

Epistémologie de la clinique psychosociale¹ (la scène sociale et la place des psy)

Jean FURTOS²,

« Dans la tendance anti-sociale, l'espoir est sous-entendu »

D. W. Winnicott

« Dans un champ d'exclusion, on ne peut calculer à la fois la position réelle d'un individu et sa vitesse d'exclusion »

J. Baudrillard

I - PREAMBULE

1) La scène sociale

Pour un clinicien, il y a toujours « un sujet quelque part », c'est le credo de base, le fondement du respect de chaque être désirant et souffrant en sa singularité, au delà ou à travers les symptômes reconnus et classifiés.

Mais à une époque où l'on se heurte de plus en plus à une clinique de la disparition (du sujet)³, il est important de se souvenir que l'apparition sur la scène sociale se fait par l'action et la parole. La famille constitue la première scène où se noue le contrat narcissique qui permettra ensuite d'explorer les mondes non familiaux. S'il y a toujours un sujet quelque part, il y a toujours, aussi, une scène sociale pour y apparaître, y prendre sa place. C'est le credo de base en ses deux faces indissociables : « l'autre scène » (Freud) comme la scène sociale ont besoin l'une de l'autre pour prendre et sens et corps.

C'est pourquoi l'évidence muette doit parfois être parlée avec force : il n'y a pas de clinique hors contexte social; l'institution soignante évolue avec lui comme les formes cliniques, les modalités d'accès aux soins et le soin lui-même. Lorsque le contexte social change, le travail clinique change, où alors il devient tout simplement inadéquat, il tourne à vide.

2) La précarité et l'objet social

En l'occurrence, dans notre société néolibérale et post-moderne, le contexte est celui de la précarité. Il nous semble important d'éviter le « syndrome de Snoopy », celui de ce chien sensible et intelligent qui, constatant, la perversité du monde, s'enferme rageusement dans sa niche, au sommet d'une montagne, en s'exclamant avec amertume : « *Ce monde est répugnant, je lui donne huit jours pour changer !* ». La révolte et le combat ne sont pas hors de propos, mais l'amertume seule : oui.

¹ Article paru dans la revue « Pratiques en santé mentale », numéro 1, 2000.

² Psychiatre, ORSPERE (*Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance psychique en Rapport avec l'Exclusion*), CH Le Vinatier 95, Boulevard Pinel – 69500 BRON

³ Cf FURTOS (J.) et LAVAL (C.) : « L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité » Introduction à une clinique de la disparition, in *Confrontations Psychiatriques* n°39, 1998.

Mais d'abord il faut comprendre ce qui se passe. Qu'est-ce que la précarité ? Nous dirons plus loin qu'il y a une précarité normale. La précarité sociale ne doit pas être confondue avec la pauvreté, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée. On peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche. Bien entendu, ce que l'on appelle « grande précarité » est synonyme de pauvreté voire de misère. La précarité n'est pas à confondre non plus avec l'exclusion bien qu'elle entretienne un rapport avec elle : elle peut amener à être exclu de son groupe d'appartenance voire de la scène sociale où se joue l'apparition du citoyen.

A ce point, nous définissons une société précaire par la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des objets sociaux; la peur de perdre une fois installée draine la perte de confiance en l'avenir et dans la société.

Il faut donc définir « l'objet social » :

C'est quelque chose de concret comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes (la liste n'est pas exhaustive). On en a ou on n'en a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Le rapport Wresinki, en 1987, avait insisté sur leur importance, car ils donnent "**les sécurités de base**" dont la perte amorce la précarité.

Un objet social, c'est aussi quelque chose d'**idéalisé** dans une société donnée, en rapport avec un système de **valeurs**, et qui **fait lien** : il donne un **statut**, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelque fois l'objet susceptible d'être perdu est le terrain de jeu lui-même, c'est à dire l'aire culturelle, et alors tout peut basculer. La difficulté commence lorsque certains objets ne vont plus de soi, par exemple le travail et le salaire, dans une société post-salariale à précarisation croissante. Ainsi, la C.M.U.⁴ officialise la perte de l'objet « travail » qui n'est plus désormais le passage obligé pour le droit à l'Assurance Maladie.

Par rapport à la promesse du contrat narcissique contracté dès l'enfance via la famille ("*Si tu rentres dans notre culture, tu auras ta place*"), il y a difficulté lorsque cette place devient incertaine, lorsque les objets sociaux, supports de l'effectivité de la promesse, se dérobent. La question devient celle de savoir s'il y a ou non possibilité de désillusion, donc de deuil, donc de transformation.

3) Une époque difficile pour des cliniciens en situation de double lien.

Les praticiens du secteur de psychiatrie publique sont soumis à une double injonction et à une double récusation.

La première injonction vient « d'en haut », de l'Etat, via le Ministère et les Tutelles ; la loi contre les exclusions, le rappel du rôle social de l'hôpital, l'insistance sur l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies constituent l'arrière fond, la trame de l'exigence à partir de laquelle IL FAUT faire quelque chose.

La seconde injonction, la première en fait dans l'ordre chronologique, vient des praticiens du champ social qui sont au front : ils en appellent aux équipes du secteur pour leur confier des pathologies qui ne semblent pas de leur compétence et pour les inviter à un partenariat encore plus indispensable qu'auparavant. Il est clair que sur le front où ils officient, ils « en reçoivent des vertes et des pas mûrs », comme on dit, qu'ils ne peuvent gérer seuls.

⁴ Couverture Maladie Universelle

Simultanément, ces injonctions s'accompagnent d'une double récusation.

La première est portée par l'aphorisme partout entendu qu'il « ne faut pas psychiatriser la pauvreté ». Certes, toute souffrance intolérable n'est pas psychiatrique, comme chacun sait. Mais, en l'occurrence, il nous semble entendre quelque fois que « psychiatriser la pauvreté » s'apparenterait implicitement à un dévoiement, comme par exemple l'horreur de psychiatriser la dissidence, observée il n'y a pas si longtemps dans l'ex Union Soviétique. Nombre de psychiatres utilisent eux-mêmes cet aphorisme par principe de précaution, pour ne pas s'engager n'importe où, ne pas perdre des moyens indispensables pour prendre soin de la psychose. Il y a de la conviction mais certainement aussi le fait de se sentir perdu dans un domaine inconnu, sans comprendre ce qui se passe autrement qu'en idées générales qui ne suffisent pas pour fonder une pratique.

