qui dépasse absolument le cadre de son être-dans-le-monde²⁶⁰.

Dès lors, quand Maldiney dans son incitation fameuse à la psychiatrie parle de la nécessité pour celle-ci de « percer jusqu'aux possibilités de ce qui est à comprendre, à savoir : malade ou sain, un existant »²⁶¹, il ne se limite pas à effacer ainsi les différences conceptuelles entre la santé et la maladie au profit d'un concept neutre, voire plus large, celui de l'existant. L'affaire de la psychiatrie consiste à étudier ce moment inaugural où l'existence humaine est mise à l'épreuve. L'homme n'est donc pas celui qui *peut* tomber malade ou rester en santé. Grâce à la notion de transpassibilité, nous découvrons que l'existant n'est pas seulement celui qui dispose de la capacité de faire face à l'événement critique, de mûrir en le traversant et d'enrichir son histoire, mais qu'il est aussi celui qui est exposé, au cœur de lui-même, à la possibilité de la pire catastrophe²⁶², qui n'est pas celle de la folie, mais celle qu'apporte la crise et qui n'a pas de nom, qui n'est rien de ce qu'on connaît, qui est au fond rien.

Il convient alors de souligner que le terme « transpassibilité » indique que le sujet est exposé à la rupture absolue, qu'il est à la merci de ce qui lui arrive. Cette précision est, à notre avis, essentielle et indispensable pour saisir l'intérêt du

France, 1992, p. 166. Or nous insistons sur l'idée que voir dans la folie une possibilité de réaction à l'événement ne veut pas dire que la condition de possibilité de la folie est inscrite dans la constitution partagée par tous, car cette dernière est la transpassibilité qui est l'ouverture à l'événement *imprévisible*. Il s'ensuit nécessairement à notre avis que la folie n'est pas une possibilité que nous pouvons envisager, mais précisément une impossibilité, ce qui sort absolument du cadre qui forme notre existence au monde et avec les autres.

²⁵⁹ « La crise désigne [initialement] le moment où le malade combat la maladie, combat qui se terminera par un échec ou une victoire. En ce sens, c'est pendant la crise que se décide l'issue : elle est un moment critique et décisif » Larousse. Grand dictionnaire de la philosophie.

²⁶⁰ Le sujet psychotique, pourrions-nous ajouter, n'est pas traumatisable, au sens de Romano. Il s'agit plutôt du fait d'être blessé, au sens de Bernet, à ce point que plus aucune ouverture n'est possible. Il faudrait quand même préciser que si la personne s'effondre face à l'événement, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas en mesure de l'accueillir. Cette idée présente en effet une contradiction *in adjecto* : l'événement n'a pas de mesure. La transpassibilité est précisément cette ouverture à ce qui dépasse les possibilités, à ce qui ne trouve pas sa place dans l'horizon du prévisible et ce qui dès lors ne peut se représenter autrement qu'en tant que rien. Il ne pouvait pas y avoir de mesure, l'événement étant tellement massif, incommensurable. Aucun sens ne pouvait pas en être dégagé, aucune mise en phase affective n'est possible.

²⁶¹ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 226.

²⁶² Voir Goddard J.-C., « Henri Maldiney : Transpassibilité et psychose », p. 14.

concept maldineysien quant à la compréhension de la folie : la transpassibilité n'est pas, à proprement parler, une *capacité* du sujet de se préserver au moment de la crise, mais en revanche la possibilité de vivre la crise, c'est-à-dire courir un risque dont le sujet n'arrive même pas à prendre la mesure.

5.4. Témoigner de la folie

Il est temps de mettre en lumière ce que ces considérations, qui remontent encore aux interrogations qui sont encore centrées sur la figure du patient, peuvent apporter pour le problème qui est le nôtre, celui d'une analyse de la situation clinique dans sa complexité, c'est-à-dire d'une analyse qui se focalise non seulement sur la figure du patient, mais d'abord et surtout sur celle du médecin. En même temps, dans les textes de Maldiney nous découvrons qu'il y a différentes manières de penser la folie en prenant pour le point de départ l'étude de l'état du patient. Selon notre hypothèse, les réflexions du phénoménologue français à ce sujet donnent en fait quelques éléments pour avoir un regard englobant de la situation.

L'intérêt de la pensée de Henri Maldiney pour notre travail repose sur le renouvellement du projet binswangerien auquel il participe. Il est vrai que la manière dont le philosophe français pose le problème de rencontre clinique reste encore très attachée à la figure du patient : la description du manque de contact avec le fou se fait à partir de la mise au jour de la structure défaillante de son existence – le psychiatre a du mal à communiquer avec le fou parce que dans un certain sens celui-ci « n'est pas là », parce que la présence de celui-ci à soi-même est embrouillée. Par contre, en expliquant que la rencontre clinique est à chaque fois une malencontre, le philosophe français ne se limite pas à affirmer la déformation de la transcendance. En réalité, il est très attentif à ne pas aller trop loin dans ses considérations psychopathologiques. Cette prudence, il l'hérite sans doute de Gisela Pankow qui refusait explicitement de construire une théorie génétique de la psychose. Ainsi nous avons vu qu'au lieu de viser dans le travail psychiatrique les raisons pour lesquelles le patient se trouve dans un état psychotique, la psychiatre allemande appelle à « descendre dans les enfers » de la psychose. Elle incite donc à nouer le contact à tout prix, à approcher autrui pour pouvoir espérer lui venir en aide. Il en ressort que l'échec de la présence du patient à soi-même ne manque pas d'affecter la présence du psychiatre. Et de ce point de vue, il nous semble possible d'affirmer que tout ce qui se dit dans un registre

psychopathologique renvoie à la figure du psychiatre. Ainsi le fait que la personne n'est pas là fait apparaître le médecin qui ne trouve personne devant lui.

En soulignant la spécificité du rapport à la personne atteinte de la folie, à savoir le malaise qui envahit le médecin, Maldiney nous fait découvrir qu'il n'y a rien à dire sur cet événement déclencheur. Par contre, il s'agit de prendre ce rien au sérieux²⁶³. En nous penchant sur l'impossibilité d'atteindre ce point ultime de déclenchement de la psychose, nous voyons apparaître sur le premier plan la figure du médecin. C'est lui qui ne peut rien dire là-dessus. Dans notre étude du projet de la *Daseinsanalyse*, nous nous sommes déjà confronté à ce problème et nous avons soutenu que le médecin, en percevant la lacune qui le sépare du visage en face, tâche de la remplir par des réflexions philosophiques, psychopathologiques ou encore psychanalytiques. Il s'ensuit que la psychopathologie phénoménologique comme reconstruction de l'histoire de la psychose ne peut avoir d'autre motivation et d'autre sens que de proposer une réponse au malaise du psychiatre.

À partir des développements du présent chapitre, nous pouvons maintenant mettre en évidence que le vide éprouvé sous la forme du malaise « autour » duquel se rencontrent le médecin et son patient est un vide qui renvoie à ce moment de la crise où l'existence de la personne se trouve suspendue. Pour peu que la psychose ne cesse d'évoquer l'événement critique de son déclenchement, précisément en tant qu'impossibilité de faire face à cet événement, le médecin lui-même est touché par cet événement qui, pourtant, ne fait pas partie de sa propre histoire. Il n'y a pas entre lui et l'autre d'autre point commun, d'autre lien que la manière même dont il se trouve affecté face à autrui. Or, si la qualité de la présence d'autrui l'inquiète, c'est parce que ce dernier est frappé par la folie. Nous suggérons alors que, dans un certain sens, l'événement de la rencontre avec le fou n'est pas un autre événement par rapport à celui qui se trouve à la source du déclenchement de la folie. Autrement dit, l'événement qui constitue l'épreuve psychotique ne se limite pas à affecter le patient. Le psychiatre en est aussi affecté. Il devient *témoin* d'un événement qui submerge l'autre personne.

Pourquoi parlons-nous dans ce cas de témoignage ? Dans quel sens le psychiatre est-il un témoin de la crise psychotique ? Le terme « témoin » a effectivement plusieurs sens dont nous nous limiterons à indiquer les traits principaux. Le témoin est celui qui assiste à une scène, et de ce fait son rôle peut être réduit à celui du spectateur qui ne fait que regarder ce qui se passe sans y

²⁶³ C'est dans le fait de prendre le rien au sérieux que Maldiney voit par exemple l'avantage de Heidegger par rapport à Weizsäcker.

participer, voire sans être touché d'une manière ou d'une autre par ce qui se présente devant lui. Dans ce sens, le dispositif technique, lui aussi, peut être considéré comme un témoin à condition que témoigner se réduise à enregistrer, à suivre le déroulement de l'événement et en pouvant éventuellement, par la suite, le désigner, c'est-à-dire le reproduire, le raconter ou l'imaginer²⁶⁴. Au rôle du « témoin du tableau » on peut opposer celui du « témoin de la vérité »²⁶⁵. Au lieu d'indiquer ou de renvoyer à l'événement en question, cette figure prétend être absolument transparente et dès lors donner un accès sans aucun intermédiaire à l'événement auquel la personne a assisté. Le témoignage dans ce cas se présente comme incontestable, car venant d'un médiateur parfait sinon unique.

Enfin, la troisième figure qui nous intéresse ici est celle du « témoin de l'Infini »²⁶⁶. La différence principale du témoignage qu'il apportera par rapport aux deux cas de figure que nous venons d'évoquer consiste dans le fait que sa forme n'est ni indicative ni immédiate. Tandis que, jusque-là, on pouvait dire que transmettre le message – directement, à la manière d'une annonce, ou indirectement, en faisant apparaître sa propre figure comme prisme – était le but du témoin, voire ce qui fait d'un sujet un témoin, dans le cas du témoin de l'Infini, un autre sens du témoignage ressort au premier plan. Nous reprenons les mots de Michel Dupuis qui saisissent la différence en question : « Le témoin n'a rien à faire voir ; il est plutôt le lieu où ça se passe »²⁶⁷. C'est ainsi que décrit le rôle du témoin Levinas : « [...] Il est à la fois, celui à *qui* la parole se dit, mais aussi celui *par qui* il y a Révélation. L'homme serait le lieu où passe la transcendance, même si on peut le dire "être-là", ou *Dasein* »²⁶⁸. Le trait caractéristique du témoignage consiste donc en ce que le sujet ne peut pas approcher l'événement sous un monde de connaissance, il ne peut qu'en témoigner²⁶⁹.

²⁶⁴ Nous nous inspirons ici des remarques sur le témoignage faites par Michel Dupuis dans son article « Une éthique séculière », in Dupuis M., *Levinas en contrastes*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1994, pp. 157-179.

²⁶⁵ *Ibid.*, p. 170.

²⁶⁶ *Ibid.*, pp. 170-172.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 171.

²⁶⁸ Levinas E., *L'au-delà du verset. Lectures et discours talmiques*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1982, p. 175.

²⁶⁹ « Ma responsabilité pour l'autre est précisément ce rapport avec un Infini in-thématisable. Elle n'en est ni l'expérience, ni la preuve : elle en *témoigne*. Ce *témoignage* ne vient pas s'ajouter à une "expérience subjective", pour déclarer la "conjoncture" ontologique qui s'est dévoilée au sujet. Ce témoignage appartient à la gloire même de l'Infini. L'Infini de la responsabilité se passe précisément comme dissipation de tout secret, comme rupture de toute intériorité où, protégé contre l'obsession de l'autre, le sujet pourrait s'évader ». Levinas E., « Vérité du dévoilement et vérité du témoignage », in Castelli E. (éd.), *Le témoignage*, Paris, Aubier, 1972, pp. 106-107. Levinas souligne.

Étant donné que l'objectif de notre étude consiste à dégager l'implication du médecin dans l'événement de la rencontre clinique, c'est en reprenant ce troisième sens que nous retiendrons le terme « témoignage ». Certes, le psychiatre est le témoin de l'événement, premièrement, parce qu'il fait savoir que l'état de son patient nécessite une assistance de sa part. Il prétend donc être celui qui est, selon la terminologie que nous venons d'évoquer, « le témoin de la vérité ». Il s'agit, dans ce cas, de retrouver l'accès direct à l'expérience du patient. Or, comme nous l'avons montré, la tentative de fonder la compréhension de ce qui *effectivement* est en jeu pour le malade, renvoie nécessairement à celui qui pose la question de l'accès à la vie subjective de l'autre. La prise de la position phénoménologique fait apparaître le médecin comme une « localité »²⁷⁰ à partir de laquelle son regard sur l'autre va être posé, mais également vers laquelle il essaiera de le ramener. Il est clair alors que le psychiatre est celui « à qui et par qui » l'événement (la folie) se montre. Il faudrait toutefois noter que l'idée de témoignage permet de préciser qu'il ne s'agit pas d'une localité dans le sens d'un point de départ absolu²⁷¹, mais d'un lieu qui se crée par une exposition à autrui dans laquelle le sujet est justement privé de sa position du « sujet-voyant-invisible »²⁷².

Notons que cette appréhension de la figure du médecin renverse l'idée du rôle du psychiatre dans l'analyse des rapports cliniques : l'expérience que le médecin fait du face-à-face n'est pas uniquement le biais par lequel l'expérience du patient devient intelligible. D'une certaine manière, il fait, en tant que témoin, aussi l'expérience de la folie par le biais de l'expérience d'autrui ; il fait face aussi à l'avènement de la folie. Dans cette perspective, le malaise qu'éprouve le médecin face au malade psychotique est un témoignage de l'état de celui-ci. Cependant, en soutenant que c'est le même événement qui affecte les deux personnes, nous ne voulons pas affirmer l'identité de la manière de le vivre, ni l'identité du sens que l'événement recèle dans les deux cas. Sans doute, il serait réducteur d'affirmer l'identité entre la crise vécue par le psychotique et ce que vit

²⁷⁰ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 93.

²⁷¹ Dans notre étude du projet binswangerien, nous avons insisté sur le fait qu'il ne s'agit pas de dévoiler la localisation du médecin et son attachement à l'expérience en ce qu'ils déterminent, en tant que subjective et arbitraire, sa position par rapport à autrui.

²⁷² « [...] [J]e m'expose à l'assignation de cette responsabilité comme placé sous un soleil de plomb supprimant tout résidu de mystère, toute arrière-pensée, tout relâchement de la trame par où la dérobaie serait possible – déjà sincère, témoignant de l'Infini, non pas en le relatant comme un fait, mais en déroulant, par la rupture du silence, sa gloire même, en rompant le secret de Gygès, du sujet-voyant-invisible ». Levinas E., « Vérité du dévoilement et vérité du témoignage », p. 107.

son médecin. Il s'agit bien plutôt de mettre en évidence que la transpassibilité n'est pas uniquement propre au malade. Le médecin se dévoile également en tant que transpassible, c'est-à-dire ouvert à la mise en suspens de ce qui lui est propre dans une rencontre à laquelle il se donne dans ce qu'elle a d'inconnu et d'imprévu²⁷³. Il reste néanmoins à définir dans quel sens et dans quelle mesure le médecin est lui-même affecté par l'avènement de la folie. Dans le chapitre suivant,

²⁷³ Joël Boderlique, par exemple, ira même jusqu'à affirmer que la transpassibilité du psychothérapeute est le facteur essentiel de l'efficacité de la thérapie : « Si le patient, dit-il, est incapable de la transpassibilité nécessaire à cette transformation qui suppose l'accueil de l'événement, il revient au soignant d'encourir le péril transformateur de cet accueil constitutif de la rencontre. C'est seulement grâce à la transpassibilité du soignant que de l'horizon du *hors-d'attente* pourra surgir une transpassibilité thérapeutique ». Joël B., « Transpassibilité et transpossibilité », in Pringuey D. et Kohl F.-S. (éd.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2001, p. 62. Signalons tout de même qu'en évoquant la transpassibilité du psychothérapeute, nous sommes loin de l'idée d'une sorte d'accompagnement, de sympathie ou de bienveillance, à laquelle souscrivent certains auteurs. Ainsi, dans son article, Camilo Serrano Bónito, en définissant la transpassibilité et la transpossibilité comme des « vertus » laisse à penser que l'ouverture à l'autre dont il s'agit dans la transpassibilité n'est qu'un résultat de décision ou une espèce d'état émotionnel, tel que l'espoir, thème de l'article en question : « Quand on se permet, en tant que thérapeutes, d'affronter les dimensions de l'inachevé, de l'incompréhensible et de l'inconnu de la souffrance de l'Autre, l'Espoir prend la forme d'un questionnement continu, l'opacité pure du Logos, plein de dignité et de projection pour notre travail quotidien ». Serrano B. C., « Logos in psychotherapy : the phenomena of encounter and hope in the psychotherapeutic relationship », in *Logos of Phenomenology and Phenomenology of the Logos. Book Four. Analecta Husserliana*, vol.91, 2006, p. 267.

Or, la transpassibilité n'est pas une solidarité – mais toute forme de solidarité est fondée sur elle. La transpassibilité du thérapeute indique plutôt la capacité à s'exposer au malade dans son altération et altérité absolue comme à celui qui ne s'inscrit pas dans un ordre commun et, dès lors, raisonnable. Dans ce cas, il faut bien préciser que ce que nous entendons par ce « s'exposer » ne renvoie pas à la décision ni à un quelque mouvement intentionnel de la conscience. La capacité de pâtir face à l'imprévisible qu'est la transpassibilité se réfère à un niveau qui fonde toute activité de la conscience. C'est dans et par la sensibilité que le moi s'expose à l'extériorité. Pour cette raison nous émettons des sérieuses réserves à propos des réflexions suivantes de Christian Chaput : « La transpassibilité est une capacité à accueillir, à même le surgissement imprévisible. Pour le thérapeute par exemple, c'est accueillir l'événement perturbateur, interpellant, qu'est le patient en face de vous. Savez-vous jamais comment va être votre patient quand vous ouvrez la porte, que va-t-il vous dire, dans quel état êtes-vous vous-même ? À ce titre, dans la psychothérapie du malade psychotique, la transpassibilité du thérapeute est directement convoquée ; nul thérapeute ne peut faire l'impasse sur ce qui l'a fait thérapeute, son histoire personnelle familiale et autre, mais aussi la faille potentielle qui est en lui et qui est génératrice de sa créativité même dans la relation thérapeutique ». Chaput C., « La schizophrénie est-elle jamais intégrable ? », in De Gramont J. et Grosos P. (éd.), *Henri Maldiney. Phénoménologie, psychiatrie, esthétique*, Presses Universitaires de Rennes, 2014, p. 95.

Mais qu'on ne s'y trompe pas : l'imprévisible dans la rencontre avec le psychotique n'est pas la manière dont il se présente à nous, comme le semble suggérer Ch. Chaput. L'imprévisible est justement ce qui est constitutif de sa folie et qui nous échappe absolument, qui nous affecte sans qu'on puisse se relier à cela par quelque « faille intérieure », sans qu'on ait une quelque complicité avec sa souffrance. Il nous met mal à l'aise, il nous effraye, il nous dérange, il nous embête.

nous nous posons pour but de tracer quelques pistes pour pouvoir aborder cette question.

Chapitre 6 : La crise

Au terme des réflexions du chapitre précédent, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle en prêtant attention à la figure du médecin, nous voyons que la crise en tant qu'événement constitutif du surgissement de la folie ne concerne pas uniquement la personne qui en est atteinte. L'analyse intégrale de la situation clinique dévoile que le psychiatre, lui aussi, est touché par ce même événement, qu'il traverse lui aussi une crise. La question qui se pose, alors, pour nous est : comment entendre cette crise ? Pour pouvoir aborder ce problème, il nous semble nécessaire de nous arrêter davantage sur l'idée même de crise pour bien saisir le changement paradigmatique qu'elle introduit dans l'étude de la rencontre clinique.

Dans les pages précédentes, nous avons soutenu que l'idée de psychose comme défaillance de la transpassibilité, c'est-à-dire comme incapacité de dépasser le moment critique, approfondit considérablement la définition daseinsanalytique de la folie. Ainsi l'idée d'altération de la structure apriorique de l'existence passe à l'arrière-plan en mettant en lumière le rapport fondamental de l'état psychotique à l'instant crucial de la crise. Cette thèse met en évidence que la folie ne se définit qu'après-coup comme maladie mentale, c'est-à-dire comme ce qui ne correspond pas à la santé. En premier lieu, la folie est ce qui *arrive* avec l'événement critique qui bouleverse l'ordre de monde. Un troisième élément, celui de la crise, fait son intrusion dans l'argument qui reposait jusque-là sur le rapport entre deux termes – la folie et la santé – en les déconnectant radicalement.

Afin de prendre la juste mesure de cette thèse, dans le présent chapitre, nous allons mettre en lumière la position à laquelle elle s'oppose et qui remonte à Heidegger. En nous fiant à la lecture critique du philosophe allemand proposée par Giorgio Agamben, nous allons étudier la logique de son raisonnement, que nous retrouvons par ailleurs chez Binswanger, mais aussi dans de nombreuses études phénoménologiques contemporaines. Dans ce chapitre, nous avons pour objectif

de bien saisir ce qu'il faut entendre par crise afin de passer, dans la dernière partie de notre étude, à l'esquisse des rapports cliniques tels qu'ils ressortent à la lumière de nos analyses.

6.1. La machine anthropologique

Dans le chapitre précédent, nous avons déjà constaté que, selon Heidegger, seule l'existence humaine accède à l'ouvert à partir duquel s'ouvre le monde. Le *Dasein* est le seul pour qui il s'agit de son être dans l'être même ; à lui seul la vérité de l'être peut être dévoilée. Les autres vivants, les animaux ainsi que les choses non-animées ne partagent pas avec le *Dasein* le même monde. Ils sont exclus de l'espace de jeu du voilement/dévoilement du sens de l'être. Il est donc préférable de parler non pas du monde de l'animal, mais de son milieu. La différence principale entre le monde et le milieu est le rapport entretenu avec l'entourage : tandis que l'existence humaine est ekstatique, c'est-à-dire qu'elle se tient en dehors d'elle-même en se projetant vers ce qui lui est extérieur, l'animal est rivé à lui-même – il vit en étant obnubilé. Tout ce à quoi a affaire l'animal sont des désinhibiteurs qui l'animent en agissant sur son état d'inhibition. Son rapport avec le milieu ne dépasse pas le cycle fonctionnel prédéfini en avance par l'organisation de son organisme. L'animal ne saisit pas ce qui l'entoure dans sa totalité, il se trouve constamment dans un état de stupeur. Le monde en tant que être-dans-le-monde du *Dasein* lui est inaccessible. Heidegger en conclut que l'animal est privé de monde.

Il en ressort que la vie et l'être selon le philosophe allemand n'ont pas une commune mesure, la transcendance étant ce dont est privée la vie animale. À y regarder de plus près, toutefois, cette thèse s'avère problématique. Ainsi, Giorgio Agamben soutient que le raisonnement heideggérien bute sur une aporie : si la vie et l'existence s'excluent mutuellement, comment penser le *Leben* sous la forme d'une privation de l'être ? Cette conception est d'autant plus problématique que la frontière entre *Leben* et *Dasein* passe à l'intérieur de l'existence humaine et que ce voisinage de la vie et de l'esprit indique sa particularité. Le philosophe italien cherche donc à lever le voile sur le réglage de l'appareil conceptuel heideggérien, car pour autant que le vivant est défini *en fonction de* l'existant, la question du passage du *Leben* au *Dasein* pose problème.

Selon Agamben, la clé pour saisir la logique heideggérienne se trouve dans l'idée même de milieu animal qui, si l'on se penche sur les textes, s'avère être

moins univoque que ce que l'on croyait. Ainsi, malgré le fait que le milieu animal soit « pauvre en monde », cette pauvreté oscille quelquefois vers une « richesse d'ouverture » « que le monde humain ne connaît peut-être pas du tout »²⁷⁴. Le mécanisme de la désinhibition qui fait partie du cycle de la vie animale est capable de produire un effet qui fait ébranler sérieusement l'essence de l'animal. Cela arrive dans la mesure où, au moment de la levée de l'inhibition, surgit un rapport avec un élément qui ne fait pas partie du circuit. Citons un passage de Heidegger auquel s'attache Agamben :

En effet de par son ouverture à ce qui désinhibe, l'animal est, dans sa stupeur, essentiellement expulsé vers autre que lui. Certes, cet autre que lui ne peut jamais lui être manifeste ni comme étant ni comme non-étant. Mais en tant que facteur désinhibant [...] il introduit un ébranlement essentiel dans l'essence de l'animal.²⁷⁵

Mais qui est cet *autre* de l'animal que celui-ci connaît uniquement par l'effet qu'il produit sur lui ? En évoquant les paroles de Saint Paul, Heidegger associe la stupeur de l'animal à « l'attente impatiente des créatures et de la création »²⁷⁶. Leur impatience témoigne du fait qu'ils éprouvent la pauvreté de leur propre monde. De telle sorte que l'apparition de l'homme à son tour ne peut se produire que devant ceux qui vivent leur propre exclusion en vue de la libération possible. La stupeur joue donc le rôle « du véritable arrière-plan sur lequel peut à présent se détacher l'essence de l'homme »²⁷⁷. Comme si cet autre qui est l'homme ne pouvait apparaître qu'en ébranlant la stupeur animale, comme si cette stupeur lui était nécessaire comme le fondement de sa révélation : « l'ouverture du monde humain [...] ne peut être obtenue qu'à l'aide d'une opération effectuée sur le non-ouvert du monde animal »²⁷⁸.

Chez Heidegger, l'opération d'ouverture s'effectue à partir de l'ennui, c'est-à-dire de cet état d'absorption par les choses dans lequel parfois l'on tombe et qui n'est pas sans rappeler la stupeur de l'animal devant son milieu. Tandis que l'animal est incapable de suspendre son rapport au milieu, c'est-à-dire de voir dans ce rapport même la possibilité pure de ce rapport – la possibilisation comme ce qui rend possible – l'homme en reste capable. Alors Agamben livre le verdict suivant : « Le *Dasein* [chez Heidegger] est simplement un animal qui a appris à s'ennuyer, qui s'est réveillé *de* sa propre stupeur et *à* sa propre stupeur. Ce réveil du vivant à

²⁷⁴ Heidegger Martin, Gesamtausgabe, XXIX-XXX: *Die Grundbegriffe der Metaphysik. Welt – Endlichkeit – Einsamkeit*, Klostermann, Frankfurt a. M., 1983, S. 371-372. Cité dans Agamben G., *L'ouvert. De l'homme et de l'animal*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2002, p. 97.

²⁷⁵ *Ibid.*, S. 395-396, cité par *ibid.*, p. 98.

²⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷ *Ibid.*, S. 408, cité par Agamben G., *L'ouvert. De l'homme et de l'animal*, p. 99.

²⁷⁸ *Ibid.*

son propre être étourdi, cette ouverture angoissée et décidée, à un non-ouvert, c'est l'humain »²⁷⁹. Cela veut dire que la privation de l'ouvert de l'animal n'a pas uniquement un sens négatif. Elle joue un rôle tout à fait stratégique parce qu'elle rend possible le passage vers l'humanité. L'ennui si proche à l'étourdissement de l'animal est donc le moment de l'anthropogenèse, du « devenir-*Dasein* du vivant homme »²⁸⁰.

Ainsi Agamben dévoile un argument qui n'a rien d'anodin. En outre, il est caractéristique du mouvement de la pensée moderne et il assure le fonctionnement de ce qu'il appelle « la machine anthropologique »²⁸¹, c'est-à-dire la production de la notion (positive) de l'humain à partir de celle (négative) de l'animal au moyen d'un jeu de reflets. La machine anthropologique est dès lors une « machine optique » qui a pour effet la reconnaissance de l'humain à partir de ce qui ne l'est pas²⁸². En effet, Heidegger oppose la définition négative du milieu animal en tant que privé du monde à celle – positive – de l'existence humaine comme étant au monde. Ainsi la fermeture de l'animal sur lui-même et son milieu concerne également l'homme : le *Dasein* ne peut être défini qu'en fonction du *Leben* – l'ouverture constitutive de l'existence humaine prétendant dépasser la fermeture obnubilée de la vie animale. Il existe dès lors un rapport étroit, voire paradoxal, entre *Leben* et *Dasein*. La vie animale est à la fois exclue du conflit du voilement/dévoilement propre à la vérité de l'être et elle est définie *en fonction de* l'être en tant que privation.

Cela implique que l'épanouissement de l'existence humaine est toujours accompagné par une « opacité irréductible »²⁸³ qui entretient un rapport ambigu

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 114.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 111.

²⁸¹ Agamben élabore ce concept à partir des études de Furio Jesi. Voir l'introduction d'Agamben à son livre *La fête et la machine mythologique*, Paris, Éditions MIX, 2008, pp. 7-23.

²⁸² « La machine optique [...] constituée d'une série de miroirs où l'homme, s'il se regarde, voit son image toujours déjà déformée en traits simiesques ». « *Homo*, continue Agamben, est un animal constitutivement "anthropomorphe" (c'est-à-dire "ressemblant à l'homme"), qui doit, pour être un humain, se reconnaître dans un non-homme ». Agamben G., *L'ouvert. De l'homme et de l'animal*, pp. 50-51.

²⁸³ Agamben G., « La passion de la facticité », in Agamben G., *La puissance de la pensée. Essais et conférences*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2006, p. 257. Agamben remonte à la toute première analyse heideggérienne de la *faktische Lebenserfahrung* qui porte sur le passage des *Confessions* d'Augustin où il s'agit du rapport équivoque de l'homme à la vérité. Même s'ils cherchent à dévoiler la vérité, les hommes ne veulent pas qu'ils soient eux-mêmes dévoilés. « Ce qui intéresse ici Heidegger en tant que marque de l'expérience factice, c'est cette dialectique de latence et de non-latence, ce double mouvement par lequel celui qui veut connaître tout en restant caché dans la connaissance est connu par une connaissance qui lui reste cachée. La facticité est la condition de ce qui demeure caché dans son ouverture, de ce qui est exposé par son retrait même ». *Ibid.*, p. 254.

avec l'ouverture : d'une part, l'ombre que projette l'ouverture au monde ne fait pas partie de l'ouverture de la vérité de l'être, d'autre part, elle en est néanmoins le présupposé. Précisément en raison de son caractère ambigu, cet élément d'opacité assume pour Agamben une importance capitale que le philosophe allemand n'a même pas soupçonnée. Car prise véritablement au sérieux, au lieu d'être simplement un pôle négatif par rapport à la positivité du *Dasein*, l'opacité représente un espace où s'arrête le jeu du dévoilement/voilement de la vérité de l'être, où, supposé être net, le partage entre l'ouvert et le non-ouvert se trouve mis en question. L'hypothèse du philosophe italien consiste donc à dire que là où Heidegger branche un concept sur l'autre – celui de l'animal sur celui de l'homme –, il y a une incompatibilité fondamentale, une rupture entre les notions.

Cela implique que si l'on parvient à désigner cet état d'exception (constitutif de l'humain), on met à nu le fonctionnement de « la machine optique ». Tel est le premier pas pour suspendre son mécanisme et avec lui, le partage entre tout ce qui jusque-là prétendait se tenir dans l'ouverture de la vérité de l'être et tout ce qui en avait été exclu. Il existe, selon Agamben, une confirmation éclatante de son hypothèse. En effet, un simple constat de laboratoire peut mettre en question toute l'entreprise de Heidegger qui consiste à définir l'homme par son être-dans-le-monde dont est privé l'animal :

L'animal peut effectivement – dans des circonstances particulières comme celles auxquelles l'homme le soumet dans ses laboratoires – suspendre la relation immédiate à son milieu, sans pour autant cesser d'être un animal ni devenir humain. Peut-être la tique du laboratoire de Rostock garde-t-elle un mystère du « simplement vivant » auquel ni Uexküll ni Heidegger n'étaient prêts à se mesurer.²⁸⁴

L'expérimentation de laboratoire montre clairement que la suspension du rapport cyclique que l'animal entretient avec son milieu ne provoque pas aussitôt l'ouverture. Cela veut dire que « dans des circonstances particulières » une zone d'exception, du « simplement vivant », ou encore de « la vie nue » se dégage. Exclue des pôles « vivant » et « existant » elle interdit le passage discret de l'un à l'autre en mettant en question les limites qui leur ont été assignées auparavant.

Nous pouvons envisager un autre cas de figure : si l'on croyait que l'ouverture se produisait sur la fermeture, cette dernière ne serait-elle pas une transformation de la première ? Or, en réalité, de même que la perturbation du circuit de l'inhibition chez la tique n'aboutit pas à une découverte du monde rassemblant à celui de l'homme, l'annihilation de l'ouverture n'apporte pas

²⁸⁴ Agamben G., *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo sacer III*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 1999, p. 115.

nécessairement la dégradation du rapport et sa clôture. En témoigne une autre « expérimentation » effectuée cette fois non pas sur les animaux, mais sur les êtres humains dans ces « laboratoires » dont le nom est « camps de concentration ». Selon l'hypothèse d'Agamben, de même que l'étude de l'animal dans des conditions particulières peut faire reconsidérer l'idée d'animal, le regard porté sur celui qu'on appelle le « musulman » rend inopérante la machine anthropologique qui oriente notre définition de l'homme.

« Ni mort ni vivant », le musulman, « personnage typique du *Lager* »²⁸⁵, au lieu de franchir une limite de l'humain, suspend notre idée de l'homme et de l'animal et met en scène le vide qui les sépare. Ce vide n'est rien puisque la vie nue se trouve au-delà (ou en deçà) de l'être, et pourtant, ce vide a un sens. Cela veut dire qu'*au lieu de se montrer au-delà de toute limite, la situation extrême efface cette limite même*. Le passage à la limite nous met donc face à l'abîme où se découvre le caractère éphémère de l'idée de limite qu'on entretenait jusque-là :

Dans son paradoxe, la situation éthique du musulman mérite réflexion. Il n'est pas tant, [...], le signe du point de non-retour, du seuil au-delà duquel on cesse d'être des humains. De la mort morale, donc, contre quoi l'on doit résister de toutes ses forces pour sauver son humanité et le respect de soi – voire sa vie même. Pour Levi, le musulman est plutôt le lieu d'une expérimentation par laquelle la morale elle-même, l'humanité elle-même sont remises en question. Il constitue une figure limite d'un genre particulier, en quoi non seulement des catégories comme la dignité et le respect, mais jusqu'à l'idée d'une limite éthique perdent leur sens.²⁸⁶

Agamben appelle la situation où les limites conceptuelles s'effacent « *état d'exception* ». Nous proposons de retenir ce terme afin de mettre en cause la logique heideggérienne. Ce concept émerge chez le philosophe italien dans le cadre des réflexions sur la nature du politique, plus précisément dans le cadre de sa thèse selon laquelle l'espace politique ne se constitue pas, comme le croyait Foucault, grâce au jeu d'exclusion/inclusion de la vie (*zôe*, ou vie nue comme l'appelle Agamben) dans la *polis*. Il a, en revanche, sa source dans la « zone d'indifférenciation irréductible »²⁸⁷ (produite par l'effacement de la distance entre la *zôe* et l'espace politique) incarnée dans l'État d'exception. Dans cette perspective, l'exclusion inclusive ou l'inclusion exclusive de la vie nue ne trace pas une limite interne du pouvoir politique, mais désigne le dehors, c'est-à-dire ce qui lui est absolument étranger. Car dans la mesure où la vie nue fait l'objet d'usage, de contrôle et de manipulation, on découvre sa *désappartenance* à l'égard

²⁸⁵ Levi P., *Les naufragés et les rescapés. Quarante ans après Auschwitz*, Paris, Éditions Gallimard, 1989, p. 139.

²⁸⁶ Agamben G., *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo sacer III*, p. 67.

²⁸⁷ Agamben G., *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éditions du Seuil, 1997, p. 17.

du politique qui devient précisément biopolitique suivant le dessein de maîtriser ce fondement qui lui échappe (d'où précisément les techniques qu'il déploie et qui visent son usage, son contrôle et sa manipulation). Bref, grâce au concept d'état d'exception Agamben développe un modèle (qu'il croit trouver chez Karl Schmitt) selon lequel la norme a sa source dans la *décision* souveraine qui lui confère le *statut* de normalité²⁸⁸.

Ce qui nous intéresse particulièrement ici est le fait que tous les termes qui ont d'une façon ou d'une autre pour référence la norme (l'anormal tout aussi que l'anomal) s'avèrent avoir leur fondement dans cet état d'exception :

L'exception est une espèce de l'exclusion. Elle est un cas singulier qui est exclu de la norme générale. Mais ce qui caractérise proprement l'exception, c'est que ce qui est exclu n'est pas pour autant absolument sans rapport avec la norme ; au contraire, celle-ci se maintient en relation avec elle dans la forme de la suspension. *La norme s'applique à l'exception en se désappliquant à elle, en s'en retirant.* [...]

L'exception est, [...], la localisation (*Ortung*) fondamentale qui ne se limite pas à distinguer ce qui est dedans et ce qui est dehors, la situation normale et le chaos, mais trace entre eux un seuil (l'état d'exception) à partir duquel l'intérieur et l'extérieur entrent dans ces relations topologiques complexes qui rendent possible la validité de l'ordre.²⁸⁹

²⁸⁸ « Si le propre de l'état d'exception est une suspension (totale ou partielle) du système juridique, comment une telle suspension peut-elle être encore comprise dans l'ordre légal ? Comme une anomie peut-elle être inscrite dans le système juridique ? Si à l'inverse l'état d'exception n'est qu'une situation de fait, comme telle étrangère ou contraire à la loi, comment est-il possible que le système juridique contienne une lacune précisément pour ce qui concerne une situation cruciale ? Et quel est le sens de cette lacune ? En vérité, l'état d'exception n'est ni extérieur ni intérieur à l'ordre juridique et le problème de sa définition concerne un seuil ou une zone d'indistinction, où intérieur et extérieur ne s'excluent pas, mais s'indéterminent. La suspension de la norme ne signifie pas son abolition et la zone d'anomie qu'elle instaure n'est pas (ou du moins prétend ne pas être) sans relation avec l'ordre juridique. D'où l'intérêt de ces théories qui, comme celles de Schmitt, transforment l'opposition topographique en une relation topologique plus complexe où se joue la limite même du système juridique. En tout cas, la compréhension du problème de l'état d'exception présuppose une détermination correcte de sa localisation (ou de sa délocalisation). Comme nous le verrons, le conflit sur l'état d'exception se présente essentiellement comme une dispute sur le *locus* qui lui revient ». Agamben G., *État d'exception. Homo sacer, II, 1*, Paris, Éditions du Seuil, 2003, pp. 42-43.

« La décision souveraine sur l'exception est, en ce sens, la structure politico-juridique originaire à partir de laquelle seulement ce qui est inclus et ce qui est exclu de l'ordre acquièrent leur signification ». Agamben G., *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, p. 27.

²⁸⁹ Agamben G., *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, pp. 25-26.

L'intérêt d'Agamben envers les camps de concentration découle directement de ce travail : « Une des thèses de la présente recherche, c'est que l'état d'exception lui-même, en tant que structure politique fondamentale, émerge à notre époque de plus en plus au premier plan et tend, à la fin, à devenir la règle. Lorsque notre époque a tenté de donner une localisation visible et permanente à ce non-localisable, le résultat en fut le camp de concentration » *ibid.*, p. 27.

6.2. Toucher le fond

Nous proposons d'entendre la distinction entre la crise (identifiée après-coup comme psychotique) et l'état psychotique pathologique à partir du modèle agambenien de l'état d'exception. Ce rapprochement permet à notre avis d'explicitier la modification radicale qu'apporte l'idée de transpassibilité à la conception daseinsanalytique qui voit dans la folie une transformation factuelle de la structure existentielle. Ainsi, la maladie mentale n'est plus considérée comme une flexion par rapport à la norme, mais la résolution de cette sorte d'état d'exception que représente la crise (psychotique) ; celle-ci étant dès lors la seule source véritable de la compréhension de la folie et/ou de la santé. Comme nous l'avons montré plus haut, Maldiney ne veut dire rien d'autre quand il soutient que l'état du malade témoigne de la transpassibilité dans son échec même²⁹⁰. Au lieu d'affirmer, dans cette thèse, le rapport dialectique entre les termes « transpassibilité » et « défaut de la transpassibilité », il introduit un troisième terme qui efface la limite entre les deux : car la transpassibilité n'est pas justement une normalité, mais d'abord l'ouverture paradoxale au risque d'une catastrophe.

En effet, il n'est question de la transpassibilité que là où il s'agit d'accueillir un événement. Dans ce sens, la psychose comme manque d'ouverture met en évidence que c'est à travers la crise, à travers l'ouverture absolue à l'ouvert que se forme l'existence. À la thèse daseinsanalytique selon laquelle la psychose n'est pas anormale – parce qu'elle possède une normalité inhérente – se juxtapose alors une autre : la psychose tout autant que la santé a sa source dans ce qui n'est ni l'une ni l'autre. La santé et la maladie mentale ne peuvent être définies qu'au regard de l'« état » liminaire, qu'au regard de la crise. Dans ce cas, nous évitons un schéma bipolaire où la fermeture de la psychose est à interpréter comme l'absence d'ouverture propre à l'état de santé, ou à l'inverse – l'état de santé comme l'ouverture ou encore la fuite de l'état morbide. On introduit un troisième élément qui n'est ni ouverture ni fermeture, mais sous le nom de l'ouverture absolue à l'ouvert n'est rien d'autre que l'ouverture au rien, l'attente impossible de l'imprévisible.

Le rapprochement que nous faisons entre Agamben et Maldiney concerne donc avant tout leurs styles d'argumentation respectifs qui partagent, à notre avis,

²⁹⁰ « Le malade est imperméable à l'événement imprévisible, absolu de tout a priori, parce que – c'est là l'essence de la schizophrénie – il est incapable de transpassibilité. Mais il témoigne de cette dimension d'être qui lui fait défaut, par le travail de l'existence malheureuse ». Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 298.

la même logique : les deux auteurs cherchent à saisir ce moment unique où le sens de l'existence humaine se trouve suspendu ; car c'est aussi le seul moment où la source de toute signification peut être retrouvée. Cet instant est celui d'un surgissement à partir du rien, à partir du vide absolu.

Qu'en est-il de ce moment critique ? En parlant de la situation extrême des musulmans Primo Levi et, à sa suite, Giorgio Agamben, utilisent l'expression « toucher le fond ». Les musulmans sont ceux qui dans les camps ont touché le fond – cela veut dire qu'ils sont au plus bas, qu'ils ont atteint la limite. Il est d'ailleurs impossible de dire avec certitude pourquoi on appelait « musulmans » ces détenus « faibles », « inadaptés », « voués à la sélection »²⁹¹. Selon l'hypothèse la plus vraisemblable, la personne atteinte de l'état de privation totale était appelée « musulman » en accord avec l'idée répandue selon laquelle le musulman se soumet totalement à la volonté divine et renonce à sa propre volonté. Il est vrai que, de manière qui paraissait analogue, le musulman des camps de concentration demeurait dans un état léthargique, il ne bougeait plus, rien – à part les sources de nourriture possibles – ne l'intéressait plus. Il existe encore une autre explication possible du nom « musulman ». Suivant cette dernière c'est la position du corps du détenu qui faisait penser aux musulmans. Épuisée par la faim, avec des jambes atrophiées et le ventre gonflé, la personne ne tenait plus debout. Dans les moments où elle ne cherchait pas de quoi elle pouvait se nourrir, elle restait écroulée, blottie contre les murs, pliée par terre – ce qui évoquait probablement les prostrations des musulmans durant la prière.

