
La médicalisation de l'existence à l'heure de l'Anthropocène



Jean-Loup Lenoir

Comme le pouvoir serait léger et facile, sans doute, à démanteler, s'il ne faisait que surveiller, épier, surprendre, interdire et punir; mais il incite, suscite, produit; il n'est pas simplement œil et oreille; il fait agir et parler

Michel Foucault (1977)

Si ce sont bien ses coups de génie autant que ses boîtiers et ses trébuchements qui font l'humanité de l'homme et les fils dont se tissent ses singularités, il semblerait alors que nous ayons quelques questions à nous poser sur la façon dont notre époque accueille la souffrance psychique. Sur la façon dont le technoscientisme dominant en biologise la substance, ainsi que les modalités d'accompagnement, disqualifiant de ce fait la question sociale à l'aune d'un idéal de normalité dont il n'est pas sûr qu'il n'encombre pas les sujets souffrants et les professionnels qui les accompagnent, davantage qu'il ne leur permet de s'orienter dans leur rapport au monde, aux autres et à eux-mêmes.

C'est dans ce sillage idéologique que s'inscrit le mouvement de médicalisation de l'existence que nous définirons, avec Didier Fassin, comme consistant à « conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient pas jusqu'alors appréhendées dans ces termes » (1998). Un discours qui s'est initié lors de la seconde moitié du XVIII^e siècle, et qui semble prendre un tour pour le moins radical ces dernières années à se traduire par la surmultiplication de catégories psychiatriques définies comme autant de modalités de déviance des individus par rapport à des normes comportementales déterminées statistiquement; ou encore par le

recours à l'intelligence artificielle et les algorithmies, *via* l'utilisation « d'interfaces conversationnelles » se voyant confier non seulement l'accueil de patients, mais aussi les entretiens cliniques et les diagnostics psychiatriques. Un « progrès » qui constitue un virage épistémologique, civilisationnel et anthropologique inédit, et qu'il nous faudrait prendre au sérieux à l'heure de l'Anthropocène. C'est-à-dire dans ce moment historique où, comme le soulignait Bernard Stiegler (2015, 2016 et 2018), les progrès scientifiques et techniques réalisés par l'Homme engendrent leur lot de toxicités (d'entropie). Des nocivités dont nous commençons à peine à percevoir les effets déstabilisateurs : non seulement sur nos écologies dites naturelles (qu'elles soient géologiques, climatiques ou encore biotopiques), mais aussi sur nos écologies sociales et psychiques.

Quelles sont les incidences de ce discours de la médicalisation de l'existence sur des individus déjà fragilisés dans nos sociétés marquées par de profondes crises économiques, sanitaires et sociales? Quelle place pour le travail social dans cette reconfiguration scientiste et normative de nos façons d'appréhender l'humain et ses désarrois? Et jusqu'à quel point ce discours de la médicalisation de l'existence imprime-t-il sa marque sur les subjectivités, ainsi que les pratiques professionnelles, au risque de rendre les sujets les plus fragiles hermétiques à tout repositionnement subjectif possible? C'est à l'entour de l'arc que dessinent ces questionnements que se déploieront les réflexions qui suivent. Après avoir examiné le discours de la médicalisation de l'existence et ses modalités de colonisation des vies psychiques, nous tenterons de cerner l'architecture des mythes sociaux et des idéologies qui en conditionnent l'expansion, puis leurs incidences sur les subjectivités ainsi que sur les pratiques, pour enfin tenter d'ouvrir la question des perspectives et des orientations qui pourraient s'en dégager.

II —

De la Psychopathologie de la vie quotidienne, à la pathologisation de la vie psychique ordinaire

Estéban est un jeune garçon de 12 ans accueilli depuis quelques mois dans un Institut médico-social; lieu où il semble enfin pouvoir prendre le temps de se poser et de faire sa place. Ce qui n'est pas rien pour ce gamin qui, comme tant d'autres dans ce type d'institution, semble avoir eu le coup de génie d'inventer le mouvement psychique perpétuel, la

carence de ne guère savoir qu'en faire, et la légèreté de ne s'en soucier pas plus qu'un poisson d'une pomme.