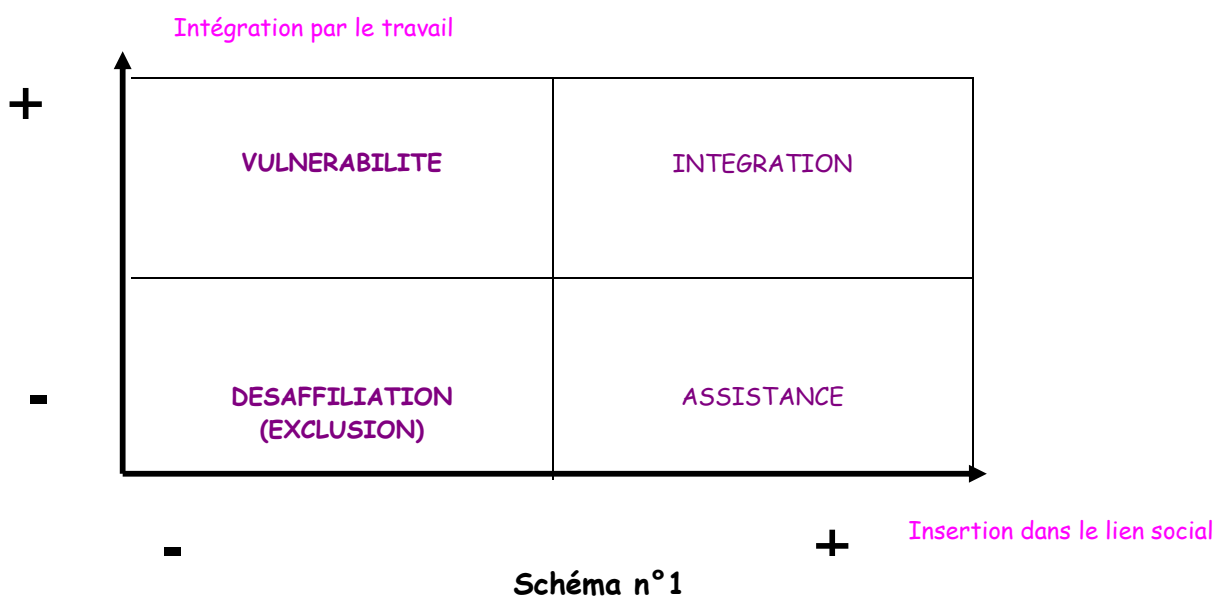
Il y a encore un point autrement plus difficile, le fait que les « pauvres », les « précaires », les « exclus » récusent eux-mêmes l'intervention de la psychiatrie : l'absence passive de demandes de soins s'accompagne très souvent d'un refus actif alors même qu'une souffrance psychique est authentifiée par les intervenants sociaux. En l'absence d'HDT, les services d'urgence et de psychiatrie sont mis dans l'embarras, l'indécidabilité, l'intervention impossible même lorsqu'elle apparaît nécessaire.

On comprend la nécessité d'une compréhension de la situation sociale qui ne se limite pas au socio-économique qui pèse pourtant lourdement. Un psy doit penser en psy, sinon il perd son identité et sa capacité d'agir. On comprend l'importance d'une théorie de la pratique suffisamment adéquate à la dimension de la précarité sociale.

II - LE CONTEXTE GLOBAL DE LA PRECARITE

1) Le schéma sociologique de R. Castel

Il est indispensable de sortir de l'équation : précarité = SDF. Mettre une barrière entre les précaires et les non précaires là où elle n'est pas entraînée un océan de méconnaissances, et permet en contre-coup de jouir de la fascination romantique du SDF, qui n'a d'égal que la force du rejet qui maintien à distance : « C'est lui, c'est pas moi ». En réalité, nous vivons dans une société en voie de précarisation généralisée où la perte possible ou avérée des objets sociaux obsède, et où la frontière trop visible entre les SDF et tous les autres rassure à bon compte. C'est pourquoi, le schéma du sociologue R. Castel indiquant les trajets possibles en situation de précarité nous décentre de ces dichotomies trop rapides⁵ (cf. schéma n°1).



En abscisse, l'insertion dans le lien social du moins vers le plus ; en ordonnée, l'intégration par le travail du moins vers le plus.

Précisons que les 4 cadrans du schéma sont, mais cela n'est pas visible avec cette présentation, à intersection partielle. Il est donc possible de passer de l'un à l'autre ; par conséquent, il ne s'agit pas de poser des entités sociographiques (comme on parle d'entités nosographiques), mais plutôt des trajets possibles.

⁵ Sur ce schéma, cf. LAVAL (C.) : « Précarisation et santé mentale », In Séminaire Santé, Précarité, Précarisation, INSERM, nov. 1997, p. 97-103.

2) Le schéma sociologique revisité en termes de processus psychique

L'expérience clinique nous a conduit à revisiter ce schéma du point de vue des processus de désillusion, de deuil, d'anticipation, c'est à dire par rapport à la temporalité.

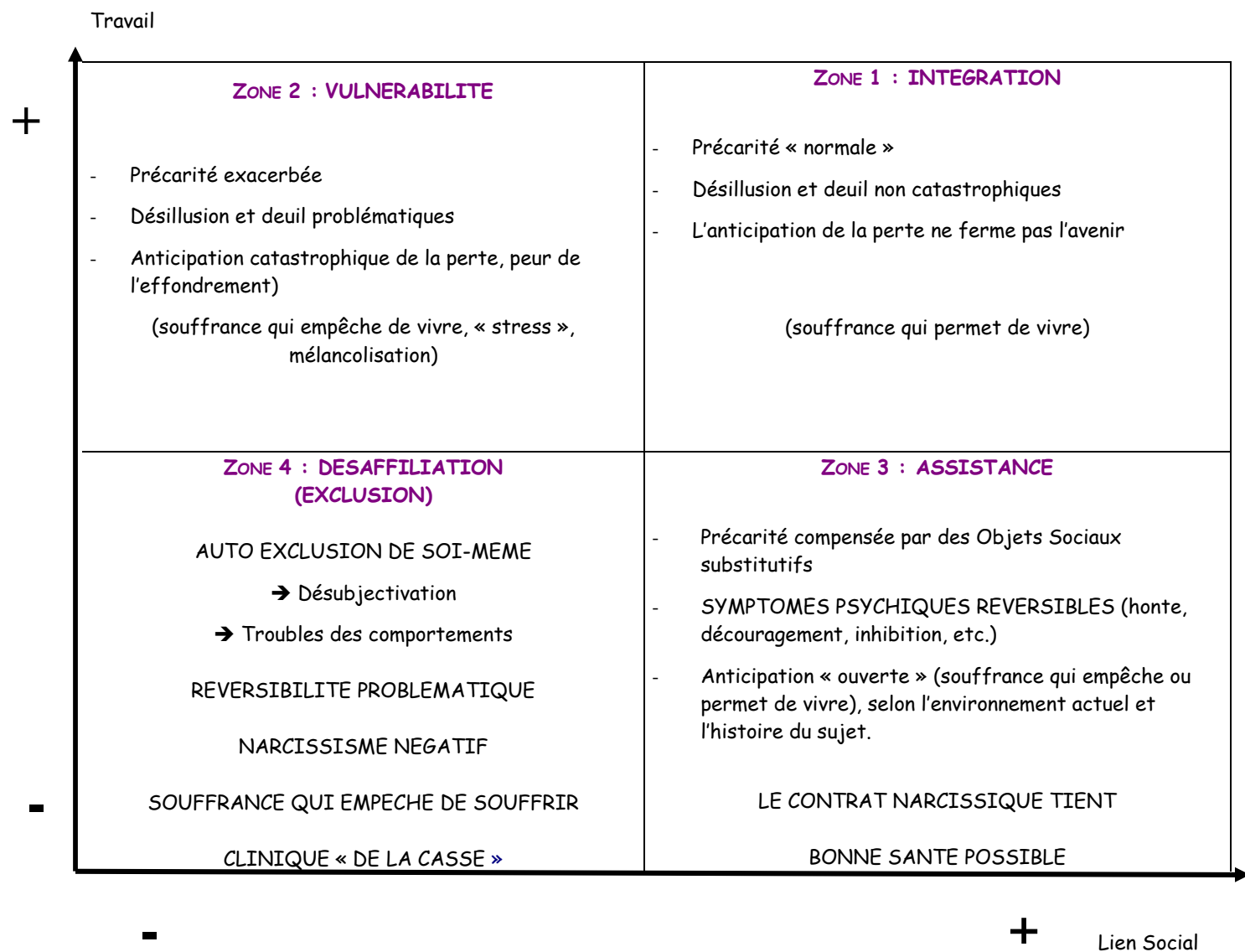


Schéma n°2

On note que la zone de la vulnérabilité (zone 2) qui a pourtant conservé les objets sociaux, et d'abord le travail, est davantage déstabilisée que la zone 3 où les objets sociaux sont perdus et en partie compensés par des mesures d'assistance ; autrement dit **les processus psychiques, bien que socio-dépendants, n'en sont pas pour autant mécaniquement déterminés**. Dans le même esprit, les « petits boulots » et les « nouveaux métiers » du type emploi jeune précarisent du point de vue d'une société salariale à statuts fixes, mais ne sont pas nécessairement situés en zone de vulnérabilité psychique : selon la manière dont ils se déroulent dans la situation actuelle, et selon la subjectivité, ils peuvent aussi bien se situer dans l'un des quatre cadrans, et même circuler de l'un à l'autre dans un trajet pas toujours prévisible... **C'est bien ça, d'ailleurs, qui fait peur et qui rend plus confortable la notion d'une société à deux vitesses seulement.**