En tout état de cause, l'appellation « musulman » semble avoir visé la position – physique et morale – du détenu : écroulé par la faim et l'épuisement, il restait replié sur lui-même. Autant physiquement que « moralement » – pris par la seule idée de trouver de quoi manger – il était privé de tout intérêt à l'égard de ce qui l'entourait. L'expression « toucher le fond » reflète parfaitement cette ambiguïté, cette oscillation entre les sens physique et moral de la situation du musulman. En effet, le fond n'est pas seulement ce qui est le plus reculé par rapport à nous, une limite ; mais c'est aussi ce qui nous sert de base, d'appui, ce sur quoi on se tient debout. « Toucher le fond » est donc un mouvement vertical de haut en bas : toucher le fond c'est tomber, s'effondrer. La situation extrême, celle qui atteint la limite, est donc celle de l'impossibilité d'être debout.

²⁹¹ Levi P., *Si c'est un homme*, Paris, Julliard, 1987, p. 135.

La perte de la capacité de se tenir droit touche au cœur de l'existence humaine, car la station debout est la caractéristique la plus propre de l'humain. Les études de l'anatomie comparative montrent notamment que toute la constitution de l'homme dépend de ce fait²⁹². La posture verticale est ce qui distingue l'homme de l'animal. En même temps, chaque individu humain doit conquérir par lui-même cette capacité. En effet, si la respiration ou le battement du cœur fonctionnent de manière indépendante de notre volonté, la station debout est, pour chaque enfant, le résultat d'un dur et long travail, d'une lutte contre la loi de gravitation. Comme si être un homme signifiait s'opposer à la nature. Or se mettre debout ce n'est pas simplement échapper à la loi de gravitation. Se tenir verticalement, c'est-à-dire vers le haut, est impensable sans la force qui tire en bas. La station debout est donc à la fois menacée et soutenue par la loi de gravitation. La chute forme l'horizon de chaque pas. Reprenons ici les mots d'Erwin Straus qui saisissent cet entrelacement inextricable : « La démarche humaine est, en effet, une chute continuellement arrêtée »²⁹³. Le penseur allemand fait également à ce sujet la remarque suivante :

La posture droite, qu'on apprend dans et à travers la chute, reste menacée par des chutes tout au long de nos vies. La posture naturelle de l'homme est, donc, la "résistance". Une pierre repose sous son propre poids. Les choses qui nous entourent apparaissent solides et assurées dans leur repos tranquille sur le sol, mais le statut humain requiert un effort. Il est essentiellement agité. Nous sommes engagés dans un effort toujours renouvelé. Notre tâche n'est pas terminée lorsqu'on se lève et on reste debout. Nous devons "résister". Celui qui est capable d'accomplir cela est appelé constant, stable.²⁹⁴

²⁹² La station debout définit par exemple la forme spécifique du crâne. Ainsi, en se mettant sur deux pieds l'homme n'utilise plus la bouche de la même manière que certaines espèces les plus proches à lui. La bouche n'a plus d'importance absolue – même si on mange avec elle, la bouche ne sert plus à se défendre ou à porter des objets. Cela ne veut évidemment pas dire qu'elle devient inutile – en effet, c'est grâce à la transformation de la mâchoire dans la bouche que l'homme est capable de parler. Ensuite, dans la position debout les yeux ne se limitent plus à ce qui se trouve littéralement en dessous mais, élevés du sol, ils embrassent tout l'horizon. « La morsure est devenue subordonnée à la vue ». Pareille répartition des enjeux entre les organes fait surgir celui qui distingue l'homme le plus : la main. La main non seulement devient l'organe de la prise en remplaçant ainsi la mâchoire, et dans une certaine mesure les yeux en permettant la saisie immédiate des objets proches, mais désormais c'est en premier lieu la main qui définit le schéma corporel (ou comme l'explique Straus dans les termes heideggériens, l'être-dans-le-monde). « Le schéma corporel n'est pas tant un concept ou une image qu'une personne a de son propre corps qu'un ensemble de directions et démarcations – directions dans lesquelles on tend la main vers le monde et démarcations qu'on rencontre en contact avec le monde ». Straus E., « The Upright Posture », in *Phenomenological psychology*, New York, Garland, 1980, p. 154. Nous traduisons. L'espace circonscrit par les mouvements des mains forme « l'espace d'action (d'intervention) ». Cet espace a une importance primordiale pour des rapports interhumains, « [n'étant pas] absolument le mien, dans cet espace je peux rencontrer l'autre en tant qu'autre, le rejoindre en tant que mon partenaire, se tenir par les mains, et néanmoins sans le priver de son intégrité ». *Ibid.*, p. 153. Nous traduisons.

²⁹³ *Ibid.*, p. 148. Nous traduisons.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 143.

Être homme, c'est donc se lever et surtout réussir à ne pas tomber. Il en ressort que rester droit ne va pas de soi, il faut y arriver, il faut résister. L'expression même « se tenir debout » en témoigne : en français (ainsi qu'en anglais) « se tenir » signifie entre autres « résister, supporter » quelque chose²⁹⁵.

Cependant, il nous semble que la figure du musulman suggère qu'il peut y avoir une chute qui soit différente de la tombée du corps, une chute qui ne prévoit pas la possibilité de se (re)mettre debout. C'est ce sens qui se trouve, à notre avis, derrière l'expression en question. Selon notre hypothèse, si le musulman « a touché le fond » ce n'est pas en perdant l'équilibre. Le musulman s'effondre, mais dans le sens du terme *exfundere*, « défoncer » auquel remonte « s'effondrer ». *Exfundere*, composé initialement du préfixe *ex-* (é-*) et *fundus* (le fond) signifie être *privé du fond* : on s'effondre quand on nous enlève ce qui nous sert de fond. Le musulman s'effondre donc au sens où il perd son fondement. Par contre, si toucher le fond signifie s'effondrer en n'ayant plus de point d'appui, alors il ne reste plus rien à toucher. L'expression « toucher le fond » paraît donc paradoxale. Comment concevoir un toucher qui ne touche rien, mais en revanche constate l'absence de tout fondement ?

En fait le paradoxe qui consiste à toucher ce qui n'est pas là, toucher donc l'intouchable est constitutif de la figure du musulman. Nous trouvons la confirmation de cette hypothèse chez Primo Levi qui compare le musulman à celui qui a vu la Gorgone. Agamben donne une interprétation très fine de cette métaphore. Il rappelle que la Gorgone est représentée traditionnellement avec une « tête terrifiante cernée de serpents, dont la vue provoque la mort ». Il en ressort que la Gorgone n'a pas de visage, car si son visage ne peut pas être regardé, alors il nous est impossible d'affirmer que la Gorgone le possède, le visage, le *prosôpon* grec étant précisément « ce qui se tient devant les yeux, ce qui se donne à voir »²⁹⁶. La Gorgone représente donc « l'impossibilité de la vision ». Notre auteur en tire la conclusion suivante :

Alors, appliqué au musulman, « celui qui a vu la Gorgone » n'est pas une désignation simple. Si voir la Gorgone signifie : voir l'impossibilité de voir, alors la Gorgone ne nomme pas une chose qui réside ou advient dans le camp, une chose que le musulman, à la différence du rescapé, aurait vue. Elle désigne plutôt l'impossibilité de voir propre à qui habite le camp, à qui, dans le camp, « a touché le fond », est devenu un non-homme. Le musulman n'a rien vu ni connu – sinon

²⁹⁵ Ainsi, selon Straus la dépression doit être analysée justement comme une vie sous la pression : « Le dé-primé (*de-pressed*), avec sa tête pliée, ses épaules baissées, ses bras tombés à ses côtés, et avec ses pas lents, courts, succombe à la pression qui le pousse vers le bas [...]. ». *Ibid.*, p. 154. Nous traduisons.

²⁹⁶ Agamben G., *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo sacer III*, p. 56.

l'impossibilité de voir et de connaître.²⁹⁷

Nous pouvons en conclure que, de même que chez Levi, le musulman qui a vu la Gorgone « n'a rien vu – sinon l'impossibilité de voir », il est également celui qui a touché l'impossibilité de toucher, l'impossibilité d'avoir un fondement. Cette thèse devient plus claire à notre avis si nous l'entendons à partir de la distinction chez Maldiney entre le fond et le fondement et qui peut être caractérisée comme suit :

Or le fond ni est ni n'est pas ; il n'est ni ceci ni cela. En deçà de l'étant et du néant il a le non-statut du rien, mais du rien sans lequel aucun rien (*res*) ne peut être ni ne pas être. Le fond n'est qu'à exister et l'existant n'est qu'à exister le fond et, pour tout dire, à le fonder. [...] Par delà toute forme possible de passivité son rapport au fond est *transpassibilité*.²⁹⁸

Toucher le fond c'est donc être touché par ce qu'est le fond. Tel est le sens de la crise – un « s'effondrer » qui ne se comprend pas à partir du couple se lever/tomber. Perdre le fondement est la « pire catastrophe », incomparable à la chute, car elle met face à un phénomène qu'il est impossible d'envisager. Si, comme le dit Agamben, on peut dire que le musulman a connu quelque chose dans le camp, c'est l'impossibilité ultime de la vision et de la connaissance. Nous pouvons ajouter qu'il a connu l'impossibilité d'avoir un fondement, qu'il a connu cet état extrême de l'absence de fondement par rapport auquel toute tentative de se tenir et le fait de tomber sont postérieurs. Ainsi l'expression « toucher le fond » explicite davantage l'idée selon laquelle l'état d'exception n'est pas un état limite, mais celui où les limites s'effacent, où elles se suspendent. En effet, comme nous l'avons montré, « toucher le fond » ne signifie pas « toucher le sol », c'est-à-dire toucher ce qui est plus bas, mais justement « toucher l'impossibilité de toucher ». Cette expression indique cette zone d'indifférenciation où les idées mêmes du touchable et de l'intouchable s'estompent en laissant le vide d'une « opacité [ou plutôt de l'intactibilité] irréductible ».

En reprenant ce qui a été dit auparavant, nous pouvons ajouter également que si devenir homme consiste effectivement à se tenir debout, alors se lever n'est pas un mouvement qui survient après être tombé. En utilisant l'expression de Maldiney, nous pouvons dire que se lever est plutôt un « apparaître en abîme dans la béance »²⁹⁹ : « Le premier acte fondateur d'espace est ma surrection au milieu

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 57.

²⁹⁸ Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, p. 61.

²⁹⁹ *Ibid.*, p. 280. « La déstructuration de l'image du corps et celle, corrélative, de l'"histoire intérieure de la vie" aboutissent à un ensemble désordonné de failles qui sont les constituant négatifs de l'existence. Ces failles ne communiquent pas dans l'ouvert. Ce sont des intervalles lacunaires. À mesure que l'existence se bastionne et s'étrécit, elles s'élargissent et finissent

de tout – dit Maldiney — Celui que Heidegger appelle *durchstehen* : être debout à travers – dans la verticalité surprise et surprenante d’un point d’exclamation, qui est le schème de la stature humaine... mon ici absolu est exposé de partout sous un horizon absolu »³⁰⁰. Se lever afin de ne plus regarder le sol et les objets les plus proches, mais embrasser l’horizon avec le regard distancié, se mettre debout et libérer les mains en formant ainsi l’espace d’action grâce à leur maniabilité. constitue le mouvement systolique de l’ouverture de l’existence. La chute, le repliement du corps sur lui-même – le mouvement diastolique. Mais les deux mouvements ont leur source dans le moment où ils se trouvent suspendus et où ils peuvent être repris à nouveau³⁰¹.

6.3. La suspension de la machine anthropologique

Si nous avons décidé de nous appuyer sur les réflexions de Giorgio Agamben, c’est parce que nous croyons y trouver une critique pertinente du modèle heideggérien reproduit *grosso modo* dans les traitements phénoménologiques actuels de la *Daseinsanalyse*³⁰². En nous inspirant des remarques du philosophe italien, nous soutenons que ces lectures sont problématiques dans la mesure où elles ne rendent pas véritablement compte des situations extrêmes. Elles laissent dans l’ombre le fait que « la machine anthropologique » n’y fonctionne plus et que, par conséquent, l’existence humaine s’y trouve mise en cause de telle sorte que sa définition en tant que transcendance pensée dans son rapport dialectique à la vie, ne fonctionne plus. Afin d’expliquer davantage notre position, nous allons reprendre à titre d’exemple du raisonnement que nous qualifions d’« heideggérien » les réflexions récentes de Natalie Depraz.

Selon la phénoménologie, le grand apport de la phénoménologie à la psychiatrie réside dans l’exploration des possibilités de la compréhension des maladies mentales. De son point de vue, l’hypothèse qui soutient le propos de la phénoménologie lorsqu’elle approche le thème de la folie consiste en ceci : « il y a, non pas un abîme irréductible entre le normal et le pathologique, aussi délesté

parfois par se rassembler en une béance unique qui l’engloutit jusqu’à, et y compris, son horizon [...] C’est cette béance qui attire le malade au point qu’il s’y précipite et qu’on le trouve au matin le crâne ouvert et agonisant pour avoir voulu rentrer dans l’espace irréel du miroir ». *Ibid.*, pp. 298-299.

³⁰⁰ *Ibid.*, p. 131.

³⁰¹ La crise, prise telle quelle est, est un moment d’indécision. Elle est un moment où les deux décisions sont également possibles.

³⁰² Tel est à notre avis le véritable point problématique des lectures heideggériennes de l’œuvre binswangerienne.

d'axiologie cet abîme soit-il, en conséquence de quoi l'on insisterait sur l'étrangeté, l'incompréhension, l'inintelligibilité de la psychose, mais une gradation, une transition continue et souvent insensible de l'un à l'autre »³⁰³. Nous tenons à déceler l'alternative devant laquelle nous met implicitement cette hypothèse et qu'elle prétend résoudre. Elle peut être formulée comme suit : soit la folie est incompréhensible, car absolument étrangère à nous ; soit nous y avons accès directement, et cela grâce au fait que le pathologique et le normal sont co-génératifs.

La philosophe française règle le dilemme en affirmant que la différence entre le normal et le pathologique n'est pas absolue, mais qu'elle est une question de gradation ou, pour le dire autrement, qu'elle dépend de la gravité de la situation. La phénoménologue nous renvoie aux études de Wolfgang Blankenburg où il démontre que « la gradualité entre norme et anomalie prévaut sur l'opposition ; cette première option s'allie à une *délimitation de la norme et de l'anomalie qui est présentée comme interne à chacun* et non située en extériorité »³⁰⁴. L'anomalie n'attaque donc pas la norme de l'extérieur ni ne s'y introduit à l'instar d'un corps étranger. La frontière entre le normal et l'anormal est à chaque fois tracée du dedans, les deux faisant partie d'un seul ensemble.

Cela veut dire que la normalité implique toujours l'anormalité. Par conséquent, l'expérience d'un psychotique n'est guère étrangère à la mienne, au contraire, je découvre ma propre expérience comme étant proche de la sienne dans la mesure où je me retrouve moi-même parfois aux limites de l'expérience normale. Cette proximité se manifeste notamment, selon Natalie Depraz, dans des états perturbants tels que les vertiges, les insomnies, etc., où la différence entre mon vécu et celui d'un malade mental réside seulement dans leur intensité³⁰⁵. En fait, je possède déjà en moi-même des éléments pour saisir, du moins de manière approximative, ce dont il s'agit dans la psychose. Celle-ci est une sorte d'hypérbolisation de tout ce que moi-même je pourrais éventuellement éprouver.

Cette thèse trouve son assise chez Husserl pour qui la clé de compréhension de la folie est à rechercher l'expérience de la scission égoïque

³⁰³ Depraz N., *Lucidité du corps. De l'empirisme transcendantal en phénoménologie*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001, p. 177.

³⁰⁴ *Ibid.*

³⁰⁵ « Je suis dès lors amené à élargir mes propres catégories de description. Je ne pourrai véritablement comprendre l'expérience que vit le schizophrène que si j'ai pris conscience que je suis moi-même clivé, et que la normalité y côtoie en permanence l'anomalie ». *Ibid.*, pp. 177-178.

(*Ichspaltung*) se produisant dans les actes de l'imagination ou de la remémoration. La folie est une « exacerbation »³⁰⁶, une forme extrême de l'altération que subit le moi par exemple en se dédoublant, dans le cas de la remémoration, en un moi passé et un moi présent ou, dans le cas de l'imagination, en un moi imaginé et en un moi effectif. La folie est donc la « radicalisation de la modification »³⁰⁷ que le moi connaît déjà. Le caractère extrême de cette situation est attesté par le fait que certaines capacités sont dès lors interdites à la personne. Ainsi l'empathie manque à un malade mental en le renfermant dans un monde que Husserl n'hésite pas à appeler « solipsiste »³⁰⁸.

Toutefois, au lieu de supposer, avec Husserl, que le psychotique est privé de l'empathie et qu'il compromet dès lors le rapport intersubjectif, pour Natalie Depraz, « la conséquence immédiate de cette hypothèse "gradualiste" est que l'intersubjectivité est une relation essentielle qui reste déterminante y compris dans la psychose et que, en particulier, seul le maintien de cette relation intersubjective – aussi fragile, clivée, instable et lacunaire soit-elle – permet de se donner la possibilité d'un accès effectif au monde fou »³⁰⁹. Si donc nous croyons pouvoir trouver un « accès effectif au monde fou », il faut se tenir à la possibilité de l'instauration du rapport intersubjectif. Cette relation selon Nathalie Depraz est déterminante, car même dans la psychose la plus grave il y a de l'intersubjectivité.

Relevons qu'en se plaçant devant le dilemme où il est question de l'intelligibilité de la folie, Natalie Depraz pose le même objectif que la recherche daseinsanalytique : il est question de la « possibilité d'un accès *effectif* au monde fou »³¹⁰. Tel est précisément l'argument avancé par Binswanger en faveur de la méthode phénoménologique : le regard « profond » sur les choses, seul capable de saisir leur essence, scrute ce qui se produit *effectivement* dans la folie. Tout comme chez le psychiatre suisse, l'effectivité de l'accès au monde du fou est donc garantie, chez la phénoménologue française, par le partage de la même structure apriorique, qui se trouve modifiée dans les cas des troubles mentaux.

³⁰⁶ *Ibid.*, p. 180.

³⁰⁷ *Ibid.*

³⁰⁸ L'utilisation par Husserl de ce terme est suggestive : ne constatons-nous cette sorte de fermeture également au cours de la réduction phénoménologique ? Ne faudrait-il pas à ce moment-là juger équivalentes l'*epochè* phénoménologique et l'*epochè* existentielle propre à la psychose ? Natalie Depraz nous prévient du risque qu'apporterait la décision de s'engager sur cette voie, notamment celui de nous perdre en spéculations, car il nous reste difficile à effectuer par nous, sujets sains, ce type de réduction qui se rapprocherait de l'*epochè* psychotique. *Ibid.*, p. 181.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 177.

³¹⁰ *Ibid.* Nous soulignons.

D'une manière analogue à celle que nous avons vue dans la *Daseinsanalyse*, Natalie Depraz conçoit alors la transgression de la norme comme étant inscrite au sein de celle-ci et produisant une sorte de fléchissement. L'auteure soutient cette idée de plasticité de la structure existentielle défendue par Husserl : « Autant la présentification imageant comme scission égoïque forme une condition constitutive de l'expérience d'autrui du fait de l'altérité mobile à soi qu'elle recèle, autant son exacerbation dans la scission altérante de la folie interrompt l'empathie et la retourne en co-solipcisme figé »³¹¹. Le pathologique ne se trouve donc pas en opposition au normal, il en est la modification. Cela veut dire qu'il y appartient tout en en étant éloigné. D'où précisément la possibilité d'avoir un accès véritable à la personne atteinte de psychose.

Nous voudrions néanmoins éviter de rabattre les réflexions de Natalie Depraz sur celles de Ludwig Binswanger. Le point de décrochage se trouve là où entre en jeu la question de la thérapie. Rappelons-nous, pour le psychiatre suisse, le contact existentiel entre le fou et le médecin et, dès lors, la possibilité de l'action thérapeutique ont lieu grâce à leur attachement à un fond commun, par leur appartenance mutuelle à l'être dans leur être-avec-autrui, malgré l'étrangeté du psychotique. Le monde privé (*idios cosmos*), obnubilé d'un psychotique peut toujours ainsi revenir au monde commun (*koinos cosmos*) ouvert de la communauté humaine. Car en réalité, il n'a jamais cessé d'y appartenir même si ce n'est que sous un mode déformé – la fermeture étant impensable sans ouverture et vice versa. En effet, imperméable à tout ce qui ne s'inscrit pas dans son projet de monde déterminé par une idée fixe délirante, le monde du paranoïaque, pour prendre cet exemple, est néanmoins aménagé autour d'un certain projet de monde justement en fonction de cette idée obsédante. Le monde du malade dans ce cas semble donc *s'ouvrir*, ne fût-ce que dans une mesure minimale. Pour cette raison, il est toujours possible pour le psychiatre d'avoir un contact avec son patient, et c'est grâce au partenariat existentiel que l'acte thérapeutique peut être effectué.

En revanche, l'analyse de Natalie Depraz recentre la situation davantage sur le psychiatre : si la thérapie peut avoir un effet, si je peux entrer en communication avec un fou, ce n'est pas parce qu'il est comme moi, mais du fait que moi-même je peux devenir fou. La différence majeure se trouve alors dans la manière dont le fondement ultime du contact est perçu : il n'est pas question de pénétrer effectivement le vécu de l'autre, mais de l'accompagner, c'est-à-dire de

³¹¹ *Ibid.*, p. 181.

se diriger vers lui dans « l'attitude de présence attentive »³¹². Tel est le sens du partage empathique à l'œuvre dans une situation clinique.

Selon l'hypothèse de la phénoménologue française, la proximité à autrui est particulièrement manifeste au moment du basculement dans la folie. C'est juste après le moment où se produit la transgression de la normalité que nous avons une chance de nous rapprocher au maximum de la personne³¹³. Cet instant unique est le plus fécond du point de vue thérapeutique : « Au moment de l'entrée en psychose, de ce tout début de déstructuration émergente du moi incarné, je puis à mon tour, tout en conservant ma structure égoïque la plus intacte possible, épouser ce processus de dissolution pour y "accompagner" autrui, et lui permettre en retour de se restructurer en vertu de ma propre polarité unifiée »³¹⁴. Le moment de l'éclatement de la folie s'avère être celui où je découvre en moi-même des potentialités de « l'irraison » et je me découvre dès lors capable d'accompagner la personne troublée : « je ne puis participer au devenir-fou de l'autre que parce que [...] je puis moi-même devenir fou »³¹⁵.

Ces précisions à l'esprit, nous pouvons résumer la thèse de la phénoménologue française en disant que le pathologique retrace la limite interne de la normalité présentant un extrême que l'expérience dite normale peut atteindre lors de l'intensification et l'exacerbation de ses moments constitutifs. Or cette conception non seulement reproduit l'idée binswangerienne de flexion, mais l'amène, à notre avis, à son aboutissement ultime. Ainsi selon la philosophe, puisque le passage à la limite est aménagé au sein même de la normalité, il fait exploser en quelque sorte la norme de l'intérieur en l'ouvrant à des horizons inédits. En outre, du fait que l'on envisage la transgression au sein de la normalité de sorte que la norme et l'anomalie apparaissent comme co-génératives et donc

³¹² « Serais-je assez fort pour me couler dans la folie de l'autre sans y tomber moi-même ?... Que signifie ici "accompagner" ? Heidegger, dans les *Concepts fondamentaux de la métaphysique*, parle à juste titre d'un *Mitgehen* avec l'autre (il s'agit ici de l'animal), d'ailleurs traduit par « accompagnement », qui correspond bien à cette attitude de présence attentive à l'autre, qui ne prétend pas pour autant pénétrer effectivement dans ses vécus, sur le mode d'une introjection. C'est pourquoi, ce moment est décisif : c'est lorsque la folie apparaît, *in statu nascendi*, que tout est encore possible ». Depraz N., *Comprendre la phénoménologie: une pratique concrète*, Paris, Armand Colin, 2006, p. 183.

³¹³ Natalie Depraz développe cette réflexion à partir du travail avec l'Équipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC). Voir Depraz N. et Mauriac F., « "Secondes personnes". Une anthropologie de la relation », in *Évolution psychiatrique*, n°71, 2006, pp. 667-682 ; Depraz N. et Mauriac F., « La résonance comme *epochè* éthique », in *Alter*, n°13, 2005, pp. 263-276 ; Depraz N., « L'*epochè* phénoménologique comme éthique de la prise de parole », in *Expliciter*, n°61, 2005.

³¹⁴ Depraz N., *Lucidité du corps. De l'empirisme transcendantal en phénoménologie*, p. 183.

³¹⁵ *Ibid.*

impensables l'une sans l'autre. On redéfinit continuellement la normalité en la confrontant à l'anomalie. Le fou en tant que privé des capacités les plus propres me fait alors découvrir mes propres limites jusque-là ignorées. Tel est le rôle de l'altérité en général, selon Natalie Depraz, dont le fou est en quelque sorte un cas exemplaire : par la temporalisation, la spatialisation et la corporalisation tordues de son existence, il me fait découvrir, voire il donne du sens au régime habituel des choses auquel j'appartiens. Il a « cette vertu singulière de m'incarner moi-même au sens où par sa présence, il élargit ma sphère d'expérience jusqu'à l'illimiter. Les fous me touchent à des zones-limites de mon expérience en vertu du caractère extrême de la leur »³¹⁶.

Cette thèse atteint son apogée au moment où Natalie Depraz affirme qu'il est possible d'identifier en nous, c'est-à-dire dans l'état de santé, ces « potentialités passives de l'irraison »³¹⁷ dont la folie est l'expression exagérée. Certes, cette conséquence est tout à fait logique pour la seule raison que la limite tracée par la folie est interne. Il s'ensuit nécessairement que, potentiellement, le pathologique fait partie de notre expérience. Cette limite a donc un sens positif et ne fait que se rapporter à une certaine manière d'être : « le fou, loin de s'opposer de façon normative au sain, connaît des formes de lucidité inattendue pour la personne saine. Loin d'avoir un caractère irréversible et enfermant, la folie ouvre des horizons nouveaux qui peuvent être régénérants y compris pour la personne dite "saine" »³¹⁸. Mais quels sont les horizons inédits de notre propre expérience que nous ouvre la folie ? Sous quelle forme précisément les vivons-nous tout en étant des personnes saines ? Le raisonnement de la philosophe française l'amène à tirer de la compréhension positive de la folie une conclusion quelque peu déroutante : « le fou en nous, dit-elle, c'est cet appétit de découverte qui nous entraîne dans des *aventures* incroyables, dans des *risques* que nous n'avons pas vraiment calculés, lesquels sont pourtant ce qui seul fait que la vie a du sel, qu'elle vaut la peine d'être vécue »³¹⁹. Natalie Depraz va donc jusqu'à dire qu'au fond nous tous, qui nous considérons comme des personnes saines, vivons la folie au quotidien à notre insu et qu'en outre, la folie est analogue à une aventure qui donne du sel à la vie.

Nous trouvons cette affirmation extrêmement problématique, car elle efface complètement la spécificité de l'expérience de la folie. En fait, il n'y est

³¹⁶ *Ibid.*, pp. 184-185.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 184.

³¹⁸ Depraz N., *Comprendre la phénoménologie: une pratique concrète*, p. 99.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 98.

même plus question de la différence graduelle entre la normalité et le pathologique à laquelle tient la philosophe elle-même. Si « le fou [est effectivement] en nous » le passage à la limite n'est-il pas toujours déjà en train de se faire ? Nous faisons donc l'hypothèse que l'argument de Natalie Depraz bute sur l'aporie que nous avons déjà dégagée dans la conception binswangerienne et que nous avons formulée comme suit : comment concevoir le passage de la particularité stylistique de l'être-au-monde et avec-les-autres à d'une déformation dangereuse de l'existence ? Ou, en d'autres termes : si la folie présente une altération qualitative et non pas quantitative de la structure apriorique – la scission au sein de la conscience étant bien un changement qualitatif et non pas quantitatif – comment peut-on, dans ce cas, parler du *passage* graduel d'un état à l'autre ? Cela est inévitable, à notre avis, du moment où nous faisons entrer en jeu l'hypothèse dialectique, c'est-à-dire la conception selon laquelle le normal et l'anormal sont co-génératifs. Le problème se trouve donc déjà dans le point de départ où l'on pose la continuité entre le normal et l'anormal comme la condition de l'intelligibilité du pathologique.

En effet, dès le début, nous avons insisté sur le fait que les réflexions de Natalie Depraz partent de la nécessité de résoudre le dilemme de l'accès effectif à l'expérience de la folie. Ce sont les termes mêmes de ce dilemme qui posent problème, à notre avis. Ce raisonnement est fourvoyant, car il nous engage dans un jeu de reflets. En définissant l'expérience saine en fonction de celle psychotique, nous risquons d'effacer les distinctions initiales. En nous basant sur les analyses de Giorgio Agamben, nous avons montré le caractère profondément dialectique d'une telle approche. Dans le cas de Heidegger, c'est l'élément d'obscurité qui mettrait en marche les va-et-vient argumentatifs de la « machine anthropologique », il nous semble que Nathalie Depraz reproduit quelque peu ce geste quand elle affirme le caractère illusoire de l'abîme qui nous sépare de l'expérience de la folie.

Cette conclusion est en effet inévitable une fois la machine optique démarrée, c'est-à-dire à partir du moment où le concept de normalité se reflète dans l'anormal. Si je vois dans l'expérience psychotique faite par autrui un phénomène-limite, qui délimite ma propre expérience, il est logique d'en conclure que mon expérience s'apparente à la sienne, qu'elle est en réalité toujours déjà contaminée par la folie. De la sorte, la limite est déjà en quelque sorte franchie. Le miroir dans lequel se reflètent l'expérience normale et l'expérience folle brouille les frontières, voire incarne lui-même le rôle de la frontière ultime qui n'est, au

final, qu'un point de passage d'un terme à un autre : la ligne de démarcation qui sépare la folie de la normalité est une sorte de pli qui juxtapose les deux dimensions. Il est maintenant important de se pencher davantage sur les conséquences de cette thèse et notamment la perspective sous laquelle elle envisage le rapport avec le fou.

Le concept husserlien d'empathie, enrichi par les perceptives de Max Scheler et d'Édith Stein, joue pour Natalie Depraz un rôle crucial dans l'investigation des fondements du rapport à autrui. Ainsi, à la considération fondamentalement cognitive du rapport intersubjectif il s'agit d'abord, avec Scheler, « de faire droit à un vécu affectif où la relation à l'autre détermine sa connaissance »³²⁰. Par la suite, à l'aide de la lecture que fait Stein de Husserl, Depraz met en cause l'idée du couplage, c'est-à-dire de l'aperception de la ressemblance corporelle entre les sujets, comme moment inaugural de l'expérience intersubjective. En effet, au lieu de voir, à la suite de son maître, « l'expérience d'une co-réceptivité sensible »³²¹ qui rapprocherait un *ego* à l'autre, la philosophe allemande soutient que la relation à autrui est déterminée par la relation de l'union à Dieu. De la sorte l'élève d'Husserl « place la relation à l'autre sous le signe de l'ouverture à ce qui nous dépasse et nous excède, créant entre moi et l'autre une asymétrie structurelle constitutive »³²². La figure d'un fou, associée à d'autres « figures particulièrement chargées d'affects »³²³, comme celles de l'animal, de l'étranger et de l'enfant, joue dans cette perspective un rôle révélateur. « En tant que figures-limites de l'empathie avec moi-même, ils enrichissent – dit Depraz – ma compréhension en ouvrant d'autres horizons de sens et fournissent par ailleurs un outil méthodologique d'accès à ces autres niveaux expérientiels »³²⁴.

Dès lors, au lieu de constituer des points obscurs qui mettraient en question notre capacité de compréhension, la folie en tant que figure exemplaire de l'anormalité apparaît comme un corps lucide qui élargit la sphère du possible qui m'est propre. Le fou nous fait donc apercevoir notre propre plasticité interne. En ce sens, la rencontre avec la folie présente un exemple paradigmatique de cette ouverture au cœur de soi-même où se produit « un détachement à l'égard du soi », « la légèreté » que le soi découvre en lui-même³²⁵. Et c'est précisément dans ce

³²⁰ *Ibid.*, p. 97.

³²¹ *Ibid.*, p. 95.

³²² *Ibid.*, p. 97.

³²³ *Ibid.*

³²⁴ *Ibid.*

³²⁵ *Ibid.*, p. 99.

détachement par rapport à nous-mêmes, dit Natalie Depraz, que l'on est alors prêt à accueillir l'altérité et former avec l'autre une communauté.

À la communauté-standard des êtres humains adultes, autochtones et dotés de raison fait place une communauté animale, enfantine, étrangère et folle. Ce qui ne signifie évidemment pas qu'il faille prendre ces critères de la communauté emphatique à la lettre. Bien plutôt, on a affaire avec chacun de ces paradigmes à des potentialités de nous-mêmes, qui se révèlent en nous à la mesure de notre capacité à les accueillir.³²⁶

Nous sommes donc ramené à nouveau à la possibilité d'avoir un accès effectif à la folie : la raison pour laquelle je me reconnais dans l'expérience psychotique est que je connais moi-même les états de la *Spaltung* où je suis altéré, où un autre que moi apparaît et grâce auxquels en fin de compte je me retrouve moi-même. La communauté « lucide », comme l'appelle Natalie Depraz est fondée donc dans l'expérience-limite que présente la rencontre avec le fou où je me détache de moi-même, c'est-à-dire où je me retrouve scindé en deux en présence d'autrui. L'idée particulière de l'anormal comme limite interne du normal en ressort :

Aussi cette communauté modifiée déploie-t-elle l'altérité comme un vecteur de transgression de la norme. Face aux faits normatifs de l'anthropologie husserlienne (l'humain, le langagier, le rationnel, l'historique), l'anthropologie altérologique que nous proposons reste transcendante tout en incluant en elle une composante générative, qui manifeste le processus de production du régime anormal lui-même.³²⁷

Or qu'en est-il de cette expérience de la plasticité du moi qui rend intelligible la folie ? Il est remarquable de voir combien cette épreuve que la philosophe interprète comme la réaffirmation de l'*ego* et de la sphère de ses possibilités n'a pas de connotation positive pour Henri Maldiney. En effet, tandis que pour Natalie Depraz le détachement à l'égard de soi est bénéfique et libérateur, selon Maldiney il est dérangeant au point de provoquer un malaise foncier : il est *difficile*, dit le philosophe, d'être en présence de soi quand nous

³²⁶ *Ibid.*, p. 98. Nathalie Depraz nomme « altérologie » telle communauté où le fou – mais aussi l'animal, l'enfant et l'étranger – retrouve sa place et qui est une « communauté de personnes en relation de synthèse passive les unes avec les autres, où l'inter-affection régule de l'intérieur la sociabilité vivante immanente ». « Aussi une telle communauté répond-elle à une conscience du partage qui se trouve essentiellement située au niveau du sentir. Les figures paradigmatiques indiqués permettent d'identifier le niveau de relation emphatique le plus approprié, qui se trouve être de l'ordre du pré-réflexif et du pré-discoursif, tout autant que du non-volontaire et du non-activiste. Plus positivement, on peut l'appréhender comme un mode de relation qui passe essentiellement par l'expression émotionnelle et corporelle, à savoir par le rire et l'humour ». *Ibid.*, pp. 97-98. « À l'encontre de la structure étatique régie par des lois, où règne la politique concurrentielle, rivalisante et anonyme, on a affaire avec l'altérologie à une forme renouvelée de "société civile" définie par son inter-affectivité co-génératrice ». *Ibid.*, p. 99.

³²⁷ *Ibid.*

éprouvons la difficulté d'être en présence d'un fou. Il n'est donc pas seulement difficile d'être en présence de soi, au sens où on constate son manque, mais aussi parce que cela constitue une expérience *pénible*. Le dédoublement du moi, ensemble avec l'ouverture des potentialités inexplorées, risque également de créer une telle distanciation par rapport à soi-même que le soi, au lieu de se sentir léger, s'y trouve perdu et perturbé. Pour Henri Maldiney telle est « la marque première » de la rencontre avec la folie. Étant scindé en deux, le moi passe en quelque sorte à côté de soi-même, il est privé de ses repères et pour cette raison il lui devient difficile de se tenir en présence de soi.

Il en ressort que même malgré le geste notable de tourner le regard sur la figure du psychiatre qui découvre sa propre vulnérabilité envers autrui, l'analyse proposée par Natalie Depraz risque d'occulter la spécificité de la situation de la confrontation à la folie. Guidée par la question de l'intelligibilité de la folie (qu'elle croit justement trouver dans la proximité avec le fou), elle laisse dans l'ombre la motivation première du geste analytique. En effet, au terme de notre étude sur le projet de la *Daseinsanalyse* nous avons soutenu que le travail phénoménologique a sa source dans l'épreuve de déphasage à l'égard de l'expérience d'autrui. Avant donc de nous faire découvrir nos possibilités jusque-là inexplorées, le fou nous met devant l'épreuve d'un décalage qui nous touche au point que notre rapport à nous-mêmes se trouve mis en cause³²⁸.

Nous tenons à souligner un élément important qui ressort de ces considérations et qui ébranle l'idée de la communauté telle que la présente la phénoménologie française. Car si la confrontation avec la folie est effectivement déstabilisante au point que le moi perd ses repères, la communauté « folle » qui s'installe n'est pas d'entrée de jeu celle où le fou pourrait « retrouver sa place », celle dans laquelle il s'inscrirait dans le mouvement même de la transgression des normes. Avant que les normes puissent être redéfinies en fonction d'un nouvel horizon qui s'ouvre pour l'expérience, il se produit une mise en suspens de l'idée même de la normalité. Cet instant constitue un véritable bouleversement : le champ où le fou pourrait ensuite s'inscrire est d'abord déstructuré. Nous aurions alors une tendance à interpréter le moment de la scission du moi qui accompagne

³²⁸ Deux moments du malaise – d'abord, la difficulté d'être en présence d'autrui, et ensuite, la difficulté d'être en présence de soi-même face à autrui – nous rappellent deux variations sur le thème de la modification neutralisante de la conscience (Husserl) – celle de la nausée (Sartre, Levinas) et celle de l'insomnie (Levinas). Pour Maldiney, clairement la neutralisation de la conscience du monde vient avec la neutralisation de la conscience de soi – si la présence au monde et autrui est suspendue, la présence à soi-même ne tarde pas à être suspendue.

la rencontre avec la folie, plus comme un moment de rupture troublante que comme une expérience familière du dédoublement.

Cela suggère, par ailleurs, que dans la mesure où le détachement à l'égard de soi-même ne donne pas le sentiment de légèreté, mais au contraire celui du malaise, il n'a pas comme référence ultime la *Spaltung* que le moi connaît déjà grâce au processus de la remémoration ou de l'imagination. Nous avançons donc l'hypothèse que si cet étrangeté à soi-même est pénible c'est parce qu'il ne renvoie pas à une capacité bien maîtrisée. Autrement dit, la rencontre avec la folie n'est pas une simple occasion pour l'*ego* de mettre en œuvre ses capacités, mais au contraire de les mettre à l'épreuve. Il devient alors davantage clair que le rapport au fou ne renvoie pas à quelconque *limite* de l'expérience : en revanche il suspend toute limite. Le malaise éprouvé par le médecin est un signe de l'arrêt de la machine optique : la brèche qui s'ouvre dans la crise rompt le fil de l'expérience, le psychiatre est confronté à une lacune majeure.

Cette conclusion nous amène à reprendre la question posée au terme des analyses du chapitre précédent : en admettant que le médecin devienne témoin de la folie au sens où il devient le lieu « à qui et par qui » l'événement de la folie se montre, qu'il fait donc lui-même d'un certain point de vue l'expérience de la folie, dans quel sens et dans quelle mesure le médecin s'y trouve affecté par elle ? En prenant bonne note des réflexions que nous avons menées tout au long des pages précédentes, il nous semble possible d'affirmer que le médecin, dans une certaine mesure, vit lui aussi la crise et fait donc preuve de la transpassibilité au moment de la rencontre clinique. Le malaise en tant qu'épreuve où toutes les limites se trouvent suspendues, où même le moi et autrui se trouvent mis en cause par la « difficulté d'être », témoigne de ce fait.

Le terme d'incertitude que nous avons élaboré pour expliquer le moment où le psychiatre éprouve la difficulté d'être en présence de soi permet de mieux saisir la situation du psychiatre. En effet, comme nous l'avons souligné, l'incertitude qui caractérise la rencontre avec une altérité absolue ne renvoie pas à une idée de la certitude, à l'idée d'une vérité qui serait simplement trahie, « ratée » dans telles ou telles conditions. Elle exprime par contre le fait que dans le rapport à l'inconnu et à l'imprévisible, le sujet perd la maîtrise de la situation et « dépend du bon vouloir d'autrui ». Le moment de l'incertitude, entendue dans ce sens précis, est dès lors celui où les limites entre le certain et l'incertain sont suspendues et où elles doivent être tracées à nouveau en vue d'un sens inédit qui ne se laisse pressentir, mais qui s'impose comme incontournable.

Il nous semble alors possible d'affirmer que pour le psychiatre, cette crise est avant tout une crise conceptuelle. Sous cette formule, nous ne proposons pas d'appréhender la situation du médecin d'un point de vue théorique qui serait abstrait par rapport au vécu. Il nous paraît important, en revanche, de prendre la mesure du savoir psychiatrique en ce qu'il est formateur de la figure du médecin. Ainsi, dans notre étude du projet de la *Daseinsanalyse* de Binswanger nous avons discuté du fait que la méthode phénoménologique n'entre pas sur la scène psychiatrique dans le but de remplacer celle de la psychiatrie psychopathologique, mais pour dévoiler son fonctionnement même et pour mettre ensuite en cause l'attachement du psychiatre à l'attitude naturelle. Nous voyons clairement à présent que ce moment où le savoir du psychiatre se dévoile en tant que savoir, c'est-à-dire en tant qu'élément d'un système théorique est un moment de la crise qui met à nu le fonctionnement de « la machine optique » qui produit des concepts normatifs. Le moment de doute et d'incertitude – celui de la difficulté d'être en présence d'autrui et de soi – est alors le moment propice où le psychiatre est appelé à voir le phénomène en ce qu'il est³²⁹.

