

Le marché de la guérison et le médecin¹

Paul Bercherie annonçait avec optimisme en 1988, dans une étude portant sur les rapports entre la clinique psychiatrique et la clinique psychanalytique, que l'on pouvait attendre "que domine progressivement l'éthique de vérité et de réalisation subjective qui fonde la clinique analytique et la démarque de l'inféodation du dispositif psychiatrique aux impératifs de groupe qui l'ont engendré".

Nous pouvons constater, certes avec joie, la vigueur de la clinique psychanalytique, comme en témoigneront très certainement les contributions à ce colloque. Toutefois, en ce début de 3^{ème} millénaire, le caractère quelque peu achevé de la clinique psychiatrique ancienne a laissé la place à un système de désagrégation sémio-biologisante de la nosologie, le DSM III et IV, manuel diagnostique (de l'association des psychiatres américains) et statistique des troubles mentaux qui, non seulement rend incertaine la domination de l'éthique de vérité de la clinique analytique, mais également contrarie fondamentalement les conditions de sa pratique.

La transformation du savoir psychiatrique modifie radicalement la relation que la clinique psychanalytique entretenait avec la clinique psychiatrique traditionnelle.

Pour rappel, la psychiatrie "classique" naît à la charnière des XVIII^e et XIX^e siècles, à la conjonction de trois mouvements².

- Le premier, social et historique, concerne l'âge classique, celui de la monarchie absolue et est caractérisé par le "grand renfermement" des déviants en tout genre dans un espace social, l'Hôpital Général : ségrégation interne et non plus rejet externe. Sous l'effet du vaste mouvement de philanthropie et de rénovation sociale des Lumières, l'Hôpital Général est démembré en institutions spécifiques qui concrétisent la séparation des divers groupes de déviants : prison, hospice, hôpital et asile d'aliénés.
- Le deuxième mouvement est celui de la constitution des techniques disciplinaires permettant le traitement réglé de l'espace qu'elle renferme et d'un maniement efficace d'une communauté close et dénombrable. La caserne en est le modèle pour la prison, l'école, l'usine et l'asile. On assiste avec Pinel à l'apothéose au sein de l'institution du "personnage

¹ Communication faite au colloque de l'E.P.S.F., *Versions de la guérison*, les 25 et 26 mars 2000.

² P. Bercherie, "Psychanalyse et psychiatrie" in *Raison présente*, n° 83, 1987.

médical", du médecin psychiatre, sous la tutelle de quoi s'organise le traitement moral.

- Le troisième mouvement est celui de l'hégémonie de la médecine sur la folie, alors que l'Antiquité plaçait la folie à la conjonction du médical et du sacré. La maladie mentale devient le concept instituant la psychiatrie comme discipline scientifique et thérapeutique. La psychiatrie prend donc sa source dans l'aliénisme. "Elle est l'institution sociale à laquelle la communauté a confié la gestion du problème que pose la folie à l'ensemble de la société, avec l'idéal de la réduire, de la "guérir" et l'obligation de la prendre en charge, de la gérer, au sens temporel et spatial".

Nous connaissons tous la citation de Freud dans *l'Introduction à la psychanalyse*³ : "Ce sont donc les psychiatres qui s'opposent à la psychanalyse, pas la psychiatrie. La psychanalyse entretient avec la psychiatrie à peu près le même rapport que l'histologie avec l'anatomie : l'une étudie les formes externes des organes, l'autre leur structure à partir des tissus et des particules élémentaires"⁴.

Actuellement, l'hégémonie du DSM s'accompagne de l'effacement de la question du sujet que la psychanalyse avait contribué à réintroduire au sein de la psychiatrie classique.

Il n'y a plus d'organes, encore moins de tissus, donc de structures cliniques.

Les cendres du corps de la psychiatrie classique ont été disséminées dans un catalogue de troubles numérisés.