Voici quelques éléments développés sur ces quatre manières de réagir à la perte des objets sociaux⁶.

Première zone : précarité « normale » ou zone de l'intégration - La perte est pensable

Le mot « précarité » vient du latin « *precari* » qui signifie « prier, supplier ». Il y a chez tout homme la dimension d'avoir à demander à autrui de l'aider à vivre, ce que j'appelle la précarité normale. Personne ne peut vivre seul, en autarcie, ou alors c'est l'autisme social, une nouvelle modalité de *faux self* qui fleurit sous nos climats.

La fragilisation de la société salariale alliée à l'individualisme post-moderne donne le sentiment (pré-conscientisé) d'être dans une zone de passage : chacun sait que nous sommes sortis de ce que l'on a appelé « les 30 glorieuses » **sans savoir quelles modalités vont nous permettre une nouvelle donne culturelle acceptable** dans le libéralisme incontrôlé qui domine.

Un certain nombre de personnes vivent convenablement en anticipant un avenir possible (une perte possible) avec cette pensée : « *Quoi qu'il arrive, je m'en sortirai* ». On note que le « je » est souvent présenté comme premier par rapport au groupe, ce qui est subjectivement vrai et objectivement faux. Cette anticipation positive n'évite sûrement pas de souffrir, mais la **souffrance n'empêche pas de vivre** et d'attendre quelque chose de l'avenir. Pour autant, la dimension du tragique existe, de même qu'un certain nombre de transformations identitaires, notamment professionnelles.

Deuxième zone : La précarité exacerbée ou zone de vulnérabilité à la perte possible

A côté de cette précarité normale, on observe largement une précarité exacerbée qui fait rentrer dans une zone de **vulnérabilité psychique**. Elle **concerne aussi les cadres** moyens ou supérieurs et même les **fonctionnaires du public** ou des collectivités locales, car les institutions sont partiellement délégitimées, tandis que certains acquis n'apparaissent plus immuables (je pense à la question de la retraite, entre autres). A ce stade, celui ou celle qui a peu ou pas perdu sur le plan économique commence sérieusement à **avoir peur de perdre**. Il a surtout perdu confiance en l'avenir comme en autrui, aussi bien à titre individuel que collectif ; globalement, lorsqu'il voit ou entend parler des chômeurs et des SDF, il se demande plus ou moins explicitement : « *A quand mon tour ?* ». Ce mouvement se caractérise, je le répète, par **la peur de perdre avec perte de l'anticipation d'un avenir autre que catastrophique**. Certains appellent ce mouvement « le syndrome du survivant ».

Nous sommes dans la **zone du « stress »**, même si ce terme reste vague et recouvre ce qui peut être considéré comme des pré-pathologies, voire des pathologies avérées de type dépressives ou pseudo dépressives, avec décompensation somatique ou/et psychique. **La souffrance commence d'empêcher de vivre**, avec un malaise sub-continu qui atteint la qualité de la vie, et qui est, en fait, un **processus de mélancolisation** avec un fort sentiment de culpabilité sans objet précis : « *Si l'environnement est détruit, j'en suis responsable, je suis mauvais* ». On peut rapprocher ce mouvement psychique avec la peur de l'effondrement décrite par Winnicott, dont on sait le rapport à la défaillance de l'environnement primaire, en continuité diachronique avec le culturel, et même, selon notre hypothèse, avec le socio-économique.

⁶ Ces éléments, pour l'essentiel, ont été exposés in : Soins Psychiatrie, n°204, sept. oct. « *Quelques particularités de la clinique psychosociale* », p. 11 à 15.

Pour les soignants, les travailleurs sociaux, les fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités locales, les bénévoles qui sont en relation avec les publics de la grande précarité, on observe des effets d'agressivité, de souffrance importante, ou à l'inverse de blindage émotionnel.

Dans ces deux premières zones, les objets sociaux sont globalement conservés.

Troisième zone : zone de l'assistance et de l'insertion, avec vulnérabilité à la perte et perte effective des objets sociaux. A partir de là commence la clinique psychosociale, qui s'observe d'abord sur les lieux du travail social.

La souffrance psychique susceptible d'empêcher de vivre peut, il convient d'y insister, être aidée par les modalités concrètes et subjectives de l'aide sociale, au sens large ; cette souffrance est bien repérée sur les lieux du social, et non dans le champ du sanitaire, du moins au début.

Certains objets sociaux sont perdus. C'est le cas du chômeur de longue durée (ou même qui vient juste d'entrer dans cette catégorie de turbulence), c'est le cas des Rmistes. Nous constatons ici **des effets psychiques réversibles dans la mesure où le contrat narcissique « tient »**, mais avec un processus croissant de vulnérabilité. Citons comme processus réversibles la honte et le découragement, deux des symptômes qui, avec l'inhibition, constituent pour le psychiatre Jean Maisondieu la triade de l'exclusion. Bien sûr la honte n'est pas bénigne, elle empêche de parler, de sortir, de faire ses courses, de demander quelque chose pour soi, tandis que le découragement, sans se superposer exactement à la pathologie dépressive, peut conduire au suicide ou rendre compte de l'inhibition à agir. Cependant il suffit que la personne honteuse ou découragée entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté. **Nous sommes dans une pathologie qui réagit aussi bien à ce qui va mal qu'à ce qui va bien, donc assez proche de la santé.**

Les personnes ont toujours un désir qui permet d'animer un projet, soit par l'ambition de « s'en sortir » et de repasser dans une zone d'insertion moins précaire, soit par l'espoir de s'organiser convenablement et durablement dans cette zone d'assistance (avec ou sans système D) qui permet de vivre.

Je reste stupéfait que la notion d'assistance soit devenue aussi dévalorisée depuis quelques années, comme s'il s'agissait d'une perversion avérée. Assister une personne en difficulté n'a rien de péjoratif. Par contre, il convient d'en connaître les effets pervers, comme l'on parle des effets iatrogènes de certaines thérapeutiques médicales. La chronicité, l'impression de « tonneau des danaïdes » à remplir en permanence peut d'autant plus décevoir qu'on se trouve en pleine idéologie de l'autonomie. Par contre, on insiste avec juste raison sur l'intérêt de faire « avec » les gens qui ont des droits, des devoirs et des compétences à ne pas sous-estimer.

Quatrième zone : Précarité avec exclusion, tout ou presque est perdu et même le narcissisme (dans le sens de ce qui soutient l'estime de soi). La souffrance empêche de souffrir.