Il convient de souligner qu'en insistant sur l'idée que la crise vécue par le psychiatre peut être entendue comme une crise conceptuelle, nous n'avons surtout pas visé à déconnecter, dans l'attitude naturelle, le savoir psychiatrique des idées et des perceptions qui constituent sa vie quotidienne. Nous allons nous arrêter plus longuement sur cette question dans la troisième partie de notre étude. À présent nous nous voudrions reprendre un passage de Binswanger qui nous paraît extrêmement significatif :

[...] les sujets gauchis, sortant de l'être-dans-le-monde qui nous est familier, viennent de toutes parts à notre rencontre et, parvenus à une certaine limite, s'échappent aussitôt dans le non familier. C'est pourquoi il fallait, dans une compréhension analytique existentielle, aborder la distorsion dès le début à partir de ce mouvement de renoncer et de retrait. [...] [L]a distorsion ne "commence" pas non plus à un "endroit" donné de la structure globale de l'être-dans-le-monde, la

³²⁹ Notre perspective se rapproche donc à celle d'Arthur Tatossian : « Rien ne serait plus dangereux et plus étranger aux réalités de la tâche psychiatrique quotidienne que de conclure de ce qui précède à la nécessité d'un choix entre psychiatrie du symptôme et psychiatrie du phénomène et surtout de stigmatiser l'une comme mauvaise psychiatrie et magnifier l'autre comme bonne psychiatrie. Il s'agit bien plutôt de deux pôles de la psychiatrie entre lesquels le psychiatre doit situer son action au gré des circonstances – et cela pour plusieurs ordres de raisons. [...] Les premières de ces raisons sont *de fait* car, dans beaucoup de cas, l'acuité des manifestations ne permettrait l'élucidation du sens des comportements qu'à un spectateur désintéressé que n'est pas le psychiatre et l'oblige à se guider sur le symptôme pour prendre la décision rapide qui s'impose. [...] Mais même en dehors des situations d'urgence des raisons proprement *épistémologiques* rendent compte d'une certaine indécidabilité qui tient à la nature du problème, à savoir, en dernière analyse, l'appréciation du degré de liberté du comportement [...] ». Tatossian A., *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, MJW Édition, 2014, p. 281.

distorsion représente plutôt une *menace* immanente à l'être-homme en tant que totalité, menace qui lui est spécifique et qui met sa *réussite* en péril.³³⁰

L'utilisation le terme « menace » attire notre attention. Serait-il possible d'en conclure que le médecin se sent effectivement menacé dans la rencontre avec la folie ? Dans ce cas, nous voyons clairement que le médecin n'est pas indifférent, mais au contraire profondément affecté face à son malade. Or, il faut noter qu'il ne s'agit pas ici d'un sentiment : la menace dont parle Binswanger est « immanente à l'être de l'homme ». Autrement dit, elle est découverte grâce à la Daseinsanalyse. Cela confirme, à notre avis, notre hypothèse que la description phénoménologique ne peut pas être conçue comme neutre, elle implique et retrace l'expérience de celui qui travaille avec des outils analytiques.

Avant de conclure nos réflexions, nous voudrions faire deux remarques. La première concerne le terme « heideggérien » que nous avons utilisé pour définir la logique de la conception daseinsanalytique de la folie. À dire les choses ainsi, ne retombons-nous dans les lectures heideggériennes de Binswanger auxquelles nous n'avons justement pas voulu borner notre travail ? Cette lecture serait sans doute limitée. Par contre, nous voudrions souligner leur proximité quant à la conception selon laquelle l'existence est structurée d'une manière mobile et variable³³¹. Là, où « plus haut que l'effectivité se tient la possibilité », l'existence apparaît comme étant « tout-puissante », car aucune flexion du système ne peut la mettre en question : chaque déformation est lui inhérente et dans ce sens déjà prévue et programmée. Tout événement est « digérable » : bien qu'il puisse transformer le cours de l'histoire personnelle, échapper à cette histoire et rester suspendu, ou encore rendre inauthentique l'existence même, il ne peut toutefois pas changer l'idée de ce qu'est l'authentique. Celui qui, dans cette perspective, fait face à la distorsion du système de l'autre reste un spectateur impassible. Or, il ressort des

³³⁰ Binswanger L., *Trois formes manquées de la présence humaine*, p. 96.

³³¹ Pour Heidegger, l'ouverture de l'être humain dans laquelle il séjourne – le fait de « se tenir ouvert auprès des choses » — en tant que trait fondamental de l'être-au-monde peut être associée à l'état de santé et certains états morbides peuvent alors être compris en tant que sa perturbation ; perturbation, mais non pas disparition. Heidegger insiste sur l'idée que l'ouverture de l'être-là ne disparaît jamais complètement : la maladie est une privation, une « pauvreté de contact » avec le monde. Heidegger M., *Séminaires de Zurich*, Paris, Gallimard, 2010, p. 122. La maladie décrit un manque essentiel dans l'existence humaine, manque qui renvoie continuellement à la plénitude et donne l'espoir de la restauration de la structure originelle : « dans toute privation, dit le philosophe, se trouve l'appartenance essentielle que quelque chose manque, que quelque chose s'en est allé ». *Ibid.*, p. 87. Comme nous l'avons c'est exactement cette logique de privation que cherche à dévoiler Agamben en découvrant le zone d'indifférenciation où le concept de maladie ne se branche plus sur celui de la santé, où, pour le dire dans les termes heideggériens, la pathologie n'est plus une possibilité inscrite au sein de l'être.

textes de Binswanger qu'il est préoccupé par la situation du face-à-face avec son patient, il est gêné par sa présence perturbée. Comme s'il voyait, dans son engagement professionnel, la réponse à une demande qui le concerne directement, personnellement. Cela étant posé, le tableau de la folie qu'esquisse Maldiney nous pousse à trancher : le fou ne me dérange pas parce qu'il me met devant un phénomène-limite, limite de moi-même, mais bien plutôt parce qu'en contrebande il introduit sa propre histoire qui, sans se montrer, sans se laisser raconter, me rend mal à l'aise, me touche au fond de moi-même.

Il convient de mettre également au clair le passage de nos réflexions sur la folie vers le traitement conceptuel de la question. Déjà en étudiant le projet binswangerien nous nous sommes particulièrement intéressé au moment où « quelque chose s'impose au médecin sous la forme de mélancolique », c'est-à-dire sous la forme du concept psychopathologique. En outre, nous avons parlé du fait que le travail phénoménologique commence avec le décrochage à l'égard de la conceptualité d'ordre nosologique et nosographique à l'instant où le symptôme surgit en tant que symptôme. Dans le chapitre précédent, dans la continuité de ces réflexions, nous avons suggéré que si le psychiatre devient le témoin de la crise de son patient, pour lui il s'agit avant tout d'une crise du concept. En faisant appel aux textes de Giorgio Agamben, nous avons identifié ce moment comme un « état d'exception » qui dévoile le caractère opérationnel des concepts utilisés par le médecin en ce qu'ils sont impliqués dans un mécanisme dialectique où l'un est défini en fonction de l'autre et *vice versa*. Ce moment signe l'arrêt de ce que le philosophe italien appelle « la machine optique » ou « anthropologique » : les limites entre les concepts de la normalité et de la pathologie, de l'homme et du fou qui ont été tracées dans un jeu de reflets s'effacent en faisant apparaître une « zone d'indifférence ». En considérant la situation de la confrontation à la folie à la lumière de cette sorte d'exception qui met à zéro la conceptualité psychopathologique, nous avons voulu mettre en évidence la place du médecin comme celle de la « localisation » à partir de laquelle la folie, et avec elle la santé, reçoivent leur place et leur statut à l'instar d'une « décision souveraine » prise par le médecin. Nous tenons à ajouter que l'objectif du présent chapitre ne consistait pas à dénoncer le caractère artificiel de la notion de maladie mentale. En revanche, nous avons voulu montrer la logique à partir de laquelle les concepts phénoménologiques opèrent dans le champ de la psychiatrie et surtout le moment où cette logique bute sur une aporie, où elle est confrontée à une expérience inédite dans laquelle la personne face au médecin touche le fond.

Conclusion de la deuxième partie

Au terme des analyses de la première partie, nous avons souligné que l'adoption de la méthode phénoménologique offre à la psychiatrie des moyens pour rendre compte de la complexité de la situation clinique. Elle fait notamment ressortir le rôle du médecin dans l'ensemble hétérogène des relations qui y sont en jeu. Il nous est apparu toutefois que la figure du psychiatre se trouve constamment confrontée au risque de s'estomper lorsque la phénoménologie est mise en œuvre. Son expérience de la rencontre ne cesse de reculer au deuxième plan une fois qu'il a donné accès à l'expérience de son patient. C'est pourquoi nous nous sommes donné pour objectif de trouver une manière d'élaborer une analyse qui serait intégrale et qui pourrait équilibrer la répartition des personnages. Nous avons alors posé comme nécessaire de porter le regard sur le psychiatre qui, en réfléchissant sur sa pratique, adopte à un certain moment l'attitude phénoménologique.

Certes, Ludwig Binswanger saisit la singularité de la position de médecin qui est la sienne. Ainsi il attire notre attention sur les obstacles inévitables qu'affronte le psychiatre lors de sa pratique. Ce sont ces écueils qui au fond le poussent à chercher une nouvelle manière de concevoir sa pratique : il est en fait si difficile de créer un rapport à visée thérapeutique, que le psychiatre se sent découragé par le mur qui le sépare d'autrui. La phénoménologie est alors convoquée pour démontrer, entre autres, que la rupture dans la communication doit être travaillée, car au fond il existe entre les personnes une proximité fondamentale.

En nous plongeant dans les textes de Maldiney, nous avons découvert la possibilité d'accéder à un nouveau regard sur les conditions de la consultation psychiatrique, tel que les problèmes qui s'y posent se montrent sous une lumière nouvelle. Ainsi, nous avons aperçu que la complexité de la situation tient dans une large mesure au fait que la difficulté communicationnelle qu'éprouve le médecin face à son patient est vécue comme un véritable malaise. La séparation qu'il

ressent par rapport à l'autre non seulement représente pour lui un obstacle qu'il envisage dépasser, mais rend la situation pénible et désagréable, de sorte qu'il se sente perdu. Nous avons insisté sur le fait que si on entend cela, comme le propose Maldiney, comme une difficulté d'être en présence de soi, nous apercevons qu'il ne s'agit pas d'une simple impression : c'est l'existence même du psychiatre, sa conscience du monde et d'autrui, mais aussi celle de lui-même qui se trouvent suspendues. Élaboré en tant que concept, le terme de malaise dévoile donc, d'une part, que le trait caractéristique de la rencontre clinique consiste en ce que cette rencontre est vécue comme une confrontation au « vide » ou, en d'autres termes, au fait qu'« il n'y a personne avec qui communiquer ». Il nous apprend, d'autre part, que nous pouvons être touchés par quelque chose qui, sans se présenter sous la forme phénoménale, nous dérange tout de même profondément. Il s'ensuit que ce terme indique la manière dont la rencontre avec son patient dérange le psychiatre, de sorte qu'elle touche au profond de lui-même. Le médecin vit une véritable crise face à l'événement du face-à-face avec le psychotique.

Nous nous sommes longuement employé à explorer l'idée de la rencontre avec l'événement en ce qu'elle a de constitutif pour la vie subjective. Afin de mieux saisir le sens du néologisme maldineysien de « transpassibilité », nous avons entrepris une analyse de ses trois couches sémantiques principales. Le premier élément que nous avons relevé est celui de la transcendance. Nous y avons constaté un glissement de sens, du *Dasein* ouvert à ses possibilités propres vers l'existant comme ouverture au sens lévinassien du terme, c'est-à-dire comme exposition à l'autre qui dépasse le domaine du possible. Ensuite, nous avons étudié le sens du « passible » qui forme le cœur du nouveau concept. Ainsi nous avons précisé que l'ouverture à l'événement qui survient comme un sens nouveau en transgressant l'horizon de l'intelligible se fait au sein du sentir par une sorte d'activité qui, au lieu de défier l'inertie de la matière sensible, la travaille pour ainsi dire du dedans, en y traçant des nouvelles formes de pensée. Enfin, nous avons mis en évidence que le préfixe « trans- » renvoie non seulement à la transcendance, mais aussi à la transformation, l'événement ne devenant partie de l'histoire du sujet qu'en transformant radicalement cette histoire même, qu'en la réécrivant de sorte que le sujet devienne lui-même autre par rapport à ce qu'il est.

En reprenant le terme maldineysien de « transpassibilité », nous avons mis en relief que, si nous entendons par l'événement ce qui arrive sans être prévu ni attendu, le sujet à qui l'événement arrive ne peut être considéré comme une unité qui dispose d'une capacité à affronter ce qui s'impose à lui. Tenir au concept de la

capacité, et dès lors à l'idée de l'accueil, risque de voiler l'idée que l'événement arrive en transgressant l'horizon de l'intelligible, et donc qu'il est, en ce sens, chaque fois critique, car il exige une reconfiguration radicale du monde. La transpassibilité signifie donc que la vie subjective se déploie comme une ouverture infinie, comme une exposition sans retenue, comme la possibilité, au fond impossible, car irréprésentable et inimaginable, de la crise.

Nous avons alors cherché à souligner qu'au moment où le terme de transpassibilité est introduit dans le discours de la psychiatrie phénoménologique, l'horizon de celle-ci se trouve radicalement transformé. Expliquer ce qui est en jeu dans la maladie mentale en se référant à la notion de crise signifie mettre en question l'idée daseinsanalytique de la folie. Même si Maldiney lui-même ne va pas jusqu'à critiquer la conception binswangerienne – qu'il défend systématiquement en soulignant la grande percée qu'elle opère dans la pensée clinique par sa définition positive de la folie comme manière particulière d'habiter le monde –, nous avons tenu à mettre au clair le changement de perspective auquel son innovation conceptuelle nous engage.

En fait, en introduisant l'idée de la crise comme corrélatif de celui de transpassibilité et en même temps comme moment constitutif du basculement dans la folie, le rapport entre le normal et l'anormal se dévoile en tant que mécanisme dialectique dans lequel un concept est défini en fonction de l'autre. L'entrelacement étroit de ces concepts est particulièrement visible dans le terme de flexion, lorsque Binswanger l'emploie pour définir la folie en tant que déformation factuelle de la structure existentielle. En définissant la folie en tant que défaut de transpassibilité, Maldiney rompt cette logique : le défaut de transpassibilité, par lequel Maldiney définit la folie, n'équivaut pas à la flexion de la structure existentielle, car ce qui manque n'est pas telle ou telle formation, mais la possibilité de mettre radicalement à l'épreuve le principe même de formation. Il s'ensuit que la santé et la maladie ne se comprennent pas réciproquement, mais en référence à l'état liminaire, celui de la crise (qui ne peut être défini comme psychotique que dans l'après-coup).

Nous avons identifié ce changement de paradigme comme étant l'arrêt de la machine anthropologique, en reprenant ainsi le concept qui sert à Giorgio Agamben pour formuler l'idée selon laquelle, pour saisir le sens des certains concepts, notamment ceux d'homme et d'animal, mais aussi ceux de normal et de pathologique, il faut mettre au clair le fait qu'ils opèrent les uns en fonction des autres. Pour cela, il faut dégager les zones qui forment une exception, c'est-à-dire

les zones où s'effacent les limites à partir desquelles les idées sont fixées. Nous avons alors proposé d'analyser la situation de la rencontre avec une personne folle à partir de cette idée.

Ainsi nous avons d'abord mis en évidence que la *Daseinsanalyse* branche le concept de la folie sur celui de structure apriorique de l'existence. Nous avons également montré que cette logique a été ensuite reprise dans une certaine psychopathologie phénoménologique qui voit dans le vécu psychotique une expérience-limite, c'est-à-dire une hyperbolisation de l'expérience normale. À notre sens, l'utilisation du terme même « limite », dans ce cas, est significative, car elle montre bien que la psychose est appréhendée en tant que limite *interne* de la normalité, c'est-à-dire comme ce qui trace les contours de l'idée même de normalité. Ainsi, l'étude des cas psychiatriques devient pour la phénoménologie un outil à l'aide duquel elle dévoile le sens de l'expérience à travers les possibles « radicalisations de la modification » que l'expérience peut subir. Dans cette perspective, devenir fou fait apparaître plus clairement ce que veut dire « être en bonne santé ».

Nous nous sommes donné pour but de montrer les insuffisances de cette logique. Nous avons insisté tout particulièrement sur le fait qu'elle laisse de côté le fait que le médecin, confronté à l'expérience psychotique, avant qu'il puisse se découvrir lui-même à travers l'expérience d'autrui, est confronté à un malaise foncier. Il éprouve un détachement qui neutralise son rapport au monde, à autrui et à lui-même. Vécu comme un moment pénible – et non pas comme une découverte de légèreté à l'égard de soi-même, comme le suggère par exemple Natalie Depraz –, ce détachement signale, à notre avis, d'une véritable crise à laquelle est confrontée le psychiatre. Ce dernier fait l'épreuve de la transpassibilité. Autrement dit, le patient n'est pas la seule personne touchée par la folie. Le médecin l'est aussi, à titre de témoin, c'est-à-dire en tant que celui « par qui » la folie apparaît. Nous avons donc suggéré que, dans une certaine mesure, l'événement du déclenchement de la folie résonne dans l'événement de la rencontre avec la personne folle, comme s'il s'agissait d'un seul et même événement vécu par le patient et puis par son psychiatre sous deux modes différents.

Ceci étant posé, nous affirmions alors que l'idée de la communauté dont le fou pourrait faire partie doit être reconsidérée. En nous appuyant sur les concepts lévinassiens et maldineysiens nous faisons l'hypothèse que l'on pourrait envisager une communauté en déphasage, c'est-à-dire une communauté dont les membres, au lieu de former une unité autour d'une expérience psychotique partagée grâce à

la structure en miroir de l'intersubjectivité, se retrouvent affectés chacun à sa manière par l'événement de la crise. Cette hypothèse sera directrice dans la dernière partie de notre étude, où il s'agira précisément d'examiner l'idée d'une communauté dans laquelle il ne s'agit pas de se réunir autour d'une expérience, mais de se retrouver ensemble autour de quelque chose qui au fond ne peut pas être partagé. Le psychiatre se trouve relié à son patient par l'effet que l'histoire de celui-ci provoque sur lui lorsqu'elle le met aussi devant la nécessité de reconstruire, à chaque fois, à nouveaux frais, le champ conceptuel à partir duquel il pensait le rapport. La communauté se constitue comme l'effet de la crise qui n'affecte pas de la même manière (on pourrait utiliser la distinction directement/indirectement), mais qui dans les deux cas provoque une crise (existentielle/conceptuelle) bouleversante.

Troisième partie.
La communauté folle

Introduction à la troisième partie

Lorsque nous avons entamé notre étude du tournant phénoménologique de la psychiatrie, nous avons souligné la nécessité de poser la question du sens de l'adoption de la nouvelle méthode. Nous avons particulièrement insisté sur le fait qu'il convient de le rechercher dans l'originalité de l'approche phénoménologique elle-même. Il nous est apparu important alors de compléter l'explication première, selon laquelle l'application de la phénoménologie a fait suite aux discussions sur le statut scientifique de la discipline. Certes, la philosophie de Husserl et de Heidegger permettait d'élaborer une conception alternative de la folie, en offrant un modèle renouvelé de la compréhension de la psychiatrie, tout autant sur le plan de la pratique que sur celui de la théorie. Elle ouvrait effectivement la possibilité de produire une analyse qui mettrait en lumière la singularité de chaque cas, de telle sorte que l'individualité de l'expérience du patient pouvait être préservée tout autant que celle du médecin. Nous avons donc soutenu que pour le psychiatre la phénoménologie présentait d'autant plus d'intérêt qu'elle lui donnait des outils efficaces pour réfléchir sur sa pratique.

En défendant cette thèse, nous avons affirmé également que nous ne pouvons pas nous contenter d'interpréter l'attention portée à la singularité comme ayant trait à la volonté d'humaniser la pratique psychiatrique. Même si le processus d'humanisation de la discipline s'accélère de toute évidence à ce moment précis, nous considérons qu'il est important de prendre la juste mesure de la contribution faite par la méthode phénoménologique à cette évolution. Selon notre hypothèse, il y a quelque chose de problématique dans le fait de voir la perspective phénoménologique comme centrée principalement sur le patient : la source du problème se trouve donc dans l'explication de l'attention portée à la singularité en tant que visant uniquement le malade. En effet, si on suit cette logique, l'effet de « l'humanisation » serait effectivement corrélatif à la nouvelle vision des choses élaborée par la phénoménologie.

Or, comme nous avons suggéré tout au long de notre travail, la particularité de la phénoménologie consiste à mettre au premier plan la figure du psychiatre en tant que participant activement au processus de la recherche de l'essence des choses. Il s'ensuit que nous ne pouvons pas nous satisfaire de l'explication de l'influence exercée par la phénoménologie sur les institutions psychiatriques qui se limite à esquisser la nouvelle manière d'appréhender l'objet de la psychiatrie sans même revoir l'implication du médecin. Un regard frais porté sur ce problème éclairera, à notre avis, d'une lumière nouvelle le sens de l'humanisme apporté par la phénoménologie. Nous attacherons, dans les pages qui suivent, à épinglez quelques éléments clés grâce auxquels nous pourrions saisir l'originalité de la méthode phénoménologique dans cette question.

Chapitre 7 : Psychiatrie à taille humaine

De nombreuses réflexions au croisement de la philosophie et de la psychiatrie convergent aujourd'hui vers le thème de la crise des institutions psychiatriques. On constate que les conditions des soignés tout autant que celles des soignants se détériorent progressivement. Le terme de « déshumanisation » est systématiquement utilisé pour faire le bilan de la situation : on parle du manque d'*humanité* dans la manière dont sont traités les malades, de l'impossibilité d'avoir les rapports *humains* entre les médecins et leurs patients, ou encore des conditions *inhumaines* de travail des gens de secteur psychiatrique, etc. En réponse à cela, l'appel au souci de l'humain, la promotion de « la psychiatrie humaine » sont adoptés comme autant de slogans scandés par les spécialistes du domaine, mais aussi par les universitaires³³². Dans ce contexte, la philosophie de Levinas est souvent convoquée pour penser la possibilité de l'humanisation de la pratique psychiatrique. Sa philosophie semble se prêter bien à la discussion autour l'atrophie qui frappe les rapports aux personnes prises en charges par des

³³² En France, nous pouvons noter le mouvement initié par « l'Appel des 39 », soutenu par de nombreuses personnes engagées – d'une manière pratique, mais aussi théorique – dans le secteur psychiatrique, qui se réunissent dans la volonté de « refonder la psychiatrie humaniste ». Citons quelques passages qui résument bien ce qu'on entend ici par « psychiatrie humaniste » : « Nous proposons de poser pour principe politique fondamental que la mission première de la psychiatrie est de soigner des personnes et de soulager leurs souffrances, et non de se limiter à l'éradication de leurs symptômes, ni de normaliser les comportements et les populations. Ce qui implique un suivi sur le long cours et une coopération étroite avec le médico-social, doté de nouveaux moyens. Suivi fondé sur la qualité de la relation thérapeutique singulière entre le patient et les soignants, et non sur la contrainte et l'obligation. Nous devons créer les conditions de cette "hospitalité de la folie" et mettre fin à l'abandon de milliers de patient à la rue, dans des structures d'hébergement ou en prison ». Klopp S. et Gibelin J.-L., « La refondation d'une psychiatrie humaniste », in *L'Humanité*, 2014, <http://www.humanite.fr/la-refondation-dune-psychiatrie-humaniste-558250>, consulté 15 mars 2015. Comme nous l'avons souligné dans l'introduction générale, nous concevons notre travail comme élucidation préalable nécessaire de l'idée des rapports humains comme des rapports respectueux de la personne, idée qui sous-tend l'appel, dans les termes des auteurs du présent article, à « la qualité de la relation thérapeutique » et à « l'hospitalité de la folie ».

institutions. L'éthique lévinassienne est appelée pour guider l'élaboration de l'éthique médicale.

Le fait qui attire notre attention est le suivant : évoqué comme un sombre diagnostic, le terme « (dés)humanisation » ne semble pas être questionné. Soit il est pris sans être explicité, en presumant qu'il est compréhensible par tous, soit – et c'est le cas qui nous intéresse le plus dans le cadre de notre étude – il est utilisé comme relevant de la philosophie lévinassienne sans pour autant être défini avec précision dans le cadre de celle-ci. Pourtant, si l'on ne s'attarde pas sur le sens donné aux notions d'humanisme et d'humanité, on prend le risque, à notre sens, d'une part, d'escamoter la difficulté posée par la pratique de soin, et d'autre part, de voiler l'apport original que pourrait fournir à sa solution la pensée de Levinas.

Dans le présent chapitre, nous développons notre interrogation sur le sens de l'humanisation en psychiatrie en trois temps. Dans la première section, nous nous tournons vers le domaine de l'éthique médicale dans laquelle nous trouvons un appel récurrent aux concepts de Levinas. Nous étudions la manière dont les termes-clés du philosophe français y sont évoqués. Nous consacrons, ensuite, la deuxième section à décrire l'idée d'humanisme telle qu'elle ressort des textes lévinassiens. L'hypothèse directrice de notre travail est la suivante : la pensée de Levinas a un potentiel pour l'analyse des rapports interhumains qui jusqu'à présent n'a pas été exploré et qui relève de l'idée de subjectivité dans son rapport à l'altérité. Nous esquisserons, dans les dernières pages du présent chapitre, quelques pistes qu'une telle réflexion pourrait prendre. Nous utiliserons les résultats de cette investigation pour identifier ce qui est jeu dans le processus de la déshumanisation des rapports cliniques.

7.1. L'éthique lévinassienne à l'usage de l'éthique médicale

De même que le terme « humain » renvoie à la fois à la représentation de ce qui est relatif à l'homme (à l'opposé d'animal ou de mécanique, par exemple), et à l'attitude avec laquelle on traite l'autre personne (bienveillance et compassion), la déshumanisation signifie un certain regard sur l'homme en même temps que la posture provoquée par un tel regard. Plus précisément, en tant qu'elle est un ensemble de pratiques, la déshumanisation est produite sous l'effet de la dépossession de la personne de ses qualités humaines. Déshumaniser, c'est nier ce qui est l'humain dans l'homme, c'est ne pas voir l'homme dans l'homme. Ce

terme signifie donc le fait de voir à la place de l'homme un animal, une chose, voire rien du tout, mais aussi de le traiter comme tels.

Depuis plus d'un demi-siècle, les processus de réification ou d'objectification ont fait l'objet de nombreuses analyses philosophiques, sociologiques, anthropologiques et autres, qui ont dégagé leurs éléments structuraux et ont surtout cherché à pointer du doigt la source du problème. Une grande attention a notamment été portée aux facteurs économiques qui mettent en lumière le sens de l'aliénation humaine. Dans cette perspective, le phénomène de la réification de l'homme s'explique par la domination du système capitaliste qui impose la structure du marché aux rapports entre les hommes : tout type de relation est alors contraint de se concevoir en fonction des rapports d'échange, des termes de profit et de valeur marchande. Dans ces conditions, l'humanité de l'homme s'évapore inéluctablement, en laissant derrière elle une « boîte à ressource »³³³, dont le seul intérêt est économique.

La crise de l'humanité au sein de la psychiatrie n'est donc qu'une facette de la banalisation de l'humain qui touche tous les domaines de la vie humaine. En réponse à cela, nous assistons aujourd'hui aux tentatives de redonner le sens de l'humain au sein des rapports entre soignant et soigné. Or, cette injonction à la ré-humanisation – qui exige de ne plus considérer l'homme comme un objet ou une chose, mais comme un sujet – est surtout pensée à partir de ce qu'on entend par la déshumanisation.

L'intérêt de la philosophie de Levinas pour les réflexions sur les fondements éthiques de la pratique clinique repose sur la singularité de son appareil conceptuel. Sa terminologie, d'une part, semble, particulièrement convenable pour permettre d'aborder les problèmes de la banalisation de l'humain qui menacent les institutions psychiatriques et, d'autre part, elle propose de nouvelles pistes de solution. Ainsi, les concepts tels que « la responsabilité pour autrui », « la vulnérabilité de l'autre », « la passivité » comme fondement de la subjectivité sont retenus de l'œuvre lévinassienne.

Parce qu'ils ouvrent un regard sur la situation à travers les yeux du patient – en favorisant dès lors la clinique de l'altérité, – ces termes sont notamment utilisés pour mettre en question les approches jusque-là dominantes dans le domaine de l'éthique médicale, telles les méthodes qui, dans la recherche des

³³³ Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2011.

moyens pour contrecarrer la tendance à l'objectivation des malades, se basent, suivant les principes kantien, sur la compréhension du patient comme sujet autonome³³⁴. Le point problématique de cette approche consiste dans le fait de buter inévitablement sur des apories dans les cas où le patient ne semble pas pouvoir exercer son autonomie. Les concepts de vulnérabilité, de sensibilité et de passivité sont alors introduits afin de s'opposer à l'idée de sujet autonome et de développer de nouvelles approches qui donneraient lieu à une pratique présentée d'entrée de jeu comme humaine. Ce dernier terme est alors utilisé au sens de « suffisamment humain », c'est-à-dire comme ayant trait à la compréhension de l'humanité à la fois comme humanité retrouvée (en opposition donc aux pratiques inhumaines) et tout à fait inédite³³⁵.

La singularité de ce nouvel humanisme consiste dans la mise en lumière de la vulnérabilité du sujet qui permet de revoir notre rapport aux personnes qui sont, par exemple, en situation de handicap ou atteintes de graves maladies mentales, bref, à celles qui présentent d'importantes perturbations de la prise de décision, de la possibilité de s'engager dans une action partagée, etc. L'humanisme qu'on découvre est celui qui vise la sensibilité, l'exposition à la souffrance et le fait d'être sujet aux actions des autres. Inspiré de la philosophie levinassienne, cet autre humanisme prétend, en même temps, révéler le sens véritable de l'humanisme, c'est-à-dire du seul et unique humanisme possible. Tel est notamment le programme de Corine Pelluchon :

Loin de se réduire à des clichés sur le caractère relationnel de l'homme et l'importance du lien, cette phénoménologie, qui décrit des situations qui échappent à l'intentionnalité et font ressortir la dimension proprement éthique de ma relation à l'autre, conduit non pas à la suppression du sujet, mais à une conception de la subjectivité propre à fonder l'éthique, voire la politique, sur des bases entièrement nouvelles. Nous appelons éthique de la vulnérabilité une triple expérience de l'altérité, qui permet de penser la subjectivité comme vulnérabilité ou susceptibilité à la douleur, au plaisir et au temps, et de concevoir le rapport de l'homme à autrui selon deux modalités essentielles de l'ouverture à l'autre : la responsabilité pour

³³⁴ « [C]'est à une autre manière de penser le sujet que nous invite Levinas. Autrement dit : il intéresse les médecins parce que le cœur de sa pensée n'est pas l'éthique entendue comme une sphère autonome ou une ontologie régionale. Enfin, l'enjeu de l'éthique de la vulnérabilité que nous déduisons de la lecture d'*Autrement qu'être* est de dégager les implications pratiques de cette conception de la responsabilité, la définition du rapport de l'homme à l'autre introduisant un autre humanisme, solidaire d'une remise en question des fondements actuels du droit ». Pelluchon C., « Levinas et l'éthique médicale », in *Cahiers d'Études Lévinassiennes*, n°9, 2010, pp. 239-256. Notons, que cela permet, entre autres, de remettre en question les approches comportementalistes invalidant les sujets qui se présentent comme privés de telle ou telle capacité considérée comme indispensable.

³³⁵ Selon les mots de Corine Pelluchon, comme ayant trait à « la compréhension de l'humanité qui dépasse la manière dont, la plupart du temps, nous nous présentons les uns aux autres ». *Ibid.*, p. 242.

l'autre et le besoin ou l'appel de l'autre.³³⁶

L'éthique de la vulnérabilité est dès lors une éthique qui insiste sur le fait que la manière dont autrui se présente à moi est celle de la droiture du face-à-face, de la nudité de son visage à travers laquelle, je me découvre moi-même comme celui qui pourrait (vouloir) lui faire mal³³⁷.

La nouvelle idée de l'humanité de l'homme consiste donc à dire qu'au lieu d'être une déficience, la vulnérabilité de l'autre personne comporte un sens positif, un sens nouveau que « les grands vieillards ou les enfants polyhandicapés peuvent nous enseigner »³³⁸ et qui nous échappe par le fait même de notre prétendue « normalité ». Cet « autre humanisme » a, par ailleurs, des conséquences politiques immédiates, car il ouvre « une autre manière d'être ensemble », « une véritable politique de solidarité fondée sur la reconnaissance des personnes que la maladie, l'âge et le handicap ont reléguées à la périphérie de la société »³³⁹. Elle nous fait découvrir notre propre vulnérabilité et permet de « dépasser les fondements individualistes du libéralisme »³⁴⁰.

Nous tenons à prêter attention à l'usage du terme de vulnérabilité dans ce contexte. La vulnérabilité est, d'abord, ce qui caractérise la personne en situation difficile. Autrement dit, la vulnérabilité fait d'abord son apparition chez une personne malade et souffrante ; c'est chez cette personne qu'elle est tout à fait flagrante. Elle se manifeste ensuite dans la confrontation à autrui, à travers laquelle s'ouvre à moi le sens de la vulnérabilité comme structure générale³⁴¹.

³³⁶ *Ibid.*, p. 243.

³³⁷ Nous nous limiterons, pour notre part, à faire mention de l'autre personne, mais il faut souligner que, pour Corine Pelluchon, l'humanisme au sens de cet « autre humanisme » d'inspiration lévinassienne ne se limite pas aux hommes : « La réhabilitation de la sensibilité qui est l'horizon de la phénoménologie de la passivité développée dans *Autrement qu'être* n'ouvre-t-elle pas la voie à une éthique de la vulnérabilité, selon laquelle notre responsabilité s'étend à tout être sensible, à tout vivant qui est susceptible de douleur, de plaisir, de vieillissement ? ». Les animaux, la terre même font l'objet de l'éthique de la vulnérabilité. *Ibid.*, p. 248. Voir également Pelluchon C., *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011 ; Pelluchon C., *L'autonomie brisée : bioéthique et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

³³⁸ Pelluchon C., « Levinas et l'éthique médicale », p. 249. Nous connaissons ce geste, que nous avons déjà constaté chez Natalie Depraz, qui par l'effet de miroir fait retourner le discours de l'autre sur moi-même et ensuite le lui rendre en retour. L'autre m'apprend quelque chose sur moi-même et c'est, dès lors, en reconnaissant sa souffrance comme celle à laquelle moi-même je pourrais être sujet, que, en retour, je m'engage à le traiter avec respect. C'est ici que la philosophie lévinassienne nous semble être forcée pour convenir à l'argument, qui reste *en soi* convaincant et efficace.

³³⁹ *Ibid.*, pp. 249-250.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 252.

³⁴¹ Il faudrait noter que l'éthique de la vulnérabilité s'adresse à un vaste champ d'étude comprenant, par exemple, les questions relatives au traitement des animaux ou de l'environnement, dans lesquelles l'introduction du concept de vulnérabilité, en contrepoint à

C'est donc chez l'autre et non pas ailleurs que j'apprends sur ma propre vulnérabilité.

Dans une certaine mesure, ce raisonnement est, certes, conforme à celui de Levinas qui, lui-même, use de la métaphore de « la veuve et l'orphelin » pour nous éclairer le sens du rapport à autrui comme une réponse à l'appel. Mais la perspective lévinassienne pourrait-elle justifier l'assimilation qui semble se produire, dans l'argumentation de Pelluchon, entre la vulnérabilité et la situation de précarité ? D'une manière plus générale, la question qui se pose pour nous dans ce cas est la suivante : dans quel sens parlons-nous de la vulnérabilité du malade ? La réponse que nous pouvons trouver dans le texte de Pelluchon est la suivante : le but n'étant pas d'identifier la vulnérabilité à la situation à risque, il s'agit plutôt de faire voir comment l'état particulier nous révèle le sens de la vulnérabilité.

Nous sommes d'accord pour dire que les termes lévinassiens sont applicables à toute rencontre avec l'autre, la vulnérabilité étant la catégorie « universelle » qui décrit le processus de subjectivation – le surgissement du moi en tant que « me voici », en tant que répondant à l'appel venant de l'autre, qui apparaît sans défense ni menace, mais comme pure susceptibilité. Mais c'est alors un autre problème surgit : transposée dans le champ médical, cette logique risque, à notre avis, d'engendrer une certaine confusion. Il reste en effet difficile de saisir ce que la situation d'un handicapé ou celle d'un malade d'Alzheimer ajoutent aux considérations lévinassiennes. Qu'en est-il de la spécificité de la situation clinique ? La vulnérabilité du patient serait-elle identique à la vulnérabilité de son médecin ?

À partir de ces considérations, il semblerait que nous pourrions être d'accord avec des réflexions comme celles de Maillard, qui fixent les limites à l'usage qu'on peut faire de la philosophie lévinassienne dans le champ de l'éthique médicale. Selon cette auteure, « le rapport de responsabilité que l'auteur décrit dans son éthique concerne le rapport entre les hommes *en général* »³⁴², de sorte que la généralité des descriptions lévinassiennes indique « le caractère profondément humain de toute activité destinée à soulager la souffrance »³⁴³.

celui de l'autonomie, permet d'ouvrir des voies pour la responsabilisation envers tout être sensible, envers « tout vivant qui est susceptible de douleur, de plaisir, de vieillissement ».

Ibid.

³⁴² Maillard N., « Emmanuel Levinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin », in *Éthique & Santé*, vol.1, n°2, 2004, p. 104.

³⁴³ *Ibid.* Voir également Maillard N., *La vulnérabilité : une nouvelle catégorie morale ?*, Paris, Labor et Fides, 2011.

Autrement dit, l'éthique lévinassienne est sans doute actuelle pour les questions cliniques, mais dans la mesure où tout rapport médical est un rapport interhumain. La philosophie de Levinas peut donc effectivement servir pour définir l'éthique fondamentale de la relation clinique, bien qu'à l'aide de ses outils on ne puisse décrire que partiellement la situation de la rencontre clinique³⁴⁴.

L'argument de Maillard peut être résumé de la manière suivante : alors que les rapports entre le médecin et son patient ont toujours une composante humaine, dans le contexte clinique, celle-ci est confrontée à la dimension professionnelle qui, à certains moments, la domine. Le moment du diagnostic apporte nécessairement une certaine objectivation de la personne, de telle sorte que le médecin est obligé d'approcher son patient en tant qu'objet d'étude, en laissant de côté l'attitude dans laquelle il aborderait l'autre comme une personne souffrante. En outre, le traitement qui se baserait uniquement sur l'idée de vulnérabilité risquerait d'être tout aussi aliénant pour le patient, car celui-ci devrait en fait pouvoir prendre part aux décisions qui le concernent. Son autonomie doit donc être respectée et préservée. Il s'ensuit, selon la philosophe, que la sollicitude dont nous parle Levinas ne rend justice qu'au premier moment, celui de l'interpellation du médecin par le malade, à la suite duquel celui-là vient en aide à celui-ci³⁴⁵ :

Levinas « ouvre » et met sous le microscope ce moment premier où deux individus se rencontrent dans l'expérience, différemment vécue, de la souffrance. Il met à jour à la fois le lien particulier qui se tisse au sein de cette expérience partagée, et son sens moral, dans l'exigence que l'autre souffrant assigne au sujet-soignant à se préoccuper de lui et à en prendre soin.³⁴⁶

Mais, en fin de compte, pour autant qu'elles soient importantes, ces considérations doivent nécessairement être complétées : bien qu'elles puissent nous expliquer pourquoi le médecin s'engage à aider son patient, elles ne nous donnent toutefois

³⁴⁴ L'éthique lévinassienne permet d'éclairer les spécificités de la relation soignant/soigné dans la mesure où l'on envisage cette dernière comme une relation d'aide, par définition déséquilibrée. Elle met l'accent sur une conception de la responsabilité qui fait appel aux concepts de *convocation* par l'autre et de *réponse* du sujet. Cette signification spécifique que donne Levinas au terme de responsabilité ne permet cependant pas de rendre compte de la diversité sémantique qu'il possède dans le cadre d'une éthique de la relation thérapeutique. Le sens du rapport soignant/soigné ne peut être réduit à celui d'un rapport asymétrique d'aide, ni ses exigences éthiques ramenées exclusivement à celles de la sollicitude. Si les réflexions de Levinas permettent de penser la relation médicale dans sa signification fondamentale (souffrance, appel à l'aide, sollicitude, « responsabilité d'appelé »), elles ne peuvent, en revanche, rendre raison des autres dimensions de cette relation et des problèmes éthiques particuliers qu'elles posent.

³⁴⁵ Nathalie Maillard s'appuie sur les réflexions de von Gebattel, Guttentag et Pellegrino qui distinguent plusieurs moments dans le rapport soignant/soigné, qui n'est pas un rapport fixe mais un rapport « polymorphe » et continuellement changeant.

³⁴⁶ Maillard N., « Emmanuel Levinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin », p.104.

pas de moyens pour comprendre ce qui vient après, c'est-à-dire les soins comme tels.

La citation précédente est un bon exemple de lecture présentant Levinas comme un grand humaniste qui resterait naïf face à la réalité du domaine psychiatrique. Certes, sa philosophie permet de penser les rapports « humains » entre les personnes, mais elle doit être abandonnée une fois posée la question de l'action – que ce soit celle de l'action professionnelle, c'est-à-dire celle qui vient du médecin, ou celle de l'action commune, partagée par le médecin et le patient et visant le rétablissement du celui-ci³⁴⁷. Ce qui, par ailleurs, ne diminue pas pour notre auteure la valeur de l'enseignement lévinassien :

Nous pensons cependant que, même si le rapport de soin doit passer par un stade objectif ou évoluer vers un partenariat, et quitter ainsi le stade de la relation asymétrique d'aide, la compassion présente à son moment initial peut jouer un rôle à tous ces niveaux. C'est cette émotion à la base de la relation qui l'innerve tout entière et qui la met sur la voie d'un échange humain, où autrui n'est ni une chose ni un cas à ranger sous une règle. La compassion peut garantir le respect de l'humain dans l'homme contre la science réductrice et son objet.³⁴⁸

La compassion que nous apprendrait Levinas pourrait donner des résultats à long terme, car, au mépris des simplifications imposées par la science, la compassion, dit notre auteure, « promeut le sentiment d'une humanité partagée »³⁴⁹. Elle garantirait donc « la reconnaissance d'une commune vulnérabilité entre le sujet affecté et l'autre qui souffre »³⁵⁰, bref elle nous enseignerait le souci de l'humain qui « innerve »³⁵¹ la relation clinique.