Lorsque Estéban rejoint l'institution en ce lundi matin glacial de janvier, vêtu d'un simple t-shirt, il semble n'être qu'à moitié là – l'autre moitié, me dis-je, est restée dans la poche du manteau. Très vite, il apparaît que quelque chose d'inhabituel l'anime et l'agite. Après deux semaines de vacances passées en famille, Estéban ne tient plus en place, souhaitant une « mauvaise année » et entrant violemment en opposition avec la moindre personne venant le saluer, au point de se faire renvoyer après à peine 5 minutes passées en classe. Ses seuls mots d'explication seront « c'est pas de ma faute, on n'y peut rien, c'est comme ça ». Un constat lapidaire qui ne laisse en soit que peu de pistes de travail ouvertes, si ce n'est celle que nous souffle ce regard tantôt sidéré, tantôt sidérant, et qui semble nous appeler à lui répondre qu'« on » y peut peut-être quelque chose.

Une fois l'orage passé, Estéban tiendra à nous confier que pendant les vacances de Noël sa mère l'a emmené voir le médecin de famille pour que celui-ci lui explique la nécessité de prendre son traitement « pour aller mieux ». Et d'insister sur le fait que ce médecin lui a expliqué que ce n'est pas de sa faute s'il a parfois du mal à gérer ses excès de colère contre ses parents. Que c'est à cause d'une maladie qui s'appelle l'hyperactivité, que c'est dans ses gènes, et qu'il n'est finalement pas responsable du tort qu'il fait aux autres et à lui-même. Un discours qui, malgré toute la bienveillance, toute la pédagogie et toutes les bonnes intentions dont il était sans doute empreint, n'a pas eu l'effet escompté. Bien au contraire : Estéban semble avoir été envoûté et ses comportements automatisés par ces conseils et ce savoir médical. Un savoir qui (à la condition d'être vidé, troué par des paroles le renvoyant à ce qu'il en pensait lui) a cependant eu le mérite d'ouvrir pour Estéban la question de cette colère qu'il ressent envers ses parents ; la question de ce que ce symptôme vient signifier dans son existence, dans sa relation aux personnes qui l'entourent, et qu'il a pu partager avec quelques autres qui semblaient s'en soucier.

La situation d'Estéban nous rappelle ce que la pratique en institution médico-sociale enseigne au quotidien : à savoir combien la rationalité scientifique, si elle s'ancre davantage à ses certitudes qu'elle ne s'amarre à ses béances et ses doutes, peut enfermer un sujet dans des nominations réifiantes qui le figent et le privent de ses potentialités de subversion et

de sublimation des difficultés rencontrées. Où nous discernons la marque entropique de ce biopouvoir dont Michel Foucault nous enseigne qu'il vise à « investir la vie de part en part » (Foucault, 1976, p. 183) – d'un pouvoir colonisant la sphère du vivant donc, dont les vies sociales et les vies psychiques sont respectivement les incarnations collectives et intimes.

Dans le champ de la santé mentale et dans les lieux où sont censés se conjuguer accompagnement social, pratiques éducatives et pratiques soignantes, cette orientation réifiante du biopouvoir contraint le travail social à se refonder pour y réinventer sa légitimité et sa place. Ce qui n'est pas chose aisée à l'heure de ce que Zygmunt Bauman (2006) nomme la « société liquide » : c'est-à-dire dans un ordre social où le lien à l'autre et le lien à soi se fragmentent, et où la relation tend à ne plus s'envisager que par le prisme du consumérisme. Car les institutions ne sont pas les seules à risquer de se « liquéfier » dans le formol d'un discours scientifico-normatif se renforçant sous l'effet de l'extension du libéralisme. Les subjectivités elles-mêmes peuvent y prendre une résonance et une coloration particulières, teintées d'un rejet massif de toute contrainte, et faites de demandes d'immédiateté insatiables.

IV —

Le mouvement de médicalisation de l'existence répond remarquablement à ces demandes, car il procède d'un processus consistant en ce que le discours de la science s'empare, sous les traits du discours médical, de questions existentielles et culturelles complexes qui se situent historiquement en dehors de son champ d'expertise et pour lesquelles il propose des modalités de réponses simples, mais parées de l'aura scientifique – au prix, certes, d'en pathologiser la substance. Ce mouvement vise en effet « à transformer en pathologie médicalement curable tel ou tel caractère relevant de la condition humaine ou de la constitution des êtres » (Folscheid, 1996, p. 508). Processus qui trouve de fait un terrain de prédilection dans les difficultés inhérentes à la vie psychique ordinaire.