A partir de la précarité exacerbée, il est en effet possible de passer le seuil par où l'on rentre dans l'exclusion, avec perte du sentiment d'être un humain reconnu, qui entraîne souvent des ruptures familiales, lorsqu'il y a une famille. La personne ne se sent plus incluse dans la

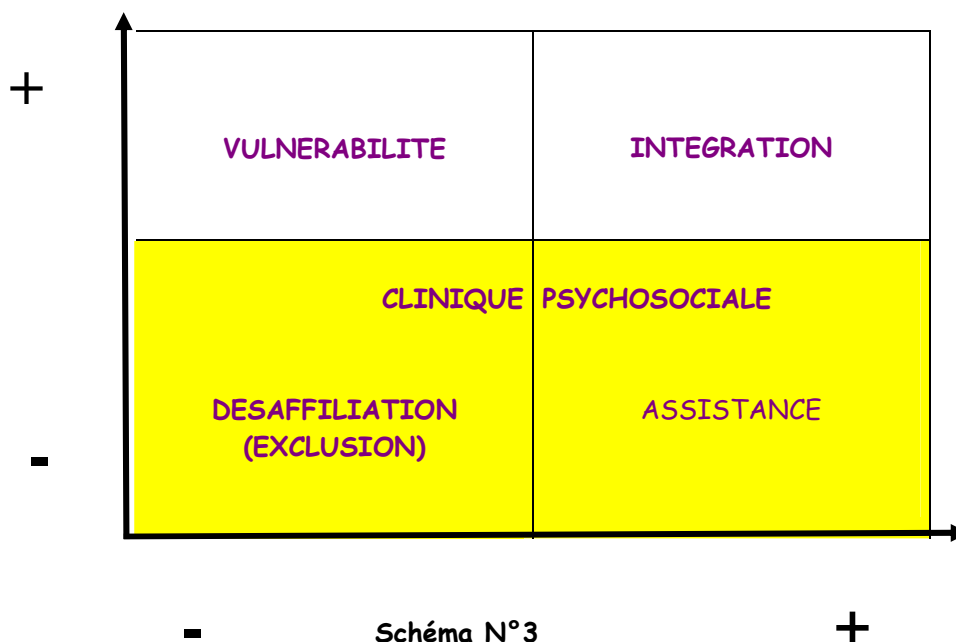
chaîne des générations⁷ ; elle peut être terrorisée et se couper de sa peur, quelque chose en elle **a décidé de ne plus souffrir**, « **tout est perdu** ». Le problème, pour ne plus souffrir certaines souffrances extrêmes (terreur, désespoir, effondrement, agonie psychique), c'est que l'on est obligé de s'exclure de soi-même, de ne plus sentir, de ne plus ressentir, et d'utiliser des mécanismes de désubjectivation extrêmement coûteux du type clivage, déni, projection.

A ce stade, **l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique** qui doit être considérée comme une aliénation, avec passage au « narcissisme négatif » (André Green⁸). Le narcissisme est soumis à la pulsion de mort avec désinvestissement des représentations.

Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique autant que du comportement, et l'on peut dire que **la souffrance non assumée par le sujet peut tout au plus être portée par les aidants**. La réappropriation longue et difficile n'est jamais certaine, au contraire de la réversibilité du stade précédent. Méconnaître cette clinique de la désaffiliation et ses particularités met véritablement l'aidant en difficulté extrême parce qu'il ne comprend rien à ce qui se passe.

3) L'espace de la clinique psychosociale

Par définition, nous dirons que le champ de la clinique psychosociale se manifeste dans les deux zones de perte objective des objets sociaux, celle de l'assistance « réussie » grâce aux objets sociaux substitutifs et celle appelée par Robert Castel « désaffiliation, ou exclusion ». Nous sommes dans le domaine du travail social, avec son public et ses professionnels, les travailleurs sociaux. D'où le problème : comment le dispositif de psychiatrie publique peut-il devenir partie prenante d'une clinique de la souffrance psychique qui se manifeste dans un autre cadre que le sien.



⁷ Je ne développe pas ici les troubles de l'identification observés de plus en plus à l'adolescence.

⁸ GREEN (A.) : « *Narcissisme de vie narcissisme de mort* », Collection Critique, les Editions de Minuit, 1983, réédité en juin 1999.

III - LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

1) Les pathologies

Dans l'espace de la clinique psychosociale, peut-on parler de nouvelles pathologies ?

Nous l'avons cru un moment. Il n'y a, en fait, pas de spécificité en termes de psychopathologie ou de mécanismes, mais cependant des caractéristiques particulières. On observe plusieurs types de populations.

- **Une frange de la population est traitée par la psychiatrie de secteur.** Elle présente des pathologies psychiatriques franches, répertoriées et traitées, avec souvent une Allocation Adulte Handicapée en mesure d'accompagnement. On se trouve en présence de personnes issues de la filière sanitaire, considérées comme des malades handicapés mais présentant les caractéristiques sociales de « l'exclusion », c'est à dire par exemple logeant dans un CHRS.
- **On trouve des pathologies psychiatriques aussi franches mais non ou mal soignées car considérées comme des « cas sociaux »** (gens de la rue, SDF, Rmistes...). Ces personnes sont supposées présenter une souffrance psychique non référencée à une affection psychiatrique. Quelquefois elles peuvent être hospitalisées, en général pour des durées courtes ; elles sont considérées comme ayant des difficultés dans le parcours d'insertion du fait de la souffrance psychique.
- **Il y a un grand nombre de troubles polymorphes :** alcoolisation majeure, poly-toxicomanie, état maniaque subaigu ou chronique, état de prostration, moments de « découragement », de dépression, états mélancoliformes.
- **Des symptômes majeurs fréquents :** errance (à différencier du nomadisme), incurie mineure ou majeure (apragmatisme). L'incurie est observée dans les foyers ou appartements comme dans la rue, sur un fond parfois surprenant de savoir-faire pour utiliser les différents réseaux et systèmes D.
- Il y a enfin, je le répète, des gens qui vont bien ou pas trop mal, réactifs aux aléas de la vie.

Nous ne donnons pas de chiffres globaux précis car les études épidémiologiques disponibles ne portent pas sur de grands ensembles de population ou présentent des biais de sélection. Par ailleurs, notre contribution a essentiellement une ambition épistémologique.

2) Les particularités communément admises

2.1 Des biographies difficiles, souvent carencielles du côté de la petite enfance. Plus on s'enfonce dans la désaffiliation avec exclusion, plus on observe de grands célibataires avec nombre de divorces, d'abandon de paternité, de rupture complète avec les ascendants et descendants ; peu de couples. A l'entretien, on note l'oubli, l'incapacité de parler de son passé autrement que par bribes stéréotypées.

Plus on rentre dans la zone dite de désaffiliation, plus il y a des « sans » : Sans papiers, sans logement, sans droits. On meurt jeune, souvent avant ou autour des 50 ans.

Il n'est pas possible de définir des événements déclenchant aussi mécaniques que la seule perte d'un objet social comme le travail. Cependant, il est indiscutable que les troubles psychiques patents vont croissants avec la perte effective et affective des objets sociaux.

2.2 Une demande impossible avec récusation du soin lorsqu'il est proposé. Il y a une corrélation assez stricte entre le deuil impossible (impossibilité de penser l'objet manquant) et la demande impossible (demander, c'est admettre l'objet manquant). Le travail du deuil et la demande constituent « un luxe » de personnes allant suffisamment bien. Il est vrai qu'il s'agit d'un luxe nécessaire.