Les positions de Maillard et de Pelluchon fournissent deux illustrations parlantes de la manière dont l'approche lévinassienne est perçue dans le milieu médical. Soit l'éthique de Levinas est considérée comme fondement auquel toute éthique médicale devrait s'attacher, soit elle est vue uniquement comme une base qui permet de penser et de préserver ce qu'il y a d'humain dans les rapports cliniques sans pour autant pouvoir s'approcher de la composante « clinique » elle-

³⁴⁷ La relation du soignant à la personne souffrante ne peut en effet se limiter à la compassion ; cette dernière doit se transformer en une aide *active* de la part du médecin. La souffrance, en ce cas, n'exige pas qu'une réponse affective ; elle en appelle au secours efficace. De même, si la personne malade doit bien être accueillie dans sa dimension d'être qui subit et fait l'épreuve des limites imposées par sa nature, sa guérison ne se comprend pas autrement que comme le retour à l'exercice de son pouvoir-être. Le médecin ne doit donc pas s'en tenir à une visée de l'autre en tant qu'il est fragile et passif ; c'est aussi en tant qu'il aspire à redevenir l'acteur de sa vie que le malade doit être envisagé.

³⁴⁸ Maillard N., « Emmanuel Levinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin », pp. 106-107.

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 106.

³⁵⁰ *Ibid.*

³⁵¹ *Ibid.*

même³⁵². Nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur le fait que, dans les deux cas, les termes d'« humanité » et d'« humain » sont pris au sens du respect de l'autre, de sa différence et de sa vulnérabilité, etc. C'est précisément sur ce point que chacune des lectures mentionnées nous paraît manquer son but, car cette définition reste non simplement assez vague et imprécise, mais surtout fondamentalement éloignée de la philosophie lévinassienne. Non seulement les auteures mentionnées utilisent le terme d'« humain » comme s'il allait de soi, mais elles semblent en plus suggérer que cette notion est utilisée de la même manière chez Levinas. Cette supposition nécessite d'être clarifiée. C'est pourquoi il nous faut, à présent, nous tourner vers l'idée de l'humanisme telle qu'elle ressort des textes lévinassiens.

7.2. Communauté sans commun : humanisme sans visage humain

L'altérité de l'autre personne n'est pas celle de nature ni celle de l'essence. Elle est absolue, dit Levinas. Cela ne veut pas dire pourtant que le rapport à autrui est impossible. Au contraire, je me trouve lié à lui, mais d'une façon tout à fait particulière – puisque ce lien semble être celui de la pure négation. Autrui n'est pas mon semblable, même si la pensée s'efforce de trouver des analogies. Ni la couleur de ses yeux, ni la forme de sa bouche, ni la longueur de son nez ne le rendent proche de moi, même si les traits de son visage me permettent de le reconnaître au milieu de la foule. De même, aucune capacité d'empathie ne pourrait effacer la distance qui me sépare d'autrui, même si elle pourrait effectivement me rapprocher de sa vie interne. La véritable proximité entre nous est ailleurs, elle apparaît par-delà toute ressemblance physique, psychique, culturelle ou autre, et son seul trait caractéristique est l'insistance même avec laquelle elle s'impose.

Tous les autres qui m'obsèdent en autrui, ne m'affectent ni comme des « exemplaires » du même genre réunis avec mon prochain par ressemblance ou par communauté de nature – individuations du genre humain ou fragments du même bloc. [...] Les autres *d'emblée* me concernent. La fraternité précède ici la communauté de genre. Ma relation avec autrui en tant que prochain donne le sens à mes relations avec tous les autres. Toutes les relations humaines en tant

³⁵² Nous sommes évidemment conscient que ces deux positions n'épuisent pas la manière dont la philosophie lévinassienne est traitée par les spécialistes du domaine de l'éthique médicale ou par les philosophes. Nous nous limiterons toutefois à ces deux exemples qui présentent, à notre avis, deux lectures significatives.

qu'humaines *procèdent* du désintéressement.³⁵³

Je suis attiré par l'autre de sorte que je me retrouve complètement impuissant devant lui, passif « d'une passivité plus passive que toute passivité ». En effet, l'infini de la responsabilité « ne traduit pas son immensité actuelle, mais un accroissement de la responsabilité, au fur et à mesure qu'elle s'assume »³⁵⁴. Dans un certain sens, l'Infini de la responsabilité n'arrête donc pas d'accroître, comme si toute tentative de rendre à autrui ma dette envers lui ne faisait qu'ouvrir l'abîme. Toute activité se dévoile donc comme étant ancrée dans une passivité, car il n'y a pas de possibilité de donner autant que je dois à autrui : le moi se trouve pris « en otage »³⁵⁵ sans pouvoir se soustraire à l'appel qui lui vient d'autrui.

La responsabilité au sens lévinassien signifie que le rapport à autrui n'est pas quelque chose à quoi on s'engage, c'est-à-dire qu'il ne relève pas de la liberté dont on dispose. Cela ne veut pas dire que l'acte éthique ne peut pas être délibéré. Mais les actes effectifs – qu'on juge éthiques ou non – relèvent de la possibilité transcendante du rapport éthique qui, lui, n'est pas corrélatif ni de la liberté ni de la volonté. Tel ou tel comportement envers autrui prend son sens en vue de la responsabilité originaire à laquelle je ne peux pas me soustraire, dans laquelle « je suis jeté vers ce qui n'a jamais été ni ma faute ni mon fait »³⁵⁶. La responsabilité fonde dès lors la subjectivité. Elle crée, grâce à l'appel, cet espace dans lequel le moi – comme réponse à la demande d'autrui, comme un « me voici » – peut surgir.

Grâce à la « pure susceptibilité » du moi s'instaure alors la proximité à autrui, vécue non pas comme une relation entre le moi et l'autre, mais comme une approche de l'autre. La non-indifférence envers l'autre naît du fait qu'il ne me laisse pas indifférent. L'autre m'est donc proche non seulement *malgré* la distance qui le sépare de moi, mais bien plutôt *par le fait* qu'il m'est étranger. La communauté se crée grâce à et dans la séparation.

Mais peut-on encore parler de la communauté tandis qu'il semble que nous ne partageons rien avec autrui, que le rapport entre nous semble être absolument déséquilibré, car profondément asymétrique ? Peut-on appeler « communauté » l'alliance à laquelle nous n'avons pas choisi d'adhérer ? La réponse de Levinas est catégorique :

³⁵³ Levinas E., *Autrement qu'être*, pp. 247-248.

³⁵⁴ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 222.

³⁵⁵ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 31.

³⁵⁶ Levinas E., *Altérité et transcendance*, Montpellier, Fata Morgana, 1995, pp. 51-52.

L'essence de la société échappe, si on la pose semblable au genre qui unit les individus semblables. Il existe certes un genre humain comme genre biologique et la fonction commune que les hommes peuvent exercer dans le monde comme totalité, permet de leur appliquer un concept commun. Mais la communauté humaine qui s'instaure par le langage — où les interlocuteurs restent absolument séparés — ne constitue pas l'unité de genre. Elle se dit comme parenté des hommes. Que tous les hommes soient frères ne s'explique pas par leurs ressemblances — ni par une cause commune dont ils seraient l'effet comme des médailles qui renvoient au même coin qui les a frappés. [...] C'est ma responsabilité en face d'un visage me regardant comme absolument étranger — et l'épiphanie du visage coïncide avec ces deux moments — qui constitue le fait originel de la fraternité³⁵⁷.

Penser le lien à autrui demande alors d'abandonner l'idée de la communauté comme ce qui serait basé sur quelque chose de commun, comme ce qui serait construit par une mise ensemble à partir d'éléments différents. Il est nécessaire de récuser la référence d'ordre biologique, celle du genre commun *homo sapiens* pour penser les fondements de la communauté humaine. Il n'y a pas d'unité de la communauté humaine qui préexisterait et dont les hommes seraient des émanations³⁵⁸. Il n'est pas non plus question d'une unité qui surviendrait après-coup pour former un « bloc » homogène. Bref, l'humanité en tant que communauté des humains n'est pas quelque chose qui pourrait être constaté comme ce qui *est*, c'est-à-dire comme ce qui *a*, *a eu* ou *aurait* lieu.

En fait, dans la perspective lévinassienne, affirmer que telle et telle personne *forment* une communauté humaine n'aurait pas de sens. L'humanité c'est la manière de vivre la proximité *à* et *de* l'autre. Il faudrait alors insister, à la suite d'Anna Yampolskaya, sur le fait que la pensée d'Emmanuel Levinas n'est pas une philosophie de l'intersubjectivité, mais de la subjectivité. Car il n'est jamais question des relations entre moi et autrui, mais de mon rapport à autrui, son rapport à moi étant mis entre parenthèses³⁵⁹. En ce sens, la pensée de l'humanité et

³⁵⁷ Levinas E., *Totalité et Infini*, pp. 188-189.

³⁵⁸ « [L]'être-entre-nous, à savoir, l'être séparé, est beaucoup plus que l'être-uni. Donc, non pas, comme chez Platon, où la communauté des humains dans sa dualité est une dégradation de l'Un. Au contraire : c'est expressément cet être-à-deux qui est l'humain, le spirituel ». Levinas E., « Visage et violence première (phénoménologie de l'éthique) », in Münster A. (éd.), *La différence comme non-indifférence. Ethique et altérité chez Emmanuel Levinas*, Paris, Éditions Kimé, 1995, p. 140.

³⁵⁹ Yampolskaya A., *Emmanuel Levinas : filosofiya i biographiya*, Kiev, Doukh i Litera, 2011, p. 195. Il nous paraît indispensable de tenir compte de ce fait lorsque nous cherchons à appliquer la pensée lévinassienne aux réflexions relatives au domaine de la psychiatrie. Nous prenons dès lors nos distances par rapport aux travaux qui proposent des lectures de l'œuvre lévinassienne à travers le prisme des questions psychopathologiques. Voir par exemple : Ciaramelli Fabio, « Levinas ou l'altérité impossible », in Jonckheere P., *Phénoménologie et analyse existentielle*, Louvain-la-Neuve, Presses de Louvain-la-Neuve, 1986, pp. 109-131; Lannoy Jean-Luc, « Questions d'humeurs : Levinas et la mélancolie », in Dupuis M., *Levinas en contrastes* ; Forthomme B., « La passivité comme grain de folie ou l'épreuve majeure d'Emmanuel Levinas », in *Klesis*, n°7, 2008 ; les premiers travaux de Yasuhiko Murakami : *Levinas phénoménologue*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2002 ; *Hyperbole. Pour une*

de l'humanisme n'est pas une réflexion sur un état de choses – l'unité et la solidarité, par exemple –, ni sur la condition humaine entendue à partir de son autonomie ou de son ouverture à l'être. En même temps, ce n'est pas le sens de l'humanité comme attitude qui est ici en cause : de même que l'éthique ne renvoie pas à un engagement volontaire, le terme de l'humanité ne renvoie pas à une manière de traiter une personne en lui montrant la compassion pour ses malheurs. L'humanisme est le fait de voir dans l'autre homme une altérité absolue qui, par son étrangeté même, m'apprend le sens de l'éthique. L'humanisme est la « relation où l'autre est le prochain »³⁶⁰.

La critique des conceptions substantialistes de l'humanisme est alors au cœur de l'entreprise phénoménologique. Levinas est en effet l'héritier de la discussion fameuse entre Heidegger et Sartre de laquelle il retient le souci, partagé par les philosophes malgré la différence de leurs approches, de ne pas traiter la question du sens de l'humain à l'aide des catégories de la nature ou de l'essence. Grâce à la méthode phénoménologique, l'homme n'est plus pensé à partir d'une instance qui lui serait préalable ou extérieure, mais à partir de sa singularité même. L'élément de la contingence est alors mis en avant en laissant entendre l'humain comme le sens qu'acquiert l'existence lors de son déploiement. On peut cependant à partir de cela trouver différentes manières pour aborder la question : les perspectives de Heidegger et de Sartre se séparent au moment où ils chercheront à définir positivement le sens de l'humain. Quant à Levinas, malgré la proximité méthodologique qu'il entretient avec eux, il se méfie tout autant de la philosophie de Heidegger, qui soumet la pensée de l'homme à celle de l'être, que de celle de

psychopathologie lévinassienne, Amiens, Association pour la promotion de la phénoménologie, 2008 ; « L'origine de l'expression. La 1^{re} Recherche Logique et la langue chez les autistes », in *Annales de Phénoménologie*, 2006.

Nous serions donc d'accord de manière générale avec l'argument de Flora Bastiani : en réponse au livre de Raphaël Lelouche *Difficile Liberté: peut-on ne pas être lévinassien ?* dans lequel l'auteur tente de dégager la proximité de l'appel éthique au délire de persécution, elle dénonce une lecture facile, voire littérale de l'œuvre de Levinas. Selon l'auteure, bien que celui-ci fait effectivement recours aux termes issus de la psychopathologie pour décrire la responsabilité au cœur de la subjectivation éthique, cela ne doit pas nous conduire à identifier l'éthique et la folie. Autrement, nous manquons le sens de l'entreprise du philosophe : « Quant au sujet lévinassien, il se fonde moins par sa structure de persécuté que par la signification de sa persécution : celle-ci est éminemment éthique. Car là où le paranoïaque se voit assailli et se croit victime de l'autre, violentant pour se défendre de la menace de l'autre, la persécution décrite par Levinas évoque l'inverse : moi bourreau, moi meurtrier, moi coupable. Le persécuté lévinassien n'est jamais une victime, mais obligé à la dette devant l'Autre ». Bastiani F., « La dernière éthique de Levinas cède-t-elle à la folie ? », in Bastiani F. et Sholokhova S. (éd.), *Rencontrer l'imprévisible. À la croisée des phénoménologies contemporaine*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2013, p. 149.

³⁶⁰ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 98.

Sartre qui voit le fondement de l'existence humaine dans la liberté auquel il est jeté.

Au lieu de simplement prolonger la discussion, il la transpose sur un nouveau registre : non seulement la question de la nature humaine doit être rejetée, mais la pensée doit continuellement contester l'idée d'une essence commune. La philosophie doit se déployer comme une rupture, à répéter sans cesse, avec le mode de penser qui cherche ce qui *serait* commun, qui serait donc encore attaché à *l'être* et ses modes. Il affirme donc la disconvenance de la pensée du commun, en insistant sur la nécessité du « dés-intér-esse-ment », de la séparation par rapport à l'être.

Certes, l'autre personne se présente à moi comme celle qui pourrait faire l'objet de la conscience intentionnelle, qui a des caractéristiques physiques proches des miennes, qui possède une temporalité et une spatialité analogues aux miennes. Mais la pensée qui part de ces présupposés ne pourrait pas s'empêcher de voir dans autrui celui qui ne fait que me ressembler. Telle pensée, nous dit Levinas, ne pourrait pas donner le sens à l'appel d'autrui. Elle ne nous laisserait pas l'entendre comme une demande à prendre soin de lui et elle ne nous donnerait pas de moyens pour fonder en réponse le geste éthique.

Il convient de noter que le concept d'humanisme promu par Levinas s'élabore non seulement en relation avec Heidegger et Sartre, et contre eux, mais qu'il prend place, aussi, dans la discussion laborieuse, qui se déploie au sein du milieu intellectuel français durant les années '60 et '70, autour de l'idée de crise de l'humanisme. Son positionnement dans ce débat révèle davantage le sens de l'humanisme qu'il recherche. Car, bien qu'il résiste à la tendance « anti-humaniste » se renforçant à l'époque au sein des sciences humaines, il reconnaît en même temps l'intérêt méthodologique qu'elle défend. Levinas est parfaitement conscient du fait que l'humanité récusée au sein de ce mouvement « se définirait non pas par sa vulnérabilité plus passive que toute passivité, par sa dette envers l'autre – mais par sa satisfaction, ses acquis et ses acquêts »³⁶¹.

L'antihumanisme moderne, niant le primat qui, pour la signification de l'être, reviendrait à la personne humaine, libre but d'elle-même, est vrai par-delà les raisons qu'il se donne. Il fait place nette à la subjectivité se posant dans l'abnégation, dans le sacrifice, dans la substitution précédant la volonté. Son intuition géniale consiste à avoir abandonné l'idée de personne, but et origine d'elle-même, où le moi est encore chose parce qu'il est encore un être. À la rigueur autrui est « fin », moi je suis otage, responsabilité et substitution supportant le

³⁶¹ Levinas E., *Humanisme de l'autre homme*, Paris, Fata Morgana / Librairie générale française, 2012, p. 122.

monde dans la passivité de l'assignation allant jusqu'à la persécution accusatrice, indéclinable. L'humanisme ne doit être dénoncé que parce qu'il n'est pas suffisamment humain.³⁶²

De ce point de vue, « l'anti-humanisme théorique »³⁶³ n'est pas si éloigné de la position soutenue par Levinas lui-même. Le philosophe français constate lui aussi la crise de l'humanisme : ce dernier a été vidé progressivement de son sens, de telle sorte qu'il convient de le récuser³⁶⁴. Par contre, il se garde d'en conclure l'impossibilité de tout humanisme (fût-ce d'un point de vue théorique). Une autre pensée de l'humanisme doit être énoncée. À l'humanisme « pas suffisamment humain » de l'époque, il manque, en effet, l'idée que « tout l'humain est dehors » et que « tout en moi est ouvert ». En même temps, selon Levinas, rien n'empêche d'entendre l'ouverture comme l'affirmation de l'humain, mais cette fois dans un sens différent – celui de la vulnérabilité et de l'exposition extrêmes à autrui³⁶⁵. Dans ces conditions, tenir à l'humanisme ne signifie pas affirmer la subjectivité transcendante ni l'unité de la conscience. Il s'agit de soutenir l'idée de

³⁶² Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 203.

« Fin de l'humanisme, de la métaphysique – mort de l'homme, mort de Dieu (ou mort à Dieu !) – idées apocalyptiques ou slogans de la haute société intellectuelle. [...] Leur vérité première est de l'ordre méthodologique. Ils expriment un certain état des recherches dans les sciences humaines. Un souci de rigueur rend méfiants psychologues, sociologues historiens et linguistes à l'égard d'un Moi qui s'écoute et se tâte, mais reste sans défense contre les illusions de sa classe et les fantasmes de sa névrose latente. [...] L'étude de l'homme imbriqué dans une civilisation et une économie devenues planétaires, ne peut se limiter à une prise de conscience : sa mort, sa renaissance, sa transformation, se jouent, désormais, loin de lui-même. D'où l'aversion pour une certaine prédication où tomba – malgré sa science et ses audaces d'antan – l'humanisme occidental établissant dans l'ambiguïté remarquable des *belles lettres*, de “belles âmes”, sans prise sur le réel de violences et d'exploitation. Tout respect du “mystère humain” se dénonce, dès lors, comme ignorance et oppression ». Levinas E., *Humanisme de l'autre homme*, p. 96.

³⁶³ Foucault M., *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1990 ; Althusser L., *Pour Marx*, Paris, La Découverte, 1986.

³⁶⁴ Pour répondre à l'accusation d'antihumanisme, Claude Lévi-Straus explique sa position sur l'humanisme ainsi : contrairement à une longue tradition, il ne définit pas l'humanisme comme la valorisation de l'être humain pour le seul fait d'être humain, mais comme une « technique du dépaysement » qui consiste à « mettre sa propre culture en perspective ». Il en ressort que, si l'humanisme ne se définit pas par le primat donné au sujet et à la conscience, mais par le dépaysement, alors l'affirmation que « le but dernier des sciences humaines n'est pas de constituer l'homme, mais de le dissoudre » est humaniste. En traitant l'homme comme un objet, et en bouleversant les représentations héroïques de l'histoire humaine, en en faisant non pas l'épopée d'une conscience, mais une série de mutation combinatoires, bref en *décentrant* l'homme par rapport à lui-même, le structuralisme serait donc plus authentiquement un humanisme que les philosophies de la conscience ». Maniglier P., « Lévi-Strauss », in Zarader J.-P. (éd.), *Le vocabulaire des philosophes* Paris, Ellipses, 2002, notamment pp. 781-782.

³⁶⁵ « Tout l'humain est dehors, disent les sciences humaines. Tout est dehors ou tout en moi est ouvert. Est-il certain que dans cette exposition à tous les vents, la subjectivité se perde parmi les choses ou dans la matière ? La subjectivité ne signifie-t-elle pas précisément de par son incapacité de s'enfermer du dedans ? L'ouverture peut en effet s'entendre en plusieurs sens ». Levinas E., *Humanisme de l'autre homme*, p. 103.

l'ouverture qui apporte un sens propre de l'homme, et cela, non pas à la manière d'une réceptivité grâce à laquelle le moi subirait un choc de la rencontre avec l'autre, mais d'une passivité absolue, où le moi n'est pas encore là pour recevoir quoi que ce soit. Il est donc question de penser une sensibilité au sens du pâtir, « pâtir en tant que pâtir, un consentement insupportable et dur qui anime la passivité et qui l'anime bizarrement malgré elle, alors que la passivité comme telle n'a ni force, ni intention, ni bon gré, ni mal gré »³⁶⁶. Ouverture « sincère », car sans aucune défense.

Après avoir clarifié le sens que reçoit le terme « humanisme », au moment où l'on cherche à préserver l'idée de la séparation absolue à l'égard de l'autre personne, revenons à présent plus spécifiquement à la relation clinique. Au début du présent chapitre, nous avons esquissé deux axes possibles de l'usage de la philosophie lévinassienne dans le domaine de l'éthique médicale, où le concept d'humain apparaît comme programmatique. Maintenant que nous sommes revenu sur la philosophie de Levinas, nous pouvons examiner dans quelle mesure les concepts habituellement présentés comme lévinassiens rendent justice à la pensée du philosophe.

7.3. Humaniser la psychiatrie. Mais dans quel sens ?

Dans les pages qui précèdent, nous avons insisté tout particulièrement sur le fait que, dans la perspective de Levinas, le souci pour l'humain ne vise pas celui qui me ressemblerait, celui avec qui je partagerais la souffrance ou la vulnérabilité. La radicalité de sa position consiste à renier toute tentative de réduire la responsabilité face à autrui au respect des différences. L'altérité d'autrui n'est pas une différence parmi d'autres, mais la manière même dont autrui se présente devant moi, en se retirant au moment même de représentation. Dans ce sens, l'altérité d'autrui n'est pas une différence à laquelle je pourrais m'adapter, elle n'est pas convenable. L'autre est celui qui me dérange. Par conséquent, alors que je ne reste pas indifférent envers lui, cette non-indifférence n'a pas uniquement une connotation positive, celle d'une compassion. Autrui s'impose à moi par-delà mon consentement³⁶⁷.

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 105.

³⁶⁷ Alain Badiou a saisi parfaitement une tendance de certaines lectures de Levinas à interpréter son éthique comme défendant le « droit à la différence » : « En vérité, ce fameux "autre" n'est présentable que s'il est un *bon* autre, c'est-à-dire quoi, sinon *le même que nous* ? Respecter des différents, bien sûr ! Mais sous réserve que le différent soit démocrate-parlementaire, partisan

Rappelons-nous maintenant la question que nous avons posée à propos de l'idée d'éthique élaborée par Corine Pelluchon, et qui concernait la manière dont la philosophe emploie le terme de vulnérabilité. Au vu des remarques que nous avons exposées au sujet de la philosophie lévinassienne, nous apercevons clairement le danger produit par la tendance à assimiler le terme de « vulnérabilité » à une situation de précarité : cette approche risque de laisser de côté le sens proprement lévinassien du terme, qui exige de faire abstraction du rapport qu'autrui entretiendrait avec moi – ce geste étant le seul moyen de faire ressortir le rôle de l'autre dans le processus du surgissement du soi. En effet, en bon phénoménologue, Levinas tient à déconnecter l'expérience que fait autrui de celle que, moi, je fais en sa présence. Ce qui implique, à notre sens, qu'il faille entendre le discours sur la vulnérabilité avant tout comme celui qui porte sur la responsabilité. Autrement dit, la vulnérabilité d'autrui est la marque de la violence que je peux lui faire subir et de la responsabilité à laquelle elle m'oblige. Insistons encore une fois : Levinas ne cherche pas à développer une pensée de l'intersubjectivité, mais de la subjectivité. Par conséquent, le fait de la vulnérabilité de l'autre personne peut être évoqué uniquement dans la mesure où il renvoie à moi.

Alors, dans ce cas, devons-nous en conclure que l'usage de la référence à Levinas, dans le contexte en question, devrait être limité, comme le suggère par exemple Nathalie Maillard ? La pensée lévinassienne se rapporte-t-elle uniquement à la dimension humaine de l'existence, sans donner les moyens d'analyser intégralement la situation clinique, c'est-à-dire sans compte du domaine professionnel auquel appartient le psychiatre ?

Cette position nous paraît également trop hâtive, et cela pour deux raisons. Dans un premier temps, elle réduit la philosophie de Levinas à une sorte de pensée humaniste qui ne s'occupe que de rapports humains et, en conséquence, perd toute sa pertinence une fois que le domaine quotidien est laissé de côté. Cette position ne rend pas, à notre avis, justice à sa pensée : en utilisant les termes de l'humain et

de l'économie de marché, support de la liberté d'opinion, féministe, écologiste... Ce qui se dira aussi : je respecte les différences, pour autant bien sûr que ce qui diffère respecte exactement comme moi lesdites différences. De même qu'"il n'y a pas de liberté pour les ennemis de la liberté", de même il n'y a pas de respect pour celui dont la différence consiste précisément à ne pas respecter les différences ». Badiou A., *L'éthique. Essais sur la conscience du Mal*, Paris, Hatier, 1993, p. 24. Or, cette position, ne saisit pas la radicalité de la pensée lévinassienne : « "le souci de l'autre" [dont il est question chez Levinas] signifie qu'il ne s'agit pas, qu'il ne s'agit jamais de prescrire à notre situation, et finalement à nous-mêmes, des possibles encore inexplorés. La Loi (les droits de l'homme, etc.) est toujours *déjà là* ». *Ibid.*, p. 31.

de l'humanité dans un sens large, elle obscurcit l'originalité de l'approche lévinassienne, selon laquelle « l'humanité de l'humain [...] est absente »³⁶⁸. Dans un deuxième temps, nous émettons de sérieuses réserves quant au présupposé à partir duquel elle raisonne, présupposé selon lequel il existerait une véritable opposition entre l'attitude du scientifique et celle qui est fondamentalement humaine. Cette distinction tranchée risque, à notre avis, de voiler la complexité de la situation dans lequel se trouve le médecin. Selon notre hypothèse, ce dernier vit ses différentes attitudes envers autrui non pas l'une après l'autre, mais dans un entrelacement étroit. En effet, serait-il correct de penser que le praticien change de visage en endossant sa blouse de travail ? Adopter l'attitude de spécialiste signifie-t-il effacer sa propre humanité ?

Toutefois, si, à ce stade d'analyse, on proposait de penser l'humain et le professionnel sous la forme de l'articulation et non pas de l'opposition, nous risquons de nous mettre nous-mêmes dans un piège, en prenant nous aussi le terme d'« humain » sans préciser davantage son sens. C'est pourquoi nous préférons, à ce point, nous contenter d'attirer l'attention du lecteur sur le présupposé de la position en question. Selon cette dernière, l'humain est défini comme étranger au professionnel, c'est-à-dire comme réservé à une réflexion à part, détachée des engagements professionnels. Nous considérons ce point comme extrêmement problématique. Notre question est dès lors la suivante : peut-on véritablement parler ici d'une inspiration lévinassienne ? Dans les pages qui suivent, nous nous donnons pour but d'identifier les éléments de la pensée de Levinas qui pourraient nous servir à penser la situation complexe dans lequel se trouve le médecin, en tant qu'homme et professionnel.

Dans la section précédente, nous nous sommes arrêté longuement sur le sens que reçoit le terme « humanisme » chez Levinas. Ainsi nous avons vu que, pour lui, cette notion ne renvoie pas à une idée de *nature* humaine, que l'attitude *humaine* envers autrui aurait à préserver ou qui fonderait les rapports *humains*. Le refus de toute pensée substantialiste vise à dégager l'idée d'humanisme en tant qu'approche de l'autre dans son altérité. Or, si nous insistons sur le fait que la pensée lévinassienne est une éthique, nous ne pouvons pas négliger le fait que l'éthique comme philosophie première s'ouvre, selon Levinas, grâce à la méthode phénoménologique. Autrement dit, l'éthique lévinassienne n'est pas une leçon de la compassion et n'est conçue ni dans le rapport à la morale ni au droit, elle renvoie avant tout à la phénoménologie. Cette dernière est appelée pour clarifier

³⁶⁸ Levinas E., *Éthique et infini*, p. 96.

cette différence éthique entre l'expérience faite par autrui et l'expérience faite par moi. Reprenons ici les mots d'Anna Yampolskaya qui capturent le sens de la différence éthique :

[...] l'enjeu de la critique que Levinas adresse à Husserl ne consiste pas à dévoiler chez ce dernier une tendance vers la contemplation, une idée d'inclure Autrui dans l'horizon de la constitution ou bien une volonté de créer un système. Tel n'est pas l'accent de la phrase de Levinas : « Autrui en tant qu'autre n'est pas seulement un *alter ego* ». L'appréhension analogisante se base sur le geste très simple qui consiste à se mettre à la place de l'autre (« qu'est-ce que tu aurais fait à sa place ? », « et si on se comportait de la sorte avec toi ? »). Il s'agit d'une expérience extrêmement basique, enfantine et qui apparaît à Levinas comme étant naïve, au sens éthique. [...] L'étrangeté radicale d'autrui ne relève pas du fait que ses sensations kinesthésiques ou sa vie interne ne me sont pas et ne peuvent être accessibles que comme *mir eigenes*. Autrui est incomparable à moi d'un point de vue éthique, ses vécus sont incommensurables à mes vécus analogues. Selon Levinas, le caractère transcendant des vécus d'Autrui ne réside pas dans leur inaccessibilité, mais dans une charge de sens tout à fait autre : son altérité elle-même apporte un sens irréductible aux actes de ma conscience. Cette inégalité du sens constitue le sens de l'asymétrie éthique.³⁶⁹

Selon Anna Yampolskaya, la problématique phénoménologique de Levinas consiste dans l'éclaircissement du fait que ma relation à autrui est fondamentalement différente de la relation qu'il entretient avec moi, cette différence provenant non pas du fait qu'il est question de l'expérience faite par l'autre, mais du fait qu'elle a une signification pour moi, qu'elle est chargée d'un sens éthique³⁷⁰. La phénoménologie, pour Levinas, est la seule méthode qui donne des moyens de dégager la manière dont le sens éthique se donne parce qu'elle étudie le rapport en tant que forme d'« expérience », tout en dévoilant le sens inédit de cette expérience. Il convient de remarquer qu'en conséquence, l'enjeu de Levinas n'est pas prescriptif, mais descriptif au sens phénoménologique du terme, son but n'étant pas d'exposer une manière – qui serait humaine – de se comporter

³⁶⁹ Yampolskaya A., *Emmanuel Levinas : filosofiya i biographiya*, pp. 233-234.

³⁷⁰ Anna Yampolskaya donne un exemple très simple et à la fois très clair pour expliquer les grands traits de la différence de sens en question : « Par exemple, je peux ressentir de la douleur. Analogiquement, je comprends qu'un autre, lorsqu'il chute et se fait mal, peut ressentir de la douleur. L'attitude naturelle indique qu'il est fort probable qu'il ressente une douleur à peu près égale que j'aurais ressentie. Ce sont là simplement les observations de bon sens. Rendons désormais la situation un peu plus complexe. Imaginons qu'il se soit blessé le genou par ma faute. Tout le monde sait que dans cette situation la douleur de l'autre et ma propre douleur sont perçues par nous d'une manière toute différentes, avec un sens éthique différent. Continuons l'analyse de la situation. Sans doute j'ai une honte que j'éprouve que l'autre soit tombé à cause de moi. C'est une dimension que nous pouvons isoler, le ressenti de la honte, de ma culpabilité, en tant qu'une forme spécifique de la relation intersubjective. Mais la possibilité de l'épreuve de la honte dans cette situation est fondée dans l'expérience de l'altérité de l'autre, l'expérience de cela que l'autre est autre, de sa séparation éthique radicale. Sur le plan de son étrangeté éthique sa douleur n'est en principe pas similaire à la mienne, sa faim à ma faim, son besoin à mon besoin. Le problème n'est pas que sa faim, sa douleur ou son besoin sont toujours plus grands que les miens. Le problème est qu'ils sont autres d'une façon substantielle ». *Ibid.*, p. 92.

envers autrui, mais de mettre au clair la façon dont autrui révèle pour moi le sens de l'autre.

Or si Levinas conçoit l'éthique comme ayant trait à la méthode phénoménologique, c'est parce qu'il voit dans la phénoménologie husserlienne le chemin le plus sûr : « C'est avec Husserl que je découvrais le sens concret de la possibilité même de "travailler en philosophie" sans se trouver d'emblée enfermé dans un système de dogmes, mais en même temps sans courir le risque de procéder par intuitions chaotiques » ³⁷¹. Levinas apprécie donc dans la méthode phénoménologique la libération à l'égard des présupposés théoriques en même temps qu'une ouverture vers le travail systématique.

En revenant à notre question de départ, nous pouvons alors en conclure qu'entendre la philosophie lévinassienne comme un humanisme de bon sens, comme une promotion du respect de l'autre, c'est méconnaître son impulsion phénoménologique et ne pas apercevoir le changement d'attitude qu'elle demande. Car découvrir le sens de la venue de l'autre en tant qu'autre ne peut relever de l'attitude naturelle. Nous pouvons évidemment faire des actes éthiques sans être phénoménologue, mais c'est seulement dans la posture phénoménologique que nous découvrons leur sens en tant que formateur de notre propre existence. Ainsi, tandis que Levinas est méfiant à l'égard de la réduction phénoménologique, comme procédure qui mène à la mise en place du regard transcendantal, *l'épochè* reste pour lui un geste premier et indispensable – l'analyse descriptive ne commence qu'au moment où une neutralisation de la conscience a eu lieu.

Le fait que la phénoménologie commence avec le changement d'attitude explique l'intérêt qu'elle suscite pour la pensée de l'éthique qui, quant à elle, se penche sur la manière dont mon monde change au moment où l'autre personne s'adresse à moi et me fait découvrir une dimension éthique de mon existence. Il ne s'agit pas d'une opération qui serait identique pour la phénoménologie husserlienne et pour l'éthique lévinassienne : le propre du moment du surgissement du sens éthique consiste dans le fait que ce ne soit pas l'attitudegnoséologique, mais l'attitude éthique qui prenne la place de l'attitude naturelle. Par contre, le dénominateur commun entre ces deux attitudes se trouve dans leur point de départ qui est celui de la neutralisation de la conscience qui l'accompagne, c'est-à-dire l'acte de suspension qui remet en question notre rapport au monde, aux autres et à nous-mêmes.

³⁷¹ Levinas E., *Éthique et infini*, p. 19.

Le moment du bouleversement est inaugural et Levinas nous montre que ce bouleversement n'est pas un acte de la conscience, n'est pas un exercice de la volonté, mais quelque chose qui se passe à mon insu : « Le moi ne commence pas dans l'auto-affection du moi souverain, susceptible dans un deuxième temps de compatir pour autrui, mais à travers le traumatisme de sans commencement, antérieur à toute auto-affectivité, du surgissement d'autrui »³⁷². Le sens éthique me parvient, non pas à la manière d'un contenu intentionnel, c'est-à-dire non pas comme résultat de travail de constitution. Il se révèle comme ce qui m'est imposé, comme ce qui a pénétré le psychisme par contrebande sans qu'on puisse en rendre compte, sans qu'on puisse s'en débarrasser.

Revenons à présent à l'interrogation dont nous sommes parti et qui concernait la thèse selon laquelle la situation complexe du psychiatre intègre en elle plusieurs éléments dont certains semblent être inconciliables, ce qui rendrait la philosophie levinassienne incompatible avec l'éthique médicale. Le but de la présente section était de démontrer que l'usage hâtif des termes « humain » et « humanisation » en référence à la philosophie levinassienne risquait de perdre de vue la signification qu'elle porte réellement pour le philosophe. Si nous voulons être fidèle à la pensée levinassienne, il nous semble, d'une part, qu'il ne suffit pas se replier sur le concept de l'humanisme comme s'il allait de soi, mais surtout, d'autre part, qu'il est incorrect de le définir en l'opposant à l'être-médecin. Certes, l'humanité de l'homme pour Levinas est incompatible à l'objectivisme vers lequel tend la psychiatrie. Mais cela n'autorise pas à en déduire que penser le sens des rapports humains et prendre en compte le domaine professionnel seraient deux choses entièrement opposées. Nous considérons qu'il est de la plus haute importance de ne pas prendre la philosophie de Levinas comme une liste de prescriptions, tout en reconnaissant qu'elle nous donne des clés pour décrire la dynamique complexe de la vie subjective dans une situation comme celle de la rencontre clinique, où plusieurs attitudes, plusieurs manières de se rapporter aux autres sont à l'œuvre.

Avant d'entamer, dans le chapitre suivant, l'analyse de la manière dont le psychiatre vise la difficulté hétérogène de la rencontre clinique, nous pouvons d'ores et déjà définir ce que pourrait signifier, pour lui, le fait de s'engager à élaborer une approche *humaine*. Nous concluons donc cette section sur

³⁷² Levinas E., *Dieu, la mort et le temps*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelles, 1993, p. 208. « Le *pour-l'autre* du sujet [...] ne saurait s'interpréter comme complexe de culpabilité, ni comme bienveillance naturelle (comme un "divin instinct") – et pas non plus comme tendance au sacrifice ». *Ibid.*, p. 209.

l'hypothèse suivante : l'humanisme, tel qu'il ressort de la perspective phénoménologique, n'est pas une pensée qui s'inspirerait d'une certaine idée de l'homme, mais qui crée le concept d'humain en anéantissant d'abord les représentations existantes. L'adoption de l'attitude humaine n'est pas, dans ce sens, un renversement – le fait de mettre en avant autrui à la place du moi, la vulnérabilité à la place de l'autonomie, la responsabilité pour autrui à la place de la liberté à son égard. Avant de fixer telle ou telle représentation de la nature humaine, l'humanisme est la crise de l'idée de l'homme.

Ces remarques nous permettent de préciser le terme de « déshumanisation » par lequel on désigne le processus dont on constate le risque dans les rapports psychiatriques. En acceptant que le concept d'humanisme ne s'applique pas à l'attitude naturelle, mais reçoit tout son sens au moment de la suspension de celle-ci, nous ne pouvons répondre à la crise de l'humanisme en nous repliant sur ce terme comme s'il allait de soi, comme s'il renvoyait à un certain état de choses. Humaniser la pratique psychiatrique n'équivaut donc pas à faire ressortir quelque chose qui serait déjà présent. La construction d'un humanisme, d'une approche d'autrui n'est possible que sur « les ruines de la représentation »³⁷³ ; et dans ce sens, se tourner vers le sens de l'humain c'est avant tout s'exposer à autrui, sans anticipation et sans projection. L'humanisation ne peut pas être prescriptive, mais elle doit commencer comme la mise en œuvre d'une nouvelle « optique »³⁷⁴ qui saisit le sens éthique dans son advenir.

³⁷³ « [...] [C]e retournement où le comportement humain est interprété comme expérience originelle et non pas comme le fruit de l'expérience – c'est la phénoménologie elle-même. Elle nous mène hors des catégories sujet-objet et ruine la souveraineté de la représentation. Sujet et objet ne sont que les pôles de cette vie intentionnelle. La réduction phénoménologique ne nous a jamais paru se justifier pas l'apodicticité de la sphère immanent, mais par l'ouverture de ce jeu de l'intentionnalité, par le renoncement à l'objet fixe, simple résultat et dissimulation de ce jeu. L'intentionnalité signifie que tout conscience est conscience de quelque chose, mais surtout que *tout objet appelle et comme suscite la conscience par laquelle son être resplendit et, par là-même, apparaît* ». Levinas E., « La ruine de la représentation », in *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin, 2010, pp. 185-186.

³⁷⁴ Voir *ibid.*

Chapitre 8 : Face à autrui

De même que, lors de l'analyse de la situation du médecin, il serait réducteur de dissocier ses différents aspects, notamment ceux de professionnel et de personnel, il serait hâtif, à notre sens, d'associer l'éthique lévinassienne aux discussions sur l'éthique médicale, en pensant qu'elle pourrait nous offrir une conception des rapports humains en tant que fondamentaux pour la vie du sujet. Ainsi dans le chapitre précédent, nous avons constaté que cette lecture risque de présenter la pensée de Levinas en tant qu'éloignée de la réalité clinique. Dans le présent chapitre, nous posons pour objectif de ressortir quelques éléments de la philosophie lévinassienne pour développer davantage notre hypothèse, selon laquelle, pour prendre la juste mesure de l'humanisme lévinassien et pour pouvoir l'employer pour penser des pistes pour éviter la déshumanisation qui frappe la pratique médicale, il nous incombe de nous tenir à l'analyse de la subjectivité du médecin en tant que formée dans la rencontre avec la folie.

En revenant aux réflexions que nous avons menées dans le chapitre 4, nous pouvons affirmer que comme n'importe quelle autre la situation du face-à-face la rencontre clinique comporte deux dimensions constitutives : l'une qui relève du social et du politique, où autrui est vu comme un autre moi, et l'autre, éthique, dans laquelle l'autre homme apparaît comme absolument différent, incomparable à moi, auquel je me retrouve tout de même relié dans la non-indifférence fondamentale. Dans le présent chapitre, nous développerons davantage cette thèse lévinassienne en précisant la dynamique subjective à l'œuvre dans la rencontre avec autrui. Ces considérations nous serviront pour reprendre les analyses que nous avons menées tout au long de la section précédente, dans laquelle nous avons abordé dans la perspective lévinassienne le problème de la complexité de la situation du médecin confronté à la folie.

8.1. Limitation et infinition

« La vraie vie est absente. Nous ne sommes pas au monde »³⁷⁵.

On pourrait dire que toute la philosophie de Levinas est une réflexion sur ce fameux vers de Rimbaud, qui ouvre son premier texte majeur, *Totalité et infini*. Si la philosophie existe, si c'est avec elle et non pas avec la poésie que l'on cherche la vérité, c'est, souligne Levinas à l'opposé de Rimbaud, parce que, justement, « nous sommes au monde »³⁷⁶. La question du monde doit être posée, car l'existence mondaine n'est pas un simple fait empirique, contingent et pour cela insignifiant. Si la philosophie est un chemin qui, dans le but de nous ramener à « la vraie vie », nous guide d'ici vers l'« ailleurs », vers l'« autrement », vers l'« autre », si elle est une voie d'évasion par laquelle nous pouvons fuir notre condition, le lieu même où ce mouvement naît se trouve tout de même dans ce monde.