Citons, pour illustrer ce processus de colonisation de la vie psychique ordinaire par un discours pathologisant, l'apparition, dès la 4^e version du *Diagnostic and Statistic Manuel* (DSM-IV), du « trouble dysphorique prémenstruel » : catégorie qui consiste à reconnaître chez certaines femmes, en période de menstruation, un syndrome psychiatrique qui serait marqué par « une humeur dépressive, une anxiété et une labilité émotionnelle marquées, ainsi qu'une diminution de l'intérêt pour les

activités de la vie quotidienne » (Bianchi-Demicheli, 2006). Syndrome pour lequel fût rapidement proposé une modalité de traitement neurochimique *via* un psychotrope inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Autre exemple de cette tendance à la pathologisation de la vie psychique ordinaire, cette fois dans ce qu'elle a pourtant de plus dynamique et de plus *néguentropique* (1) : le temps du deuil que nous savons être un fondement anthropologique majeur, un processus psychique transitoire et transitionnel nécessaire à la symbolisation d'une perte qui engage le sujet jusque dans son être, et qui permet d'en sublimer la douleur, se voit menacé d'être réduit au rang de « trouble dépressif » s'il en vient à trop durer. Bien sûr, le processus de deuil peut laisser place à un état dépressif nécessitant que le sujet soit étayé afin de remobiliser des capacités dynamiques et de résilience. Là où la chose devient hasardeuse, c'est lorsque le diagnostic différentiel entre le deuil dit « normal » et le deuil dit « pathologique » se fonde non plus à partir du regard singulier d'un professionnel, rencontrant la parole singulière d'un sujet en souffrance, mais exclusivement à partir d'une norme se prétendant universelle, car définie statistiquement. Selon le DSM-V (2013), les manifestations douloureuses corrélatives du deuil, si elles excèdent une durée de 15 jours, devraient en effet conduire à un diagnostic de « trouble dépressif mineur » – diagnostic pour lequel une prescription d'antidépresseur serait indiquée. Mais d'où provient une telle précision d'horloger? Sur quelles données cliniques cette définition d'une limite critique définie à 15 jours peut-elle bien s'appuyer? Et par quel miracle s'appliquerait-elle à tous et en toutes circonstances, alors que nous savons la complexité et la diversité des ressorts culturels, culturels, sociaux ou affectifs engagés dans le processus du deuil? Ce que l'on nomme deuil « pathologique » n'est d'ailleurs pas sans poser quelques problèmes si nous nous en remettons à l'étymologie, ce terme étant issu du grec « pathos », signifiant « souffrance ». En fait, qu'une souffrance soit constitutive du deuil, et que cette souffrance puisse être considérée comme légitime est bien ce qui forme le nœud du problème qui se soulève ici : jusqu'à quel point la souffrance peut-elle être considérée

— V

(1) La néguentropie correspond à l'entropie négative, c'est-à-dire à la capacité à s'opposer à l'entropie, à différer les effets de désorganisation ou de dispersion d'énergie propre à un système. Si pour l'humain l'entropie correspond à la mort, alors la néguentropie concernera les forces contribuant à maintenir la vie, à différer cette mort.

comme inhérente à la condition humaine et non comme un dysfonctionnement neurochimique à éradiquer ?