D'une manière générale, toute personne en difficulté doit pourtant demander de l'aide, une demande de nature intersubjective, différente du seul besoin à combler. La demande est toujours plus ou moins délicate pour tout un chacun parce qu'il s'agit de montrer qu'on manque. Elle renvoie à une détresse possible ou avérée, c'est en ce sens qu'elle nous met au pouvoir de celui ou de celle qui pourra nous aider ou pas ; devant cet horizon du pouvoir de l'autre, redoutable quelque fois à juste raison, certains y vont avec confiance ou soumission, et d'autres le refusent, même à leur détriment.

Globalement, dans la précarité exacerbée décrite plus haut, la demande diminue considérablement, ou alors il s'agit d'une hyper demande davantage du côté de la réclamation, avec sa connotation agressive, qui met en avant le besoin biologique, somatique ou social. Une fois passé le seuil de l'exclusion de soi-même (auto-exclusion par refus de souffrir), la demande s'abolit quasiment ipso facto ; la demande impossible doit alors être portée par des tiers sous peine d'abandon à personnes en danger, tout en gardant l'impératif de ne pas instituer d'emprise sur l'autre, de lui laisser son mot à dire, d'autant que des solutions de dégagement peuvent permettre d'avoir moins besoin d'autrui, chemin faisant.

2.3 Le recours à l'urgence. Un sentiment croissant d'urgence, dans des situations qui durent quelquefois depuis des mois, exprime une impuissance dans la réalité conjuguée avec la toute puissance imaginaire du narcissisme primaire : perte d'objet, perte de limite, perte de temporalité retournées en TOUT, TOUT DE SUITE, TOUT LE TEMPS. Cette mégalomanie d'impuissance se renforce au fur et à mesure de sa déception, avant de se retourner contre elle-même dans le monstre froid du « narcissisme négatif » soumis à l'instinct de mort, l'auto-exclusion : là, l'urgence n'est plus ressentie que par les tiers, le plus souvent les tiers sociaux.

Le recours à l'urgence insiste dès la phase de précarité exacerbée, et, d'une manière générale, lorsque la perte de confiance en l'autre et en l'avenir amène à proximité d'un vécu psychique de détresse qui entame la temporalité, ce dont témoigne l'impossibilité de prendre rendez-vous. On observe un recours de plus en plus généralisé à l'urgence médicale ou sociale dans la population générale. Il y a là quelque chose de vraiment dramatique : les pathologies correspondent de moins en moins à la compétence des urgentistes, pourtant bien formés, et d'autre part on y rencontre des techniciens que l'on ne reverra en principe plus jamais, ou alors il faut exacerber l'urgence, et c'est le cercle vicieux. On rentre ainsi dans un anonymat relationnel et opératoire sans rapport avec ce qui pourrait embrayer sur un soutien. Il en est de même, je pense, pour l'aide sociale en urgence où le côté « dossier » l'emporte sur la relation d'aide, ou en tout cas tend à l'emporter. Le recours à l'urgence devient la règle toutes les fois que la souffrance « oblige » les personnes à passer le seuil de l'exclusion de soi-même avec impossibilité de la demande. J'en donnerai deux exemples qui me l'ont fait comprendre concrètement :

1^{er} exemple : cet homme que je rencontre à Relais-SOS est blême, il a l'air vraiment épuisé. Je le connais par ailleurs et je sais qu'il a une pathologie somatique grave. Je m'approche de lui et lui conseille de se faire hospitaliser. Il me répond : « *Je ne peux pas encore, j'attends de tomber* ». Effectivement, ne pouvant demander, ou ayant l'impression que sa demande ne serait pas acceptée, sa vision d'entrée dans la procédure du soin est de tomber dans le CHRS ou dans la rue, et alors les pompiers sont appelés et l'amènent à l'hôpital en très mauvais état, donc on est « obligé » de le prendre ; le refus devient impossible en l'absence de demande car c'est le besoin du corps qui s'exprime à la place du sujet.

2^{ème} exemple : Cet homme, cloîtré dans un SONACOTRA depuis neuf ans, a rompu les amarres avec sa femme, ses enfants, ses ascendants, et il vit pauvrement du RMI, avec des problèmes psychologiques qui nous ont conduit, une infirmière et moi-même, à intervenir régulièrement à son domicile. A un moment donné, cet homme commence de vomir plusieurs jours de suite ; je lui dis alors que je ne suis pas généraliste et qu'il faudrait qu'il consulte, qu'il ne peut rester comme ça. Il me répond très explicitement qu'il attend que les vomissements s'aggravent pour être amené au Pavillon N, c'est à dire à l'urgence. Heureusement, dans son cas, les vomissements étaient psychogènes, je lui ai prescrit à tout hasard un petit tranquillisant qui a fait l'affaire.

L'abolition de la demande et le recours à l'urgence font intégralement partie de la sémiologie de cette clinique à laquelle nous sommes confrontée, elle ne doit pas s'accompagner d'un abandon ; en même temps, devant l'incitation aux soins par des tiers, le respect des personnes doit garantir une relation d'aide non aliénante. **Le but, à terme, est le rétablissement de la confiance et le passage de la durée (qui endure) à l'avenir qui appelle** ; mais cela est une autre histoire, qui demande patience et confiance de la part des aidants du social et du médical.

3) Paradoxes et défenses paradoxales : à reconnaître absolument

Nous avons présenté plus haut quelques éléments méta-psychologiques et psychodynamiques observés dans la zone de l'auto-exclusion, avec prédominance des mécanismes de clivage, c'est à dire de désobjectivation. Il s'agirait « **d'un clivage au moi** » plutôt que **d'un clivage du moi**, le vécu ne peut être approprié « dans » le moi sous forme de représentation. Nous sommes en présence de traces mnésiques non symbolisées, susceptibles de revenir brutalement sous forme de « retour du clivé » (René Roussillon), donnant à ces moments des formes paroxystiques d'angoisse et surtout de comportements⁹.

Cette absence de représentation, de symbolisation primaire, n'est pas seulement à renvoyer à un trouble de l'élaboration psychogénétique, à une carence dans le passé, mais aussi au travail de l'instinct de mort, du narcissisme négatif qui fonctionne essentiellement par désinvestissement. Juste avant ce type de production mortifère, on note l'exacerbation du

⁹ Sur ces points, cf. René Roussillon « *Agonie, clivage et symbolisation* », PUF, 4^{ième} trimestre 1999.

fantasme d'auto-engendrement, propre au narcissisme primaire, qui fait le lit psychique de la désaffiliation excluante (il existe une désaffiliation **non** excluante).

Tous ces mécanismes peuvent être considérés comme les échecs d'une paradoxalité majeure ; la négliger serait s'interdire de comprendre quoi que ce soit d'une situation intenable, implosive et piégeante pour les aidants ; intenable parce qu'elle rend confus pour penser et agir ; implosive parce que les émotions et affects mis en jeu attaquent du dedans le narcissisme ; piégeante parce que dans l'interaction aidante, les professionnels sont en définitive conduits à un sentiment d'impuissance amère, voire de désespoir.

Pour aider à la clarification, disons que l'on peut rencontrer en théorie et en pratique au moins **trois types de paradoxalités** : l'injonction paradoxale, la paradoxalité intégrative et les défenses paradoxales.

- **Le premier type, le plus connu en psychopathologie, est sans conteste l'injonction paradoxale** dont le génie est de conduire au double lien. L'un des exemples, dans le champ qui nous occupe, serait le double message de la « société » émis par ses représentants :

* « *Si vous voulez trouver du travail, vous en trouverez* ».