Je rappellerai en quelques mots la nouveauté essentielle du DSM III par rapport aux éditions précédentes : la domination de la pensée behavioriste a eu pour principal objectif de virer à proprement parler la psychanalyse de la troisième édition (1980).

La perspective de sémiologie évolutionniste, a-théorique, de ce manuel se veut un outil pour évaluer l'efficacité des traitements. La visée opératoire du DSM imprègne au plus profond les couches de psychiatres en formation par une approche unidimensionnelle réduite à un manuel diagnostique⁵.

Nous savons que la psychiatrie biologique ne tient pas compte du sujet, ni dans l'évaluation des troubles selon les échelles de plus en plus répandues, ni dans la compréhension des mécanismes cliniques liés aux neurotransmetteurs et modifiés par la pathologie et les psychotropes.

³ S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Gallimard, p. 326.

⁴ S. Freud, *Conférences d'introduction à la psychanalyse I*, traduites par F. Cambon, Gallimard, Paris, 1999, p. 326.

⁵ J.-J. Kress, "L'effacement de la question du sujet" in *Figure du sujet dans la modernité*, Ed. A, 1957

Le danger majeur de la psychiatrie actuelle est celui de l'extension des procédures évaluatives concernant l'effet des psychotropes et celles basées sur les échelles. Une nouvelle sémiologie et nosographie se constitue à partir des méthodes de la psychiatrie biologique. Elle est foncièrement différente du débat entre la psychiatrie "classique" et la psychanalyse.

La régulation des dépenses de santé justifie l'extension des études épidémiologiques qui trouvent dans la psychiatrie biologique une fausse objectivation.

La santé a donc un prix et l'effort qui lui est consacré pour une collectivité est forcément limité. Voilà le discours des pouvoirs publics.

Pourquoi la psychiatrie américaine l'a-t-elle emporté sur la psychiatrie européenne (française et allemande) ?

La psychiatrie a voulu être reconnue comme une spécialité médicale avec des données chiffrables comme les autres afin de justifier de l'obtention de ressources, de moyens budgétaires. L'analyse statistique de groupe nécessite une certaine homogénéité symptomatique et une langue psychiatrique commune. Un certain consensus doit se dégager quant à la symptomatologie pour faire des corrélations avec les éléments biologiques et non plus biographiques.

Le DSM est en quelque sorte une réponse de la psychiatrie sur le mode sémio-biologisant à l'économie de marché. Le "bonheur" est dans la biologie.

La démarche et la pensée du psychiatre sont unifiées par la méthode du consensus. Il n'y a plus de possibilité de confrontation, de discussion diagnostique. Le "Maître-Livre" donnera enfin l'accès à la maîtrise du marché de la santé.

Quel intérêt d'établir un diagnostic différentiel, de savoir si nous sommes en présence d'une névrose hystérique ou d'un délire chronique dès lors que la symptomatologie est dépressive et que le médicament fait disparaître le symptôme ? Pourquoi reconstituer patiemment et laborieusement l'histoire du sujet puisque nous avons les moyens de faire disparaître les conséquences, quelle qu'en ait été la cause ? Le symptôme n'est plus porteur d'un sens inconscient à découvrir mais conçu comme un signe de dysfonctionnement biologique à réduire. Que le symptôme persiste ou se déplace ne permet pas dans cette approche de soupçonner la jouissance qui lui est afférente.

Le DSM produit une clinique symptomatique descriptive, qui éliminerait toute référence théorique et toute hypothèse pathogénique. Une fois le sujet éliminé de sa maladie, il ne reste plus qu'à organiser ses symptômes dans un système binaire ; après analyse des données, une machine délivrera l'ordonnance en indiquant le médicament précis qui correspond à un symptôme défini.

On reconnaît là l'effet psychotisant de la science moderne. Dès lors que le hiatus du sujet est méconnu, le mot devient la chose même. L'exactitude de la machine est confondue avec la vérité, et le médicament devient adéquat au symptôme. On peut imaginer les bénéfices que peut en tirer une société axée sur la consommation et le profit.