L'existant a donc toujours « un pied dans l'être »³⁷⁷, c'est-à-dire il entretient avec son existence une relation complexe, de laquelle il ne peut pas s'échapper. Il en ressort que formuler la pensée de l'altérité, de la transcendance, et de l'asymétrie du rapport éthique, ne peut pas contourner le fait de la réciprocité à laquelle nous engage la vie à plusieurs. Cette dernière ne doit pas être minimisée ni stigmatisée : le politique – ou, plus précisément, ce que Levinas désigne sous le nom de politique, à savoir la vie en communauté, la vie régie par des règlements dont le but ultime est le maintien de l'état existant – n'est pas ce qui s'oppose à l'ordre éthique.

Certes, selon l'extravagante hypothèse de Levinas, la société est « le résultat d'une limitation du principe que l'homme est pour l'homme », c'est-à-dire « la conséquence de ce qu'on a limité l'infini qui s'ouvre dans la relation éthique de l'homme à l'homme »³⁷⁸. Or la limitation de la responsabilité qui accompagne inévitablement la vie en communauté ne survient pas « par accident »³⁷⁹ :

[La réciprocité et la responsabilité] sont toutes proches, écrit Levinas. [...] [L]a justice naît elle-même de la charité. Elles peuvent paraître étrangères quand on les présente comme étapes successives ; en réalité, elles sont inséparables et

³⁷⁵ Arthur Rimbaud, *Une saison en enfer, Délires I*, cité par Levinas dans *Totalité et infini*, p. 3. En fait, Levinas cite uniquement la première phrase de la citation, la deuxième fera justement l'objet de sa critique et dans une certaine mesure le point de départ pour ses réflexions.

³⁷⁶ *Ibid.*

³⁷⁷ Levinas E., *De l'existence à l'existant*, p. 11.

³⁷⁸ Levinas E., *Éthique et infini*, pp. 74-75.

³⁷⁹ Levinas E., *Entre nous*, p. 116.

simultanées, sauf si on est sur une île déserte, sans humanité, sans tiers.³⁸⁰

Dans le chapitre 4, nous nous sommes déjà penché sur cette affirmation et nous avons vu que le rapport éthique et le rapport ordinaire sont étroitement entrelacés de sorte que l'un ne cesse de transparaître dans l'autre. Même si ces deux types de rapport semblent contradictoires, ils sont indissociables : le fait d'envisager la réciprocité entre les hommes ne vise pas à dissiper le caractère unique de chaque relation. La limitation de la responsabilité pour autrui qui survient avec la venue du tiers ne produit pas (en tout cas ne produit pas nécessairement) son annulation, car elle surgit également à l'appel à la responsabilité (pour le tiers). Nous en avons alors conclu que la limitation de la responsabilité infinie envers autrui, dont Levinas parle surtout dans le contexte de la prise en considération de la figure d'une personne tierce, a sa source dans le rapport à autrui, quand bien même cette limitation devient flagrante dans des rapports à plusieurs.

Nous tirons de cette hypothèse deux conclusions. Premièrement, cela signifie que le trait caractéristique de la responsabilité pour autrui consiste tout autant dans l'infinition de cette responsabilité, c'est-à-dire dans son accroissement infini, que dans sa limitation. Deuxièmement, cela suppose que l'expérience de limite présente une expérience positive. En fait, la subjectivité qui se constitue en tant que interpellée par l'autre se pose également à travers l'épreuve de l'impossibilité de se trouver en mesure de répondre à l'appel d'autrui, de sorte que dans cette impuissance même elle retrouve le sens du rapport à autrui, que Levinas appelle le sens éthique.

En effet, la relation de face-à-face est « déjà »³⁸¹ intimement liée à l'expérience de la limite. Ainsi dans la rencontre avec autrui nous sommes avant tout confronté aux limites de la conscience entendue comme conscience de quelque chose. Une visée intentionnelle ne peut pas embrasser son objet si celui-ci est l'apparaître de l'autre personne, notamment quand nous cherchons à rendre compte de la qualité unique, c'est-à-dire incomparable à la mienne, de la présence d'autrui. En usant de termes cartésiens, Levinas affirme que l'autre apparaît en

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 117.

³⁸¹ Il conviendrait en effet de prendre le mot « déjà » entre guillemets et de souligner le fait qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'une succession chronologique des rencontres. Le rapport à l'autre est le fondement de tout rapport, non pas au sens où toute communauté est réductible à une série des relations à deux, mais au sens où le rapport à autrui décrit le processus même de la subjectivation comme ouverture vers l'extériorité, comme transcendance. Et même si pour Levinas « Autrui est autre homme », il faut pouvoir dégager dans la responsabilité une condition transcendantale et dans ce sens formatrice de tout rapport à autrui.

tant qu'autre à la manière de l'idée de l'infini : le « je pense » ne peut contenir l'Infini qu'il pense, mais il en a une idée dont l'*ideatum* le dépasse³⁸². Le rapport de la pensée à son objet est donc caractérisé par « la distance qui sépare *ideatum* et idée ».

En même temps c'est bien la distance qui « constitue ici le contenu de l'*ideatum* »³⁸³. C'est pourquoi, même si l'idée ne pourrait jamais contenir en elle l'infini, « la production de l'entité infinie ne peut être séparée de l'idée de l'infini, car c'est précisément dans la disproportion entre l'idée de l'infini et l'infini dont elle est idée – que se produit ce dépassement des limites »³⁸⁴. Il est donc important, d'une part, de ne pas comprendre l'infini comme une substance quelconque, bien que la forme du substantif puisse le suggérer, et d'autre part, de ne pas assimiler l'idée de l'infini à travers laquelle on aborde l'infini à son image ou à sa conceptualisation. L'idée de l'infini est la *mise* dans le moi de l'idée de l'infini. Pour éviter les malentendus, il convient alors mieux de l'entendre en ce qu'elle est « le mode d'être », à savoir comme « l'*infinition* de l'infini »³⁸⁵.

Selon Levinas, malgré le fait que l'autre échappe au pouvoir du moi – pouvoir qui prend différentes formes telles la connaissance, la possession ou encore la comparaison – cela ne signifie pas qu'autrui représente une puissance plus grande que celle du moi. Il ne se présente pas comme une identité qui pourrait restreindre le moi. La liberté du moi est sollicitée par l'autre, elle est « apologétique »³⁸⁶ : elle doit « se justifier de sa liberté devant l'autre »³⁸⁷. La venue de l'autre met le moi en question, exige qu'il réponde, de telle manière que la liberté du moi est possible uniquement à travers la responsabilité devant autrui. Ainsi, l'asymétrie initiale du rapport avec autrui ne porte pas une signification simplement négative. Elle est aussi positive : « la présence d'Autrui – hétéronomie privilégiée – ne heurte pas la liberté, mais l'investit »³⁸⁸.

Il est alors clair que « le "In" de l'In-fini c'est à la fois la négation et l'affection du Fini »³⁸⁹. L'infini se présente par l'effet qu'il fait sur le fini. En transgressant l'intelligible, l'infini fait voir par le même geste les limites de la

³⁸² « [I]l est de la nature de l'infini, que ma nature, qui est finie et bornée, ne le puisse comprendre [...] ». Descartes R., *Œuvres philosophiques*, Tome II, Paris, Éditions Garnier Frères, 1967, p. 447.

³⁸³ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 19.

³⁸⁴ *Ibid.*, pp. XVI-XV.

³⁸⁵ *Ibid.*, p. XV.

³⁸⁶ *Ibid.*, p. 230.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 229.

³⁸⁸ *Ibid.*, p. 60.

³⁸⁹ Levinas E., *De Dieu qui vient à l'idée*, Paris, Vrin, p. 150.

pensée. Mais si la conscience s'avère manquer de moyens pour aborder l'idée de l'infini, alors, le modèle proprement phénoménologique de la pensée doit être abandonné. C'est pourquoi il convient mieux, selon Levinas, de parler du Désir, plus précisément du Désir métaphysique, plutôt que la *pensée de l'autre*. De la sorte nous voyons mieux qu'autrui n'est pas un objet, mais la source de l'aspiration³⁹⁰. En se montrant comme disproportion, l'infini définit les mesures de l'idée et notamment son étroitesse. Il s'ensuit que la limitation propre à l'expérience accompagne nécessairement l'infinition dans la mesure où l'existence des limites débordées et dépassées est indispensable pour que le Désir puisse s'affirmer en tant que Désir métaphysique à savoir insatiable, car reniant tout cadre préétabli³⁹¹. Il nous incombe maintenant de préciser dans quel sens la limitation est liée à l'infinition.

La limitation propre au moi qui devient visible dans la rencontre avec autrui a sa source dans la manière même dont le moi se constitue. Pour Levinas, l'existant émerge comme résultat de la séparation à l'égard de l'être. Il appelle hypostase « l'apparition d'un existant, d'un substantif au sein de l'existence impersonnelle ». Le moi ne s'identifie pas dans une « tautologie monotone »³⁹², où moi égal moi. En revanche, il est d'ores et déjà dans une relation avec le monde dans lequel il vit. Le séjour au monde est donc cette dimension grâce à laquelle l'*ego* découvre lui-même de sorte que rien ne semble manquer au moi, que « tout est à [s]a disposition en fin de compte, même les astres, pour peu qu'[il] fasse des

³⁹⁰ « L'infini dans le fini, le plus dans le moins qui s'accomplit par l'idée de l'Infini, se produit comme Désir ». Dans le Désir, il y a une aspiration qui tourne le Même vers Autrui, mais qui ne peut être réduite à un rapport objectivant. En insistant sur la définition du Désir comme « désir métaphysique », c'est-à-dire comme relation métaphysique, Levinas souligne sa différence par rapport à toute compréhension de cette relation comme intentionnalité. A la différence d'un besoin qui témoigne d'un vide à combler, le Désir n'indique pas un besoin de *quelque chose*. Le Désir ne vient pas pour combler le moi, mais le creuse. Il apparaît là où rien ne manque, il est une « aspiration de celui qui possède entièrement son être, qui va au-delà de sa plénitude ». Ainsi, son « objet » n'est pas « comme le pain que je mange, comme le pays que j'habite, comme le paysage que je contemple », c'est-à-dire quelque chose qui pourrait répondre au besoin existant et tout ce relève encore de mes propres capacités (manger, habiter, contempler). Le désir vise au-delà de tout ce qui pourrait le satisfaire, il est essentiellement inassouvissable. Par conséquent, autrui, l'« objet » du Désir métaphysique n'est pas à proprement parler « désiré », d'une part, dans le sens que je ne pourrais pas le désirer, car je ne sais même pas de quoi il s'agit, autrui étant irréprésentable et inimaginable ; et d'autre part, à cause de la violence avec laquelle il s'impose. Autre est « indésirable » de sorte que le moi est la proie d'une obsession. Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 140.

³⁹¹ « La relation avec Autrui me met en question, me vide de moi-même et ne cesse de me vider, en me découvrant ainsi des ressources toujours nouvelles. Je ne me savais pas si riche, mais je n'ai plus le droit de rien garder. La Désir d'Autrui est-il un appétit ou une générosité ? Le Désirable ne comble pas mon Désir, mais le creuse, me nourrissant en quelque manière de nouvelles faims ». Levinas E., *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, p. 270.

³⁹² Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 6.

comptes, qu'[il] calcule les intermédiaires ou les moyens »³⁹³. Néanmoins, par le fait même de la résistance qu'il fait à l'être, le moi demeure lié à la totalité de l'être : « l'existant fait contrat avec l'existence »³⁹⁴. L'*ego* reste en fin de compte limité par son propre pouvoir d'être. C'est précisément à l'égard de cette « limitation à soi »³⁹⁵ que l'infinition libère cet « éclat de l'extériorité »³⁹⁶ qui « brise la totalité »³⁹⁷ lors de la rencontre de l'autre.

Il ressort de tout ceci que l'infinition serait impossible sans l'*ego* s'opposant à l'anonymat de l'être comme une origine et un commencement, car elle « se produit par l'étant qui ne s'empêtre pas dans l'être, qui peut prendre ses distances à l'égard de l'être »³⁹⁸. En même temps, c'est bien l'événement de la rencontre avec autrui qui joue le rôle constitutif de la vie du sujet. En effet, comme nous l'avons noté plus haut, malgré sa plénitude et son pouvoir, le moi, séparé de l'être, reste au fond pauvre et limité par son égoïsme même.

La question qui se pose, dans ce cas, est la suivante : y aurait-il, entre ces deux pôles, un moment originaire ? Ou s'agit-il ici d'un « cercle herméneutique exemplaire »³⁹⁹ ou au contraire d'un « “clignotement” entre des phases d'excession et des phases immanentes aux contraintes propres au champ phénoménologique »⁴⁰⁰ ? À l'encontre de ces hypothèses, nous parlerions plutôt d'une simultanéité contradictoire⁴⁰¹ de deux mouvements inversement orientés, établissant une

³⁹³ *Ibid.*, p. 7.

³⁹⁴ Levinas E., *De l'existence à l'existant*, p. 37.

³⁹⁵ Levinas E., *Altérité et transcendance*, p. 72.

³⁹⁶ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. XIII.

³⁹⁷ *Ibid.*

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 257.

³⁹⁹ Comme le soutient Jean-Luc Marion : « Seul autrui récuse l'anonymat de l'exister, mais autrui ne devient accessible qu'à un *je* lui-même déjà arraché à cet anonymat par l'épreuve de ce même autrui ». Marion Jean-Luc, « D'autrui à l'individu », in Levinas E., *Positivité et transcendance (suivi de Lévinas et la phénoménologie)*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 157.

⁴⁰⁰ Sebbah F.-D., *L'épreuve de la limite. Derrida, Henry, Lévinas et la phénoménologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001, p. 38. Voir également Sebbah F.-D., *Lévinas*, Paris, Perrin, p. 66 : « *Suivant le point de vue adopté*, il est aussi légitime de dire que la subjectivité en son immanence précède toujours déjà la transcendance de l'Autre, que le contraire », puisque « s'il y a une indéniable priorité originaire de l'Autre sur le sujet chez Levinas – puisque l'Autre me donne à moi-même de me creuser ; inversement, il faut que je sois moi, moi me nourrissant du Monde, et me faisant être ainsi *depuis* ma consommation des nourritures terrestres, pour être susceptible d'accueillir l'Autre qui pourtant me précède ».

⁴⁰¹ Cette notion a été introduite par Freud dans ses analyses d'une station hystérique. En utilisant ce terme dans notre travail, nous nous appuyons sur les développements de ce concept faits par J.-C. Goddard. Dans ses recherches, il propose de sortir du cadre imposé par la philosophie moderne, car celle-ci reste incapable de penser ce qui dépasse son système, unique et univoque, où l'imprévisible, frappant par sa force déstabilisante, reste méconnu par la raison qui cherche à se l'approprier et à l'interpréter. Au lieu de neutraliser l'imprévisible, qui échappe à l'exigence de la transparence du système, il s'agit de le reconnaître comme problème, qui ne

dynamique centripète-centrifuge grâce à laquelle la distance qui constitue la relation entre le moi et autrui est « infranchissable et, à la fois, franchie »⁴⁰². Nous estimons que la séparation initialement limitée ne se définit pas exclusivement en fonction de l'infinition effectuée par l'altérité, mais qu'au même titre que l'infinition, la limitation décrit le moment essentiel de la vie subjective qui est une rencontre avec autrui. Le moi reste, en effet, lié à l'être au moment même où il s'oppose à celui-ci. Pour cette raison, dans le rapport à autrui, il n'est jamais question d'*annuler* le contrat entre l'existence et l'être⁴⁰³, il pourrait seulement être *dépassé* dans un « dur travail sur soi »⁴⁰⁴, en accueillant l'autre.

Ces considérations nous mènent à souligner une véritable tension qui se joue dans la rencontre avec autrui. Levinas nous laisse entendre cela quand il explique que « se poser comme responsable » implique de « se poser [...] comme plus et comme moins que l'être qui se présente dans le visage »⁴⁰⁵. La tension présente dans l'épreuve d'être « moins » et, en même temps, « plus » que l'autre est commandée par le fait, que le moi, devant autrui – qui, transcendant, « vient d'une dimension de hauteur » pour juger et appeler le moi à la responsabilité –, doit trouver un « pouvoir répondre » à cet appel. Il doit être « plus » qu'autrui pour pouvoir lui donner, et à la fois il faut qu'il soit « moins » que lui pour entendre son appel.

Les deux tendances doivent être également présentes pour que puisse en surgir un sujet éthique. Il convient de souligner qu'il ne s'agit pas ici de deux étapes successives, comme si d'abord il fallait être « moins » qu'autrui, dans une position de réception d'un message venant d'un Très-Haut, pour ensuite prendre une posture active où j'aurais quelque chose en plus par rapport à l'autre et que je pourrais dès lors lui offrir. Levinas nous suggère que le moi doit tenir en quelque sorte à sa position du moins afin d'éviter que la responsabilité soit assumée et qu'elle se transforme en une arrogance de celui qui dans un geste paternaliste tend

demande aucune résolution, car il n'existe pas de résolution possible. C'est précisément l'approche phénoménologique qui laisse penser la possibilité de l'absence de la revendication des conditions de possibilité, c'est-à-dire où la structure révélée d'un phénomène ne présente pas le résultat de son effectuation, mais un modèle, une figure de sa réalisation. Pour J.-C. Goddard ce modèle est une figure de la simultanéité contradictoire qui sort des oppositions essence-apparence, principe-principié. Goddard Jean-Christophe, « Simultanéité contradictoire et station hystérique », dans le Workshop « Figures de la simultanéité contradictoire » organisé par le programme « Subjectivité et aliénation. Métaphysique de la subjectivité et philosophie sociale », 28-29 mai 2010 à l'Université Toulouse II-Le Mirail.

⁴⁰² Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 33.

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 31.

⁴⁰⁴ Levinas E., *Altérité et transcendance*, p. 101.

⁴⁰⁵ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 190.

la main au nécessaire. Or, de même, il doit toujours se montrer « plus » qu'autrui pour faire preuve de sa générosité, pour « arracher-le-pain-de-sa-bouche »⁴⁰⁶. L'asymétrie du Désir métaphysique, qui surgit dans le moi et vise l'autre, peut être assurée uniquement en tant que rapport avec la supériorité extérieure qui ordonne et s'impose, c'est-à-dire comme « rapport entre le fini et l'infini », qui, en même temps, « ne consiste pas, pour le fini, à s'absorber dans ce qui lui fait face, mais à demeurer dans son être propre, à s'y tenir, à agir ici-bas »⁴⁰⁷.

Le fait que le Désir métaphysique de l'autre ne peut surgir que dans le moi qui s'oppose à la totalité de l'être, de même que malgré sa plénitude et son pouvoir, le moi est séparé de l'être par l'opposition qui le fait rester rivé à cet être même, montrent alors la nécessité de penser la vie subjective non seulement comme une *infinition*, c'est-à-dire comme le mouvement de l'ouverture du moi vers l'autre, mais aussi comme une *limitation*. Cette limitation qui s'enracine dans la condition ontologique du moi est au fond la limitation de l'appel à la responsabilité devant autrui, permettant au moi de tenter de lui répondre. Mais qu'on ne s'y trompe pas : étant donné que cette limitation de l'appel n'annule pas la disproportion de celui-ci, elle ne signifie pas l'insuffisance du moi, mais une révélation de l'idée de l'infini dans le visage de l'autre. Sans se réduire à une simple corrélation de l'infinition qui se produit dans la rencontre avec autrui, la limitation de l'appel est essentielle au Désir métaphysique de l'autre, à l'épreuve même de son impossible satisfaction.

8.2. Visage, image, trace

La dynamique complexe en jeu au cœur de la subjectivation reçoit sa concrétisation dans le « phénomène paradigmatique »⁴⁰⁸ du visage. Ce concept lévinassien a fait son lit dans le vocabulaire de la phénoménologie francophone et est devenu une référence importante pour penser les rapports à autrui. Nous reprenons cette notion qui nous sera indispensable pour l'analyse du rapport clinique. Or avant de nous tourner à l'analyse de la rencontre entre le psychiatre et son malade, il nous incombe préalablement de clarifier le terme « visage » en distinguant les nuances que lui apporte l'idée de limitation de la responsabilité que nous avons mise en avant dans la première section du présent chapitre.

⁴⁰⁶ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 111.

⁴⁰⁷ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 268.

⁴⁰⁸ Marion Jean-Luc, « D'autrui à l'individu », in Levinas E., *Positivité et transcendance (suivi de Lévinas et la phénoménologie)*, p. 159.

Levinas désigne par le concept de visage la « manière dont se présente l'Autre, dépassant *l'idée de l'Autre en moi* »⁴⁰⁹. La manière de l'apparaître d'autrui est donc marquée par une certaine ambiguïté. D'un côté, autrui se donne dans son visage de telle manière qu'il ne se trouve pas derrière lui : le visage n'est pas seulement un aspect, une partie ou un rideau – autre homme « est absolument présent dans son visage »⁴¹⁰. D'un autre côté, autrui est « l'incessant surplus » de sens : il dépasse toute idée que l'on aurait pu de lui.

Afin d'expliquer cette ambiguïté, Levinas cherche à clarifier ce que l'on désigne couramment au moyen du terme de « visage » lorsque nous parlons d'autrui. Il propose notamment de faire une différence entre le visage et la face, la surface visible. Le visage n'est ni la bouche, ni le nez, ni non plus les yeux de la personne⁴¹¹. Il s'agit donc d'abord de distinguer le visage de tout ce qui est visible, en soulignant ainsi qu'autrui ne s'épuise pas dans son apparence physique. Le visage, dans ce sens, est conceptuellement invisible. Cela veut dire avant tout qu'il est impossible d'assigner à autrui une spatialité⁴¹². En même temps, le visage n'est

⁴⁰⁹ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 21.

⁴¹⁰ « Mais la relation de face à face n'est pas seulement rêvée par les philosophes, parce que, oublieux de l'Être, ils auraient coupé la "pensée objective" de ses profondes racines. Cette relation s'accomplit dans l'accueil d'Autrui où, absolument présent, dans son visage, Autrui – sans aucune métaphore – me fait face ». Levinas E., *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, p. 259.

⁴¹¹ « Le visage est présent dans son refus d'être contenu. Dans ce sens il ne saurait être compris, c'est-à-dire englobé. Ni vu, ni touché – car dans la sensation visuelle ou tactile, l'identité du moi enveloppe l'altérité de l'objet qui précisément devient contenu » Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 211.

⁴¹² Selon Levinas, pour la vision toute distance est surmontable et il n'y a rien qui pourrait être véritablement extérieur et inatteignable pour elle : « La vision, dit Levinas, s'ouvre sur une perspective, sur un horizon et décrit une distance franchissable ». *Ibid.*, p. 165.

Certes, l'identification de la vision et de la connaissance a une longue tradition dans l'histoire de la philosophie ainsi qu'en théologie. Or, en refusant au visage la visibilité de la face (de la bouche, du nez, etc.), implicitement, Levinas définit en même temps l'invisibilité à partir d'une certaine notion d'espace. À cette remarque de Derrida, Levinas répondrait que le Très-Haut ne fait pas partie de l'espace, mais le dépasse. « Si la hauteur du très-haut, serions-nous tenté de dire, *n'appartient pas* à l'espace [...] ce n'est pas d'être étrangère à l'espace, mais d'être, (dans) l'espace, l'origine de l'espace, d'orienter l'espace à partir de la parole et du regard, du visage, du chef qui commande de haut le corps et l'espace ». Derrida Jacques, « Violence et métaphysique. Essai sur la pensée d'Emmanuel Levinas », in Derrida J., *L'écriture et la différence*, Paris, Édition du Seuil, p. 149. Toutefois, il nous paraît justifié de demander, avec Derrida, « quelle est la nécessité de cette inscription du langage dans l'espace au moment même où il l'excède ? » (*Ibid.*, p. 139). Pour bien situer la position lévinassienne il importe de mettre au grand jour la notion d'espace mobilisée pour rendre compte de la signification du visage dans la rencontre avec autrui.

Suivant les descriptions du visage en tant que surface visible, nous remarquons que Levinas reprend la définition d'espace développée, à la fois, par la philosophie classique, de Platon à Kant, et par les sciences mathématiques. « Considéré en lui-même, écrit Levinas, l'espace éclairé, vidé par la lumière de l'obscurité qui le remplit, n'est rien » Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 164. En effet, selon cette conception dite classique, l'espace est ce qui sous-tend la perception: il n'est pas comme tel visuel, par contre c'est *dans* l'espace que la vision se situe.

pas quelque chose qui se cacherait derrière la façade du sensible. D'un point de vue phénoménologique, il est donc question de ne pas assimiler le visage à un contenu de représentation. De même que l'idée de l'infini est la disproportion entre l'idée et son *ideatum*, le visage est la percée du sensible, il troue l'horizon de la conscience, en ouvrant l'immanence à la transcendance.

Invisible et ir-représentable, comment autrui vient-il alors à ma rencontre ?
– En s'adressant à moi. Autrui me parle, ainsi apparaît-il non pas comme le *quoi*, mais le *qui* du discours.

Le visage, encore chose parmi les choses, perce la forme qui le délimite. Ce qui veut dire concrètement : le visage me parle et par là m'invite à une relation sans commune mesure avec un pouvoir qui s'exerce, fût-il jouissance ou connaissance. Et cependant, cette nouvelle dimension s'ouvre dans l'apparence sensible du visage. L'ouverture permanente des contours de sa forme dans l'expression emprisonne dans une caricature cette ouverture qui fait éclater la forme. Le visage à la limite de la sainteté et de la caricature s'offre donc encore dans un sens à des pouvoirs. Dans un sens seulement : la profondeur qui s'ouvre dans cette sensibilité modifie la nature même du pouvoir qui ne peut dès lors plus prendre, mais peut tuer.⁴¹³

Entendre autrui me parler, mais aussi lui parler transforme radicalement le sens de mon existence : sa dimension éthique apparaît. Dans le rapport à autrui je me découvre moi-même non pas comme un *ego* qui côtoie d'autres *ego*, à la manière dont je tombe sur des choses, voire à la façon dont je fais face à des situations. Je suis profondément concerné par lui et cela en raison de sa manière même de se présenter devant moi que Levinas appelle « la nudité du besogneux »⁴¹⁴. Autrui apparaît comme celui qui compte sur moi : non seulement il me parle, mais il m'appelle à prendre soin de lui. C'est là que je me révèle à moi-même en plus d'être celui qui pourrait connaître autrui, aussi et surtout comme celui qui pourrait le tuer, lui infliger la souffrance, mais également, comme celui qui pourrait être bon envers lui et qui pourrait prendre soin de lui. Je me découvre dans un rapport principiellement non neutre à autrui, qui ne m'est alors

Dans la conception kantienne de l'espace, à laquelle Levinas renvoie constamment, et qui prend sa source dans la philosophie de Descartes, l'espace est un espace « éclairé », c'est-à-dire le croisement des lignes droites de la lumière qui construisent « au fond de l'œil » le tableau du monde. Levinas E., *De l'existence à l'existant*, p. 75. Il est à noter que ce n'est pas par hasard que la philosophie cartésienne fut contemporaine du développement de l'optique géométrique : le sujet de la philosophie moderne n'est que « le point géométral », le point de la perspective linéaire dont la fonction est d'ordonner l'espace. Sans pouvoir entrer dans les détails, notons que cette compréhension de l'espace était beaucoup contestée au sein de la phénoménologie française et notamment par Merleau-Ponty, qui lui opposait l'idée de l'espace topologique qui pourrait, à la différence de l'espace mathématisé de rendre compte de la manière dont le corps propre habite le monde, de sa gestualité et de son expressivité comme constitutifs de toute épreuve.

⁴¹³ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 172.

⁴¹⁴ Levinas E., *De Dieu qui vient à l'idée*, p. 156.

pas indifférent. Dans cette perspective, nous explique Levinas, la réponse que donne Caïn au moment où il est interrogé sur son frère doit être prise au sérieux :

Il ne faut pas prendre la réponse de Caïn comme s'il se moquait de Dieu, ou comme s'il répondait en petit garçon : « Ce n'est pas moi, c'est l'autre ». La réponse de Caïn est sincère. Dans sa réponse manque seulement l'éthique, il y a de l'ontologie seulement : moi c'est moi et lui c'est lui. Nous sommes des êtres ontologiquement séparés.⁴¹⁵

Quand autrui me parle, je ne peux pas le « laisser être »⁴¹⁶. En fait, je découvre qu'il y a de choses que je ne peux plus faire, mais non pas au sens où mon pouvoir serait contraint par un autre pouvoir, plus grand que le mien, mais au sens où mon pouvoir, le « je peux » même, est mis en question dans sa prétention à la toute-puissance. Mon rapport, qui jusque-là était celui de l'ordre de l'être, se transforme (si nous devons imaginer, pour des raisons plutôt didactiques, une pareille succession logique) dans un rapport éthique à autrui⁴¹⁷. La non-phénoménalité du visage relève précisément de cette « modification » de mon rapport au monde.

En même temps, le caractère véritablement complexe du visage tient au fait que l'ouverture vers l'autrement qu'être ne déconnecte pas totalement le visage de la dimension du sensible. C'est pourquoi, au lieu d'insister sur le fait qu'autrui est invisible et inconcevable, il convient plutôt de parler du fait que son apparition est celle de la trace : il ne se présente qu'en tant que toujours déjà passé, c'est-à-dire celui qui n'est plus présent et en plus comme celui de la présence de qui je ne pas retenir à la manière d'un souvenir. Autrui c'est le passé d'autrui, le passé qui ne pourrait jamais devenir mien⁴¹⁸. Le signe du passé « immémorial », la

⁴¹⁵ Levinas E., *Entre nous*, p. 120.

⁴¹⁶ « Se rapporter à l'étant en tant qu'étant signifie, pour Heidegger, laisser-être l'étant, le comprendre comme indépendant de la perception qui le découvre et le saisit. Par cette compréhension précisément il se donne comme étant et non seulement comme objet. L'être-avec-autrui – le *Miteinandersein* – repose ainsi pour Heidegger sur la relation ontologique. Nous répondrons : dans notre relation avec autrui, s'agit-il de le *laisser-être* ? L'indépendance d'autrui s'accomplit-elle pas dans son rôle d'interpellé ? Celui à qui on parle est-il, au préalable, compris dans son être ? Nullement. Autrui n'est pas objet de compréhension d'abord et interlocuteur ensuite. Les deux relations se confondent. Autrement dit, de la compréhension d'autrui est inséparable son invocation ». *Ibid.*, p. 17.

⁴¹⁷ « Là où j'aurais pu rester spectateur, je suis responsable, c'est-à-dire encore, parlant. Rien n'est plus théâtre, le drame n'est plus jeu. Tout est grave ». Levinas E., *Humanisme de l'autre homme*, p. 86.

⁴¹⁸ La notion de trace apparaît pour la première fois dans un article de 1962, juste un an après la parution de *Totalité et Infini*, où elle figure comme synonyme du visage. « *A priori* et la subjectivité », in *Revue de Métaphysique et de Morale*, Paris, Colin, 1962, n°4, repris dans Levinas E., *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, pp. 261-283, et puis elle devient centrale dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*.

trace est alors l'opposé de l'image qui, elle, sert à représenter un phénomène en chair et en os.

La description de la conversion éthique que nous propose Levinas nous livre le sens de l'éthique en tant qu'approche d'autrui comme personne infiniment transcendante, c'est-à-dire comme celui que le moi se retient de prendre pour une unité psycho-physique analogue à moi et envers qui il ne peut pas adopter une attitude cognitive (qui privilégie de comprendre l'autre personne à partir des visées de la conscience). Le rapport éthique à l'autre, vu comme une attitude prise à son égard, ne se produit toutefois pas automatiquement et même une fois assumée risque d'être renversée à tout moment⁴¹⁹. Même dépassé, l'élément ontologique du face-à-face n'est jamais annulé. La distinction entre le visage et la surface visible sert justement à souligner que la rencontre avec une personne a toujours un double sens : celui qui relève du contexte socioculturel et celui – éthique – qui perce ce contexte et qui est, selon Levinas, a une priorité. La complexité du phénomène d'autrui, apparaissant tantôt comme le visage, tantôt comme l'image reflète dès lors la possibilité de suivre deux lignes principales de conduite à l'égard d'autrui : celle de la prise en charge responsable, et celle de la violence, où on ne voit pas le visage, où l'on appréhende à partir de l'image que nous avons de lui et non pas de ce que la rencontre avec lui apporte d'inouï et de l'imprévisible ; autrement dit où on reste « sourd à autrui »⁴²⁰, sans entendre son appel, ou, en tout cas, en faisant comme si l'appel n'a jamais été entendu.

La possibilité de rester indifférent à autrui est donc présente dans toute rencontre. Au moment où la relation implique plus que deux personnes, le risque augmente. Il semble même que pour Levinas il ne soit pas question du risque : toute forme de relation sociale demande une comparaison des personnes uniques, incomparables *per se*. Dans la recherche de la justice pour l'autre, pour moi et pour le tiers, autrui semble alors perdre nécessairement son visage et apparaître comme une image parmi d'autres. Il est vrai que, comparables, saisis à partir de mêmes critères physiques — qui, certes, varient d'homme à homme, mais nous servent tout de même de dénominateur commun — les gens se ressemblent. Dans ce sens, en parlant des interactions sociales, il convient effectivement de se servir,

⁴¹⁹ Il ne s'agit évidemment pas décrire la situation comme si le rapport éthique relevait de l'acte de volonté. Pour Levinas, le rapport éthique à autrui n'est pas une simple attitude, et dans ce sens n'est pas un engagement que le sujet prend à l'égard d'autrui. Autrui joue un rôle dans la constitution même de la subjectivité, entendue dès lors comme interpellée et tenue de répondre.

⁴²⁰ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 107.

comme le fait Levinas lui-même, du terme « masque » plutôt que celui de « visage »⁴²¹. Interchangeables, appartenant à tout le monde et à personne en particulier, les masques créent, telles des catégories abstraites, une sorte de médiation entre les gens, en les privant en même temps de la possibilité de voir dans la personne un autrui dans son altérité radicale. Devenu un masque, le visage s'efface derrière lui, il est « dé-visagé »⁴²². C'est en effet, en regardant autrui de plus près, en le fixant avec notre regard, en la dévisageant donc que nous n'apercevons que les traits visibles de la surface par laquelle il se donne à nous sans voir son visage dans le sens lévinassien du terme.

Or, comme nous l'avons soutenu auparavant, si la vie à plusieurs produit nécessairement la limitation de la responsabilité et dès lors, avec elle, le dé-visagement, la possibilité d'une telle attitude se trouve dans le fait que tout rapport à autrui est initialement complexe. Autrement dit, la dilution de l'altérité d'autrui dans l'universel qui semble être provoquée par la venue du tiers est en fait inhérente (« déjà ») à la relation duelle et dans ce sens, elle ne provient pas de la multiplicité, mais d'une transformation du rapport à autrui. Cela ne veut pas dire que la prise en compte du tiers n'apporte pas l'augmentation du risque de rester indifférent envers autrui. Il convient tout de même de remarquer que le changement en jeu est qualitatif et non pas quantitatif. Cela implique, à notre sens, que l'analyse de l'articulation entre les deux types de rapport – envers autrui et envers le tiers – doit être approfondie sur le plan de la subjectivité à savoir au niveau de la représentation et de l'imagination.

L'analyse de la prise en compte du tiers montre qu'en réalité la ligne de partage qui sépare le visage de l'image est beaucoup plus floue que ce que l'on croyait quand l'analyse était limitée au face-à-face avec autrui. Nous nous rendons compte notamment de la difficulté de faire l'abstraction du contexte socio-historique dans le rapport à autrui. Si dans l'analyse des rapports à l'ensemble des personnes ce fait est évident, alors se pose la question : comment pourrait être justifiée cette abstraction dans l'analyse du rapport singulier à autrui ? Il est clair que les deux attitudes que nous présente Levinas sont des cas paradigmatiques –

⁴²¹ Levinas souligne par ailleurs que lorsque la personne est morte son visage « n'apparaît plus comme visage », mais il devient « forme », « masque mortuaire ». *Ibid.*, p. 239.

⁴²² « Dans la comparaison de l'incomparable serait la naissance latente de la représentation [...] À partir de la représentation se produit l'ordre de la justice modérant ou mesurant la *substitution* de moi à l'autre en restituant le soi au calcul. La justice exige la contemporanéité de la représentation. C'est ainsi que le prochain devient visible, et dé-visagé, se présente, et qu'il y a aussi justice pour moi ». Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 247. Voir aussi Minister S., *De-facing the other : reason, ethics, et politics after difference*, Milwaukee, Wis., Marquette university press, 2012.

une présente un rapport éthique envers autrui et l'autre le rapport non-éthique. Ce dispositif n'épuise certainement pas la diversité et la richesse des relations interhumaines, mais il constitue un cadre transcendantal grâce auquel nous pouvons saisir l'avènement du sens de l'éthique. Or dans ce cas, nous tenons à préciser que les rapports au sein d'une société ne se déploient jamais uniquement sur le mode éthique ou non-éthique. De manière générale, autrui n'est jamais complètement absorbé par la surface visible, il apparaît à la fois visible et invisible, deux sens – éthique et ontologique – de son apparaître étant intimement entrelacés. Le phénomène de l'expressivité (faciale, gestuelle, corporelle) témoigne clairement de ce fait — jamais simplement visible ni invisible, l'expressivité montre que le lien entre le masque et le visage n'est pas unilatéral.

En vue de ces considérations, il nous semble nécessaire de conclure que l'idée de l'effacement du visage dans l'image doit être précisée. En admettant qu'il existe la possibilité d'une politique où la vérité éthique serait préservée, la responsabilité envers autrui étant justement limitée, nous pouvons alors envisager une image qui malgré l'oblitération du visage qu'elle produit garde tout de même la trace de ce dernier⁴²³. Nous devons donc présupposer une possibilité de déconnecter la visualisation de l'autre et son dévisagement. En d'autres termes, la visualisation (ou la visibilisation) peut porter un autre sens, celui qui ne serait pas une transformation du visage dans le masque.

En fait, la conscience ne peut pas s'empêcher à représenter l'infini : elle ne peut pas s'abstenir de rendre compte par les moyens qui sont les siens de la situation qui renvoie à une dimension qui lui est tout à fait étrangère. C'est pourquoi la prise en compte de la multiplicité est inévitablement la thématization, la représentation et la visibilisation, qui recouvrent l'altérité d'autrui au profit du statut du citoyen. En même temps, il nous semble possible d'affirmer que la représentation ne compromet pas (nécessairement) l'infini, mais, à l'inverse,

⁴²³ Levinas utilise parfois l'art comme un exemple de l'oblitération. En même temps, pour le philosophe français, l'oblitération du visage d'autrui, qui a lieu dans le travail d'artiste, ne manque pas de signaler ce *jadis profond éthique* qui régit le rapport à l'autre personne. Ainsi, l'œuvre artistique comme celle de Sosno tout en étant un « double de l'être », garde en lui la trace de l'autrement qu'être. Elle nous parle du passé, de ce « il y a une fois... » auquel nous n'avons plus accès, mais qui n'arrête pas de nous affecter, l'absence étant sensible. Et pourtant il nous est impossible, dit Levinas, de dire simplement que « quelque chose n'est pas là ». Il convient mieux, en revanche, de dire qu'« il n'y a plus » : « Dans une émission radiophonique, j'entendais parler d'un poète – je crois que ce fut Rilke – devenu aveugle, et qui disait que sa mère souffrait beaucoup non pas du fait qu'il ne voie pas, mais qu'il ne voie plus. L'art finalement représente les choses comme venant d'un profond jadis. "Il y avait une fois" ». Levinas E., *De l'oblitération. Entretien avec Françoise Armengaud à propos de l'œuvre de Sosno*, Paris, Éditions de la Différence, 1990, p. 32.

révèle son caractère propre en tant que dépassant toute idée intelligible. De même, le dépassement par autrui de son image est inséparable, à notre sens, de sa visualisation à l'aide de cette image.

Par conséquent, il nous semble que nous pouvons voir la visualisation non seulement comme processus négatif de l'effacement du visage, mais également comme positif qui relève de la limitation de la responsabilité. Rappelons que notre hypothèse consiste à dire que la limitation et l'infinition ne s'absorbent pas mutuellement ni ne demeurent dans un état de contradiction aporétique. Dès lors, loin d'entrer en conflit, ils créent une tension fondamentale, un décalage opératoire qui ouvre l'espace pour une (re)configuration du soi, le mouvement du surgissement du soi étant un mouvement double, centripète-centrifuge, qui au lieu de se renfermer sur lui-même demeure dans un devenir transformateur, c'est-à-dire, dans la perspective lévinassienne, dans une « conversion » (éthique).

Déconnecter la visualisation du dévisagement, ou considérer la visualisation en tant que fait à partir duquel se construit un rapport avec l'autre, nous permet de ne pas voir dans le couple de la limitation de la responsabilité et de l'infinition de la responsabilité une corrélation à deux types de rapport possible envers autrui, c'est-à-dire une corrélation acte éthique/acte non-éthique. La limitation ne mène pas nécessairement à l'oubli de l'autre. La connotation de ce terme n'est donc pas uniquement négative, mais également positive, car il renvoie à l'idée d'infinition.

La manière ambiguë dont apparaît autrui – tantôt unique, comme l'idée de l'Infini, tantôt comme une personne parmi d'autres – témoigne de cette tension qui se crée alors entre l'idée de l'altérité et la façon, dont autrui se phénoménalise pour le moi. Autrui apparaît, en effet, à la fois comme physionomie, face extérieure, image visible dont les traits essentiels sont universels, partagés par tout le monde, et comme visage qui reste invisible et intouchable – comme le *qui* du discours adressé à moi, mais auquel la conscience constitutive et réflexive n'a pas d'accès, qu'elle ne peut pas se représenter. L'image dé-visagée et le visage se présentent, par conséquent, comme deux extrémités du même mouvement d'apparaître qui se réalise tantôt selon les règles de la vie sociale tantôt, ou plutôt en même temps, comme l'épiphanie de l'altérité absolue.

8.3. Situation complexe du psychiatre

À présent, revenons-nous au problème que nous avons formulé dans le chapitre précédent concernant le rapport soignant/soigné abordé du point de vue de l'activité professionnelle du psychiatre. La phénoménologie lévinassienne nous paraît réellement utile pour cette discussion : grâce aux concepts de limitation et d'infinition nous envisageons une tension qui s'installe entre l'être-médecin et l'être-proche et qui constitue, à notre sens, la spécificité de la situation du psychiatre.

Précisons d'entrée de jeu que nous ne nous intéressons pas, ici, à la manière dont cette tension peut se résoudre, à savoir aux différentes postures que le médecin peut effectivement prendre envers son patient. Nous voulons dégager la manière même dont le problème – quelle attitude adopter dans telles ou telles conditions ? – se pose. Nous voulons mettre au clair ce que cela signifie, pour une personne, d'exercer une pratique psychiatrique en s'orientant entre deux pôles – éthique et professionnel⁴²⁴ – et de chercher à se rapporter à l'autre en tant que son prochain ou, inversement, à approcher autrui en respect de son altérité lorsque cette personne fait son métier.

