Préface
Les « aller-mieux » discrets

Lise Demailly

L'ouvrage comble une lacune : faire le point sur un petit domaine spécifique du « marché psy », secteur pluriforme, mal connu, marginal : ses professionnels gardent une distance par rapport aux grands processus de rationalisation à l'œuvre dans la médecine et le soin et se tiennent à l'écart des principales controverses qui traversent les politiques de santé mentale. Petit espace discret donc que celui des méthodes non conventionnelles, que l'on peut référer au terme générique de « guérisseur » comme le propose le titre du présent l'ouvrage, même si leur diversité, bien explorée par les auteurs, est grande.

L'approche exposée en introduction de l'ouvrage est largement convergente avec la thèse initiale que j'avais développée dans le livre sur l'« aller-mieux » (dirigé avec Nadia Garnoussi, 2016). Il s'agissait de rendre visible l'existence d'un champ de l'aller mieux – champ étant entendu au sens bourdieusien du terme – dans lequel entrent en concurrence des offreurs de services de type très différent, légitimes ou moins légitimes, officiels ou plus ou moins secrets, orthodoxes et hétérodoxes. Cette concurrence concerne aussi les profanes eux-mêmes et leurs bricolages personnels pour s'autosoigner et « aller mieux ».

Au sein de ce champ, perdure donc, voire se développe, une série de pratiques hétérodoxes, qui rencontre des clientèles. On pourrait s'interroger sur les causes d'ordre sociologique qui expliqueraient la persistance sociale du travail du « guérisseur », sous ses diverses formes. On pourrait s'interroger en même temps sur leur efficacité propre (il est clair qu'il arrive aux « guérisseurs » de guérir leurs clients). Qu'est-ce qui pourrait expliquer le maintien dans le monde contemporain de ces pratiques étonnantes, qu'un administrateur moderne de la santé ou un convaincu des neurosciences considère comme d'un autre âge et renvoie à la charlatanerie, à l'obscurantisme ou au divertissement ?

Je décrirai pour ma part trois mécanismes, qui jouent de façon variable selon les pratiques explorées dans l'ouvrage.

o *D'abord l'existence de la suggestion et du transfert comme composantes irréductibles de la relation humaine (Demailly, 2011).*

Très simplement, la suggestion est un processus d'influence des représentions d'autrui sur les miennes, du mental d'autrui ou de mon mental sur mon corps. Le transfert est un amour pour une personne en raison de ses savoirs, savoir-faire ou savoir-être. Ces composantes sont relativement sous-estimées par la science moderne, qui ne les saisit que sous l'angle restrictif des mesures « objectives » de l'effet placebo concernant les médicaments.

En fait la suggestion est une composante ordinaire de la vie sociale et inter-subjective, en matière politique, en matière de consommation ou d'éducation et bien sûr de soin. La suggestion et le transfert sont agissants dans toutes les situations thérapeutiques, que ce soit dans le cas de la délivrance d'une ordonnance de médicament par un psychiatre qui suit régulièrement un patient ou de la rencontre entre un Médiateur de santé pair et un usager de la psychiatrie, ou encore dans une psychothérapie. La suggestion est inévitable dans la cure psychanalytique, comme le reconnaissent les analystes, après Freud : « Nous serons très vraisemblablement obligés d'allier l'or pur de la psychanalyse au cuivre de la suggestion. » (Freud, 1918, p. 141.) Les transferts de la vie ordinaire, leur capacité à mettre effectivement en mouvement un sujet sur la base d'un lien affectif avec un autrui, sont agissants dans de très nombreuses situations de travail ou d'éducation : par exemple, la direction de thèse.

C'est sur l'expérience vécue de ces deux dimensions irréductibles de la relation humaine que s'enracine la pensée magique au sens large, prenant acte de la puissance d'autrui dans la relation, et prenant donc au sérieux la puissance des médiations qu'il propose (grigris, doudous, rites, mots. . .)

o *Deuxième hypothèse : le maintien social de l'offre thérapeutique des guérisseurs s'enracine aussi dans les insuffisances du soin scientifique, en matière de respect de l'image de soi des malades.*

La relation thérapeutique dans les soins officiels est souvent une relation sur autrui, voire même sans ou contre autrui (dans le cas de l'exercice de la contrainte). Les patients ne s'y sentent pas traités comme une personne globale, mais comme simple support abstrait d'un morceau, morceau de corps (un organe), morceau d'âme (un symptôme) que la médecine va venir réparer.