Nous sommes là, avec cette pathologisation de la vie psychique ordinaire, aux antipodes de la *Psychopathologie de la vie quotidienne* dont Sigmund Freud fit un de ses tout premiers points d’ancrage pour fonder une approche de la souffrance psychique excluant tout principe de normalité, notamment déterminé par les discours sociaux dominants. La démarche freudienne procède d’une approche clinique qu’elle réactualise dans le champ des souffrances de l’esprit, le terme « clinique » renvoyant ici à ce qui fait le vif de sa racine étymologique : « *klinikê* », signifiant le lit, le chevet du souffrant ; terme renvoyant lui-même à l’action de s’incliner (« *klinein* »). Cette acception renvoie aux pratiques soignantes de la médecine hippocratique consistant en ce que le médecin, pour comprendre ce qui est en jeu dans l’apparition d’un symptôme, se doit de se rendre au chevet du patient pour s’entretenir avec l’intéressé, dont il se fait en quelque sorte le secrétaire. Le symptôme se considère ici comme le signe d’une singularité à la rencontre de laquelle il faut aller en sondant et creusant les corps et les paroles avec du regard et de l’écoute. L’enjeu de cette clinique n’est pas de dissoudre le symptôme dans un diagnostic à partir de sa seule enveloppe formelle, d’en extraire un savoir clos dans lequel il se figerait. Tout l’enjeu est au contraire d’adopter un positionnement permettant de dévoiler ce qui fait le singulier de tel symptôme pour tel sujet (le terme « sujet » renvoyant au « *subjectum* » latin, à l’« *hypokeimenon* » grec, c’est-à-dire « ce qui se tient en dessous »). L’objet de cette clinique est en somme de se décentrer de ce que le symptôme a de manifeste et de ce qu’il donne à voir, afin d’en éclairer le surgissement à partir de ce que nous enseignent le rapport singulier du sujet à ce symptôme.

VI —

La relation intersubjective comme espace néguentropique

Michel Foucault (1963) nous avertissait dans sa *Naissance de la clinique* du risque qu’il y a à réinterpréter la médecine hippocratique à partir du récit mythique de la médecine moderne et de les situer dans une certaine continuité ou contiguïté. Une rupture épistémologique radicale les sépare en effet comme le souligne Georges Canguilhem (1968, p. 131) pour qui l’émergence de la médecine moderne, c’est-à-dire expérimentale, s’apparente à une « déclaration de guerre à la médecine

hippocratique ». Et bien une rupture épistémologique tout aussi radicale est à repérer avec l'émergence du discours de la médicalisation de l'existence comme objection à ce que l'approche clinique du sujet tente de restaurer au cœur des pratiques soignantes. À la position du passeur, identifiant comme seule boussole légitime pour s'orienter dans sa pratique la parole singulière du sujet qu'il accompagne, s'oppose en effet la figure de l'expert, détenteur d'un savoir fermé divisant le monde entre sujets normés et sujets déviants.

En toile de fond de ce discours objectivant, c'est la figure de *l'Homme neuronal* (Changeux, 1983) prophétisée à la fin du XX^e siècle qui se dessine. Un paradigme enfantant la figure chimérique du posthumain – figure s'imposant dans les mentalités à mesure que toute vision complexe de l'homme s'y efface « comme à la limite de la mer un visage de sable », dirons-nous pour reprendre le mot célèbre de Michel Foucault (1966, p. 398). Cette figure de l'homme neuronal procède d'un projet consistant à interpréter l'ensemble des faits humains par l'unique prisme biologique et mécaniciste, c'est-à-dire en les réduisant à la somme des processus physico-chimiques qu'ils impliquent, donc à leur seule causalité matérielle. Un paradigme bâti sur les bases d'un double biais méthodologique de simplification consistant à confondre les moyens et les causes, et à prendre la partie pour le tout. Nous sommes bien loin de la complexité que permettent d'entrevoir les récentes avancées en neurosciences, ouvrant les réflexions à des dimensions complexes rendues jusque-là sensibles par les seules intuitions cliniques, et qui fondent aujourd'hui des dynamiques de recherche permettant d'ouvrir des débats interdisciplinaires d'une richesse rare. Notamment concernant le caractère déterminant des expériences individuelles et des interactions du sujet avec ses environnements (qu'ils soient biologiques, sociaux ou subjectifs) sur les architectures neuronales qui forgent le caractère singulier de chaque individu, et son irréductibilité à la somme des influx nerveux qui le traversent. En dépit de cette ouverture épistémique majeure, et de bien d'autres, nous assistons à la domination du discours de la biologisation de l'existence comme machine à fabriquer un « homme neuro-économique » (Gori et Del Volgo, 2008). C'est-à-dire la figure idéalisée d'un *self-made man* ultraperformant et mû par ses seuls intérêts et besoins. Un discours dont la médicalisation de l'existence assurera en quelque sorte le « service après-vente », faisant entrer dans le droit

chemin de la bonne santé mentale les sujets déviants et dysfonctionnants au regard de cette idéologie de la performance et de la conformité.