La clinique était le terrain privilégié d'échanges et de confrontations entre psychanalyse et psychiatrie sur le même champ psychopathologique. Avec le DSM, on assiste à la déstructuration de la clinique dans un essaimage de troubles : troubles obsessionnels compulsifs, phobies sociales, troubles dissociatifs, troubles paniques.

On est bien loin de ce qu'écrivait Lacan dans le préambule à l'acte de fondation (21 juin 1964) de l'école freudienne de Paris : "La psychanalyse s'est pourtant d'abord distinguée de donner un accès à la notion de guérison en son domaine, à savoir : rendre leur sens aux symptômes, donner place au désir qu'ils masquent, rectifier sous un mode exemplaire l'appréhension d'une relation privilégiée, encore eût-il fallu, pour pouvoir l'illustrer des distinctions de structure qu'exigent les formes de la maladie, les reconnaître dans les rapports de l'être qui demande et qui s'identifie à cette demande et cette identification elles-mêmes."

À partir du moment où les pouvoirs publics donnent une légitimation au DSM et le valide en imposant son utilisation, il faut bien mesurer les conséquences cliniques et thérapeutiques d'un tel acte. La clinique psychiatrique classique disparaît ainsi que la référence analytique. Les névroses sont absentes du champ diagnostique, elles offrent trop de résistance à la mesure objective.

Les troubles anxieux et de l'humeur occupent une place prépondérante. De nouvelles entités cliniques apparaissent : phobies sociales, troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Bien évidemment, le but recherché serait qu'à chaque pathologie corresponde un médicament.

C'est l'usage du médicament qui, désormais, détermine la clinique, qui devient une clinique du médicament ou du psychotrope.

Médicalisation de la société

La "guérison" dans la personne du médecin est soumise aux déterminations d'une politique de santé conjuguée aux effets du discours de la science. La pratique médicale, si elle venait à se conformer strictement à cette double exigence, signerait à terme la disparition de la fonction du médecin.

Pour Michel Foucault, l'histoire de la profession médicale serait un bon angle d'attaque pour mettre en évidence la manière spécifique dont, à un moment donné et dans une société définie, "l'interaction individuelle entre

médecin et malade s'articule sur l'intervention collective à l'égard de la maladie en général ou de tel malade en particulier."⁶

"La médecine privée ou libérale est un mode de réaction collectif à la maladie".

Le "décollage" médical et sanitaire de l'Occident a lieu au XVIII^e siècle, moment essentiel de la professionnalisation du médecin sur fond d'une "politique de santé".

Quantitativement, il y a multiplication des médecins, fondation de nouveaux hôpitaux, ouverture de dispensaires, consommation accrue de soins.

Qualitativement, c'est une formation plus standardisée. Le médecin commence à occuper dans le corps social une place plus étendue et plus valorisée, il se détache un peu plus nettement des autres donneurs de soins. Cette politique de santé concerne la prévention, la détermination de variables caractéristiques d'un groupe ou d'une collectivité, les conditions de vie ou d'hygiène, l'intégration de la pratique médicale à une gestion économique et politique qui vise à rationaliser la société.

La médecine comme charge collective commence à s'affranchir partiellement des techniques de l'assistance. La prise en charge de la maladie par la communauté s'était toujours faite antérieurement à travers l'assistance aux pauvres. Le "bien-être" de la société devient un des objectifs essentiels du pouvoir politique qui met en place une police du corps social.

La politique de santé se dessine au XVIII^e siècle par la constitution d'un appareil qui peut prendre en charge les malades comme tels et par l'aménagement d'un dispositif qui permet d'observer, de mesurer et d'améliorer en permanence un "état de santé" de la population.

La famille sera médicalisée et l'enfance deviendra un objet d'attention particulièrement privilégié.

Le médecin sera promu comme le grand expert dans l'art d'améliorer le "corps social". La médecine fonctionnera comme instance du corps social, notamment à travers l'hygiène. L'hôpital, de lieu d'assistance qu'il était, se transformera en lieu d'opération thérapeutique, en "machine à guérir".