La relation entre professionnel et usager dans le champ de la santé mentale est de plus, très souvent, une relation de pouvoir et un échange à information incomplète. Le psychiatre ne fait pas part à son patient de tout ce qu'il pense (par exemple le diagnostic vers lequel il s'oriente ni son jugement intérieur sur la vérité, la véracité ou le caractère raisonnable des propos tenus par le patient ou ses proches). De son côté, le patient, d'après mes entretiens sociologiques, omet souvent de livrer des informations importantes : « Je vous le dis à vous [sociologue], mais je ne l'ai pas dit au psy. » Et pourquoi ? « Oh je ne veux pas qu'il m'augmente mes doses. » Ou le sentiment de honte : « Je ne veux pas qu'il me prenne pour un fou » ; « Je ne veux pas qu'il pense du mal de moi ». Du côté des divers soignants, il peut exister une méfiance, que ce soit vis-à-vis des dires du patient, de sa dangerosité éventuelle, ou des dires de ses

proches, ou encore de leurs comportements jugés pathogènes, qu'on pourrait presque identifier comme relevant d'un registre spécifique d'action relationnelle : le registre de la méfiance légitime.

Aussi, quand l'expérience vécue du monde psy officiel devient celle d'une relation de pouvoir, d'une relation de méfiance et de disqualification, et d'une réduction de la singularité à un morceau étiquetable, il est compréhensible que l'usager aille voir ailleurs, dans d'autres univers relationnels où il se sentira plus en confiance.

o *La troisième cause possible du caractère vivace de l'intérêt des personnes pour le soin proposé par les guérisseurs est liée à une modification sociétale du rapport à soi que l'on pourrait résumer par une tendance à la désubjectivation du trouble ou une demande de déresponsabilisation du trouble (Demailly, 2014).*

Ce mouvement de séparation de la personne et du trouble prend une forme très courante dans la psychiatrie biomédicale, celle d'un trouble qui affecterait le cerveau.

> « Ce n'est pas la personne qui a un TOC, c'est son cerveau. » [France Inter [1].]
>
> « Quand j'ai appris que c'était biologique, j'ai été soulagé. Ce n'était pas ma faute… Même si du coup je devrais prendre des médicaments toute ma vie. » [« Schizophrène » adulte, entretien par Lise Demailly.]
>
> « Chacun connaît les bénéfices qu'il y a à procéder ainsi. Nos malheurs paraissent toujours plus supportables s'ils sont dus à des causes qui ne sont PAS de notre ressort. Les échecs ne sont plus le fait de notre insuffisance. C'est le corps et le cerveau qui portent le fardeau de l'insuccès. » [Fournier, 2015.]

Dans la grande partition nature / culture, nature / langage, nature / humanité qui fonde la culture occidentale, le proprement humain est déplacé au XXI^{e} siècle du côté de la nature et du biologique, du cerveau (voire de l'intestin). La clinique du sujet porté par la psychanalyse et les autres courants psychiatriques relationnels (phénoménologie, systémisme) devient alors insupportable, en ce qu'elle responsabilise un peu le sujet par rapport à ses troubles en lui indiquant qu'il dispose toujours – au moins en principe – d'une petite marge de manœuvre pour le travail sur soi, la réflexivité, l'apprentissage, la prise ou reprise en main de soi pour aller mieux. La désubjectivation permet une déresponsabilisation et une déculpabilisation du sujet et de ses proches, ce qui explique en partie la grande demande pharmacologique propre à nos sociétés.

Dans ce contexte, et de façon donc inattendue, une partie de la pensée magique (sorcellerie, contre-sorcellerie, exorcisme) et des médecines alternatives se situent, avec la psychiatrie biomédicale, du même côté logique que cette tendance sociétale. Il s'agit des pratiques de soin qui renvoient le trouble à des agents externes au sujet, à de l'invisible, à des mauvais objets, mauvais aliments, mauvaises influences. Ces pratiques offrent alors, comme la psychiatrie biomédicale avec ses psychotropes, des ou-

1. Frank Lamarrière, psychiatre, sur France Inter, émission « La tête au carré » de Mathieu Vidard, 23/03/2016, 14h : http ://www.franceinter.fr/emission-la-tete-au-carre-les-toc.

tils promettant de contrer rapidement les symptômes, en permettant au sujet d'éviter l'engagement dans un travail sur lui-même.

Ce n'est bien sûr pas le cas des pratiques alternatives de type relationnel, également présentées dans l'ouvrage (chamanisme, voyance), qui, elles, reposent sur le seul usage méthodique de la suggestion et du transfert.

Références

Demailly, L. (2008), *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*, Paris, Presses universitaires du Septentrion.

Demailly, L. (2014), « Exigence de travail sur soi, santé mentale et rapports sociaux dans la société française », *in* Doucet, M. C., Moreau, N. (dir.), *Santé mentale et société*, Montréal, Les Presses de l'Université du Québec, p. 229-249.

Demailly, L. et Garnoussi, N. (2016, dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.

Fournier, E. (2015), *Creuser la cervelle : variations sur l'idée de cerveau*, Paris, Presses universitaires de France.

Freud, S. (1953 [1918]), « Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique », *in La technique psychanalytique*, Paris, Presses universitaires de France.