* « *Il n'y a pas de travail pour vous, faites-vous une raison* ».

Nous avons par ailleurs cité plus haut l'exemple de la double injonction adressée au psy, simultanément accompagnée d'une double récusation.

Si l'on suit D. Anzieu¹⁰ : « *Les deux énoncés antagonistes n'appartiennent pas au même système en ce sens qu'ils ne se situent pas au même niveau d'abstraction. Il s'ensuit que ni l'un ni l'autre ne peut être vrai ou faux. Si ces énoncés sont des injonctions, il en résulte qu'aucune des deux injonctions antagonistes ne saurait être satisfaite* ».

Il faut une bonne distance symbolique, une bonne santé psychique pour ne pas être paradoxé, c'est à dire pour prendre conscience que les deux énoncés antagonistes « *n'appartiennent pas au même système* ».

Ainsi, s'il est bien exact qu'il y a en effet du travail pour ceux qui le veulent, qui vont bien et qui sont qualifiés, il n'y en a pas pour des personnes découragées, « cassées », et qui ont peu de qualification professionnelle.

De même s'il est bien exact que les intervenants sociaux ont effectivement besoins des compétences et du partenariat psy, il ne s'agit pas pour autant de tout comprendre à l'aulne des malades mentales et de leur procédures de traitement, et c'est cela qui est récusé.

- **La paradoxalité intégrative**, ... paradoxalement... la moins bien connue, est pourtant le noyau de toute paradoxalité. Elle est mise en jeu toutes les fois que le narcissisme se constitue, chez l'enfant comme chez l'adulte. Winnicott a bien décrit les paradoxes de maturation narcissique au sein d'une aire transitionnelle où l'objet est à la fois trouvé **et** créé ; trouvé dans l'environnement qui le donne,

¹⁰ ANZIEU (D.) : « *Créer, Détruire* », Ed. Dunod, 1996, p. 81.

et créé par l'enfant qui l'investit et se l'approprié¹¹. Ce paradoxe, accepté, toléré et protégé par l'environnement affectif, permet de tenir **simultanément** ce qui est de soi et ce qui n'est pas de soi, sans rupture prématurée. Si elle vient en son temps, la désillusion permettra de faire la distinction du dehors et du dedans et de recréer l'illusion dans le champ culturel.

Autre paradoxe intégrateur décrit par Winnicott : la capacité d'être seul en présence de l'autre. Il ne s'agit ni d'isolement ni d'auto-érotisme, mais de la capacité d'expérimenter simultanément et sans rupture une vie subjective (interne) **et** un environnement (externe), sans que ne soit prématurément posée la question du primat du dehors ou du dedans. Sinon, la question devient : « *Es-tu coupable ou persécuté ?* » L'effet pervers du double lien viendrait de la question prématurée : « *Cet objet, est-il à toi ou à maman ? Es-tu autonome ou pas ?* » Dans l'incapacité de répondre : « les deux », la prématurité (dans le même sens qu'en néonatalogie) amène une sidération de la réponse, surtout si la question se double d'une injonction.

Voici une excellente formulation du paradoxe intégrateur : « *Le paradoxe est une formation psychique liant indissociablement l'une à l'autre deux propositions ou injonctions inconciliables et cependant non opposables* » (J. C. Racamier¹²).

- **Les défenses paradoxales** : lorsque le narcissisme se déconstruit, lorsque le sentiment de la continuité d'existence est mis en péril, lorsque l'environnement est défaillant, il se passe la même chose que lors de l'intégration paradoxale mais à l'envers, sous la forme de défenses paradoxales qui tentent d'éviter le déni et le clivage. Il s'agit précisément de les reconnaître comme des défenses vitales contre l'effondrement et l'agonie psychique.

4) Les défenses paradoxales dans la clinique psychosociale :

4.1 Trois exemples :

- *Premier exemple* : En zone d'auto-exclusion, il s'agit ni plus ni moins de s'exclure pour ne pas être exclu, formulation éminemment paradoxale ; la personne retourne contre elle-même ce qu'elle subit : **retournement passif/actif et dehors/dedans, qui constitue le mécanisme de base de la défense paradoxale**. Notons au passage que le modèle de la bande de Moebius, largement commenté par Lacan, est la figuration spatiale des processus de retournement paradoxaux.
- *Deuxième exemple* : Cette situation est racontée par une jeune psychologue travaillant dans un réseau autour des SDF, dans la région de Valence, qui s'était intéressée à un homme de la rue se promenant avec des armes blanches (type hache, couteau). Elle a osé lui demander pourquoi il portait ces armes, et il lui a

¹¹ Ce paradoxe a été mis en évidence par René Roussillon dans sa thèse : « *Du paradoxe incontenable au paradoxe contenu* », thèse du 3^{ième} cycle, Lyon II, 1978. On lira avec profit son ouvrage : « paradoxes et situations limites en psychanalyse », PUF, 1991.

¹² RACAMIER (J.C.) : « *Les schizophrènes* », Ed. Payot, 1980, réédité en 1990.

répondu : « C'est pour ne pas faire de mal à quelqu'un ». Il a expliqué qu'il se sentait violent et destructeur ; s'il attaquait quelqu'un à mains nues, il risquait de l'étrangler ; au contraire, avec cette hache et ce couteau, il terrorisait, alors on l'évitait et ainsi il ne faisait de mal à personne. Le paradoxe de porter des armes virtuellement mortelles pour ne pas tuer n'était pas une contradiction, mais une mesure conservatoire qui, en même temps, le coupait d'autrui : mesure conservatoire avec un coût majeur en terme d'exclusion.

- *Troisième exemple* : Le syndrome dit « *de la patate chaude* »

La grande situation paradoxale en situation de précarité, superbement ignorée en tant que telle, est décrite sous le nom de « syndrome de la patate chaude » : un homme de la rue ou un SDF apparaît en grande souffrance psychique dans les lieux du social, où le travailleur social affirme « c'est pour les psy ». La personne va en consultation ou à l'hôpital psychiatrique où l'on considérera qu'il s'agit d'un « cas social à qui il faut d'abord trouver un logement et du travail ». En termes d'analyse superficielle, on pourrait penser à une forme de mauvaise foi partagée où chacun dirait à l'autre : « Vas voir là-bas si j'y suis ». Je pense qu'il n'en est rien, du moins majoritairement. Il s'agit en fait **d'une situation paradoxale avec inversion sémiologique**, les aspects les plus psychiatriques apparaissant sur les lieux du social, là où en principe on ne peut les traiter, tandis que les stigmates du manque des objets sociaux occuperont le devant de la scène du soin. Nous sommes là encore en présence d'une modalité conservatoire : la personne en zone 4, pour utiliser ce néo-jargon instauré plus haut, ne peut effectivement parler de ses objets mentaux sans s'effondrer. Parler longuement à un psy (qui le lui demanderait) serait de l'ordre de l'impossible. D'ailleurs, dans l'expérience avec les personnes en situation d'auto-exclusion, il est quasi impossible de parler plus de deux ou trois fois à un psy¹³. Cela ne signifie pas que les psy (infirmiers, psychologues, psychiatres) n'aient aucun rôle direct ou indirect dans ces situations. Il convient d'accepter le paradoxe que les contenus mentaux comme les objets sociaux sont amenés là où ils ne peuvent, en principe, être traités, mais certainement pas d'en rester là.