De quelle manière et jusqu'à quel point ce paradigme et cette idéologie infusent-ils dans les subjectivités des sujets souffrants et les pratiques des professionnels qui les accompagnent ?

Sigmund Freud soulignait dans ses *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* (1933, p. 211) combien un système de pensée scientifique peut, à l'instar d'un système de pensée religieux, être porteur d'une *Weltanschauung* (d'une vision du monde), c'est-à-dire d'« une construction intellectuelle qui résout, de façon homogène, tous les problèmes de notre existence à partir d'une hypothèse qui commande le tout, où par conséquent, aucun problème ne reste ouvert, et où tout ce à quoi nous nous intéressons trouve sa place déterminée ». Le virage épistémologique et idéologique ayant fondé l'émergence de la médicalisation des réalités humaines semble ne pas déroger à cette règle et avoir donné naissance à une modalité de constitution des existences révolutionnant radicalement la vision que l'homme se fait de sa condition. Cette proposition, pour être affinée, gagnerait à ce que nous nous référions au travail de Philippe Descola (2018) sur ce qu'il nommera les « processus de mondiation ». Terme qu'il substituera à celui de « vision du monde », car laissant davantage de place à la complexité des processus engagés dans la constitution d'un monde au sein duquel le sujet pourra se connaître et se reconnaître.

VIII —

Selon Philippe Descola le rapport que l'homme entretient avec ses écologies est en quelque sorte médié par des filtres ontologiques permettant de composer des mondes et de donner sens aux existences. Ces processus de mondiation sont des processus « d'actualisation de la myriade de qualités, de phénomènes et de relations qui peuvent être objectivées ou non par des humains, selon la manière dont les différents types de filtres ontologiques dont ils sont dotés leur permettent de discriminer entre ce que leur environnement proche ou lointain offre à leur perception directe ou indirecte » (2014, p. 238). Toujours pour Philippe Descola ces filtres ontologiques fonctionnent comme des « dispositifs de cadrage de nos pratiques, de nos intuitions et de nos perceptions » (2018). Ne sommes-nous pas, avec la constitution de la figure de l'homme neuronal, aux prises avec l'avènement d'un filtre ontologique tout à fait particulier ? D'un filtre disqualifiant les capacités

néguentropiques du sujet : sa capacité à penser sa singularité dans l'ordre du monde, et ainsi enfanter des récits lui permettant de s'engendrer lui-même. En somme, sa capacité à sublimer ce qui fait le réel de sa condition pour ainsi advenir en tant que sujet singulier. Nous le pensons, tout comme nous pensons que les incidences de cette filtration sur les subjectivités et sur les pratiques professionnelles n'ont rien d'une fatalité.

Si Estéban nous démontre combien des savoirs clos peuvent enfermer le sujet dans un rapport à l'autre et à lui-même figé, d'aliénation, il nous enseigne aussi qu'un levier tout à fait opérant se situe du côté des êtres qui l'accompagnent. L'entrée en relation, la rencontre, la préoccupation et le souci de l'autre, ainsi que le soutien d'une parole singulière font partie de ces pratiques néguentropiques qui participent à trouser ce savoir fermé et ainsi restaurer les possibilités de (re)positionnement du sujet dans son rapport aux difficultés qu'il rencontre. La relation intersubjective est l'espace néguentropique de l'homme, tout comme la parole est l'organe néguentropique de l'homme. Et c'est sans doute à ce niveau que s'imisce un des effets les plus pervers du discours de la médicalisation de l'existence : il engendre la réduction des considérations que les professionnels de la relation peuvent légitimement construire à propos des sujets qu'ils accompagnent et des pratiques qu'ils peuvent légitimement adopter et inventer dans ce cadre. Ce que nous démontre remarquablement l'expérience des « faux patients » de David L. Rosenhan.