Peut-on affirmer que la médecine moderne scientifique qui naquit à la fin du XIV^e siècle est individuelle parce qu'elle a pénétré à l'intérieur des relations de marché : que la médecine moderne, dans la mesure où elle est liée à une économie capitaliste, est une médecine individuelle ou individualiste qui ne connaît que la relation de marché qui unit le médecin au malade et ignore la dimension collective de la société ?

Pour Foucault, la médecine moderne est une médecine sociale dont le fondement est une certaine technologie du corps social : la médecine est une

⁶ M. Foucault, *Les machines à guérir, la politique de la santé au XVII^e siècle*, Ed. Pierre Mardaga, 1979.

pratique sociale et l'un de ses aspects seulement est individualiste et valorise les relations entre le médecin et le patient.

L'hypothèse de Foucault est qu'avec le capitalisme, on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais que c'est précisément le contraire qui s'est produit.

Le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail.

Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps.

Le corps est une réalité bio-politique : la médecine est une stratégie bio-politique. (Thèse de Foucault)

Pour gouverner, il faut guérir et éduquer comme on le verra avec l'analyse du pseudo "syndrome hyperkinétique".

Le triomphe de la psychiatrie américaine sur la psychiatrie européenne est éclatant dans le cas du syndrome hyperkinétique.

Michel Dugas pouvait écrire en 1987 : "La différence la plus évidente, et sans doute la plus importante, entre la pratique psychiatrique aux États-Unis d'Amérique et en France est la place que chacune attribue à l'hyperactivité de l'enfant. Ce que nous appelons plus volontiers instabilité psychomotrice n'a guère le statut d'une catégorie diagnostique. L'instabilité est tout au plus un symptôme, d'ailleurs bien banal chez l'enfant, sans signification précise."

Par contre, "l'hyperactivité de l'enfant constitue pour nos confrères américains une entité clinique particulière, fréquemment observée, dont les conséquences scolaires et sociales sont graves".

La discordance entre la place accordée aux États-Unis et en France à l'hyperactivité s'est considérablement amenuisée depuis.

Un article est publié chaque jour, depuis quarante ans, concernant ce sujet, essentiellement dans les pays anglo-saxons. Le taux de prévalence a été estimé entre 3 et 5 % chez les enfants d'âge scolaire. Le taux de prévalence du trouble autistique serait de 2 à 5 cas pour 10 000 personnes.

La place accordée dans le DSM IV à ce syndrome hyperkinétique, appelé "trouble de l'attention / hyperactivité" est la même que celle des troubles envahissants du développement (psychoses infantiles). L'analyse de l'évolution terminologique de ce "syndrome" montre bien l'évolution des esprits en la matière : instabilité psychomotrice d'abord, dysfonctionnement cérébral a minima, hyperkinésie ensuite, déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité enfin.

En 1902, le Dr Still décrit le cas d'enfants de tempérament violent et destructeur. Ces enfants étaient impatients, agités et incapables d'une attention soutenue, ce qui entraînerait des échecs scolaires en dépit de leurs capacités intellectuelles.

Il parle alors de "brain damage syndrome" en supposant une analogie de comportement entre les enfants au cerveau lésé et ceux apparemment normaux neurologiquement. Le lien avec un dommage cérébral étant loin d'être démontré, la conception de dommage cérébral minime (minimal brain damage) fait son apparition dans l'explication du syndrome jusqu'au début des années soixante.

Au cours des années soixante, le concept de dommage lié à une lésion et à une localisation sera remplacé par celui de "dysfonctionnement cérébral à minima" (minimal brain dysfunction).

La dénomination d'enfant hyperkinétique ou hyperactif remplacera celle d'enfant avec un dommage cérébral minime : en 1968, l'association des psychiatres américains classera en effet cette entité dans les réactions hyperkinétiques de l'enfant.