Or, il nous faut remarquer qu'en posant le problème de cette manière nous sommes toujours enfermé dans un dilemme humain/professionnel qui conduit, à notre avis, à une impasse. Plus que cela, la distinction entre la limitation et l'infinition de la responsabilité que nous venons de poser pourrait paraître trop suggestive : en partant de cette distinction, on pourrait avoir la tentation de dire que l'idée de limitation de responsabilité convient à l'étude objectivante de la médecine, tandis que celle de l'infinition semble décrire parfaitement l'attitude humaine. Mais cela impliquerait de retomber dans une lecture trop rapide de l'œuvre lévinassienne. Notre hypothèse consiste, au contraire, à dire que nous pouvons faire appel aux textes du philosophe sous une autre perspective.

Rappelons brièvement que la tension que nous avons dégagée comme constitutive de la vie subjective, concerne le fait, d'une part, que la responsabilité pour autrui s'agrandit au fur et à mesure qu'elle s'assume, et d'autre part, qu'elle

⁴²⁴ « L'éthique du médecin est une éthique professionnelle qui ne se confond pas non plus avec l'éthique générale [...]. En particulier, elle ne lui interdit nullement – surtout si elle est présentement la seule possible – de se borner à une action purement technique et la psychiatrie du symptôme n'est pas plus contre l'éthique du médecin que la psychiatrie du phénomène. Plus exactement même, il faut dire qu'il ne s'agit pas là de deux psychiatries entre lesquelles on devrait opter mais des deux pôles d'une même et unique psychiatrie ». Tatossian A., *Psychiatrie phénoménologique*, p. 282.

est continuellement limitée par le contexte social. Cette tension s'aperçoit au moment où se pose la question du phénomène d'autrui, c'est-à-dire au moment où se décide le fait que la personne apparaît en tant que phénomène intelligible – et donc comparable aux autres –, ou qu'elle me reste absolument étrangère, irreprésentable, inimaginable. La conjugaison de ces deux éléments constitue le rapport à autrui, en tant qu'ils sont en réalité inséparables : de même qu'il est impossible de faire abstraction du contexte social, la vérité éthique ne cesse de transparaître dans la vie de tous les jours. Aucune attitude humaine ne peut réellement être considérée comme complètement déconnectée de l'attitude naturelle, laquelle n'est pas libre des clichés et des doxas formateurs de notre vision d'autrui. Mais qu'on ne s'y trompe pas : ce qui nous permet d'envisager l'idée de dynamique de la vie subjective, en tant que tension entre l'infinition et la limitation de la responsabilité, n'est pas le fait que la personne peut *conjuguer* à tout moment les deux attitudes. Ce que nous voulons montrer, c'est que, pour la personne, cette dynamique est constitutive.

Une fois ces remarques sont prises en compte, il devient alors clair qu'il serait hâtif d'expliquer exclusivement la posture du médecin-professionnel à partir de la figure de la limitation de la responsabilité. Il est vrai que cette dernière travaille en vue de l'appréhension du phénomène en tant qu'intelligible, de sorte que l'autre personne apparaît comme dé-visagée – au sens de privée de visage, c'est-à-dire privée, justement, de la possibilité de ne pas apparaître comme ceci ou cela, mais au contraire de garder l'énigme de sa présence comme signe de sa transcendance absolue. Or, dans les pages qui précèdent, nous avons insisté sur le fait que l'on pourrait envisager de déconnecter l'idée de visualisation de celle de l'effacement du visage, en mettant ainsi en avant le sens positif de la limitation. Que peut-on tirer de cette réflexion pour la compréhension de la position occupée par le psychiatre lors de la rencontre clinique ?

Pour pouvoir aborder cette question, il nous reste à préciser un élément qui ressort de notre lecture de Levinas : la limitation n'est pas un processus toujours déjà en marche. L'image de la tension ne montre pas un mouvement perpétuel, dans lequel la limitation et l'infinition se transforment l'une dans l'autre, se complètent, en formant pour ainsi dire un cercle, et se suffisent mutuellement pour entretenir la dynamique. Même si l'autre, selon les dires du philosophe, est d'ores et déjà dans le même, cela implique néanmoins le moment où cette dynamique se met en place : le moment où l'autre m'affecte de telle sorte que je me retrouve

dans l'obligation à lui répondre. Or le propre de ce moment est qu'il est indéterminable, qu'il appartient au « passé immémorial »⁴²⁵.

Nous pourrions essayer de discerner dans la pratique clinique ce moment de la mise en marche de la dynamique de limitation, ou, comme le dit Levinas, de la *mise* dans le moi de l'idée de l'infini. Nous suggérons qu'il s'agit ici de l'instant où « quelque chose s'impose au psychiatre comme mélancolique ». Dans notre étude, nous sommes occupé, à plusieurs reprises, à examiner cet instant qui ressort des analyses binswangeriennes. Nous avons soutenu que la phénoménologie est précisément appelée pour rendre compte de ce « quelque chose » et surtout de sa façon de « s'imposer » au psychiatre. Au regard de nos derniers développements, nous pouvons identifier ce moment comme inaugural pour la dynamique de limitation/infini. D'une part, la force avec laquelle ce quelque chose s'impose au psychiatre renvoie à la manière dont autrui prend le sujet en otage : « indésirable »⁴²⁶ il se trouve à la source du Désir métaphysique en devenant l'"objet" de l'obsession. D'autre part, la limitation est ici en jeu dans la mesure où le médecin (pas encore phénoménologue) est amené à rendre compte de l'événement de la rencontre avec la folie à l'aide du concept psychopathologique – celui de mélancolie –, non pas sans recouvrir par là la singularité de l'expérience de sa patiente.

Or, en admettant que l'idée de la limitation contienne en elle un sens positif, nous sommes en mesure de voir ce geste non seulement comme une tentative de faire « taire le symptôme », mais bien plutôt comme une tentative de s'approcher d'autrui. Ainsi nous saisissons le moment de la limitation dans son advenir. Nous voyons donc qu'à l'instant où le psychiatre fait le diagnostic (en prenant l'appui sur les tableaux nosologiques et nosographiques), il cherche en fait les moyens pour rendre compte de la manière dont la présence d'autrui l'affecte. Le concept psychopathologique lui sert à exprimer son vécu. C'est sur ce moment critique que la phénoménologie permet de se pencher davantage, pour penser autrement l'instant dans lequel quelque chose s'impose sous la forme d'une notion psychiatrique et pour dévoiler la dynamique complexe d'infini-limitation.

⁴²⁵ « Me voilà, dans cette responsabilité rejeté vers ce qui n'a jamais été ni ma faute, ni mon fait, vers ce qui n'a jamais été en mon pouvoir, ni en ma liberté, vers ce qui ne me vient pas en souvenir. Signifiante éthique d'un passé qui me concerne, qui "me regarde", qui est "mon affaire" en dehors de toute réminiscence, de toute rétention, de toute représentation, de toute référence à un présent sans remémorer ». Levinas E., *Altérité et transcendance*, pp. 51-52.

⁴²⁶ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 140.

Insistons : l'analyse phénoménologique ne vient pas pour recouvrir ou pour récuser tout simplement le discours psychopathologique, mais elle dévoile la « zone d'indifférenciation » qui met à nu le fonctionnement de ce discours. Autrement dit, au lieu de moraliser la situation professionnelle du médecin en montrant sa posture objectivante, nous pouvons la considérer, d'un point de vue phénoménologique, comme le moment où le psychiatre répond à l'événement qui lui arrive à l'aide des outils qui se trouvent à sa disposition. Cela permet notamment de voir qu'il s'agit ici de l'instant où le sujet se constitue en tant que médecin et que c'est aussi à cet instant que sa position peut subir un changement et le conduire à adopter, par exemple, l'attitude phénoménologique.

À ce stade d'analyse, nous voulons préciser qu'en élaborant le terme de « limite » nous prenons nos distances avec la manière dont l'utilise Natalie Depraz. Dans la première section du présent chapitre, en reprenant l'idée lévinassienne de la transgression par l'idée de l'infini de son *ideatum*, nous avons dit que, lors de cet événement, les limites de la conscience se dessinent : le moi découvre ses propres limites en s'approchant d'autrui. En même temps, nous avons attiré l'attention du lecteur sur le fait que : « Autre d'une altérité [...] ne limite pas le Même, car, limitant le Même, l'Autre ne serait pas rigoureusement Autre : par la communauté de la frontière, serait, à l'intérieur du système, encore le Même »⁴²⁷. Il est vrai que Natalie Depraz poursuit cette réflexion lorsqu'elle explique que le fou a « cette vertu singulière de m'incarner moi-même au sens où par sa présence, il élargit ma sphère d'expérience jusqu'à l'illimiter. Les fous me touchent à des zones-limites de mon expérience en vertu du caractère extrême de la leur »⁴²⁸. Pour Levinas effectivement, « la présence d'Autrui – hétéronomie privilégiée – ne heurte pas la liberté, mais l'investit »⁴²⁹. La limitation apparaît donc bien au moment où le moi s'en libère, où l'infini de la responsabilité le transforme radicalement. Cela étant, tandis que pour Natalie Depraz, la folie demeure envisageable pour celui qui rencontre le fou, la limitation que nous visons à dégager est la marque de la séparation ultime. La folie n'est pas, à notre sens, l'expérience-limite, elle ne délimite pas l'expérience saine : un abîme s'ouvre entre le deux. Ce n'est pas la lucidité qui caractérise le rapport à autrui, c'est-à-dire une élucidation des possibilités qui me sont propres à la lumière de leur déformation chez autrui, mais au contraire l'incertitude foncière, une rupture dans

⁴²⁷ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 9.

⁴²⁸ Depraz N., *Lucidité du corps. De l'empirisme transcendantal en phénoménologie*, pp. 184-185.

⁴²⁹ Levinas E., *Totalité et Infini*, p. 60.

l'expérience que produit son apparition fuyante. Si l'infinition est impensable sans la limitation, la configuration qu'elles constituent à elles deux renvoie à un troisième élément, celui de la crise.

Cette remarque nous permet revenir à la critique que nous avons adressée à l'idée de communauté avancée par la phénoménologue française. Nous avons déjà insisté sur le fait que la logique "heideggérienne" que Natalie Depraz semble reproduire dans son argument laisse dans l'ombre le fait que le moment décisif de l'instauration de la communauté avec une personne folle ne se situe pas dans le jeu de reflets entre les modes de structurations respectives de moi et d'autrui, mais bien plutôt dans la séparation absolue que je vis à l'égard d'autrui. Mais notre thèse ne remet-elle pas en cause, alors, la possibilité même d'être en communauté avec le fou ? Pour répondre à cette question, nous voudrions rappeler l'affirmation de Levinas selon laquelle le rapport à autrui ne se base pas sur quelque chose qui nous serait commun, sur ce que l'on pourrait partager. Autrui m'est proche par le fait de son étrangeté. Au terme des analyses du présent chapitre, nous pouvons approfondir davantage cette idée.

En effet, nous venons d'insister sur le fait que la limitation de la responsabilité n'est pas quelque chose qui survient (et dès lors aurait pu ne pas survenir) au rapport éthique ; non seulement la vie à plusieurs n'est pas pensable sans limitation de la responsabilité, mais en réalité, elle est le seul espoir pour la communauté éthique d'avoir lieu. C'est ainsi que nous proposons d'entendre l'« extravagante hypothèse » de Levinas. Il est incontestable que sans le tiers la trace ne s'effacerait pas dans l'image, mais il est aussi évident qu'il est impossible d'approcher autrui sans passer par la rencontre avec son visage qui se fait dans cette ambiguïté entre trace et image. De la même manière, si on reprend les termes lévinassiens : s'il faut chercher l'enracinement de la justice dans l'éthique, ce n'est pas dans le refus du visible, dans le retour à la non-ambiguïté de l'invisible, mais dans le visible même, sous la condition qu'il faut saisir ce qu'il trahit. Il reste, à notre sens, un écart entre le surgissement de l'image et l'effacement de la trace, entre la politique et la justice qui s'enracine dans l'éthique, autrement dit, entre l'État et l'État juste. Cet écart, cet abîme est à la fois un espace pour une rencontre où la conscience prend sa place. Tout comme le Dit trahit inévitablement la vérité du Dire, la trahison est la seule voie pour le Dire de faire entendre la vérité – par l'écho, par la trace qu'il laisse dans le Dit. Levinas lui-même rend compte de la difficulté :

Et cependant, misère, trace ou ombre de lui-même et accusation, le visage se fait

apparaître et épiphanie ; il se montre à une connaissance comme si le pain du connu était tout de même ultime et la connaissance – englobante. Le visage se tiendrait-il, à la fois, dans la représentation et la proximité – serait-il la communauté et la Différence ? Quel sens peut revêtir la communauté dans la Différence sans réduire la Différence ?⁴³⁰

Tout le défi est précisément dans ce « et » qui relie la communauté et la Différence : de quelle nature devrait être la conjonction pour que les deux termes – en apparence contradictoires – puissent s’y tenir ? Pour maintenir ce que Levinas appelle « énigme », cette « hésitation entre le savoir et la responsabilité, entre *être* et *se substituer à* », sans doute faut-il une forme de liaison qui irait « contre toute logique »⁴³¹. Comment, dès lors, pouvons-nous envisager la communauté qui serait fondée sur la séparation et qui ne la dissoudrait pas et qui, en même temps, pourrait effectivement relier des personnes entre elles ? Pour le philosophe, il n’y a pas de doute : tel est le sens même de la communauté humaine. Ainsi dans le chapitre précédent, nous avons vu que l’humanité est pour Levinas, une union paradoxale, qui ne s’assume pas et qui se destitue sans cesse au profit de la séparation. Le secret de « la communauté dans la Différence », c’est-à-dire la clé pour saisir le paradoxe, réside, à notre avis, dans la limitation de la responsabilité, dans la possibilité d’envisager un geste qui sans annuler la responsabilité, sans même la mettre en question, la délimite.

⁴³⁰ Levinas E., *Autrement qu'être*, p. 241.

⁴³¹ *Ibid.*

Chapitre 9 : La communauté dans la Différence

Comment penser la « communauté dans la Différence » ? Dans ce dernier chapitre, nous voudrions proposer une esquisse de ce que pourrait être une pratique qui se tiendrait à son impulsion phénoménologique et qui garderait active l'époque⁴³². Selon notre hypothèse, nous pouvons dresser les grandes lignes d'une possible mise en œuvre de la phénoménologie en nous appuyant sur la pratique de la psychothérapie institutionnelle, ce mouvement qui a participé à des premières formes de résistance à la psychiatrie dans la période des années '40-'60, c'est-à-dire avant que les humeurs antipsychiatriques ne prennent le dessus au sein du milieu critique. Dans les pages qui suivent, nous commencerons par rappeler les bases théoriques de la psychothérapie institutionnelle, avant de dégager la manière dont le concept d'institution est repensé et réintroduit dans les réflexions sur la pratique thérapeutique.

9.1. Phénoménologie de l'institution

Psychiatry could be, and some psychiatrists are, on the side of transcendancy, of genuine freedom, and of true human growth. But psychiatry can so easily be a technic of brainwashing, of inducing behaviour that is adjusted, by (preferably) non-injurious torture.⁴³³

⁴³² C'est ainsi qu'il faudrait, à notre sens, entendre la tâche de la psychiatrie phénoménologique. Nous adhérons donc au sens que Georges Lanteri-Laura donne à ce terme : « S'il y a donc une psychiatrie phénoménologique, ce n'est pas une psychiatrie qui se soumettrait à l'autorité supérieure de la phénoménologie et en recevrait la révélation, car la phénoménologie en révèle rien et n'exerce aucune autorité. [...] Il y a une attitude phénoménologique, et cette attitude peut s'adopter résolument dans plusieurs domaines, la philosophie, certes, mais aussi la psychiatrie, mais aussi la linguistique, mais aussi les sciences économiques et ainsi du reste. Le psychiatre phénoménologue, c'est pas la psychiatrie qui essaye d'appliquer à son domaine les résultats généraux acquis par je ne sais quelle science phénoménologique, mais c'est la psychiatrie que nous tentons d'édifier en conservant l'attitude phénoménologique ». Lanteri-Laura G., *La psychiatrie phénoménologique : fondements philosophiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963, p. 199.

⁴³³ Préface à Laing D., *The Divided Self*, Pelican Edition 1964.

C'est avec la dernière phrase de ce passage que nous pouvons résumer la révélation fracassante apportée par le mouvement antipsychiatrique. Sous la pression de sa critique, la psychiatrie en Europe, au Japon et aux États-Unis a été forcée de se transformer progressivement. Comme résultat nous assistons aujourd'hui à une diversification croissante du système des soins de santé mentale qui semble annoncer la désagrégation rapide de l'hôpital psychiatrique : l'hôpital est éclaté, il ouvre ses portes, il renie les frontières qui le renferment du dehors. La désaliénation progressive qui a eu lieu au cours de la deuxième moitié du XXe siècle semble avoir prouvé que l'hypothèse de l'institution psychiatrique n'est pas tenable.

La mobilisation des forces qui luttent contre les stratégies du pouvoir se produit bel et bien à l'intérieur, sur place : les fameux antipsychiatres ont été avant tout des psychiatres. Ce constat nous ramène à la première phrase de l'épigraphe tirée du travail de David Laing : « La psychiatrie pourrait être, et certains psychiatres sont du côté de la transcendance, de la vraie liberté et de la croissance humaine ». Si nous voulons prendre au sérieux cette affirmation, ce n'est pas pour souligner le potentiel réformiste de l'institution psychiatrique. Sans prétendre que la psychiatrie (européenne, américaine ou japonaise) a oublié son passé lugubre et que, grâce à des multiples réformes, elle a changé, dans ses perspectives et ses enjeux, nous voulons interroger ce qu'est l'institution psychiatrique quand nous l'approchons comme un lieu de soin des personnes souffrant de maladies mentales. Il faut déceler ce qui, dans l'institution psychiatrique et quelque part malgré elle, nous permet d'envisager un futur sans hôpitaux psychiatriques.

Pour notre recherche, nous avons choisi une approche phénoménologique. C'est à travers une analyse des vécus de membres d'une institution, de la manière dont ils ont affecté par elle, que nous cherchons à saisir le sens du phénomène. Mais pourquoi choisir la phénoménologie ? L'idée d'institution ne sort-elle pas du cadre que nous impose la description de l'expérience vécue ? Nous tenterons de justifier notre position en nous référant à Foucault, dont l'itinéraire philosophique a été marqué par ce même questionnement.

Si l'étude des pratiques psychiatrique a commencé, pour le philosophe français, par l'analyse des différents types de représentations de la folie dans lesquelles il voyait un « lieu d'origine »⁴³⁴, il affirme plus tard que la perception de la folie n'est que le symptôme d'une certaine mise en place du pouvoir, tout

⁴³⁴ Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Éditions du Seuil, 2003, p. 14.

comme le sont telles ou telles pratiques psychiatriques. Ainsi, dans son cours au Collège de France intitulé *Le pouvoir psychiatrique*, qu'il a donné douze ans après la sortie de *l'Histoire de la folie*, Foucault avoue qu'il n'était plus possible pour lui de poursuivre dans la direction de recherche déterminée dans ses premiers travaux. Décision fut prise, alors, d'entreprendre le travail archéologique qui s'attacherait à « saisir la pratique discursive au point précisément où elle se forme »⁴³⁵ et qui viserait une investigation du pouvoir en tant qu'il est précisément cette « instance » qui produit le discours, les représentations et les pratiques.

Notons qu'avec le passage à l'analyse archéologique, c'est également la phénoménologie qui doit être abandonnée⁴³⁶. Celle-ci, comme toutes les pratiques discursives, est la production d'un certain dispositif de pouvoir. D'une part, le médecin-phénoménologue incarne le pouvoir souverain et le pouvoir disciplinaire, d'autre part, l'expérience vécue d'un fou, sur laquelle se penche l'analyse phénoménologique, est surdéterminée : devenir patient, se soumettre à un diagnostic c'est déjà s'assujettir. Plus que cela, avec la phénoménologie, c'est aussi l'analyse institutionnelle qui se trouve discréditée. Pour Foucault, le concept même d'institution est problématique, parce que lorsqu'on aborde la psychiatrie par le biais de l'institution, on est d'emblée confronté à une construction finie, stable et efficace. On l'étudie alors à travers sa représentation, ou plus précisément, à travers les règles et les régularités qu'elle instaure⁴³⁷.

Au contraire, ce qu'il faudrait saisir, selon Foucault, ce sont « les déséquilibres du pouvoir, les dispositions, les courants, les relais, les points d'appui, les différences de potentiel » qui sont, en fait, beaucoup plus essentiels. Au lieu de parler de l'institution (ou de la violence ou encore de la famille), il faut plutôt réfléchir sur la « microphysique du pouvoir », sur les « tactiques qui sont mises en œuvre par ces forces qui s'affrontent » et sur les « stratégies de ces rapports de pouvoir et de ces affrontements qui se déroulent dans la pratique

⁴³⁵ *Ibid.*

⁴³⁶ Rappelons-nous de l'intérêt du jeune Foucault au projet de la *Daseinsanalyse* de Binswanger. Foucault M., « Introduction », in Binswanger L., *Le rêve et l'existence*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954.

⁴³⁷ « Or je ne crois pas non plus que la notion d'institution soit bien satisfaisante. Il me semble qu'elle recèle un certain nombre de dangers, parce que, à partir du moment où l'on parle d'institution, on parle au fond, à la fois d'individus et de collectivité, on se donne déjà l'individu, la collectivité et les règles qui les régissent, et, par conséquent, on peut précipiter là-dedans tous les discours psychologiques ou sociologiques. Alors qu'il faudrait montrer, en fait, que ce qui est essentiel, ce n'est pas l'institution avec sa régularité, avec ses règles, mais plutôt précisément ces déséquilibres de pouvoir dont j'ai essayé de vous montrer comment ils faussent et en même temps faisaient fonctionner la régularité de l'asile ». Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France, 1973-1974*, p. 16.

psychiatrique »⁴³⁸. C'est pourquoi, dans cette perspective, même si la phénoménologie pouvait aborder la problématique de l'institution, elle ne saurait nous donner une véritable compréhension de la psychiatrie. L'investigation de l'institution, tout comme l'analyse phénoménologique, porte sur les modes de représentation de l'expérience psychiatrique qui ne laissent pas de dégager « le soubassement disciplinaire de l'asile »⁴³⁹.

Nous voulons mettre en question la présupposition majeure de cet argument, à savoir l'idée que l'institution est une construction donnée qui ne laisse pas de prise à une analyse. Dans ce but nous nous appuyerons sur la psychothérapie institutionnelle, qui, notons-le est souvent considérée, ensemble avec la psychiatrie phénoménologique comme un des précurseurs de l'antipsychiatrie. Comme nous l'avons évoqué, pour Foucault, la psychothérapie institutionnelle n'est pas allée assez loin dans sa critique de la psychiatrie. Ainsi, dans ces derniers textes, le philosophe français affirme la nécessité d'être « très anti-institutionnaliste » si « on veut faire une vraie histoire de la psychiatrie »⁴⁴⁰. Selon lui, pour peu qu'elle soit limitée aux questions théoriques et scientifiques, la psychothérapie institutionnelle n'a pas les moyens pour poser le problème du « pouvoir » psychiatrique. Elle conduit dès lors nécessairement dans « l'impasse »⁴⁴¹ la lutte contre une certaine pratique psychiatrique.

Or nous voulons insister sur le fait qu'en formulant sa critique, Foucault semble laisser de côté un élément crucial de cette conception, à savoir que l'institution visée par la psychothérapie institutionnelle est déjà (ou, en tout cas, est aussi) une *autre* institution : elle n'est justement pas un établissement donné,

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 18.

⁴³⁹ *Ibid.*, p. 95. Voir aussi la page 43 où Foucault affirme : « Et je ne pense pas qu'on puisse analyser le fonctionnement de la psychiatrie en se limitant justement au fonctionnement de l'institution asilaire. Il est bien entendu qu'il ne s'agit même pas d'analyser le fonctionnement de la psychiatrie à partir du discours supposé vrai de la psychiatrie ; mais je crois qu'on ne peut même pas le faire à partir de l'analyse de l'institution : c'est à partir du fonctionnement de ce pouvoir disciplinaire qu'il faut comprendre le mécanisme de la psychiatrie ».

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 34.

⁴⁴¹ En outre, le cadre institutionnel n'a jamais été remis en question car c'était toujours le syndicat des psychiatres qui détenait la parole. Ainsi, pour Foucault, si la critique par les psychiatres après 1945 n'a jamais su devenir antipsychiatrique, c'est parce que « d'une part, beaucoup de ces psychiatres étaient très proches du marxisme, s'ils n'étaient pas marxistes et, pour ce motif, ils furent amenés à concentrer leur attention sur [...] une psychiatrie matérialiste et à tout un ensemble des problèmes théoriques et scientifiques qui ne pouvaient évidemment pas les mener bien loin. [...] D'autre part, je crois que très vite beaucoup ont été amenés, à cause du statut des psychiatres, qui sont des fonctionnaires pour la plupart d'entre eux, à mettre en question la psychiatrie en termes de défense syndicale. Ainsi je pense, ces personnes, qui par leurs capacités, leurs intérêts et leur ouverture sur tant de choses, auraient pu poser les problèmes de la psychiatrie, ont été conduits à des impasses ». Entretien avec Michel Foucault, Paris, fin 1978, repris dans Foucault M., *Dits et écrits IV*, Paris, Gallimard, 1994, p. 61.

simple expression d'un dispositif disciplinaire. En effet, nous trouvons dans le corpus théorique du mouvement une importante distinction entre l'établissement psychiatrique et l'institution : « L'établissement, c'est une structure qui est plongée dans la société globale, et qui est en rapport avec des critères étatiques ; il doit répondre à des quantités de conditions administratives nécessaires ; alors que les institutions, c'est quelque chose qui peut se développer à l'intérieur de l'établissement ; elles sont d'une variété et d'un nombre quasi-infini »⁴⁴². L'institution en question est donc *une institution à sa limite*, une institution à venir, à former au sein d'un établissement asilaire.

La distinction entre, d'une part, la structure dont la formation dépend du rapport avec le dehors, et, d'autre part, les formes d'organisation du milieu interne permet de repenser le concept même d'institution et de dégager un espace potentiel de liberté à même de contester la structure générale de la société. C'est pourquoi, à notre sens, les fondements de la psychothérapie institutionnelle doivent être revisités : non pas par curiosité historique, mais afin de révéler l'ouverture vers une nouvelle pratique qui s'y annonce. S'il est vrai que tout cristal ne se casse que suivant ses propres lignes de faille, il est nécessaire d'explorer les fissures de l'institution psychiatrique que la psychothérapie institutionnelle met au jour et de voir quelle autre institution transparaît à travers elles.

L'interrogation sur l'institution peut prendre des formes diverses. On peut, tout d'abord, dévoiler la déshumanisation des rapports interpersonnels au sein de l'hôpital. Ainsi Franco Basaglia, leader de l'antipsychiatrie italienne, remarque qu'avec les médicaments qu'il administre « le médecin calme sa propre anxiété face à un malade avec lequel il ne sait pas entrer en contact ni trouver un langage commun »⁴⁴³. Mais il est possible de procéder autrement que selon les indications de l'antipsychiatrie. Au lieu de bannir toute forme d'hospitalisation, entendue comme répression et méconnaissance de l'individualité humaine, on peut pointer du doigt les formes d'aliénation qui y ont cours et s'interroger sur leur signification. On peut en effet se demander : « comment serait-il que le médecin ne sache pas entrer en contact avec son patient ? ». L'institution, dans ce cas, avant d'être un établissement donné, avec telle ou telle mise en place des rapports intra-individuels, avec telle ou telle organisation du collectif, avec telles ou telles règles est avant tout un espace de surgissement de la singularité. Dans ces conditions,

⁴⁴² Oury J., *Onze heures du soir à La Borde. Essais sur la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Éditions Galilée, 1980, p. 260.

⁴⁴³ Cité par dans Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, Paris, F. Maspero, 1972, p. 263.

l'utilité de la méthode phénoménologique pour l'analyse de l'institution devient évidente, à condition que la phénoménologie ne soit pas limitée à l'analyse du vécu du patient. Elle devrait en revanche mettre en question l'analyse du rapport duel patient-psychiatre qui sert de fondement dans les approches psychopathologiques. Le travail phénoménologique viserait donc à saisir le moment de la subjectivation du patient et du médecin (et de tout autre membre), en prenant pour point de départ l'institution comme milieu de leur surgissement.

En des termes foucaaldiens, notre hypothèse consisterait à dire qu'il est possible de retenir le terme d'institution tout en prenant en compte la dimension du pouvoir. Ainsi pouvons-nous voir dans l'institution un lieu qui, tout en étant l'incarnation d'un certain dispositif de pouvoir, est le lieu où ce dispositif peut être contesté. L'analyse phénoménologique de l'institution permet, dans ce cas, non seulement de saisir le conflit qui s'y produit – conflit entre ce que l'institution annonce, c'est-à-dire la guérison, et les pratiques violentes qu'elle favorise (c'est néanmoins, selon Foucault, sur ce point que s'arrête la critique de la psychiatrie dans l'immédiat de l'après-guerre) –, mais elle permet aussi de voir l'institution en tant qu'elle est capable de renverser le déséquilibre du pouvoir, c'est-à-dire de produire de nouvelles subjectivités qui se positionnent et qui vivent différemment leur participation à la communauté thérapeutique.

9.2. La psychothérapie institutionnelle et l'institution psychiatrique

« Il faut que le bouton de porte soit thérapeutique », Jean Oury.

La psychothérapie institutionnelle soutient que l'aliénation subie par la personne atteinte de la folie est double. En premier lieu, elle concerne le problème psychopathologique qui affecte une personne. Ensuite, à partir du moment où le fou est institutionnalisé, s'ajoute, à cette aliénation « initiale », une aliénation sociale. En effet, loin d'être, à la manière du corps étranger, une substance insérée dans la chair vivante de la personne – sur laquelle on pourrait agir comme sur un objet – la folie concerne avant tout *le rapport* que la personne entretient avec le monde, les autres personnes et avec elle-même. De telle sorte que c'est la communauté et non pas l'individualité qui est concernée dans la folie. C'est pourquoi la privation du contact social présente un véritable danger. L'isolement enduré dans un établissement psychiatrique fait que l'état du fou, non seulement, risque de ne jamais s'améliorer, mais, surtout, il tend à s'aggraver. La personne se

trouve définitivement extraite des rapports sociaux qui constituaient – bien ou mal – son monde.

En même temps, l'exclusion subie par le fou est inclusive⁴⁴⁴. Interné, privé de la société, le fou a désormais affaire à un seul type de personne, à un « délégué » professionnel prévu à cet effet – un psychiatre. Ceci explique pourquoi nous parlons d'une double aliénation et non pas de deux aliénations qui se dérouleraient parallèlement l'une à l'autre. Une aliénation est si étroitement liée à l'autre qu'il s'en produit un dédoublement. L'exclusion inclusive de la communauté n'est pas sans avoir un effet sur l'aliénation « initiale » : interné, le fou est aliéné de ses propres vécus. Exclu du champ de la normalité, il est tout de même défini en fonction de (et par) ce même champ. Le fou n'est plus à proprement parler un fou — il est « malade »⁴⁴⁵. Il est donc, avant tout, celui dont l'état dévie de la normalité présumée de la santé (mentale).

La psychothérapie institutionnelle partage alors l'inquiétude de l'antipsychiatrie concernant le rôle crucial de la société dans la définition et, surtout, dans la « production » de la folie. Dans les deux perspectives, l'hôpital psychiatrique⁴⁴⁶ est une structure oppressive dont le but ultime n'est pas d'aider les personnes souffrantes, mais d'opérer, pour la société, le contrôle des personnes « dérangeant » l'ordre social. À ceci près que la psychothérapie institutionnelle, cependant, n'irait pas jusqu'à dire que la maladie mentale est une fiction (comme on pu l'être, à leur époque, les sorcières), et qu'elle est induite par l'institution. La folie n'est pas un mythe créé par la société, même si celle-ci a, en effet, une emprise considérable sur celle-là.

En effet, en incriminant la société, « avec les meilleures intentions du monde, morales et politiques, on en vient, dit Félix Guattari, à refuser au fou le droit d'être fou »⁴⁴⁷. Autrement dit, tout en étant un phénomène social, la folie ne s'y réduit pas : l'aliénation psychopathologique a bien lieu. Ainsi le « succès » de Franco Basaglia et de ses collègues qui ont réussi aux années '60 à faire fermer tous les hôpitaux psychiatriques en Italie, n'a pas été vu par Oury, Guattari et les autres, comme une résolution de problème. Il faut néanmoins noter que pour

⁴⁴⁴ L'exclusion inclusive est égale à l'inclusion exclusive.

⁴⁴⁵ « [...] [L]es psychiatres, c'est un peu des collectionneurs d'images, des collectionneurs de papillons ; ils ont collectionné de faux papillons qu'ils ont appelés fous, et qu'ils ne voulaient même plus appeler fous, mais 'malades' ». Jean Oury dans le dialogue avec Félix Guattari. Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, p. 16.

⁴⁴⁶ L'hôpital psychiatrique tel que l'ont connu les pionniers de l'antipsychiatrie et de la psychothérapie institutionnelle aux années 30-50 du XX siècle.

⁴⁴⁷ Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, p. 263.

Basaglia lui-même, cette décision est la conséquence de l'échec du dialogue avec l'État : n'espérant plus de retourner la situation, il a préféré priver le pouvoir de l'un de ses champs de manœuvre. Quoi qu'il en soit, la psychothérapie institutionnelle s'oppose radicalement à toute idée d'éliminer les hôpitaux psychiatriques. Car l'institution en soi n'est pas la source de l'aliénation sociale, et elle est un élément incontournable. À quoi tient sa nécessité ?

En insistant sur l'aliénation des rapports interhumains au sein de l'hôpital, la psychothérapie institutionnelle dévoile leur caractère problématique : le rapport entre deux personnes ne garantit pas en soi le véritable contact qui assurerait le succès thérapeutique. Ainsi en réfléchissant sur les trois moments constitutifs de toute psychothérapie – « un patient, porteur de symptômes », « un opérateur thérapeutique, dépositaire de connaissance et de savoir-faire spécialisé » et « un moyen privilégié de communication » –, Felix Guattari remarque que chacun de ces éléments implique un côté obscur qui échappe non seulement aux autres, mais à la personne elle-même à chaque fois en question⁴⁴⁸. D'une part, la psychothérapie n'est jamais « mono-centrée sur un patient porteur de symptômes » – que ce dernier implique « des dimensions extra-personnelles (conjugales, familiales, sociales, ethniques, etc.), aussi bien que des dimensions pré-personnelles (biologiques, éthologiques, esthétiques, esthétiques, etc.) »⁴⁴⁹ – d'autre part, dit-il, « le savoir des thérapeutes se trouve inévitablement en décalage par rapport à leur pratique »^{450, 451}. Ni l'opérateur thérapeutique ni le patient ne sont donc transparents, exposés dans la perspective d'analyse. Tous deux recèlent

⁴⁴⁸ Préface de Felix Guattari à Sinelnikoff N., *Dictionnaire critique des psychothérapies. Concepts, principaux théoriciens, techniques, pathologies, symptômes*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2005, p. 6.

⁴⁴⁹ *Ibid.*

⁴⁵⁰ *Ibid.*

⁴⁵¹ Nous voudrions évoquer à ce propos les mots de Gisela Pankow qui, à la question « pourquoi la description de la stratification dynamique [qu'elle a élaborée], aurait un effet positif ? », avouait qu'elle n'en savait rien. Peut-être, était-elle un de ces rares penseurs-cliniciens qui étaient conscients du fait de l'impossibilité de rendre compte jusqu'au bout de ses propres gestes ? « Je ne veux pas discuter les chances de guérison de telle ou telle psychose par la psychanalyse. Je n'essaierai pas non plus d'élaborer une théorie génétique de la psychose. Je me place pour le moment à l'intérieur même de la psychose et je décris ce qui se passe dans cette intériorité menacée ; cette description permet parfois, malgré tout, au médecin et au malade de gagner un îlot de terre ferme. Ainsi l'univers de la psychose apparaît-il comme un univers morcelé où chaque parcelle est à plus ou moins grande distance des autres. Les distances peuvent se modifier par apparition d'une lacune imprévue. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Je le constate. On peut gagner du terrain, on peut combler des trous. Peut-être tout le secret de la psychothérapie d'une psychose se résume-t-il dans cette simple qualité : un sens de l'observation tel qu'on remarque la moindre lacune qui se ferme. Trop souvent, on ne sait même pas si l'espace gagné va résister ou si quelque autre trou ne va pas s'ouvrir à sa place ». Pankow G., *L'être-là du schizophrène*, p. 14.

des dimensions qui ne peuvent pas être rendues visibles, dans la mesure où elles dépassent les personnes concernées⁴⁵². Guattari ira jusqu'à affirmer que « l'accès direct à l'individu n'est pas possible, ou bien il se révèle trompeur ; [qu']on peut croire parler à l'enfant, au névrosé, on peut croire qu'il vous entend, mais cela peut être un faux-semblant »⁴⁵³. Dès lors, l'accès à l'autre implique nécessairement « certains détours, certaines médiations ». L'institutionnalisation comme formation de l'institution psychiatrique répond à ce côté obscur des relations interpersonnelles, elle médiatise le rapport duel afin de rendre ce dernier possible.

Dans la mesure où c'est la manière dont l'institution est mise en place et non pas l'institution en soi qui est à la source du dédoublement de l'aliénation, la psychothérapie institutionnelle propose – au lieu de démolir les institutions existantes – de repenser le sens de l'institution pour pouvoir envisager les conditions dans lesquelles l'homme serait capable, comme le dit François Tosquelles, de « réussir sa propre folie »⁴⁵⁴. Pour cela il est important de prendre en compte toutes les dimensions de l'aliénation en cours ; car à côté de l'aliénation sociale du malade, et de l'aliénation « en tant que telle » c'est-à-dire de l'aliénation mentale de la personne internée, il est aussi question de l'aliénation de toute équipe soignante.

Il faut distinguer les différents modes d'aliénation dans le complexe hospitalier. Il y a en effet une interaction très compliquée des modes d'aliénation. D'habitude, on s'occupe plus particulièrement de celui du malade aliéné à la société. Ce qui me paraît fondamental, c'est que la maladie est aliénante en tant que telle, et qu'en même temps le malade est aliéné à la société parce qu'il est interné ; mais ce qui est aussi très intéressant, c'est d'envisager le phénomène d'aliénation de l'infirmier à l'établissement hospitalier et à ses conditions de travail ; et celui du médecin, très mal placé à l'administration ; enfin l'aliénation de l'entreprise, de la personne morale de l'hôpital dans son ensemble à l'État.⁴⁵⁵

⁴⁵² Il s'en suit que la psychothérapie bascule nécessairement vers un paradigme éthico-esthétique. « Les moyens d'expression des psychothérapies – affirme Guattari – devraient être jugés à la même aune que ceux de la création esthétique... Ce qui se trouve en cause est alors moins une affaire de transmission de message qu'une activité performative de constitution de territoires existentiels et de promotion d'univers de valeur ». Préface de Felix Guattari à Sinelnikoff N., *Dictionnaire critique des psychothérapies. Concepts, principaux théoriciens, techniques, pathologies, symptômes*, p. 6. Et plus bas : « La vérité du rapport à l'autre appelle une prise de consistance, un parachèvement, une autosuffisance existentielle qui se travaillent. Et rien mieux que la fréquentation de la création esthétique ne pourrait nous enseigner le déchiffrement des singularités (qu'elles soient comportementales ou d'une autre nature), l'appréhension des dimensions contextuelle dans leur hétérogénéité, et la saisie des processus d'ouverture de nouveaux champs de possibles qu'elles recèlent ». *Ibid.*, p. 7.

⁴⁵³ Guattari, 1972 #24@40}

⁴⁵⁴ Expression de François Tosquelles. Cité par Coupechoux P., *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Éditions du Seuil, 2006, p. 133.

⁴⁵⁵ Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, p. 10.

En effet, les interactions entre les médecins et les infirmier(e)s sont une des sources principales des tensions au sein du travail d'équipe. Par exemple, en raison de l'infériorité de leur statut au sein de la hiérarchie hospitalière, les efforts professionnels des infirmier(e)s sont continuellement mis en question, alors que c'est précisément à eux qu'il revient, dans la vie quotidienne de l'hôpital, d'avoir affaire aux malades. En remarquant cela, il ne s'agit évidemment pas de rabaisser le travail exercé par les médecins (thérapeutes, psychanalystes, etc.), mais d'insister sur les contraintes qui pèsent sur les relations. Les médecins eux-mêmes, d'ailleurs, se retrouvent souvent pris dans des contraintes qui interfèrent avec leur propre pratique clinique. Face aux exigences venant d'« en haut », il leur est impossible d'accomplir le travail sans prendre des mesures « d'austérité » : l'augmentation des tâches bureaucratiques force les médecins à diminuer le temps passé auprès des patients.

Pour la psychothérapie institutionnelle, l'effacement des enjeux propres à l'institution, par exemple la suspension du travail thérapeutique au profit des préoccupations bureaucratiques, est la conséquence, avant tout, de la distribution et de la fixation des rôles. C'est donc précisément ce dispositif bureaucratique – toujours dominant dans les cliniques d'aujourd'hui, bien qu'il ait sans doute évolué depuis la sortie du « manifeste » de la psychothérapie institutionnelle, écrit par François Tosquelles et adressé, justement, aux infirmier(e)s – qui est à repenser en premier lieu. Comme le dit Jean Oury, nous devrions pousser les réflexions sur des rapports infirmier-médecin jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'au moment où le problème même de ce rapport s'avère être un « faux » problème. Il faut qu'il devienne clair qu'« il n'y a pas *un* médecin, *un* infirmier, il y a des gens qui sont avec les fous, des gens qui sont là sans y être, mystifiés dans leur mythe. Et les seuls vrais rapports qu'ils ont entre eux devraient être des rapports techniques de compétences particulières pour soigner des fous, fous dont ils sont responsables et constituants »⁴⁵⁶.

La thèse fondamentale de la psychothérapie institutionnelle consiste à dire que le rapport entre les médecins et les infirmiers ne saurait être une affaire exclusivement administrative. Il faudrait considérer le médecin et l'infirmier dans leur « rapport existentiel de personne à personne », c'est-à-dire de la personne infirmière à la personne médecin. Cela permettrait de saisir notamment le caractère dynamique de la relation médecin-infirmier, dont la structure répond

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 11.

chaque fois aux conditions spécifiques de chaque situation⁴⁵⁷. Parle de la dynamique, dans ce cas, ce n'est pas signifier l'absence d'une quelconque organisation, mais souligner l'absence de primauté accordée au statut (administratif). La différenciation au sein de l'équipe, dès lors, serait induite par « la répartition sur des bases strictement techniques, pratiques du travail » de telle sorte que resterait préservée « l'unité du climat de travail »⁴⁵⁸, les infirmier(e)s et les médecins, tous ensemble étant « avec les fous »⁴⁵⁹. La question qui se pose dans ce cas est la suivante : comment pourrions-nous comprendre cet être *ensemble avec* ?