L'expérience initiée par ce dernier porte sur les facteurs fondant la fiabilité des diagnostics psychiatriques. Expérience au cours de laquelle de « faux patients » furent hospitalisés en psychiatrie à leur demande et au motif d'entendre des voix. Bien que ne présentant plus aucun signe d'anormalité dès le début de leur hospitalisation (au sein de 12 hôpitaux répartis dans 5 États différents) l'ensemble de ces faux patients furent diagnostiqués schizophrènes et considérés comme tels, certains durant plusieurs semaines. Fait intéressant : ce sont les « vrais » patients qui ont le plus majoritairement démasqué la supercherie se demandant, en voyant ces patients ne présentant pas de symptômes manifestes observer autour d'eux et prendre des notes, s'ils n'étaient pas des journalistes ou des scientifiques en train de mener une enquête sur les institutions psychiatriques – c'est à croire qu'aucun filtre ontologique ne leur dictait d'y percevoir une pathologie. Un comportement qui a au contraire

renforcé, du côté des professionnels soignants, la considération médicale que ces sujets étaient bien malades mentaux.

Ceci nous rappelle que, comme le veut l'adage : « Lorsque l'on a qu'un marteau sous la main, tous les problèmes ressemblent à des clous. » Autrement dit, que le discours de la médicalisation de l'existence, en tentant de conditionner et de calibrer la vision que le professionnel construit de la personne qu'il accompagne, fonctionne comme un véritable filtre ontologique, rendant les regards hermétiques à toute complexité, évacuant la question de la causalité multiple et participant ainsi à réduire le sujet accompagné à ce que ce discours attend qu'il soit. Ce discours de la médicalisation de l'existence tend à fabriquer des malades conformes à l'image qu'il en a produit, au même titre qu'il tend à façonner des pratiques professionnelles conformes à la représentation qu'il produit de leur prise en charge. Et si nous ajoutons à ce constat que le regard que ce professionnel porte sur les sujets qu'il accompagne en conditionne les capacités et les potentialités (l'expérience de Rosenthal et Jacobson sur les « prophéties autoréalisatrices » est sur ce point très significative) nous pouvons mesurer l'urgence qu'il y a à poser la déconstruction de tout pré-supposé, de tout savoir pré-construit et donc fermé sur ce que seraient les souffrances psychiques, comme condition même de toute relation d'aide.

X—

La médicalisation de l'existence et l'ère de Big Data

Dans un article de mars 2017 publié sur le site *Medscape.com* nous apprenons que : « En associant leurs compétences médicales et informatiques, une équipe de médecins et de chercheurs a mis au point un “agent conversationnel virtuel” capable de mener un entretien interactif et intelligent (fondé sur le DSM-5) pour diagnostiquer les troubles dépressifs. Dans une étude menée chez près de 200 personnes consultant pour des problèmes de sommeil, l'outil s'apparentant à un humain virtuel féminin a montré une bonne capacité diagnostic. Julia, la psy virtuelle, a par ailleurs été très bien acceptée par les patients » (Lavaud, 2017). Dans un article plus récent, datant de janvier 2020, nous apprenons que Julia – qui est en fait une interface animée par une Intelligence artificielle (IA) s'appuyant sur des algorithmes complexes pour diagnostiquer les patients – est devenue psychiatre-addictologue.

Cette immixtion de l'« IA » et des *big data* dans la nouvelle ère psychiatrique qui semble s'ouvrir ici fait particulièrement résonner les propos tenus par Georges Canguilhem en 1978 : « Et quel est donc le type de société, pourvu d'une organisation sanitaire exploitant l'information la plus sophistiquée sur la distribution et les corrélations des facteurs de maladies, qui dispensera un jour le médecin de la tâche, peut-être désespérée, d'avoir à soutenir des individus en situation de détresse dans leur lutte anxieuse pour une guérison aléatoire ? » (1978, p. 88) Ces quelques lignes s'avèrent d'une actualité redoutable et sans doute nous faut-il voir ici la conséquence logique du discours de la médicalisation de l'existence : puisque la vie psychique est réduite à un système computationnel et à sa calculabilité, quoi de plus logique qu'une « IA » pour accompagner les patients. La boucle est en quelque sorte bouclée, avec les effets entropiques qui sont à en attendre comme le rappelait Bernard Stiegler : « être entièrement calculable par des algorithmes nous réduit à rien » (2016).

