

Vassili Papadakos

La clinique face aux protocoles et à la maîtrise

Depuis quelques années nous assistons à une tendance constante de généralisation des protocoles thérapeutiques et des référentiels diagnostiques, conjuguée à une évolution normative et évaluative de la clinique psychiatrique.

La notion même de souffrance psychique tend à s'écarter ainsi que le terme de maladie mentale, au profit d'une terminologie aseptisée et scientifique. Nous savons tous, par exemple, que le DSM¹ dans ses moutures les plus récentes a banni le concept de névrose, et les maladies mentales sont répertoriées sous le vocable de troubles ou de désordres. La CIM-10 se conforme à un modèle similaire². Ce phénomène de protocolisation et d'évaluation n'est pas limité aux évolutions de la clinique psychiatrique mais concerne toute la médecine.

L'approche contemporaine de la clinique psychiatrique est surtout fondée sur la recherche structurée de symptômes précis selon des axes diagnostiques décisionnels³. Le symptôme s'autonomise dans une recherche effrénée d'objectivité, prétendument scientifique. Certes la clinique symptomatologique peut se targuer d'un meilleur repérage du trouble mental – pour entrer dans la terminologie actuelle – et d'une efficacité phénoménologique. Mais à quel prix ?

Le concept de référentiel a toujours existé en médecine. La pratique médicale est soutenue par l'échange d'informations entre les

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (« Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »), American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 4^e édition, texte révisé, Washington DC, 2000, trad. fr. par J.-D. Guelfi et coll., Paris, Masson, 2003.

2. *Classification internationale des maladies*, 10^e révision. Chapitre v (F) : « Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic », Organisation mondiale de la santé, 1993.

3. V. Papadakos, *Clinique sous influence. L'effet socioculturel dans la pratique psychiatrique*, Paris, PUF, 1999.

acteurs de la santé sous la forme, entre autres, de protocoles diagnostiques et thérapeutiques. La diffusion des savoirs et des techniques a besoin de cadres référentiels et contribue au progrès de l'art médical au profit de nos patients.

Ce qui est spécifique de notre époque est leur généralisation et leurs liens implicites ou explicites en amont ou en aval avec des impératifs idéologiques, économiques et sociaux. D'ailleurs, quand nous parlons d'idéologie, nous pensons à une idéologie de maîtrise qui présuppose un rêve ou un fantasme de contrôle du pulsionnel et la relégation de la découverte freudienne d'un inconscient sexuel, du parlêtre effet de signifiants, aux oubliettes de l'histoire.

Nous souhaitons évoquer très brièvement plusieurs aspects, causes et effets, qui influent sur les orientations de la clinique actuelle, ainsi que leurs conséquences sur son expression nosologique et diagnostique et sur ses choix thérapeutiques. En premier lieu, nous aborderons quelques aspects concrets, financiers, budgétaires et juridiques qui forcent la généralisation des protocoles et des référentiels dans la clinique psychiatrique.

Celle-ci, parallèlement aux influences concrètes et techniques, subit également des influences idéologiques et socioculturelles, qui interagissent et changent son esprit et son expression. Nous aborderons donc les transformations de la clinique protocolisée actuelle, avec la prédominance d'un objectivisme symptomatologique qui se veut scientifique, l'idéologie du soin face aux attentes sociales et collectives, la médicalisation de l'existential et du comportemental, la promesse thérapeutique basée sur le traitement symptomatique, le protocole et la maîtrise, et l'exclusion du sujet avec l'émergence du corps-machine, objet de la science. Le discours de maîtrise, discours de la science, sera évoqué par rapport à son rôle central dans les évolutions en cours.

Aspects financiers et juridiques

L'économique et le juridique occupent une place centrale dans l'application des protocoles par les professionnels de la santé. Appliquer un protocole diagnostique et/ou thérapeutique n'est pas uniquement une question de qualité de soins et de repérage clinique. Pour des raisons que nous pouvons facilement saisir, les payeurs,

qu'ils soient les caisses d'assurance publiques ou les organismes privés, les « utilisent » comme outil évaluatif et de régulation des dépenses de santé. La promotion ⁴ de recommandations des bonnes pratiques médicales, ou de la maîtrise médicalisée faite par la Caisse nationale d'assurance maladie illustre bien cette tendance ⁵.

Les conférences de consensus valident les démarches thérapeutiques à suivre. Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) utilise des données médico-économiques permettant de mesurer et d'évaluer la « productivité » d'un établissement hospitalier. Il est basé sur la notion de Groupes homogènes de malades (GHM), censés correspondre à des coûts équivalents et à des regroupements de pathologies similaires. Pour le moment, le PMSI s'applique dans le MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique).

Des textes législatifs très récents sur la gouvernance des hôpitaux, la contractualisation interne aux établissements hospitaliers publics impliquant des objectifs évaluatifs et économiques, et la tarification à l'activité (cliniques et hôpitaux) vont dans le même sens d'un contrôle de l'activité médicale et des dépenses qui lui sont liées.

Il peut paraître tout à fait compréhensible que les assurances publiques ou privées cherchent à optimiser la gestion des cotisations des assurés et de l'argent public. Cependant, le risque existe d'une médecine de plus en plus protocolisée, où l'intérêt spécifique du patient cédera au protocole thérapeutique généralisé qu'il faudra respecter sous peine de sanctions financières pour les hôpitaux ou les médecins récalcitrants.

Le modèle américain constitue un exemple où le protocole diagnostique et thérapeutique peut agir au détriment de la qualité du soin. En fonction du diagnostic, les assurances remboursent jusqu'à un certain coût. Ainsi, le déprimé a tant de jours d'hospitalisation

4. Il s'agit bien davantage qu'une simple promotion. Nous citons un seul chiffre : 2700 praticiens-conseils assurent, parmi d'autres missions, le contrôle des prestations et analysent l'activité des professionnels et des établissements, « pilier de la maîtrise des dépenses ». Voir « Au cœur de la maîtrise médicalisée des dépenses », *Le Quotidien du médecin*, 22 septembre 2005, n° 7806, p. 17.