Pour la psychothérapie institutionnelle, l'institutionnalisation susceptible d'éviter l'aliénation sociale au sein de l'établissement psychiatrique serait celle qui suivrait la logique d'une formation de groupe⁴⁶⁰, en sorte que celui-ci servirait de base pour le contact entre les différentes personnes : « la subjectivité du groupe, dit Guattari, constitue un *préalable absolu* à l'émergence de toute subjectivité individuelle »⁴⁶¹. La subjectivité de groupe se détermine à son tour par le rapport que le groupe a à la société. C'est donc le rapport groupe-société qui détermine le rapport groupe-individu.

Nous comprenons alors comment l'institutionnalisation, en fonction de la relation qu'elle instaure avec la société globale, peut prendre des allures très différentes relativement à l'enjeu de la subjectivation. Ainsi dans le cas de l'institution psychiatrique classique, nous avons aussi affaire à des « groupes » (infirmier[e] s, médecins, malades), mais la logique de leur formation est celle, si on reprend la terminologie guattarienne, des groupes assujettis. La caractéristique principale des groupes assujettis est leur dépendance totale des facteurs extérieurs, à tel point que pour pouvoir appartenir à un tel groupe, les membres sont obligés

⁴⁵⁷ Par là, nous n'entendons même pas tellement les différentes conjonctures historiques, que la différence de conception institutionnelle mise en place en fonction du type de psychopathologie traitée. Le département qui s'occupe des enfants autistes requiert, par exemple, un autre type d'approche et d'organisation quotidienne que le quartier des « agités ». Le problème que pose la répartition des rôles peut être illustré par l'exemple de l'échec de la mise en place normative de la psychiatrie de secteur en France. Une fois établie par l'État, la sectorisation a trahi l'esprit révolutionnaire nourri par les réflexions de la psychothérapie institutionnelle.

⁴⁵⁸ Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, p. 13.

⁴⁵⁹ *Idem*. Pour des raisons méthodologiques, nous nous concentrons seulement sur ces trois figures. Or, il est évident que l'image de l'hôpital psychiatrique ne serait pas complète sans évoquer les moniteurs, le personnel technique, l'administration.

⁴⁶⁰ Nous faisons appel ici à la fois aux concepts de groupe, développée par Guattari, et de collectif, utilisé par Oury. Nous faisons la présupposition, au regard de leur travail commun à La Borde, qu'il s'agit (plus ou moins) de la même chose.

⁴⁶¹ Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, p. 90.

d'être définis complètement en fonction de ces facteurs. Or il existe une autre forme de groupe, celle, que Guattari appelle, groupe-sujet, c'est-à-dire des groupes dont la formation est dirigée par eux-mêmes⁴⁶². Il ne s'agit évidemment pas, dans ce cas, d'une « création pure et simple » ex nihilo. Le groupe se forme « en précisant ce qui déjà existait », « en mettant en contour le cernage systématique de certains rôles »⁴⁶³. On indique par exemple telle et telle personne (une certaine infirmière et un certain moniteur) comme soignants d'une autre personne, tandis qu'il est clair que *pratiquement*, dans la vie de tous les jours, ils s'occupent *déjà* spontanément de cette autre personne.

En cernant ainsi des rôles, il ne s'agit pas pour autant de fixer un système des rôles administratifs. La psychothérapie institutionnelle cherche plutôt à mettre en place une « gymnastique » des rôles « fluctuants » techniques. À la place des groupes fixes des médecins, des infirmiers, etc. se forment ainsi des groupes des soignants et des soignés, extrêmement flexibles. C'est avant tout la hiérarchie entre le médecin et le malade qui est mise en cause ici. Dans la perspective des groupes-sujets, le médecin, par exemple, tout en étant soignant peut devenir lui-même soigné par son propre patient. En effet le processus de la désaliénation concerne non seulement le malade, mais aussi le médecin : pour pouvoir entrer en contact avec le fou le médecin doit pouvoir former l'équipe soignante et, dès lors, pouvoir vaincre sa propre aliénation bureaucratique, sa distanciation par rapport aux infirmier(e)s et au personnel technique. À la limite, les groupes des soignants et des soignés ne peuvent pas être fixés définitivement – sur le plan pratique, la même personne peut (et même doit selon l'idée de la psychothérapie institutionnelle) appartenir aux plusieurs groupes à la fois⁴⁶⁴.

⁴⁶² L'objet de l'analyse institutionnelle est le groupe-sujet. Le groupe-assujetti, de son côté, est le corrélat, par exemple, de l'analyse de la dynamique de groupe. Dans ce dernier cas, en effet, ce qui est analysé est un groupe donné, sans que celui-ci et notamment l'aliénation sociale qui y a lieu soit questionnée.

⁴⁶³ Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Lecques, Les éditions du Champ social, 2001, p. 48.

⁴⁶⁴ « Groupe assujetti et groupe sujet ne devraient donc pas être considérés comme étant mutuellement exclusifs. Un parti, autrefois révolutionnaire et maintenant plus ou moins assujetti à l'ordre dominant, peut encore occuper aux yeux des masses la places laissées vide au suie de l'histoire, et même, en certaines circonstances, devenir comme malgré lui le sujet de l'énonciation, d'une lutte révolutionnaire, le "porte-parole" d'un discours qui n'est pas le sien, quitte à le trahir lorsque l'évolution du rapport des forces lui laisse espérer un "retour à la normale". Ainsi, tout assujetti qu'il soit aux déterministes socio-économiques, un tel parti conservera comme involontairement une potentialité de coupure subjective qu'une transformation du contexte pourra révéler. Il ne s'agit donc pas, pour nous, de considérer les phénomènes d'aliénation et de désaliénation de groupe comme des choses en soi, mais plutôt comme des versants, différemment exprimés et développés selon les contextes situationnels,

À la hiérarchie verticale s'oppose donc un « regroupement horizontal ». La question qui se pose est alors la suivante : comment saisir le « système » qui, par le fait de la flexibilité maximale de rôle, semble refuser toute sorte de définitions ? Le débouché pratique de l'organisation horizontale est l'échange permanent entre le travail intellectuel (médecin) et le travail manuel (chef de cuisine), mais aussi l'introduction de nouveaux types d'activités appelés clubs ou encore des ateliers de travail.

9.3. Le désœuvrement

Un groupe de moniteurs et de pensionnaires travaille à la poterie. Ils produisent des pots. Un jour, Félix et Oury, devant une assemblée qui réunit, comme chaque semaine, soignants et fous, parlent de ce groupe.

Oh ! les beaux pots ! dit Oury.

Oui, répond Félix avec sérieux. Mais peut-être, justement, un peu trop...

Beaux, tu veux dire, répond Oury ? Je n'osais pas le dire, mais je le pensais.

Je crois qu'il faudrait suspendre cet atelier, provisoirement, dit l'un, ou l'autre, parce que les gens ne s'appliquent qu'à faire de très beaux pots, il n'y a plus qu'eux, qui comptent, les pots, dans l'atelier, il n'y a plus personne, plus de subjectivités qui se côtoient, se parlent, se forgent, s'engueulent, cet atelier ne produit plus d'institutions, il ne fait que des pots !⁴⁶⁵

Si ce n'est pas pour faire des pots, à quoi bon organiser un atelier de la poterie ? Félix Guattari et Jean Oury semblent soutenir que l'on met en place un atelier non pas pour faire telle ou telle chose, à tout le moins, que l'activité proposée ne se limite ni au travail manuel ni au travail intellectuel⁴⁶⁶. L'atelier, dit Guattari, vise à modeler la subjectivité. Or si les gens ne font plus attention qu'à « l'objet » de travail, ils arrêtent d'interagir et de se confronter – « il n'y a plus personne ». Nous voyons que cette thèse s'appuie sur deux idées principales. Premièrement, que la subjectivité n'est pas donnée d'avance, mais qu'elle est à construire. Ce qui, d'ailleurs, ne revient pas à dire qu'il est possible de retracer la genèse de la subjectivité : il s'agit d'affirmer que la subjectivité une fois surgie

d'un même objet institutionnel ». Guattari F., *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, pp. 52-53.

⁴⁶⁵ Préface de Marie Depussé à Guattari F., *De Leros à La Borde*, Fécamp, Paris, Lignes, Imec, 2011, p. 16.

⁴⁶⁶ À côté des ateliers manuels nous avons en effet de nombreux ateliers dits artistiques tels que le théâtre, les séances d'écriture et de peinture, où puisera ses sources l'art-thérapie. La distinction même entre ces deux types d'activités s'efface dans la mesure où chacun est appelé à exercer les deux – le médecin est invité dans la cuisine et les infirmiers participent à la réunion de suivi de patients.

n'acquiert pas une forme fixe, mais reste susceptible d'être façonnée de différentes manières et, à la limite, d'être mise hors-jeu. Deuxièmement, que le modelage de la subjectivité s'effectue lors d'une activité très spécifique. Nous nous proposons donc de nous attacher, maintenant, à découvrir en quoi consiste cette activité non spécifique et quel est son rapport avec la fabrication des objets ou des idées. Nous viserons ensuite à saisir la particularité de la dynamique d'un atelier en ce qu'elle contribue au processus de la subjectivation.

Si un atelier ne sert pas à fabriquer quelque chose, ce qui est alors visé est peut-il être la productivité en tant que telle, c'est-à-dire les capacités productives et créatives mêmes de la personne ? Si tel était le cas, l'effet thérapeutique de l'atelier consisterait à relancer la créativité de la personne. En effet, la folie ne met-elle pas en péril une des capacités essentielles de l'homme, celle de travailler, de réaliser des projets, voire l'agir tout court ? Être fou n'équivaut-il pas à être incapable de donner naissance à une œuvre ? Nous proposons d'aborder cette hypothèse en faisant appel à l'idée qui, au premier regard, semble en être très proche, à savoir celle de la folie comme absence d'œuvre au sens dont en parle Michel Foucault.

Dans son *Histoire de la folie*, Foucault remarque qu'il y a, entre la folie et la capacité d'œuvrer⁴⁶⁷, un « étrange voisinage »⁴⁶⁸. Ce voisinage n'a pas toutefois toujours été vécu de la même manière. Dans l'expérience que Foucault nomme « classique » – celle du Tasse, de Swift ou de Rousseau –, le rapport était celui d'une étroite complicité de la folie avec l'œuvre : la déraison appartenait à la personne dans la même mesure que ses œuvres lui appartenaient. Et bien que cette mutuelle appartenance suscitât parfois des « contestations » du territoire, en questionnant le sens du talent créatif – tel ou tel acte est-il issu du délire ou de l'inspiration ? –, le rapport restait au fond paisible, car aucune résolution en faveur de l'une ou de l'autre réponse n'était envisageable. En outre, c'est grâce à cette même ambiguïté que la folie restait intimement attachée à l'œuvre, car elle était une « découverte de l'incertitude centrale où naît l'œuvre ; au moment où elle cesse de naître, pour être vraiment œuvre »⁴⁶⁹.

⁴⁶⁷ Foucault parle de l'œuvre littéraire, mais il semble tout à fait possible de parler d'œuvre dans un sens plus large puisque ce qui est en jeu ici c'est le discours, fondement de l'existence humaine.

⁴⁶⁸ Foucault M., « La folie, l'absence d'œuvre », in *La Table ronde*, n°196 : Situation de la psychiatrie, mai 1964, repris dans Foucault M., *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 412-421.

⁴⁶⁹ Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1992, p. 555.

Cependant tout change, selon Foucault, avec des personnalités telles que celles de Nietzsche, Van Gogh et Artaud. Il n'y a plus, là, d'« accommodement » entre la folie et l'œuvre, l'ambiguïté d'antan tourne au violent conflit – elles deviennent incompatibles. S sombrer dans la folie ne revient plus à entrer dans la zone d'incertitude créative porteuse de la vérité de l'œuvre. Être incertain, douter est désormais le privilège de la conscience, le fou n'en est simplement pas capable. La folie est donc repoussée aux confins de la raison et, ainsi, exclue de l'œuvre. Là où persiste la folie, il ne peut y avoir d'œuvre ; la folie est « l'absence d'œuvre »⁴⁷⁰, « l'anéantissement même de l'œuvre, ce à partir de quoi elle devient impossible »⁴⁷¹, son « absolue rupture »⁴⁷².

Ce qui nous intéresse le plus ici est le rapport entre l'absence d'œuvre et l'œuvre dans le cas de la deuxième figure et notamment le fait que malgré l'antagonisme entre la folie et l'œuvre, elles restent, comme le dit Foucault, « contemporaines » : tout en mettant fin à l'œuvre, la folie « désigne la forme vide d'où vient cette œuvre ». L'œuvre ne manque pas d'invoquer sa propre absence, elle n'existe qu'au péril de l'abîme qui s'ouvre dans la folie, elle est, dit Foucault, « l'escarpement sur le gouffre de [sa propre] absence »⁴⁷³. La folie joue pour l'œuvre, pourrait-on dire, un rôle d'un point zéro, car elle est ce moment à partir duquel et dans l'opposition violente auquel l'œuvre peut commencer. La contemporanéité de la folie et de l'œuvre rendrait-elle alors concevable le passage de l'une à l'autre ? En revenant à notre sujet, celui de l'atelier thérapeutique, cela impliquerait que le but de celui-ci serait de remplir le vide où s'engouffre le fou par la création de l'œuvre. Or parler du « passage » de l'une à l'autre – de la folie à l'œuvre – suppose qu'on les prend pour deux éléments séparés, ce qui pourtant, au regard de leur complémentarité, ne semble pas être le cas. Nous sommes persuadé qu'il n'est question ici ni d'une spéculation dialectique – qui affirmerait la simultanéité de la présence et de l'absence en tant que jeu du voilement et dévoilement – ni d'une explication de la genèse de l'œuvre – qui retracerait, par exemple, le rapport entre l'être et le néant où le néant aurait sa préséance sur l'être. Dans ce cas, comment faudrait-il comprendre la thèse qui affirme leur contemporanéité ?

Pour aborder cette question, il est crucial de saisir le statut du vide qu'ouvre la folie. En d'autres termes, il est important de comprendre ce que l'on

⁴⁷⁰ *Ibid.*

⁴⁷¹ *Ibid.*

⁴⁷² *Ibid.*, p. 556.

⁴⁷³ *Ibid.*

entend par absence quand il s'agit de l'absence d'œuvre. La thèse foucauldienne de l'absence d'œuvre affirme avant tout l'indicibilité de la folie : il est impossible de la raconter, de la mettre en œuvre. Qu'en est-il de cette impossibilité ? Nous trouvons quelques pistes pour répondre à cette question dans le texte que Foucault consacre à l'analyse du style inouï d'écriture de Maurice Blanchot. Nous y découvrons notamment l'idée que « le dehors », c'est-à-dire le langage, chaque « je parle », et toute œuvre littéraire en particulier – dans la mesure où il ne se développe pas en coïncidence avec soi-même par une sorte d'auto-manifestation, mais « en nous mettant au plus loin de lui-même », en « nous dispersant », en nous mettant « hors de soi » – est tout de même accessible, intelligible. Il y a « la pensée du dehors »⁴⁷⁴.

Comment peut-on identifier cette pensée ? Il serait tentant de l'assimiler à celle que professe la théologie négative. Or l'impasse de celle-ci consiste dans le fait que l'extase dont l'expérience mystique fait preuve finit par se replier sur l'intériorité – sans doute plus grande et plus haute, mais toutefois close – du *Logos*. Ce n'est pas non plus la simple négation dialectique du discours propre qu'effectue l'écriture de Blanchot. Pour pouvoir « donner à cette pensée un langage qui lui soit fidèle », c'est-à-dire afin de rompre définitivement « la trame de l'intériorité », Blanchot entreprend de « convertir le langage réflexif »⁴⁷⁵. Il va ainsi plus loin que la théologie négative et la négation dialectique : « La fiction [de Blanchot], écrit Foucault, consiste donc non pas à faire voir l'invisible, mais à faire voir combien est invisible l'invisibilité du visible »⁴⁷⁶.

Retenons des réflexions de Foucault l'idée de la conversion que doit subir le langage afin d'être fidèle à la pensée du dehors. C'est dans ce sens détourné qu'il faudrait, à notre avis, comprendre l'absence d'œuvre. De la sorte, nous voyons la proximité entre l'absence et le « dehors » constitutif : l'absence d'œuvre est le vide « d'où vient l'œuvre », de la même manière que le dehors du langage, c'est-à-dire cette manière de se détacher de soi-même, permet au langage d'avoir du sens. Pour entendre donc cette absence, il nous faudrait « convertir » le sens du mot absence.

Il est curieux que Guattari, quant à lui, ne prenne pas en considération la thèse foucauldienne selon laquelle la folie est l'absence d'œuvre⁴⁷⁷. Or nous aurions

⁴⁷⁴ Foucault M., *La Pensée du dehors*, Fontfroide-le-Haut, Fata Morgana, 1986, p. 13.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 24.

⁴⁷⁷ « Guattari reprend en profondeur et sur un mode polémique l'Eloge joyeux, quasi rabelaisien, d'Erasmus. La folie pour lui, n'est pas « absence d'œuvre » (comme le pense

pourtant une tendance à penser qu'il affirme lui-même quelque chose qui peut nous donner une idée de ce dont il s'agit dans cette absence. Car il y a dans le concept d'atelier tel que nous le propose Guattari un élément important : il peut être suspendu, annulé, remanié à tout moment. En effet, quand Guattari et Oury mentionnent la possibilité de suspendre le travail, il n'est pas facile de saisir ce qu'ils veulent effectivement suspendre. Rappelons que le problème ne réside pas dans l'atelier en soi, mais dans la tournure qu'il semble prendre, c'est-à-dire dans le déploiement d'une attention exclusivement accordée à la fabrication des pots au détriment des rapports interpersonnels. En suspendant l'activité, ils cherchent donc à éteindre cette attention pour faire réapparaître les subjectivités. Nous pourrions en conclure que la suspension ne mène pas vers le vide absolu, mais revient vers le sens initial de l'atelier. Par conséquent, l'arrêt du travail ne contredit pas le sens de l'atelier comme production d'une œuvre, nous voulons alors faire l'hypothèse que c'est au *désœuvrement* que l'atelier donne lieu.

Il pourrait sembler que nous nous sommes éloigné du sens que Foucault, dans *L'histoire de la folie*, donne à l'absence d'œuvre. Répétons que, par là, nous avons uniquement cherché à résoudre le problème qui se dessine déjà chez Foucault, dans l'idée de la folie comme absence d'œuvre, et à dégager le sens positif qu'elle pourrait avoir. Autrement dit, nous avons essayé de montrer la nécessité d'approfondir notre compréhension du rapport entre l'œuvre et la folie, en faisant bouger l'idée de l'absence d'œuvre. C'est pourquoi nous préférons remplacer le terme « absence d'œuvre », poussée à sa propre limite, par « désœuvrement » qui pourrait, à notre sens, éclairer d'une lumière véritablement nouvelle la pratique thérapeutique.

Nous faisons donc appel au concept de désœuvrement en l'opposant à l'absence d'œuvre. C'est ainsi que Giorgio Agamben entend ce terme. Dans l'optique qui est la sienne, le désœuvrement n'est pas à proprement parler une absence d'œuvre, mais « une œuvre très spéciale, qui consiste à désœuvrer les

Foucault), mais l'expression perceptible d'un processus constant de déterritorialisation proprement schizophrénique affectant à la fois les productions sociales et l'économie libidinale ». Polack J.-C., « De la psychothérapie institutionnelle à la schizo-analyse », in Antonioli M., Aster F. et Fressard O. (éd.), *Gilles Deleuze et Félix Guattari. Une rencontre dans l'après Mai 68*, Paris, L'Harmattan, 2009, p. 112. Mentionnons simplement que, comme notre travail ne tient pas à la présentation historique des positions philosophiques, il n'est pas question ni de revoir le rapport entre Guattari et Foucault en affirmant, par exemple, qu'« en réalité » Guattari était beaucoup plus proche à Foucault que ce qu'il croyait ni de découvrir le « vrai » sens du concept d'« absence d'œuvre ». Par contre, nous voudrions étudier les diverses perspectives qui s'ouvrent pour l'analyse de l'institution psychiatrique à la lumière de l'idée de l'œuvre.

autres œuvres, à les mettre au repos »⁴⁷⁸. Le contexte à partir duquel Agamben tire cette signification est religieux : plus précisément, il est celui du livre de la Genèse où il est dit que « Dieu acheva au septième jour l'œuvre qu'il avait accomplie, et il se reposa au septième jour de toute œuvre ». En s'appuyant sur le texte talmudique, Agamben insiste sur le fait que le shabbat ne signifie pas un simple « jour de repos qui s'ajouterait aux jours ouvrables »⁴⁷⁹. Il ne s'agit pas d'installer un jour où ne rien faire. Le shabbat présuppose « un faire spécial ». Nous retrouvons ainsi le sens originaire du mot fête appliqué au jour du shabbat.

La fête, écrit Agamben, n'est pas définie par ce qui ne s'y fait pas, mais plutôt par le fait que ce qui s'y fait – qui n'est pas différent en soi de ce qu'on accomplit tous les jours – est dé-fait, désœuvré, libéré et suspendu de son 'économie', des raisons et des objectifs qui le définissent les jours ouvrables (le ne pas faire n'est, dans ce cas, qu'un cas extrême de cette suspension).⁴⁸⁰

Ce qu'il est interdit de faire, lors du shabbat, c'est tout ce qui relève du travail productif, c'est-à-dire tout ce qui vise à produire un résultat, tout ce qui sert à quelque chose. En revanche, ce qui n'est pas interdit, c'est tout ce qui revient à la pure dépense, voire à la destruction. « Si on mange, continue alors Agamben, on ne le fait pas pour se nourrir ; si on s'habille, ce n'est pas pour se couvrir ou se protéger du froid ; si on se promène, c'est n'est pas pour aller quelque part ; si on parle, ce n'est pas pour se communiquer des informations ; si on échange des objets, ce n'est pas pour vendre ou pour acheter »⁴⁸¹. Le désœuvrement n'est donc pas une absence d'œuvre, un vide qui se creuse dans le fil des activités humaines. Mais il entretient un rapport étroit avec la création de l'œuvre : c'est à l'ordre de la création de l'œuvre qu'il s'adresse en le déconstruisant, en renversant, si on peut le dire comme ça, l'ordre des choses. Le désœuvrement est donc bien une activité, mais qui apparaît comme celle qui met en question, en suspens l'activité proprement humaine, c'est-à-dire productrice et créatrice. Par là, elle met en cause cette définition même de l'humain en mettant au jour le côté inutile, vain, voire festif de l'existence.

Nous pouvons alors toucher du doigt les sources de l'opposition que manifeste la psychothérapie institutionnelle quand on compare, par exemple, à l'ergothérapie les activités qu'elle propose aux soignés. Certes, l'ergothérapie est présentée comme « une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur

⁴⁷⁸ Agamben G., *Nudités*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2009, p. 177.

⁴⁷⁹ *Ibid.*, p. 176.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 178.

⁴⁸¹ *Ibid.*

environnement quotidien et social ». Mais au fond elle reste une méthode répressive et conformiste. En n'ayant qu'un seul but – la réinsertion dans la société –, elle n'interroge pas ni le prétendu besoin social, voire la sociabilité, ni le contexte dans lequel pareille pratique surgit, autrement dit l'exclusion de la société qu'elle est appelée à surmonter. L'ergothérapie reste aveugle au fait qu'en utilisant le travail comme moyen de la réadaptation, c'est-à-dire comme moyen qui permet à la personne de retrouver son autonomie, elle ne met en cause ni l'identification de l'homme et de l'autonomie ni la définition de l'autonomie en tant que productivité, ni par conséquent la représentation de la folie comme privée de cette qualité prétendument essentielle.

9.4. L'institution comme milieu psychiatrique

Nous avons pris l'exemple de l'atelier de poterie organisé à la Borde pour expliquer le fonctionnement du « Club thérapeutique ». Cette innovation centrale de la psychothérapie institutionnelle a été créée dans le but de mettre en question l'organisation existante de l'institution et notamment la hiérarchisation du milieu hospitalier. « Le Club apparaît, vis-à-vis de l'échafaudage administratif de l'hôpital comme un système de regroupement horizontal ; son but est de se structurer afin de faciliter les échanges »⁴⁸². Le Club est un terme général qui regroupe plusieurs types d'organisation : ergothérapie, réunion à des fins diverses, animations, commissions, etc. L'atelier de travail, comme celui de poterie, n'est donc pas l'exemple par excellence de ce que représente le Club thérapeutique. Il faudrait éventuellement voir dans quelle mesure le terme d'œuvre pourrait être impliqué dans la discussion sur l'organisation des réunions ou des commissions. Pourtant, ce qui distingue le Club ce n'est pas telle ou telle activité qu'il propose. Nous l'avons observé dans le cas de notre exemple : ce qui importe dans l'atelier n'est pas la fabrication des pots, mais la possibilité de suspendre cette fabrication, c'est-à-dire la possibilité de désœuvrer permet de prêter attention aux personnes, aux interactions à l'occasion du travail manuel.

Nous remarquons d'entrée de jeu la teneur humaniste des textes de Jean Oury. Le Club, dit-il, est « lieu de rencontres instituées où le malade peut retrouver autrui ». Or la rhétorique humaniste ne doit pas nous tromper : nous sommes persuadé qu'elle n'est qu'un premier niveau du discours. Nous pouvons en effet dégager un deuxième niveau d'analyse où l'on passe des descriptions

⁴⁸² Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, p. 90.

phénoménologies et existentielles – dans lesquelles le Club est présenté comme un « lieu d'existence », d'habitation – aux études psychanalytiques de la « fantasmatisations de l'espace » – dans lesquelles « autrui » devient « l'Autre », etc. Or il y a en outre un autre plan d'analyse qui représente, à notre avis, la contribution propre d'Oury dans la compréhension du fonctionnement de l'espace intrahospitalier. Le Club, écrit Oury est un « [l]ieu où se tissent les relations quotidiennes : banalités, neutralité, paroles inutiles, conflits de prestance, de concurrence imaginaire, de décisions gratuites qui engagent malgré soi. Il semble que c'est l'instrument par excellence de la resocialisation locale »⁴⁸³. Le Club ne veut rien produire, son mode de fonctionnement passe par l'accentuation des relations quotidiennes, par l'attention aux banalités, à l'inutilité des mots et des gestes.

Pour Oury, la vie quotidienne est un des éléments les plus importants et cependant le plus ignorés de l'institution psychiatrique. Il donne de très simples exemples pour illustrer ce qu'il entend par la quotidienneté. Une personne psychotique qui a l'habitude de laisser sa montre sur la table de chevet ne serait pas capable de survivre, si, un jour, quelqu'un la prenait sans rien dire (pour aller la réparer, par exemple, dans le cas où elle serait cassée). Mais ce petit fait peut passer facilement inaperçu pour un spécialiste (psychologue, psychanalyste, psychiatre, etc.) qui ne voit son patient qu'une demi-heure par semaine. Oury affirme qu'il serait même dangereux de considérer que cette demi-heure pourrait jouer un rôle définitif dans la guérison. Qu'en est-il du reste, des sept autres jours moins 30 minutes ? Au nom de quelle « neutralité » le spécialiste évite-t-il le contact quotidien avec son patient ?⁴⁸⁴ Selon Oury, il est important de prêter attention aux simples faits comme celui-ci, aux petites choses de tous les jours qui sont en réalité fondamentales dans la vie d'une personne. (L'horizon de la vie quotidienne en question est évidemment non seulement l'horizon de la vie d'une personne psychotique, mais aussi de l'infirmier, d'un psychiatre, etc.).

Que gagne-t-on, dans notre compréhension de l'institution psychiatrique, en prenant en compte la quotidienneté ? Nous pouvons voir notamment comment, en fin de compte, l'incertitude et le malaise ressentis face à la personne psychotique pourraient finalement prendre leur lieu dans l'ensemble de l'institution. Le vide auquel on est confronté dans une relation avec un fou n'est plus un obstacle auquel se heurte la thérapie et donc quelque chose qui « existe »

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 92.

⁴⁸⁴ Oury J., « Alors, la vie quotidienne ? », in *Institutions*, n°19, 1996.

dans la relation exclusive entre le patient et le psychiatre. En revanche, le vide fait partie de la routine au sein de l'institution. Le vide, dans ce cas, n'est effectivement pas une absence, il possède un sens qui reçoit son expression dans la dimension « la plus ordinaire ». Le vide devient ce autour de quoi se forme la communauté institutionnelle, qui, elle aussi, change de sens avec la mise en lumière de la vie quotidienne.

La structure même de l'équipe soignante doit être construite de telle façon que chacun des sujets de cette équipe arrive à jouer d'une façon quasi automatique de cette gamme, si riche à l'usage, qui va du personnage à la personne, du rôle au rapport individuel *le plus ordinaire*. Cette structuration n'est pas parallèle à l'échelle des diplômes de chaque membre, elle dépend d'un *certain mode de vie* au sein d'une certaine communauté, celle qu'il faut appeler « la communauté thérapeutique ».⁴⁸⁵

C'est donc « un certain mode de vie » qui constitue « la communauté thérapeutique ». La communauté qui se forme dans les interactions quotidiennes, à l'occasion de..., est une communauté qu'il n'a pas de but (précis). Cela ne signifie pas en même temps que son seul but serait la communauté en tant que telle. Cela implique plutôt qu'elle n'a pas d'intention de produire un résultat⁴⁸⁶.

Afin de dégager ce qui est en jeu dans ce type de communauté nous proposons d'introduire le concept de milieu et plus précisément la question des rapports que les personnes entretiennent avec leur milieu. En effet, le concept de groupe, dans la psychothérapie institutionnelle, ne cerne pas une assemblée des personnes, une multiplicité de laquelle pourrait se détacher un individu, mais il vise « l'entourage ». En mettant en évidence cette dimension « la plus ordinaire » dans laquelle se déroule la vie quotidienne de l'hôpital psychiatrique, nous pouvons, encore une fois, voir clairement la différence qu'il y a entre l'hôpital comme établissement abstrait (sur lequel se concentre la lutte menée par l'antipsychiatrie) et l'institution psychiatrique comme une forme des rapports humains, dont l'aliénation risque en effet de dédoubler l'aliénation « initiale » psychopathologique :

L'entourage, écrit Oury, a une valeur structurelle dans l'édification d'une partie du syndrome psychiatrique. Tout tableau clinique pose le problème difficile de la

⁴⁸⁵ Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, p. 26. Nous soulignons.

⁴⁸⁶ Nous trouvons l'idée d'une pareille communauté chez Jean-Luc Nancy et dans son concept de la communauté désœuvrée. Celle-ci est avant tout « un lieu de communication » où la singularité peut surgir. Il nous semble qu'il serait intéressant de travailler ensemble l'idée de la communauté désœuvrée avec l'idée de la communauté thérapeutique telle qu'elle ressort chez Jean Oury, c'est-à-dire la communauté de la vie quotidienne. En effet, si, dans un atelier ou dans un Club, il n'est pas question de la réadaptation à la société, c'est parce qu'il s'agit de forger un nouveau type de la communauté. Celle-ci ne se mesure plus à l'œuvre, elle est véritablement désœuvrée. Nancy J.-L., *La Communauté désœuvrée*, Paris, C. Bourgois, 1986.

pathoplasie. Le milieu dans lequel le malade est plongé modifie souvent le style de la maladie. Il est donc utile de prendre conscience de la structure du milieu psychiatrique afin d'essayer de l'orienter, dans sa totalité, vers une désaliénation. Cela permet de dévoiler progressivement l'articulation dialectique de l'aliénation — plus transcendante — de la folie, avec ce type d'aliénation sociale. Ce n'est qu'ainsi que toute psychothérapie (individuelle, de groupe ou biologique) peut être située d'une façon cohérente, aussi bien dans ses indications que dans ses effets ; les concepts nosographiques s'en trouvent également clarifiés. C'est par une technique du milieu que nous arrivons à éclairer des zones de la personnalité de chacun qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre. D'où l'intérêt thérapeutique de cette recherche : elle fait apparaître une quantité de facettes, autant de moyens « d'accrochage » pour réintégrer le malade au plus vite⁴⁸⁷.

Il est alors d'une haute importance de saisir la façon dont le malade est plongé dans un milieu psychiatrique. Nous pouvons distinguer deux manières principales de le comprendre – en fonction de la manière dont on conçoit le rapport groupe-individu. Comme nous l'avons vu, une analyse du groupe peut avoir deux objets possibles : d'une part, un groupe assujéti, c'est-à-dire un groupe existant, donné ; et, d'autre part, un groupe-sujet, c'est-à-dire un groupe en formation (un groupe qui pourrait surgir au sein des rapports existants, c'est-à-dire en mettant en question le donné). Quand Oury et Guattari insistent sur le fait que l'analyse du groupe proposée par la psychothérapie institutionnelle n'a rien à voir avec ce qu'on entend habituellement par l'analyse de la dynamique de groupe, il s'agit de souligner la différence entre ces deux approches. Ainsi tandis que celle-ci part d'une certaine situation posée comme allant de soi, celle-là interroge le prétendu point de départ inaltérable et dévoile donc le fait que son objet d'analyse est déjà idéologiquement modelé. Dès lors, tandis que l'analyse de la dynamique de groupe se concentre sur la manière dont les membres du groupe interagissent entre eux dans certaines conditions, la psychothérapie institutionnelle dévoile les conditions des interactions comme faisant partie des interactions. Alors que pour l'analyse de la dynamique du groupe le milieu est prédonné, de telle sorte que la personne ne peut faire que s'y adapter, pour la psychothérapie institutionnelle, la question de l'adaptation est tout à fait fourvoyante.

La thérapie qui viserait l'adaptation sociale ne ferait qu'appliquer des « lois zoologiques », comme le dit François Tosquelles, et conviendrait plutôt à l'usage des vétérinaires et non pas des psychiatres. Car être homme ne se réduit pas à être satisfait par ce qui nous entoure – telle serait précisément la manière dont l'animal vit dans son milieu, en se limitant en effet à s'adapter à son environnement. Or l'homme, insiste Tosquelles, va au-delà. Être homme, c'est refuser l'alternative « s'adapter ou mourir ». Car le milieu ne *s'oppose pas* au

⁴⁸⁷ Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, p. 37.

vécu, il est constitutif de la subjectivité. Ainsi, l'atmosphère de l'hôpital psychiatrique n'est pas simplement extérieure à la personne, même si elle apparaît dès fois rigide et restreignante. Tel un paysage, elle se révèle et se renouvelle encore et encore, au fur et à mesure que différentes personnes y font leur apparition.

Il conviendrait plutôt d'appeler notre dernier chapitre « épilogue », car il se tient à une certaine distance des analyses que nous avons menées tout au long de notre travail. Comme dans le cas d'une pièce littéraire, où « l'épilogue expose des faits postérieurs à l'action pour en compléter le sens », nos dernières pages présentent un récit de ce qui a été apporté sur le champ clinique par le tournant phénoménologique. Ce récit est-il imaginaire ? Dans quelle mesure la psychothérapie institutionnelle est-elle véritablement basée sur les prémisses phénoménologiques ? Il est temps, effectivement, de clarifier cette question laissée jusque-là dans l'ombre. Il nous serait impossible, ici, de produire une évaluation complète des influences que les auteurs issus du mouvement phénoménologique ont exercées sur Jean Oury, Felix Guattari et leurs collaborateurs. Nous nous contentons d'indiquer que les références à Husserl et à Heidegger, mais aussi à Henry Maldiney sont systématiques chez le premier, tandis que le nom de Sartre joue un rôle décisif pour le deuxième⁴⁸⁸. Le terme même de « vie quotidienne », par exemple, renvoie directement, comme nous l'avons vu, au regard phénoménologique qui permet de saisir les modes de l'être-dans-le-monde et ses réseaux de significativité⁴⁸⁹. De même, la rencontre avec une personne psychotique est décrite à chaque fois comme un événement de l'avènement d'un sens nouveau, comme une rupture de la trame de l'être qui provoque la reconfiguration totale du paysage du monde.

⁴⁸⁸ Cette liste d'auteurs-phénoménologues pourrait être évidemment prolongée.

⁴⁸⁹ Ainsi, dans sa manière habituelle Jean Oury explique à ses collègues la portée pratique de la phénoménologie : « Pour qu'il puisse y avoir rencontre avec un schizophrène, comme avec n'importe qui, ça nécessite de notre part, de celui qui va provoquer cette rencontre, de celui qui va y être présent, non pas un exercice périlleux mais un exercice "phénoménologique". Mais vraiment phénoménologique ; c'est ce que je trouve indispensable aussi bien chez les analystes que chez les psychiatres. Depuis Husserl... J'aime beaucoup un assistant de Husserl : Eugen Fink. Celui-ci parle parfaitement de la "réduction phénoménologique". Qu'est-ce que ça veut dire ? Simplement, quand on reçoit quelqu'un, quand on le fait entrer, il faut qu'on soit un petit peu nettoyé de la tête. C'est-à-dire, mettre entre parenthèses tout ce qui vous soucie, sans trop se forcer, par simple politesse pour celui qui arrive. Il faut que le terrain soit un peu dégagé ». Oury J., « Analyse structurale et métapsychologie », in *Psychoanalytische Perspectieven*, vol.27, n°1-2, 2009, p. 159.

La séparation de la phénoménologie se laisse sentir au moment où interviennent les concepts de collectif et d'institution, c'est-à-dire au moment où il devient clair que le rapport à autrui ne se constitue pas comme un partage : selon nos auteurs, l'idée de la possibilité d'avoir l'accès direct à autrui est une illusion qui résulte de l'abstraction du contexte complexe dont relèvent des dimensions qui ne pourraient pas être rendues intelligibles. L'institution est le nom de cette sphère du marginal qui reste obscur et qui donne lieu à des formes très diverses d'organisation des relations humaines. En même temps, une piste de travail phénoménologique s'ouvre une fois que l'institution est définie, non pas en tant qu'établissement, mais en tant que lieu ou milieu de subjectivation. En prenant bonne note de ces remarques, nous pouvons alors dire que la question de savoir si la phénoménologie dispose des moyens pour aborder le thème de la rencontre clinique prise dans son intégralité – c'est-à-dire en prenant la juste mesure de tous ses éléments, et notamment des figures du psychiatre, du patient et de l'institution – cette interrogation reste ouverte pour nous : elle ouvre des pistes de recherche. C'est là que se dessine devant la phénoménologie, à notre avis, un véritable défi : celui de proposer une nouvelle manière de répondre à la crise qui frappe les rapports humains dans les institutions psychiatriques.

Conclusion de la troisième partie

Après avoir défini, dans les deux premières parties de notre thèse, les perspectives selon lesquelles nous pouvons déployer une analyse de la rencontre clinique, nous nous sommes attaché, dans cette troisième partie, à étudier la manière dont l'approche phénoménologique a été prise en compte dans les réflexions sur la pratique psychiatrique. Nous nous sommes concentré, surtout, sur l'étude du problème de la banalisation des rapports humains qui menace le travail au sein du domaine psychiatrique. Dans un premier temps, notre objectif était de clarifier l'idée selon laquelle le « tournant » phénoménologique de la psychiatrie a contribué à l'humanisation des pratiques cliniques.

Sans nous donner pour but de contester cette thèse, nous avons voulu préciser dans quelle mesure le terme « humain » qui y est convoqué est entendu à partir de la perspective ouverte par le regard phénoménologique. Nous avons analysé, notamment, de la manière dont la philosophie lévinassienne a été souvent convoquée pour alimenter la réflexion sur l'éthique médicale. Les concepts centraux du philosophe français semblent en effet convenir particulièrement pour rendre compte de la situation du patient souffrant, privé du pouvoir d'exercer ses activités habituelles, demeurant dans un état de dépendance face à son médecin. Au terme de nos analyses, nous avons souligné le danger d'utiliser les concepts lévinassiens pour décrire et comprendre les situations de précarité. De notre point de vue, si l'on veut rester fidèle aux enjeux du projet éthique de Levinas, on doit tenir compte de leur contexte, qui est celui de l'étude phénoménologique.

Nous avons constaté en effet que, paradoxalement, la phénoménologie se trouve pratiquement évacuée de la présentation de l'auteur français. Or, à notre avis, c'est précisément en insistant sur le fait que l'éthique selon Levinas doit être analysée à l'aide des outils phénoménologiques que nous devons rechercher le sens de l'humanisme qu'elle nous offre.

En fait, les lectures de l'œuvre lévinassienne reproduisent la même logique que celle que nous avons appelée « heideggérienne » et que nous avons retrouvée, par exemple, dans les arguments de Natalie Depraz, selon laquelle l'expérience de la folie faite par le psychiatre est déterminée en fonction de celle faite par la personne effectivement atteinte de folie. La philosophie de Levinas, tout comme celle de Maldiney d'ailleurs, est alors appliquée en premier lieu pour penser l'état psychotique, la question des rapports interpersonnels étant posée chaque fois seulement dans un deuxième temps. Or cette démarche trahit le principe fondamental de la phénoménologie lévinassienne, qui pose les bases d'une pensée de la subjectivité et non pas de l'intersubjectivité, dans la mesure où l'idée de transcendance absolue de l'altérité d'autrui renvoie à *mon* rapport à autrui et exige de mettre entre parenthèses le rapport qu'il entretient avec moi.

En nous penchant sur la manière dont le philosophe conçoit le sens de l'humain et de l'humanité, nous avons eu pour but de dégager ce que cette conception nous permet de comprendre quant à la situation du médecin. Nous soutenons, ainsi, que la force de la position de Levinas consiste précisément dans le potentiel qu'elle offre pour penser cette situation dans toute sa complexité, c'est-à-dire en ce qu'elle se trouve au croisement des sphères professionnelle et personnelle, théorique et pratique. Il serait donc réducteur de voir dans l'œuvre lévinassienne un humanisme de bon sens, comme c'est encore le cas dans de nombreuses études. L'humanisme qu'elle prône est loin de se limiter à la fondation d'une anthropologie prêt-à-porter ; au contraire, elle nous fait revenir à l'importance de poser la question de ce qu'est l'homme.

Pour penser avec Levinas la particularité de la situation du psychiatre, nous avons élaboré le concept de *dynamique de la vie subjective*, que nous proposons d'entendre comme un double mouvement simultané d'infinition et de limitation de la responsabilité. Nous nous sommes attaché, notamment, à démontrer que, pris comme élément constitutif du surgissement du sujet en tant que sujet responsable devant l'autre, le mouvement de limitation permet de préciser l'image de l'action éthique que nous pourrions adopter envers l'autre personne. Dès que l'on prend en compte le contexte social, la nécessité de la limitation de la responsabilité pour autrui, aussi dangereuse qu'elle puisse paraître, reste en effet une voie d'appréhension du sens éthique du rapport à autrui. Or, il ne s'agit pas ici simplement d'un effet regrettable. La vie subjective se déploie à travers les moments critiques où l'autre, faisant son apparition, produit une transformation du sujet par l'effet même du caractère non-phénoménal de sa présence.