L'hyperkinésie a vite été retenue comme un élément essentiel et considérée surtout aux Etats-Unis comme synonyme de trouble de l'apprentissage.

Dans les années soixante-dix, la priorité se portera sur les difficultés d'attention. Le déficit attentionnel, déficit fondamental qui affecterait la vigilance et le maintien de l'attention, est associé à des déficits perceptifs et cognitifs entraînant des perturbations du comportement et principalement l'hyperactivité.

L'appellation officielle, en 1980, passera de "réaction hyperkinétique" à "trouble déficitaire de l'attention".

Le syndrome de déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité (ADHD) s'est ainsi substitué à celui de syndrome hyperkinétique. La transformation est alors complète, le trouble d'abord défini par ses manifestations motrices devient en finale un trouble de l'apprentissage.

Le trouble de déficit de l'attention / hyperactivité est défini dans le DSM IV (1995) comme "mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire.

Il faut qu'un nombre minimum de symptômes d'hyperactivité / impulsivité ou d'inattention entraînant une gêne fonctionnelle aient été présents avant l'âge de sept ans et se manifestent dans au moins deux types d'environnements différents (maison, école, travail). La perturbation ne doit pas être expliquée par un trouble psychotique, de l'humeur anxieuse ou de la personnalité.

Aucune étiologie n'a pu être démontrée à ce jour. La profusion des articles sur ce prétendu syndrome ne fait que masquer l'absence de preuves de son existence. Ce déferlement de travaux ne sert qu'à justifier l'action supposée d'un médicament de la classe des psychostimulants (amphétamines), le méthylphénidate ou la Ritaline. C'est bien le chimique et non plus la clinique qui définit la nosographie !

Le mode d'administration de cette drogue est des plus significatifs : elle sera donnée à des enfants d'âge scolaire (sept ans) et ce en dehors de périodes de congé (week-end, vacances).

La Ritaline, un des rares médicaments pédopsychiatriques existants, est prescrite de plus en plus. Le glissement de définition du syndrome indique clairement le lien qui a été fait entre l'éducatif, le pédagogique et le médical.

C'est au sein de son milieu scolaire que l'enfant sera repéré et désigné comme hyperkinétique. Les parents seront alors convoqués et invités à consulter un médecin. L'enfant médiqué sera par là même "ségrégué" au sein de la classe qu'il pourra alors enfin réintégrer. Des manuels éducatifs à l'usage des parents d'enfants hyperkinétiques sont conseillés comme appoint au traitement médicamenteux.

Sous la figure respectable du tout-savoir neurologique se pointe le cachet du Maître, Maître qui, sous les auspices du discours de la science, uniformise toute parole de l'enfant.

La dimension du symptôme en tant qu'il représente le retour de la vérité dans les failles d'un savoir est ainsi forclosée.

Que deviendront les enfants traités de la sorte ?

Bon nombre d'entre eux arrête tout travail psychothérapeutique dès lors qu'ils sont médiqués. Comment pourront-ils accéder à cette vérité en souffrance à l'œuvre dans leur symptôme ?

La fonction médicale s'exerce à proprement parler dans la dimension de la demande, dans la faille entre la demande et le désir et dans la considération de la jouissance du corps dans sa dimension éthique. Le 16 février 1966, Lacan participe, à l'invitation de Ginette Raimbault, à une table ronde du Collège des médecins. Il scandalisera son auditoire en affirmant que le médecin doit maintenir la découverte freudienne sous peine d'être recouvert et enseveli par le déferlement du discours de la science et de l'économie de marché. Il dit ceci :

Le médecin est requis dans la fonction de savant physiologiste, mais il subit d'autres appels encore : le monde scientifique déverse entre ses mains le nombre infini de ce qu'il peut produire comme agents thérapeutiques nouveaux, chimiques ou biologiques, qu'il met à la disposition du public, et il demande au médecin comme à un agent distributeur, de les mettre à l'épreuve. Où est la limite où le médecin doit agir et à quoi doit-il répondre ? A quelque chose qui s'appelle la demande.