Se joue ici un renforcement massif de l'entropisation disruptant les écologies sociales et psychiques de sujets (y compris professionnels) s'éloignant de leur capacité à penser la complexité qui fait le singulier de leur condition. Comme le soulignait encore Bernard Stiegler : « Ce que l'on appelle les *big data* est caractéristique de cette immense transformation, telle que le consumérisme planétaire y conduit à liquider toutes les formes de savoir (savoir-vivre, savoir-faire et savoir-conceptualiser). L'Anthropocène est un "Entropocène", c'est-à-dire une période de production massive d'entropie précisément en cela que les savoirs ayant été liquidés et automatisés, ce ne sont plus des savoirs, mais des systèmes fermés, c'est-à-dire entropiques. Un savoir est un système ouvert : il comporte toujours une capacité de désautomatisation productrice de néguentropie » (2015, p. 137). Se tiennent sans doute dans ces propos à la fois un défi majeur et des pistes d'orientation précieuses. Il s'avère effectivement nécessaire, voire vital à l'heure de l'Entropocène, de déchirer le tissu normatif pour ouvrir des espaces néguentropiques, c'est-à-dire de restauration d'écologies sociales et psychiques localisées permettant au lien social d'exister, et aux sujets d'avenir. Des espaces relationnels faits de rencontres plutôt que de savoirs préconstruits, de paroles singulières plutôt que de communication de masse, de lien social plutôt que de réseaux sociaux, d'intersubjectivité plutôt que d'algorithmicité, et de désir plutôt que

de pulsions ou d'impulsions nerveuses. Un défi à relever avec optimisme car, comme le rappelle le poète Friedrich Hölderlin (1967, p. 867), nous savons que « là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve ».

Jean-Loup Lenoir est docteur en psychologie, cadre pédagogique à l'IFRASS de Toulouse, chargé d'enseignement à l'université de Toulouse Jean-Jaurès.

Bibliographie

- Bauman, Zygmunt, *La vie liquide*, Rodez, le Rouergue/Chambom, 2006.
- Bianchi-Demicheli, Francesco, « Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique », *Revue Médicale Suisse*, n° 52, 2006.
- Canguilhem, Georges, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968.
- Canguilhem, Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 1978.
- Changeux, Jean-Pierre, *L'Homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.
- Descola, Philippe, *La Composition des mondes : entretiens avec Pierre Charbonnier*, Paris, Flammarion, 2014.
- Descola, Philippe, « La Composition des collectifs : formes d'hybridation », cours au Collège de France, 31 janvier 2018.
- Fassin, Didier, « Les politiques de la médicalisation. Avant-propos », in Aïach, Pierre et Delanoë, Daniel, (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998.
- Folscheid, Dominique, « La Médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », in *Laval théologique et philosophique*, n° 52, 1996, pp. 499-509.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.
- Foucault, Michel, *Les Mots et les Choses : une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1966.
- Foucault, Michel, *La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Foucault, Michel, « *La vie des hommes infâmes* », in *Les Cahiers du chemin*, n° 29, 15 janvier 1977, pp. 12-29.
- Freud, Sigmund, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 1967.
- Freud, Sigmund, « Sur une Weltanschauung », in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1989.
- Gori, Roland et Del Volgo, Marie-José, *Exilés de l'intime*, Paris, Denoël, 2008.
- Hölderlin, Friedrich, « Patmos », in *Œuvres*, Paris, Gallimard, 1967.

Lavaud, Stéphanie, « Un psy virtuel pour diagnostiquer les troubles dépressifs », site Internet Medscape, mars 2017. En ligne : https://francais.medscape.com/voirarticle/3603119_2 (consulté le 28 août 2020).

Rosenhan, David, « On being sane in insane places », in *Science*, vol. 179, January 1973, pp. 250-258.

Stiegler, Bernard, « Sortir de l'anthropocène », in *Multitudes*, n° 60, 2015, pp. 137-146.

Stiegler, Bernard, *Dans la Disruption. Comment ne pas devenir fou?*, Paris, Les liens qui libèrent, 2016.

Stiegler, Bernard, *Qu'appelle-t-on Panser? Au-delà de l'entropocène*, Paris, Les liens qui libèrent, 2018.