Appliquée à l'analyse de la situation du psychiatre, cette conception conduit à cerner le moment critique de la rencontre avec la folie tel qu'il est vécu par le psychiatre. Cet instant est celui où le psychiatre adopte telle ou telle perspective (naturelle, scientifique, phénoménologique ou autre), mais il est aussi l'instant propice où toute attitude est suspendue. À cet instant, interpellé par son patient, le psychiatre se trouve responsable de lui répondre. C'est là qu'advient le sens de l'humanisme : non pas comme telle ou telle idée de l'homme, mais comme la tentative même de répondre à l'appel d'autrui, comme le fait d'être fondamentalement non-indifférent, et donc indissolublement lié à lui.

En réfléchissant sur la manière dont le médecin est impliqué dans le rapport avec son patient, nous nous sommes inévitablement confronté au fait que l'analyse intégrale de cette situation exige de prendre en compte une autre dimension de la vie professionnelle du psychiatre, celle de l'institution. L'analyse du vécu du psychiatre, pris en tant que tel, n'est pas en effet le point final de l'investigation, mais une ouverture de la recherche vers d'autres dimensions. De même qu'il serait réducteur de faire abstraction du psychiatre au profit du patient, notre analyse ne pourrait que rester incomplète si nous mettions entre parenthèses l'institution dans lequel le psychiatre est impliqué.

En fait, la manière dont Jean Oury et Felix Guattari problématisent le concept d'institution permet poser à nouveaux frais la question de l'humanisation de la pratique clinique qui est apportée par l'adoption du regard phénoménologique. L'idée de l'importance des rapports humains, entendus comme des rapports qui se tissent dans la vie quotidienne des gens (même si elle risque parfois de se replier sur le concept d'humain comme s'il allait de soi) accentue le fait qu'il n'y a pas de nature humaine que telle ou telle analyse, telle ou telle attitude devrait faire surgir au premier plan. Le rapport « humain » n'est pas visé par une activité à but thérapeutique, mais il fait son apparition par le fait même de suspendre le but et de créer un espace désœuvré, un lieu vide qui donne de la place pour que puisse surgir un nouveau sens et une nouvelle subjectivité.

Conclusion générale

Deux axes principaux ont structuré ce travail dans lequel nous nous sommes donné pour objectif d'élaborer un nouveau regard sur l'approche phénoménologique de la rencontre clinique. La problématique de la *psychiatrie phénoménologique*, c'est-à-dire d'une psychiatrie qui trouve son fondement dans la phénoménologie, détermine le premier axe de notre recherche. Nous avons entamé notre investigation par l'étude du projet de la *Daseinsanalyse* de Ludwig Binswanger, ce qui nous a permis d'examiner la manière dont la nouvelle méthode a été adoptée et mise en œuvre dans le champ psychiatrique. Un déplacement important a pu être constaté avec l'ouverture du deuxième volet de notre travail, à savoir le déplacement des interrogations du champ clinique vers celui de la phénoménologie elle-même. Ainsi, tandis que nous nous sommes d'abord occupé d'identifier le moment où le *psychiatre* fait appel à la méthode phénoménologique, nous avons ensuite exploré la manière dont les *philosophes* s'approprient l'expérience du psychiatre. Ces derniers se penchent sur les problèmes issus de la psychiatrie de sorte que leurs analyses ne se limitent pas à contribuer à la compréhension de la psychiatrie – ce qui était le but de Binswanger –, mais à la compréhension de la phénoménologie elle-même. La *phénoménologie psychiatrique* est donc le deuxième axe selon lequel nous avons orienté notre travail.

Ces deux axes se croisent au moment où est formulée la question centrale : celle de la possibilité d'avoir un accès effectif à l'expérience de la folie. La psychiatrie applique la méthode phénoménologique afin de faire ressortir l'objet de ses études – les variations de la structure apriorique de l'existence humaine –, alors que la phénoménologie s'attache à analyser cet objet afin d'approfondir la

conception même de cette structure à l'aide de données cliniques. Ainsi, fait son apparition ce que l'on désigne habituellement par le terme de « psychopathologie phénoménologique ». Tout au long de notre travail, nous avons insisté sur les risques que comporte la *fixation* exclusive sur l'expérience de la folie en tant qu'elle est vécue par la personne folle. Notre thèse consiste à dire que l'analyse de la situation psychiatrique doit pouvoir rendre compte de toute la *complexité* de cette situation et doit, pour cela, porter regard sur le psychiatre lui-même. L'enjeu de cette démarche se dessine, d'ailleurs, dès lors que nous mettons en évidence le sens de l'adoption de la méthode phénoménologique par le médecin : l'application de la phénoménologie est une *opération* du psychiatre visant à répondre à l'expérience de la rencontre avec la personne atteinte de folie. Il serait donc réducteur de limiter ce qu'apporte la phénoménologie à la psychiatrie au renouvellement de la compréhension de ce qui se passe effectivement dans l'état morbide.

Nous estimons que la manière dont se développe aujourd'hui la psychiatrie phénoménologique, en suivant, de manière générale, l'orientation de recherche que nous venons de mettre en cause, est tributaire de la façon dont la phénoménologie a pris en compte les questions psychiatriques. Selon notre hypothèse, on a eu tendance à repousser au deuxième plan le fait que la phénoménologie a été adoptée par la psychiatrie sous une forme déterminée. De la sorte, l'écart entre les domaines de la médecine et de la philosophie semble être résorbé : abordée du point de vue de la phénoménologie, la psychiatrie présente une source de réflexion sur un sujet qui est, au fond, partagé et pourrait être résumé provisoirement avec la question « qu'est-ce que l'homme ? ». C'est ainsi que nous avons vu, par exemple, comment l'analyse de l'expérience pathologique est utilisée afin d'éclairer d'une lumière nouvelle la structure générale de l'expérience : non seulement l'épreuve d'autrui est posée comme fondamentalement *intelligible*, mais elle contribue à la compréhension toujours plus élaborée de nous-mêmes. Cette vision de la méthode phénoménologique s'avère alors être fixée sur la corrélation entre mon expérience et l'expérience de l'autre personne de sorte qu'elle profite des analyses des cas singuliers pour déterminer les *limites* jusqu'auxquelles cette expérience peut être transformée.

Les angles morts de cette perspective deviennent visibles si nous essayons de repositionner le questionnement en revenant à l'axe de la psychiatrie phénoménologique. Nous découvrons alors qu'un élément central de la problématique a perdu sa consistance : la présence du médecin se dissipe. En fait,

parler du *tournant* phénoménologique de la psychiatrie risque de laisser de côté le fait que le tournant est chaque fois effectué par le psychiatre. Dans un certain sens, le tournant n'est donc pas une expression pour dépeindre le changement de paradigme épistémologique, mais il indique la *transformation* à la fois professionnelle et personnelle du psychiatre. Il serait par ailleurs hâtif de déconnecter la posture épistémologique du sujet qui l'adopte. Le terme de « machine anthropologique », dont nous nous sommes servi pour décrire l'événement du devenir psychiatre-phénoménologue, marque clairement l'impossibilité d'abstraire le « je » du chercheur de l'analyse qu'il produit : « la machine ne se situe pas, en effet, comme un paradigme neutre, entre le sujet et l'objet connu, mais elle engage la structure même du sujet de la connaissance, elle en calque, comme une coulée de cire perdue, exigences et besoins, et finit par se confondre avec le processus même de connaissance »⁴⁹⁰. Or la singularité de la méthode phénoménologique tient à la manière dont elle *implique* la subjectivité du phénoménologue. Elle nous fournit donc les moyens nécessaires pour prendre en compte la figure du psychiatre tout en s'orientant selon les deux axes : celle de la psychiatrie phénoménologique et celle de la phénoménologie psychiatrique. C'est cette perspective que nous avons cherché à dessiner pour l'analyse de la situation clinique.

Après avoir souligné la nécessité de ne pas laisser dans l'ombre l'expérience de la rencontre telle qu'elle est faite par le médecin, nous avons avancé l'hypothèse qu'il est aussi affecté par l'avènement de la folie. En effet, le caractère complexe du rapport à la personne folle tient au fait qu'il est difficile pour le médecin d'être en présence de soi-même face à la personne atteinte de folie. En conceptualisant le terme de « *malaise* », nous avons visé à saisir ce qui est en jeu pour le psychiatre dans l'expérience clinique : le médecin éprouve un malaise à la vue de son patient, de sorte qu'il est mal avec lui-même – la présence d'autrui provoque chez lui une telle distanciation par rapport à lui-même qu'il perd ses repères habituels et se retrouve dans une situation *critique*. Dans cette perspective, la désignation même de l'état d'autrui à travers un diagnostic psychopathologique peut être vue comme une tentative de phénoménaliser, c'est-à-dire de cerner les contours de l'événement. Si Binswanger se tourne à ce moment vers la phénoménologie, c'est parce que la réponse que la psychopathologie classique donne au décalage qu'il est en train de ressentir face à son patient ou à sa patiente ne lui apporte pas de satisfaction. Au vu de ces

⁴⁹⁰ Agamben G., *Introduction* à Jesi F., *La fête et la machine mythologique*, p. 10.

considérations, il nous semble possible d'affirmer que l'intervention de la phénoménologie est davantage motivée par *l'expérience* même de la rencontre que par la *décision* méthodologique, comme le fait croire Binswanger lui-même. À l'aide des réflexions de Maldiney et de Levinas, nous avons alors cherché à approfondir l'idée selon laquelle l'analyse phénoménologique non seulement contribue à dévoiler le sens originaire du phénomène de l'étrangeté, mais dégage aussi la manière dont le sens nouveau advient.

À l'encontre de l'approche classique du problème psychiatrique par la phénoménologie, visant à ressaisir les cas de folie comme élargissement des limites internes de l'expérience en général, ou comme « radicalisation de la modification » des structures aprioriques de l'existence, nous proposons d'analyser la rencontre clinique comme suscitant une « *suspension* » de la machine anthropologique, en tant qu'elle implique tout autant le médecin que son « objet ». La rencontre avec la folie opère en effet une rupture de concepts (normal/pathologique, humain/inhumain) qui jusque-là fonctionnaient de concert suivant une unité dialectique, rupture produisant une crise qui touche le sujet au plus profond de lui-même.

Une piste que nous avons tracée, mais que nous n'avons pas explorée jusqu'au bout lors de notre travail, nous amène à questionner l'« aporie motivationnelle » de la réduction phénoménologique. En fait, il est difficile à cerner « où » se trouve l'*ego* au moment où il commence l'analyse phénoménologique. En admettant que la décision d'entreprendre une nouvelle démarche intellectuelle revienne au sujet, dans quel sens l'abandon de l'attitude naturelle est-il le premier pas de l'approche phénoménologique ? Est-ce que l'attitude naturelle fait encore partie de celle-ci si l'attitude phénoménologique ne se conçoit que dans la mise entre parenthèses de la thèse générale du monde ? Une possibilité qui se dessine pour nous consiste à poursuivre cette interrogation en mettant en avant l'idée de *modification neutralisante de la conscience* qui en tant qu'« abstention pure », n'est pas encore une position, mais précisément « l'abstention de poser », « met en œuvre l'*épochè* »⁴⁹¹ et jette donc les bases de l'attitude phénoménologique. Nous pourrions alors envisager d'élaborer plus amplement le concept de malaise : tandis que, dans la présente étude, nous nous sommes contenté de traiter de ce terme en nous limitant aux textes maldineysiens, nous pourrions élargir le cadre de réflexion en faisant appel aux analyses

⁴⁹¹ Husserl E., *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*, Paris, Gallimard, 1950, p. 366.

d'Emmanuel Levinas et Jean-Paul Sartre. Il pourrait être productif, à notre sens, de se pencher sur la manière dont ces philosophes mettent en évidence l'instant de la modification neutralisante de la conscience – d'une part, sous la forme de l'insomnie et, d'autre part, sous la forme de la nausée – comme moment inaugural de la description phénoménologique⁴⁹². Telle est la première perspective de recherche qui s'ouvre pour nous au terme des analyses de notre travail de thèse.

Revenons maintenant à la figure du psychiatre qui ressort une fois que l'expérience de la rencontre vécue par le médecin est placée au premier plan. Nous avons proposé d'entendre la manière dont le psychiatre est affecté par l'état de son patient comme la conséquence du fait qu'il devient *témoin* de l'avènement de la folie de celui-ci. Il devient témoin par le fait qu'il apparaît comme le *lieu* où cette folie se manifeste, au sens où elle reçoit une certaine forme en devenant un phénomène. Ces considérations nous amènent à poser la question suivante : comment témoigner de la folie ? Cette interrogation suggère une deuxième piste de réflexion sur la situation du psychiatre dans le face-à-face avec son patient.

Il convient ici de revenir au texte de Giorgio Agamben⁴⁹³ dont nous nous sommes servi pour nos analyses de l'événement de la crise psychotique comme état d'exception qui met à nu le fonctionnement de la machine anthropologique – qui dévoile, donc, la manière dont les concepts de santé et de maladie mentale sont branchés l'un sur l'autre, dans une conception qui essaye de dégager le sens positif de la folie comme flexion de la structure apriorique de l'existence. En fait, dans l'étude du philosophe italien, la problématisation de la figure du « musulman » a pour point de départ la question suivante : *comment* témoigner pour les victimes des camps de concentration ? Est-il possible de livrer un témoignage pour celui qui a touché le fond ? En effet, comme le notait déjà Primo Levi, ceux qui ont « sondé le fond » ne sont pas revenus et ne peuvent pas en témoigner – les rescapés ne sont

⁴⁹² Nous avons trouvé la confirmation de notre intuition de rapprocher les réflexions de Maldiney, de Levinas et de Sartre quant au moment crucial de la rencontre avec l'inconnu, dans la conférence faite par Nicolas de Warren à l'Université des Sciences Humaines d'État de Russie durant le mois de mai en 2015, dans laquelle le phénoménologue insiste sur l'originalité du concept husserlien de modification neutralisante de la conscience, originalité qui témoigne du fait que la pensée husserlienne doit être considérée comme une « pédagogie de la pensée » au sens deleuzien du terme, c'est-à-dire en ce qu'elle n'est ni la tendance à la création d'une sorte d'encyclopédie universelle ni à la professionnalisation (voire à la commercialisation) du savoir. Husserl crée des concepts qui au lieu de simplement définir un problème qui semble être déjà existant, posent les problèmes et ainsi découvrent de nouveaux objets de recherche. Les phénomènes de l'insomnie et de la nausée représentent, selon Nicolas de Warren, des « variations » sur le thème de la modification neutralisante de la conscience.

⁴⁹³ Agamben G., *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo sacer III*.

pas des « témoins intégraux »⁴⁹⁴. En même temps, il existe en réalité des témoignages apportés par ceux qui dans les camps ont été « musulmans » et qui par la suite ont décrit l'état liminaire qu'ils ont vécu. Malgré ce fait le problème persiste, car la singularité de l'expérience tient au fait qu'elle n'est pas à proprement parler une expérience : dans l'état où l'on touche le fond, rien en réalité n'est touché, rien n'est connu, voire : si quelque chose a été connu, comme le souligne Agamben, c'est l'impossibilité de connaître.

La manière dont le philosophe italien pose la question du témoignage nous paraît être utile pour comprendre ce qui est en jeu pour le psychiatre dans la rencontre clinique. En suggérant que, lors de la rencontre avec la personne qui a vécu la crise psychotique, le médecin lui aussi vit une *crise*, nous avons voulu ébaucher les lignes directrices que pourrait prendre la réflexion sur ce problème. Ainsi, nous avons dégagé le sentiment de *décalage* qui frappe le psychiatre lors de la rencontre clinique et qui ébranle son attitude naturelle dans deux sens : à la fois dans sa posture quotidienne, où il se trouve face à l'impossibilité d'entrer en empathie avec la personne de la façon qui lui était jusque-là habituelle, et dans sa démarche scientifique, où il aperçoit la limitation de son savoir psychiatrique face à la nécessité de rendre compte de la vie subjective d'autrui. Dans cette perspective, il est clair que le problème qui se pose n'est pas celui de la possibilité de témoigner de l'aliénation qui touche le *malade*, mais celui de la possibilité de témoigner de la folie telle qu'elle est rencontrée par le *psychiatre*, car il s'en trouve également bouleversé sans pour autant que le sens de la crise soit analogue dans les deux cas.

Nous pourrions même aller jusqu'à dire que le psychiatre ne devient psychiatre qu'au moment où il devient témoin de la folie d'autrui, c'est-à-dire où il prend conscience de lui-même en tant que celui à qui cet événement advient et pour lequel il prend un sens. Cette réflexion pourrait éventuellement guider des considérations relatives à l'éthique médicale, dans une approche où l'on composerait le discours sur la vulnérabilité avec celui sur le témoignage, en mettant ainsi au premier plan le rôle du psychiatre et en accentuant davantage la responsabilité qui le relie à autrui. C'est la troisième perspective qui s'ouvre à partir des réflexions que nous avons menées tout au long de la troisième partie de notre travail. Nous pourrions avancer sur cette voie à partir des horizons divers.

⁴⁹⁴ Levi P., *Les naufragés et les rescapés. Quarante ans après Auschwitz*, p. 82.

La question du témoignage de la folie est présente, sans être nécessairement définie dans ces termes-là, dans les études interdisciplinaires que l'on désigne dans le monde anglo-saxon par le terme *Medical Humanities*⁴⁹⁵ réunissant les recherches situées au croisement de la médecine et des sciences humaines. Or, de notre point de vue, la perspective qui y est adoptée reste encore prioritairement focalisée sur le patient. Par exemple la littérature, la poésie et les arts plastiques y sont analysés en ce qu'ils offrent la possibilité de témoigner de la folie en créant un contact immédiat avec l'expérience de l'autre. En même temps, une forme artistique reste, à notre avis, sous-représentée, celle de l'audiovisuel : tandis que nous trouvons des réflexions sur les représentations de la maladie mentale dans les films de fictions, les films documentaires ne semblent pas être objet d'intérêt pour les chercheurs. Pourtant il nous semble que l'exploration de cette source pourrait contribuer à équilibrer le regard sur la pratique et les sciences médicales marquées par la domination de l'intérêt envers la figure du malade, en nous donnant des clés importantes pour les analyses des images de la folie, de leur présence dans l'imaginaire collectif et de la façon dont elles pourraient être déconstruites.

Nous pourrions également envisager une autre manière de développer une analyse phénoménologique de la situation clinique, menée en s'appuyant le concept de témoignage, en prêtant attention, cette fois-ci, sur les autres membres de l'institution psychiatrique, et sur l'institution elle-même. Il conviendrait dans ce cas de suivre la méthode d'Yasuhiko Murakami qui place au centre de ses analyses l'expérience singulière de la personne qui rencontre une personne atteinte de folie de sorte que cette expérience est saisie à partir du cadre institutionnel⁴⁹⁶. Nous

⁴⁹⁵ En français, on hésite entre « humanités médicales » et « sciences humaines en médecine ». Notons que ce domaine de recherche reste aujourd'hui très peu exploré dans les études francophones, notamment si on les compare au milieu anglo-américain. Voir par exemple l'interview avec la responsable du programme d'études en « Sciences humaines en médecine » à l'université de Genève. Louis-Courvoisier M., « Sciences humaines et médecine : une alliance féconde », in *Santé conjuguee*, n°46, 2008.

⁴⁹⁶ Alors que, dans ses recherches menées sur l'autisme chez les jeunes enfants, Yasuhiko Murakami développe un projet de psychopathologie levinassienne, aujourd'hui ces études s'ouvrent sur une perspective dont le point centrale est la figure d'un(e) soignant(e). Nous tenons à souligner que nous avons beaucoup été influencée par les recherches d'Yasuhiko Murakami et par sa méthode de travail dans laquelle il cherche à développer une analyse transcendante de la singularité en s'appuyant systématiquement sur les analyses des interview qu'il entreprend avec les infirmières, les soignants ou les travailleurs sociaux. Ainsi, l'idée d'ouverture, esquissée dans le tout dernier chapitre de notre thèse, vers l'analyse phénoménologique de l'institution a été conçue sous l'inspiration de ces derniers travaux. Voir « La gravité et l'eau. – Dialogue avec un patient atteint de la SLA », in *Annales de Phénoménologie*, 2012; « Le passé imaginaire pour un bébé avorte et l'appel chez Maldiney », in *Annales de Phénoménologie*, 2013; « L'endroit à partir duquel quelqu'un m'appelle.

sommes d'autant plus interpellé par cette approche que la notion de machine anthropologique, centrale pour nos réflexions, relève d'une logique proche de celle des recherches du phénoménologue japonais. En effet, pour Agamben, le principe fondamental consiste à éviter le discours guidé par les concepts d'individuel et d'universel en mettant en avant celui de particulier. La méthode de travail qui viserait « le particulier à travers le particulier »⁴⁹⁷ mettrait sans doute en valeur le point de vue des personnes impliquées dans les soins psychiatriques, sans pour autant retomber dans l'idée de l'analyse phénoménologique comme étant purement descriptive.

Ces différents horizons de recherche qui s'ouvrent devant nous au terme des analyses que nous avons menées dans le présent travail ont pour point de départ commun l'idée que la phénoménologie propose avant tout un nouveau mode d'être : en libérant des présupposés et des théories préalables, elle nous offre des moyens de saisir comment le sens des phénomènes se constitue et comment il nous transforme dans son advenir. Si l'adoption de la méthode phénoménologique par la psychiatrie a été suivie par une humanisation de sa pratique, ce n'est pas parce qu'elle proposait une nouvelle conception de l'homme, un humanisme prêt-à-porter qu'il suffisait de réaliser sur le champ psychiatrique, mais parce que, en permettant de cerner la portée critique d'une rencontre avec le malade, elle a participé au processus de transformation du psychiatre lui-même. Par conséquent, la crise de déshumanisation qui frappe aujourd'hui les institutions psychiatriques ne saurait être résolue par la simple évocation ni de l'approche phénoménologique, ni du sens des rapports que celle-ci serait censée nous apprendre. Ce qu'il faudrait retenir de cet événement historique, ce serait plutôt la précarité du concept d'homme, précarité que nous devrions mettre au profit de sa réinvention dans des conditions qui résistent de toute évidence à toute innovation qui ne serait pas une adaptation aux conditions données. Cette réinvention demandera d'abord la mise à l'épreuve de nous-mêmes, en tant que chercheurs qui visent à trouver des manières de débrancher les machines anthropologiques, de les remettre à zéro et de les redémarrer à des nouveaux frais.

Dialogue avec une infirmière spécialisée en soins palliatifs », in *Perspective soignante. Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, n°49, 2014; « Une phénoménologie de l'action – en partant des soins du corps immobilisé par la sclérose latérale amyotrophique (SLA) », in Bastiani F. et Sholokhova S. (éd.), *Rencontrer l'imprévisible. À la croisée des phénoménologies contemporaines*, Argentueil, Le Cercle Herméneutique, 2013.

⁴⁹⁷ Agamben G., *Signatura rerum : sur la méthode*, Paris, Vrin, 2009.

Bibliographie

Présent à Henri Maldiney, Lausanne, Éditions l'Âge d'homme, 1973.

Abensour Miguel, « L'extravagante hypothèse », in Cohen-Levinas Danielle (éd.), *Levinas*, Paris, Bayard, 2006, pp. 73-105.

Abensour Miguel, « Le contre-Hobbes d'Emmanuel Levinas », in Halperin Jean (éd.), *Difficile justice : Dans la trace d'Emmanuel Levinas: actes du XXXVIe colloque des intellectuels juifs de langue française*, Paris, Albin Michel, 1998, pp. 120-133.

Agamben Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éditions du Seuil, 1997.

Agamben Giorgio, *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo sacer III*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 1999.

Agamben Giorgio, *L'ouvert. De l'homme et de l'animal*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2002.

Agamben Giorgio, *État d'exception. Homo sacer, II, 1*, Paris, Éditions du Seuil, 2003.

Agamben Giorgio, *La puissance de la pensée. Essais et conférences*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2006.

Agamben Giorgio, *Nudités*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2009.

Agamben Giorgio, *Signatura rerum : sur la méthode*, Paris, Vrin, 2009.

Althusser Louis, *Pour Marx*, Paris, La Découverte, 1986.

Badiou Alain, *L'éthique. Essais sur la conscience du Mal*, Paris, Hatier, 1993.

- Barbaras Renaud, *Vie et intentionnalité. Recherches phénoménologiques*, Paris, Vrin, 2003.
- Basso Elisabetta, « Le rêve comme argument. Les enjeux épistémologiques à l'origine du projet psychiatrique de Ludwig Binswanger », in *Archives de Philosophies*, vol.73, n°4, 2010, pp. 655-686.
- Basso Elisabetta, « From the Problem of the Nature of Psychosis to the Phenomenological Reform of Psychiatry. Historical and Epistemological Remarks on Ludwig Binswanger's Psychiatric Project », in *Medecine Studies*, n°4, 2012, pp. 415-432.
- Basso Elisabetta, « L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme "science du singulier" », in *Histoire, Médecine et Santé*, n°6, 2015, pp. 33-48.
- Bastiani Flora, « La dernière éthique de Levinas cède-t-elle à la folie ? », in Bastiani Flora et Sholokhova Svetlana (éd.), *Rencontrer l'imprévisible. À la croisée des phénoménologies contemporaine*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2013, pp. 145-153
- Bellahsen Mathieu, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La fabrique, 2014.
- Bensussan Gérard, « Levinas et la question politique », in *Noesis*, n°2, 2000, <http://noesis.revues.org/9>.
- Bensussan Gérard, *Éthique et expérience. Levinas politique*, Strasbourg, La Phocide, 2008.
- Bernet Rudolf, *Conscience et existence. Perspectives phénoménologiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
- Bernet Rudolf, *La vie du sujet. Recherches sur l'interprétation de Husserl dans la phénoménologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- Binswanger Ludwig, *Discours, parcours et Freud. Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1970.
- Binswanger Ludwig, *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1971.
- Binswanger Ludwig, *Mélancolie et manie : études phénoménologiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

- Binswanger Ludwig, « Entretien avec Jacques Schotte, “Entre Freud et Heidegger : Binswanger à la recherche d’un statut scientifique pour la psychiatrie” », in *Études Phénoménologiques*, n°21, 1995, pp. 23-40.
- Binswanger Ludwig, *Henrik Ibsen et le problème de l'autoréalisation dans l'art*, Bruxelles, Paris, De Boeck Université, 1996.
- Binswanger Ludwig, *Le problème de l'espace en psychopathologie*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1998.
- Binswanger Ludwig, *Le cas Suzanne Urban. Étude sur la schizophrénie*, Brionne, Gérard Monfort, 2002.
- Binswanger Ludwig, *Trois formes manquées de la présence humaine : La présomption, la distorsion, le maniérisme*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2002.
- Binswanger Ludwig, *Rêve et existence*, Paris, Vrin, 2012.
- Binswanger Ludwig, *Le cas Lola Voss. Schizophrénie. Quatrième étude*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.
- Binswanger Ludwig, « Événement et vécu. À propos de l'article du même nom d'Erwin Straus », in *Philosophie*, n°121, 2014, pp. 5-28.
- Binswanger Ludwig et Freud Sigmund, *Correspondance 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- Binswanger Ludwig et Warburg Aby, *La guérison infinie. Histoire clinique d'Aby Warburg*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2011.
- Blankenburg Wolfgang, *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- Boraud Thomas et Gonon François, « Neurosciences, les limites de la méthode », in *Le monde*, 2013, http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/09/30/neurosciences-les-limites-de-la-methode_3487335_1650684.html.
- Brunel Sarah, « La crise, un appel à exister? », in *Études*, vol.417, n°7, 2012, pp. 53-62
- Cabestan Philippe et Dastur Françoise, *Daseinsanalyse. Phénoménologie et psychiatrie*, Paris, Vrin, 2011.

- Célis Raphaël et Bovet Pierre, « Psychiatrie phénoménologique et Daseinsanalyse », in Duruz Nicolas et Gennart Michelle (éd.), *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Paris, Médecine et Hygiène, 2002, pp. 93-117.
- Cermolacce M., Sass L. et Parnass J. , « What is bizarre in bizarre delusions ? A critical review », in *Schizophrenia Bulletin*, vol.36, n°4, 2010, pp. 667-679.
- Chaput Christian, « La schizophrénie est-elle jamais intégrable ? », in De Gramont Jérôme et Grosos Philippe (éd.), *Henri Maldiney. Phénoménologie, psychiatrie, esthétique*, Presses Universitaires de Rennes, 2014.
- Charbonneau Georges, *Introduction à la psychopathologie phénoménologique. Tome I*, Paris, MJW Fédition, 2010.
- Chernyakov Alexei, « Fenomenologiya kak strogaya nauka? », in *Istoriko-filosofskii ezhegodnik*, 2005, pp. 360-400.
- Coupechoux Patrick, *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Éditions du Seuil, 2006.
- Dardot Pierre et Laval Christian, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2009.
- Dastur Françoise, « Maldiney et la question de l'événement. », conférence à l'Ecole Normale Supérieure, 2015, http://www.henri-maldiney.org/sites/default/files/imce/maldiney-evenement_dastur.pdf.
- Depraz Natalie, *Lucidité du corps. De l'empirisme transcendantal en phénoménologie*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
- Depraz Natalie et Mauriac Frédéric, « La résonance comme époque éthique », in *Alter*, n°13, 2005, pp. 263-276.
- Depraz Natalie, « L'époque phénoménologique comme éthique de la prise de parole », in *Expliciter*, n°61, 2005.
- Depraz Natalie, *Comprendre la phénoménologie: une pratique concrète*, Paris, Armand Colin, 2006.
- Depraz Natalie et Mauriac Frédéric, « “Secondes personnes”. Une anthropologie de la relation », in *Évolution psychiatrique*, n°71, 2006, pp. 667-682.
- Derrida Jacques, *L'écriture et la différence*, Paris, Édition du Seuil, 1997.

- Dupuis Michel, *Levinas en contrastes*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1994.
- Dupuis Michel, Gueibe Raymond et Hesbeen Walter, *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2011.
- Escoubas Eliane, « Analytique du *Dasein* et psychanalyse », in, *La notion d'analyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1992, pp. 281-295.
- Fédida Pierre et Wolf-Fédida Mareike, *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2004.
- Fink Eugen, *De la phénoménologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974.
- Fink Eugen, *Sixième Méditation cartésienne. Première partie. L'idée d'une théorie transcendantale de la méthode*, Grenoble, Éditions Gêrôme Millon, 1994.
- Forthomme Bernard, « La passivité comme grain de folie ou l'épreuve majeure d'Emmanuel Levinas », in *Klesis*, n°7, 2008, pp. 90-104.
- Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1992.
- Foucault Michel, « Introduction », in Binswanger Ludwig, *Le rêve et l'existence*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954, pp. 9-128.
- Foucault Michel, *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Éditions du Seuil, 2003.
- Foucault Michel, *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1990.
- Foucault Michel, *La Pensée du dehors*, Fontfroide-le-Haut, Fata Morgana, 1986.
- Foucault Michel, *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1994.
- Foucault Michel, *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, 2001.
- Foucault Michel, *Dits et écrits IV*, Paris, Gallimard, 1994.
- Freud Sigmund, *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1953.
- Gély Raphaël, *Imaginaire, perception, incarnation : exercice phénoménologique à partir de Merleau-Ponty, Henry et Sartre*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, 2012.

- Goddard Jean-Christophe, « Henri Maldiney : Transpassibilité et psychose », in *Alter*, n°14, 2006, pp. 199-219.
- Goddard Jean-Christophe, « Henry Maldiney et Gilles Deleuze. La station rythmique de l'œuvre d'art », in *Revista Filosófica de Coimbra*, n°33, 2008, pp. 109-124.
- Goddard Jean-Christophe, *Violence et subjectivité. Derrida, Deleuze, Maldiney*, Paris, Vrin, 2008.
- Gros Caroline, *Ludwig Binswanger: Entre phénoménologie et expérience psychiatrique*, Chatou, Les Éditions de la Transparence, 2009.
- Guattari Félix, *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*, Paris, F. Maspero, 1972.
- Guattari Félix, *De Leros à La Borde*, Fécamp, Paris, Lignes, Imec, 2011.
- Heidegger Martin, *Être et temps*, Paris, Authentica, 1985.
- Heidegger Martin, *Séminaires de Zurich*, Paris, Gallimard, 2010.
- Husserl Edmund, *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*, Paris, Gallimard, 1950.
- Husserl Edmund, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, Paris, Gallimard, 1976.
- Jaspers Karl, *Psychopathologie générale*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1933.
- Jesi Furio, *La fête et la machine mythologique*, Paris, Éditions MIX, 2008.
- Joël Boudierlique, « Transpassibilité et transpossibilité », in Pringuey D. et Kohl F.-S. (éd.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2001.
- Jonckheere Paul, *Phénoménologie et analyse existentielle*, Louvain-la-Neuve, Presses de Louvain-la-Neuve, 1986.
- Jonckheere Paul, *Psychiatrie phénoménologique. Tome 1. Concepts fondamentaux*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2009.
- Jonckheere Paul, *Psychiatrie phénoménologique. Tome 2. Confrontations cliniques*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2009.

- Klopp S. et Gibelin J.-L., « La refondation d'une psychiatrie humaniste », in *L'Humanité*, 2014, <http://www.humanite.fr/la-refondation-dune-psychiatrie-humaniste-558250>.
- Laing David, *The Divided Self*, Pelican Edition 1964.
- Lanteri-Laura Georges *La psychiatrie phénoménologique: fondements philosophiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- Lanzoni Susan, « An epistemology of the Clinic: Ludwig Binswanger's Phenomenology of the Other », in *Critical Inquiry*, vol.30, n°1, 2003, pp. 160-186.
- Lekeuche Philippe, « Avec le schizophrène: la rencontre par excellence », in *Cliniques méditerranéennes*, vol.2, n°84, 2011, pp. 169-183.
- Leoni Federico, « Figure dell'aperto. Introduzione a *Della transpassibilità* », in Maldiney Henri (éd.), *Della transpassibilità*, Milano, Associazione Culturale Mimesis, 2004.
- Levi Primo, *Si c'est un homme*, Paris, Julliard, 1987.
- Levi Primo, *Les naufragés et les rescapés. Quarante ans après Auschwitz*, Paris, Éditions Gallimard, 1989.
- Levinas Emmanuel, « Vérité du dévoilement et vérité du témoignage », in Castelli Enrico (éd.), *Le témoignage*, Paris, Aubier, 1972, pp. 101-111.
- Levinas Emmanuel, *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1974.
- Levinas Emmanuel, *L'au-delà du verset. Lectures et discours talmudiques*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1982.
- Levinas Emmanuel, « Paix et proximité », in Rolland Jacques (éd.), *Cahiers de la nuit surveillée*, Verdier, 1984.
- Levinas Emmanuel, *Hors sujet*, Fata Morgana, 1987.
- Levinas Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Martinus Nijhoff / Librairie générale française, 1990.
- Levinas Emmanuel, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelles, 1991.
- Levinas Emmanuel, *De l'oblitération. Entretien avec Françoise Armengaud à propos de l'œuvre de Sosno*, Paris, Éditions de la Différence, 1990.

- Levinas Emmanuel, *Dieu, la mort et le temps*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelles, 1993.
- Levinas Emmanuel, « Visage et violence première (phénoménologie de l'éthique) », in Münster Arno (éd.), *La différence comme non-indifférence. Ethique et altérité chez Emmanuel Lévinas*, Paris, Éditions Kimé, 1995, pp. 129-145.
- Levinas Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Montpellier, Fata Morgana, 1995.
- Levinas Emmanuel, *De Dieu qui vient à l'idée*, Paris, Vrin, 2000.
- Levinas Emmanuel, *Positivité et transcendance (suivi de Lévinas et la phénoménologie)*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000.
- Levinas Emmanuel, *De l'existence à l'existant*, Paris, Vrin, 2004.
- Levinas Emmanuel, *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin, 2010.
- Levinas Emmanuel, *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Fayard / Librairie générale française, 2004.
- Levinas Emmanuel, *Humanisme de l'autre homme*, Paris, Fata Morgana / Librairie générale française, 2012.
- Louis-Courvoisier Micheline, « Sciences humaines et médecine : une alliance féconde », in *Santé conjugée*, n°46, 2008.
- Maillard Nathalie, « Emmanuel Levinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin », in *Éthique & Santé*, vol.1, n°2, 2004, pp. 100-106.
- Maillard Nathalie, *La vulnérabilité : une nouvelle catégorie morale ?*, Paris, Labor et Fides, 2011.
- Maldiney Henri, *Penser l'homme et la folie à la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 1991.
- Maldiney Henri, « Postface : Réflexion et quête du soi », in Bin Kimura, *Écrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- Maldiney Henri, *Regard, parole, espace*, Lausanne, Paris, Éditions l'Âge d'Homme, 1994.

- Maldiney Henri, « L'homme dans la psychiatrie », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, 2001, pp. 31-46.
- Maldiney Henri, *Existence, crise et création*, La Versanne, Encre marine, 2001.
- Maldiney Henri, « L'existant », in Fédida Pierre et Schotte Jacques (éd.), *Psychiatrie et existence*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2007, pp. 25-45.
- Maniglier Patrice, « Lévi-Strauss », in Zarader Jean-Pierre (éd.), *Le vocabulaire des philosophes* Paris, Ellipses, 2002.
- Marazia Chantal, « L'internamento dei grandi : Ludwig Binswanger e la clinica Bellevue », in *Medicina & Storia*, vol.5, n°10, 2005, pp. 75-92.
- Mazzù Antonino, « Le soi dans la maladie : Considérations à partir de L. Binswanger et H. Maldiney », in *Bulletin d'analyse phénoménologique*, vol.8, n°1, 2012, pp. 430-441.
- Minister Stephen, *De-facing the other : reason, ethics, et politics after difference*, Milwaukee, Wis., Marquette university press, 2012.
- Minkowski Eugène, *La schizophrénie : psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot, 1927.
- Minkowski Eugène, *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*, Paris, 1933.
- Murakami Yasuhiko, *Lévinas phénoménologue*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2002.
- Murakami Yasuhiko, « L'origine de l'expression. La 1re Recherche Logique et la langue chez les autistes », in *Annales de Phénoménologie*, 2006, pp. 135-147.
- Murakami Yasuhiko, *Hyperbole. Pour une psychopathologie lévinassienne*, Amiens, Association pour la promotion de la phénoménologie, 2008.
- Murakami Yasuhiko, « La gravité et l'eau. – Dialogue avec un patient atteint de la SLA », in *Annales de Phénoménologie*, 2012, pp. 169-181.
- Murakami Yasuhiko, « Le passé imaginaire pour un bébé avorte et l'appel chez Maldiney », in *Annales de Phénoménologie*, 2013, pp. 237-255.
- Murakami Yasuhiko, « Une phénoménologie de l'action – en partant des soins du corps immobilisé par la sclérose latérale amyotrophique (SLA) », in

- Bastiani Flora et Sholokhova Svetlana (éd.), *Rencontrer l'imprévisible. À la croisée des phénoménologies contemporaines*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2013, pp. 153-165.
- Murakami Yasuhiko, « L'endroit à partir duquel quelqu'un m'appelle. Dialogue avec une infirmière spécialisée en soins palliatifs », in *Perspective soignante. Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, n°49, 2014, pp. 64-82.
- Nancy Jean-Luc, *La Communauté désœuvrée*, Paris, C. Bourgois, 1986.
- Naudin Jean et Azorin Jean-Michel, « Psychothérapie des schizophrènes », in Pringuey Dominique et Kohl Frantz Samy (éd.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie* Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2005.
- Oury Jean, *Onze heures du soir à La Borde. Essais sur la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Éditions Galilée, 1980.
- Oury Jean, « Alors, la vie quotidienne ? », in *Institutions*, n°19, 1996.
- Oury Jean, « Analyse structurale et métapsychologie », in *Psychoanalytische Perspectieven*, vol.27, n°1-2, 2009, pp. 153-173.
- Oury Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Lecques, Les éditions du Champ social, 2001.
- Pankow Gisela, *L'être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006.
- Pelluchon Corine, « Levinas et l'éthique médicale », in *Cahiers d'Études Lévinassiennes*, n°9, 2010, pp. 239-256.
- Pelluchon Corine, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.
- Pelluchon Corine, *L'autonomie brisée : bioéthique et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.
- Polack Jean-Claude, « De la psychothérapie institutionnelle à la schizo-analyse », in Antonioli Manola, Aster Frédéric et Fressard Olivier (éd.), *Gilles Deleuze et Félix Guattari. Une rencontre dans l'après Mai 68*, Paris, L'Harmattan, 2009, pp. 105-115.
- Ricoeur Paul, *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Éditions du Seuil, 1965.

- Romano Claude, *L'événement et le monde*, Paris, Presses universitaires de France, 1998.
- Rümke Henricus, « The Nuclear Symptom of Schizophrenia and the Praecox Feeling », in Broome Matthew R., Harland Robert, Owen Gareth S. et Stringaris Argyris (éd.), *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, pp. 193-196.
- Sebbah François-David, *L'épreuve de la limite. Derrida, Henry, Lévinas et la phénoménologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001.
- Sebbah François-David, *Lévinas*, Paris, Perrin, 2010.
- Serrano Bónito Camilo, « Logos in psychotherapy : the phenomena of encounter and hope in the psychotherapeutic relationship », in *Logos of Phenomenology and Phenomenology of the Logos. Book Four. Analecta Husserliana*, vol.91, 2006.
- Sinelnikoff Nathalie, *Dictionnaire critique des psychothérapies. Concepts, principaux théoriciens, techniques, pathologies, symptômes*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2005.
- Stanghellini Giovanni, « Psychopathology : re-humanizing psychiatry », in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n°127, 2013, pp. 436-437.
- Straus Erwin, *Du sens des sens : contribution à l'étude des fondements de la psychologie*, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 1989.
- Straus Erwin, *Phenomenological psychology*, New York, Garland, 1980.
- Tatossian Arthur, *La phénoménologie des psychoses*, Puteaux, Le Cercle Herméneutique, 2002.
- Tatossian Arthur, *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, MJW Fédition, 2014.
- Tosquelles François, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2009.
- Vermersch Pierre, « Psycho-phénoménologie de la réduction », in *Alter*, n°3, 2011, pp. 229-255.
- von Weizsäcker Viktor, *Le cycle de la structure*, Paris, Desclée de Brouwer, 1958.
- Yampolskaya Anna, *Emmanuel Levinas : filosofiya i biographiya*, Kiev, Doukh i Litera, 2011.

Yampolskaya Anna, *Fenomenologiya vo Frantsii i v Germanii : Problemy metoda*, Moscou, Rossiiskii Gosudarstvennyi gumanitarnyi Universitet, 2013.