Ce développement scientifique inaugure et met de plus en plus au premier plan ce nouveau droit de l'homme à sa santé, qui existe et se motive déjà dans une organisation mondiale (O.M.S.). Dans la mesure où le registre du rapport médical à la santé se modifie, où cette sorte de pouvoir généralisé qu'est le pouvoir de la science donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat, nous voyons se dessiner l'originalité d'une dimension que j'appelle la demande.

C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale. Répondre que le malade vient nous demander la guérison n'est rien répondre du tout. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade, ce qui est tout à fait différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver."

Il continue ainsi :

Qu'il le veuille ou non, le médecin est intégré à ce mouvement mondial de l'organisation d'une santé qui devient publique et, de ce fait, de nouvelles questions lui seront posées.

Au nom de quoi les médecins auront-ils à statuer du droit ou non à la naissance ?

Comment répondront-ils aux exigences qui conflueront très rapidement aux exigences de la productivité ?

Car si la santé devient l'objet d'une organisation mondiale, il s'agira de savoir dans quelle mesure elle est productive. Que pourra opposer le médecin aux impératifs qui le feraient l'employé de cette entreprise universelle de la productivité ?

Il n'y a d'autre terrain que ce rapport par lequel il est médecin, à savoir la demande du malade. C'est à l'intérieur de ce rapport ferme où se produisent tant de choses qu'est la révélation de cette dimension dans sa valeur originelle, qui n'a rien d'idéaliste, mais qui est exactement ce que j'ai dit : le rapport à la jouissance du corps.

Il conclut de la sorte :

Si le médecin doit rester quelque chose qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, c'est à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud.

Dans un livre cinglant et dévastateur, Gilles Châtelet⁷ nous alerte en montrant que l'heure est désormais celle de la Main invisible du marché, qui ne prend pas de gants pour affamer et broyer sans bruit, invincible parce que faisant pression partout et nulle part.

L'humanité ne serait-elle plus que la somme statistique des citoyens-panélistes et de neurones sur pieds dévorés par l'ennui et l'envie ?

Le concept "d'homme moyen", créature statistique, permet d'injecter dans la chair à bon choix une autorité statistique et morale, la chair à consensus, qu'il reste à articuler avec les demandes du Grand Marché.

⁷ G. Châtelet, *vivre et penser comme des porcs*, Gallimard Folio, 2000.

Au psychiatre, (comme l'écrit Solal Rabimovich), donc, de traiter les rebuts de la société, les déchets du système monétaire : ces exclus ne sont plus des esclaves qui produisent de la valeur, de la plus-value, ce sont les déchets du système, incontournables.

Comment écrire, se demande-t-elle avec horreur, "cette aggravation du discours capitaliste où le sujet sacrifie son être de jouissance au "mémorial de la plus-value", discours qui produit, avec la marchandisation généralisée des mots et des choses, des corps et des esprits, avec une idéologie de la world culture qui ramène en force censures et manipulations, le sous-développement (psychique, plus de pensée : économique, plus d'argent)."⁸

La pratique analytique montre bien que le rapport du moi au monde que l'on voudrait naturel, harmonique est fondamentalement parasité par l'existence, l'insistance de l'inconscient qui sème la dysharmonie.

La psychanalyse n'est pas compatible avec un discours homogénéisant dans quelque Idéal que ce soit. Elle s'oppose à tout discours unificateur des jouissances singulières, ce qui suscite aversion, voire haine à son égard de tant de défenseurs des théories cognitivistes, biologiques, psycho-sociologiques.

La reconquête du champ de la psychiatrie par la psychanalyse, à partir de l'insupportable mais incontournable réel qui se révèle dans la clinique semble impossible.

Mais à l'impossible, n'y sommes-nous pas tenus ?

⁸ S. Rabinovitch, "Politique et psychiatrie", *Carnets* de l'E.P.S.F., n° 28.