On peut au contraire affirmer que l'inversion sémiologique, qui constitue la structure paradoxale du syndrome de la « patate chaude », donne aux institutions l'obligation de collaborer et de s'entraider. Comment exercer son métier à la bonne place et avec qui, sans confusion de rôle ?

Au demeurant, le rôle des psy ne se borne pas à la psychiatisation, c'est à dire à la médicalisation ; il s'exerce aussi en vue de la psychisation des situations difficiles et dans l'aide à la pratique. Il faut ajouter immédiatement qu'il y a des moments où ce que les psy peuvent faire de mieux est de ne pas intervenir pour laisser se déployer le rôle propre des intervenants sociaux.

¹³ Je parle de consultations formelles, et sauf exceptions... observations issues des travaux de l'ORSPERE.

4.2 Comment subsister en situation de défenses paradoxales

Que faire lorsque la défense paradoxale est à l'œuvre dans la spirale de la destructivité, dans le détricotage d'apparence inexorable du narcissisme ? Le principe essentiel est de reconnaître « la clinique de la casse¹⁴ » qui en résulte, comme dans l'exemple de la hache ci-dessus : casse de soi-même dans son estime de soi, casse du lien avec autrui, casse de tout projet, casse surtout des processus de symbolisation qui permettent une « création » au sens de Winnicott, c'est à dire l'investissement de l'objet. IL convient d'accepter le paradoxe, sans rétorsion ni retrait. Il y a alors la possibilité d'une créativité à l'œuvre bien qu'inversée, le oui dans le non. Il y a la possibilité d'accepter, dans la clinique, que le trouver/créer passe par le préalable du « détruit/trouvé/créé »¹⁵, et même par le « détruire en présence de l'autre »¹⁶, dans le sens où Winnicott parlait d'être « seul en présence de l'autre ». De toute façon on n'a pas le choix : ou l'on assiste, impuissant, à une pathologie du clivage qui va croissant avec sa spirale de la casse et ses retours paroxystiques du clivé, ou l'on accepte de considérer le processus paradoxal, et la pratique s'en trouve transformée et relativement apaisée.

Notons que la paradoxalité a droit à l'existence dans la mesure où elle est reconnue par un observateur rationnel, soumis à la logique de non contradiction et qui s'en distancie : si cette logique est assumée de manière trop hégémonique par des thérapeutes et autres intervenants, elle empêche de reconnaître un espace intermédiaire où l'on n'exige pas immédiatement la levée des contradictions (schémas n°4 et 5).

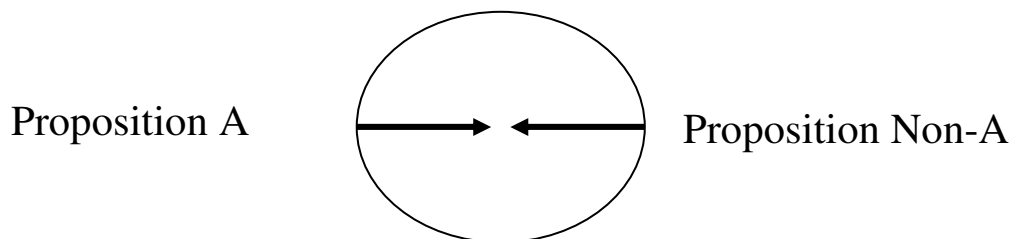


Schéma n°4 : Logique de non-contradiction

Contradictions projetées sur une surface plane : incompatibilité

¹⁴ Terme utilisé dans un rapport de l'ORSPERE rendu public en décembre 1999 « Casse de la clinique, clinique de la casse et créativité ».

¹⁵ Cf. les travaux de R. Roussillon déjà cités.

¹⁶ Nous avons des observations cliniques où admettre ce paradoxe permet d'éviter l'escalade des mutilations ; de même pour le paradoxe : « Disparaître en présence de l'autre ».

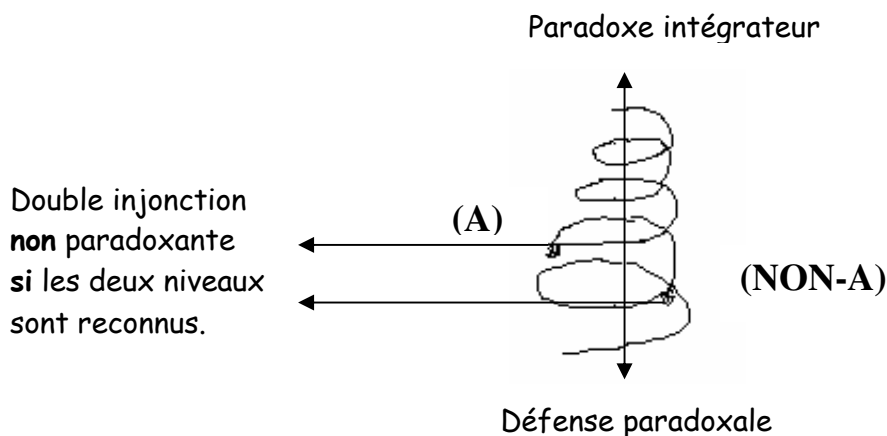


Schéma n°5 : Paradoxe intégrateur et défense paradoxale

Sur une spirale, on comprend la simultanéité des processus de continuité et de discontinuité :
(A) est compatible avec (non-A) parce qu'à deux niveaux différents.

IV - AU DELA DES CARACTERISTIQUES, QUELLE SPECIFICITE POUR LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE ?

Certains objecteront que ce que nous venons de décliner n'a rien de spécifique : la non demande, le recours à l'urgence, le narcissisme négatif, le paradoxe s'observent dans la clinique psychiatrique la plus traditionnelle, celle de la psychose ; la non demande précède les obligations de soins, le paradoxe a été abondamment étudié dans les situations schizophréniques par Bateson, Racamier, Green, Anzieu, Roussillon. **Au fond, ce qui reste spécifique, c'est le lieu où se passe cette pathologie, le lieu du travail social centré autour des objets sociaux perdus et substitutifs comme l'argent, le travail, le logement etc.** Ces objets sont à la fois terriblement concrets et médiateurs de relation et de sens. Par exemple, le RMI, somme d'argent qui permet de vivre, manipulée à travers des dossiers, se passe au sein d'une relation d'aide proposée par la République lorsque le salariat disparaît. Il nous faut donc reprendre la définition de l'objet social, point central autour duquel s'articule la clinique psychosociale, à partir de la transitionnalité Winnicotienne.

Cette conception est illustrée sur le schéma n°6 : l'objet social dont nous parlons se situe en fait sur la diagonale, il ne se réduit pas à l'objet concret. **De même que le corps biologique est trop présent en pathologie psychosomatique, de même l'objet social est trop réel en clinique psychosociale.** L'objet concret-trouvé reste à créer, à être subjectivement approprié dans un environnement suffisamment bon. Cet axe diagonal des objets sociaux est par conséquent celui de leur perte possible ou avérée, avec une déception créatrice ou catastrophique, selon que la transitionnalité est possible ou impossible. **Il s'agit donc de l'axe de la souffrance, intégratrice ou désintégratrice.** L'objet social pourrait-il être considéré comme un objet transitionnel pour adultes ? Et si oui, à quelles conditions culturelles, institutionnelles, thérapeutiques ? Tout travail, pour reprendre cet objet, n'est-il pas à la fois trouvé dans l'environnement socio-économique et créé par le travailleur (« mon » travail, « mon » argent etc.) ?

Les objets concrets

« Objets Sociaux »

Objet à trouver/créer

S

Objet transitionnel pour Adulte Culture - environnement

Axe des Objets Sociaux, Axe de la souffrance

Objet à détruire/trouver

+ Intersubjectivité

Schéma n°6

Les quatre cadrans des schémas 1 et 2 sont ici représentés par des cercles qui entrent en intersection le long de la diagonale O.S..

V - QUELLES CONDUITES A TENIR POUR LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR ?

La psychiatrie de secteur doit-elle intervenir ? Si la réponse était négative, on admettrait un traitement exclusivement social de la clinique psychosociale. Il est vrai que les CHRS, les Conseils Généraux, les CCAS, les missions locales, l'Education Nationale et autres institutions peuvent embaucher elles-mêmes des psy vacataires ou salariés. C'est fait ici ou là.

Mais que se passe t-il si, interpellés par les partenaires du social, nous pensons qu'il y a quelque chose à faire de l'ordre d'une politique de secteur ? Comment intervenir dans un territoire centré sur les communes, selon l'idée des pères fondateurs du secteur, sans se perdre dans la dérive cadastrale d'une pratique bureaucratique ? Est-il prudent de mettre le doigt dans un engrenage qui concerne un pays entier ? Cela ne va t-il pas nous empêcher de faire ce que nous savons faire, en particulier le traitement de la psychose ? Sur ce point nous n'avons pas trop à craindre : il y a le verrou de la filière sociale¹⁷.

Un certain nombre d'équipes psychiatriques ont choisi ; leur intervention s'avère possible, utile, et enrichit même leur pratique clinique ordinaire, notamment en ce qui concerne le maniement thérapeutique de la destructivité.

Si la psychiatrie doit intervenir, que doit-elle faire et comment ? Sur ce point nous pouvons donner quelques éléments indicatifs à partir des pratiques en cours.

1) Sur les lieux du social

Il est question d'une **aide aux aidants**, souvent submergés par quelques cas « trop lourds » où les dépôts psychiques non symbolisés « prennent la tête », comme on dirait en langage Kleinien, et empêchent l'intervenant social de travailler. A cet égard, le psy vacataire ou issu du secteur psychiatrique peut être considéré comme un **moniteur balint** en vue d'une analyse de la pratique qui aide à psychiser, à mettre du sens, à permettre à l'intervenant social d'assumer son rôle propre. LE PSY EST ICI LE TIERS DU TRAVAILLEUR SOCIAL.

Il peut aussi y avoir une **collaboration soignante** « décentrée », avec présence des psy au CCAS, dans les missions locales, les CHRS, etc. selon des procédures à construire au cas par cas sur le terrain, et dont il existe déjà de nombreux modèles. A CE NIVEAU, LE PSY NE SE COMPORTE PAS COMME UN MONITEUR BALINT MAIS COMME UN PARTENAIRE. Il ne perd ni son âme ni son identité s'il a une bonne théorie de la pratique qui lui permet de s'orienter, malgré le décentrement géographique, « l'aller-vers » (C. Laval)

2) Sur les lieux du secteur psychiatrique

Une activité de consultation classique : celle-ci est possible pour les personnes situées dans la phase de l'assistance avec un contrat narcissique qui tient. Par contre, pour les personnes en situation psychique d'auto-exclusion, la consultation va exceptionnellement au delà de trois séances. On retrouve à ce niveau la question du psy décentré de sa propre institution, qui peut aller sur les lieux du social d'une manière formalisée ou « errante ».

L'hospitalisation en psychiatrie : s'il y a HDT on entre dans un cadre connu. Mais il y a souvent **demande d'hospitalisation émanant d'un tiers social**, avec ou sans HDT. A ce

¹⁷ Cf conclusion infra.

moment, dans notre expérience, IL CONVIENT DE PRENDRE EN CONSIDERATION LA DEMANDE DU TIERS SOCIAL et de lui répondre d'une manière appropriée, cela n'est pas contraire à la déontologie.

Vis à vis de patients non authentifiés comme malades mentaux, il est parfois nécessaire, paradoxe non contradictoire, d'être psychiatre sans se comporter en psychiatre. Par exemple il est inopportun de demander trop d'éléments biographiques à un homme qui a rompu toutes amarres avec son passé. Cela le renvoie à une perte trop réelle et impensable ; il vaut mieux commencer de parler à partir des objets sociaux médiateurs.

VI - EN GUISE DE CONCLUSIONS : LA PROBLEMATIQUE IDENTITAIRE DES FILIERES

La question se pose avec acuité **maintenant** que la souffrance de la clinique psycho-sociale se déploie ostensiblement dans la filière du social.

Une filière est un ensemble ordonné en son dedans, et suffisamment cloisonné par rapport au dehors, qui vise une finalité définie avec une méthode et des outils spécifiques. C'est dans ce sens que l'on parle des filières du sanitaire et du social. Constituent-elles une aliénation nécessaires pour les usagers qui en deviennent facilement captifs ?

Le mot « filière », proche phonétiquement de « filiation », n'en n'a pas la même étymologie, il vient de « fil » et non de « fils ». Il indique donc, du point de vue du contrat narcissique, le niveau de la continuité. Il y a des conditions pour entrer dans une filière, pour devenir un Rmiste ou un allocataire d'AAH par exemple, et l'on constate qu'il est parfois aussi difficile de rentrer dans une filière que d'en sortir. **Les filières font en effet identité ou trait subjectif**. C'est pourquoi il devient difficile de passer d'une filière à une autre. Le plus curieux est que les personnes qui en bénéficient s'identifient elles-mêmes à ces traits subjectifs ; ainsi, une personne pourra dire, longtemps après être sortie de la grande précarité : « *Bonjour, je suis un exclu* » ; comme un alcoolique, après dix ans d'abstinence alcoolique, continuera de se présenter comme « un alcoolique ». A l'inverse, ces traits d'identité sont souvent qualifiés de **stigmates** par les observateurs extérieurs à la filière. **On peut dire que la filière affine non dans le sens d'une filiation, c'est à dire de la discontinuité des générations, mais dans le sens de l'affiliation, dans une continuité identitaire qui, à l'excès, rassure en immobilisant la vie**¹⁸.

Comment tenir une paradoxalité intégratrice entre continuité et discontinuité ?

¹⁸ **Les filières n'ont pas la même perspective vis à vis des objets sociaux.**

Dans la filière sanitaire, on considère les objets sociaux concrets, perdables ou perdus, comme une conséquence des maladies. Ainsi, les schizophrènes perdent souvent leur travail et, sans famille ni assistance, ils risquent de devenir des pauvres, des errants.

Par contre la perte des objets humains (deuil pathologique, carence, privation) fait partie des causalités hautement pathogènes.

Dans la filière sociale, on considère la perte des objets sociaux concrets comme la cause des maladies ou de la souffrance psychique qui empêche de vivre. C'est dans cette logique que J. Maisondieu considère ce qu'il appelle « La maltraitance sociale ».

Comment se reconnaître d'une filière à une autre ? Comment passer d'une filière à une autre ? Quelle théorie pour les professionnels, les psy en particulier ? Comment utiliser conjointement deux filières ?

Reconnaître la pertinence de la clinique psychosociale et sa paradoxalité est l'une des réponses : elle nécessite des psychiatres (et des psy au sens large) bien formés à la psychodynamique, à la relation, et à une compréhension de ce qui se joue dans un environnement social pas toujours « suffisamment bon ».

Au fond, le contexte social évoqué au début de cet article serait-il autre chose que la notion d'environnement dont Winnicott a tenu le plus grand compte pour décrire les processus paradoxaux à l'œuvre dans la maturation narcissique et ses avatars ?