5. *Le Quotidien du médecin*, n° 7794, mardi 6 septembre 2005 : « Maîtrise : ce n'est pas gagné. Les médecins doivent redoubler d'efforts dans le cadre de la maîtrise médicalisée, pour remplir les objectifs d'économies de la convention en 2005 : tel est le message que le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, adresse aux médecins [...] »

remboursés pour guérir de sa dépression et le schizophrène de son épisode délirant aigu. Bien entendu, le taux de remboursement correspond à ce que les « avancées thérapeutiques » de la science, validées et évaluées par des protocoles diagnostiques et cliniques, préconisent comme durée et qualité des soins selon la pathologie ⁶. Plus proche de nous, cette logique technocratique et gestionnaire amène à l'exclusion d'un certain nombre de personnes parmi les plus vulnérables, à savoir les psychotiques, du système des soins. La fermeture inconsidérée des lits spécialisés, l'insuffisance des structures ambulatoires, la multiplication des missions confiées à la psychiatrie publique et l'explosion des files actives en même temps que les coupes budgétaires éprouvent la qualité des prises en charge soignantes ⁷.

L'autre dimension, couplée aux impératifs financiers, qui pousse vers cette clinique psychiatrique protocolisée et standardisée est représentée par les évolutions juridiques et sociales en matière de responsabilité pénale et civile.

Depuis déjà plusieurs années, nous assistons à l'émergence d'une logique assurantielle, et cela de manière généralisée, touchant au fonctionnement social. La position collective à l'égard du risque et de la victime change. L'aléa, qu'il s'agisse d'aléa existentiel, naturel ou thérapeutique, devient intolérable au reflet d'un risque zéro idéalisé. La judiciarisation d'une responsabilité individuelle ou collective est recherchée de plus en plus systématiquement avec son corollaire de sanctions ou d'indemnisations. Certes, la crainte d'une sanction pénale ou civile ne peut qu'engendrer davantage de précautions au niveau personnel ainsi qu'au niveau des décideurs. Néanmoins, pour la pratique médicale, ces tendances peuvent avoir également d'autres impacts.

6. Si Le patient arrive à se faire soigner dans la fourchette de tarification prévue et financée, tant mieux, sinon la science a fait son devoir et les assurances le leur. Sauf à ne pas dire la vérité aux compagnies d'assurance, comme ces médecins américains nombreux à être prêts à mentir pour que leurs malades puissent être soignés. Voir « Les médecins américains prêts à mentir pour que leurs malades soient soignés », *Le Quotidien du médecin*, n° 6579, 28 octobre 1999, p. 30.

7. E. Malapert. « La psychiatrie publique en danger, entre menaces et défis », *Synapse*, janvier 2005, n° 211, p. 18-21.

La loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO n° 54 du 5 mars 2005) a introduit, entre autres, la notion d'aléa thérapeutique et ses modalités d'indemnisation. Il faut souligner qu'avant la loi du 4 mars 2002 le droit français était resté attaché, pour l'indemnisation des dommages liés à la pratique médicale, à un système de responsabilité fautive, où il fallait prouver la faute ou l'erreur du soignant avant d'obtenir réparation.

L'évolution des mentalités, tant au niveau collectif qu'individuel, à l'égard du risque en général et du risque médical en particulier, ainsi qu'une nouvelle conception de la victime et du préjudice ont provoqué ce changement radical et la répartition de l'indemnisation entre l'aléa thérapeutique et la solidarité nationale d'un côté, et la responsabilité propre et l'assurance professionnelle de l'autre ⁸.

Bien entendu, il semble difficile d'aborder la notion d'aléa thérapeutique sans tenir compte du recueil de consentement libre et éclairé du patient lié au devoir d'information de la part du professionnel. L'intégration de ces nouveaux paramètres dans la relation soignante modifie considérablement celle-ci. Qu'il s'agisse d'actes thérapeutiques, d'actes diagnostiques ou même d'actes concernant l'information du patient sur un risque encouru, s'écarter des référentiels donnés serait pour les professionnels de la santé s'exposer davantage aux conséquences judiciaires et financières en cas de problème.

Rester donc dans la ligne des recommandations standard et des pratiques référencées constituerait une barrière de protection en plus des effets intrinsèques d'un soin optimisé. Ou, pour le dire autrement, l'application stricte des protocoles s'impose aux médecins et aux hôpitaux, entre autres, comme pression de risque pénal et civil.

Nous ne voulons pas dire pour autant que les référentiels et les protocoles ainsi que l'évaluation des pratiques et de l'activité ne sont pas nécessaires et utiles. Mais leur généralisation et leur essence même, fondée davantage sur la procédure et sur la forme, peuvent amener à une « déresponsabilisation » des professionnels abrités derrière la lettre et non le contenu, et à « l'exclusion » de certaines

8. V. Papadacos, « Aléa thérapeutique et gestion du risque en psychiatrie », *Neuropsych News*, volume 4, n° 2, mars-avril 2005, p. 70-73.

pathologies peu « rentables ». Elles peuvent aussi conduire à une médecine technicienne d'un corps fragmenté, sans même parler de l'approche et du soin psychiques. Ce qui est le plus protocolisable et évaluable est la maladie aiguë et non le sujet et sa prise en charge globale. La psychiatrie pâtit donc davantage de par sa spécificité propre de ces tendances, sans que la médecine somatique sorte entièrement grandie de ce piège.

Clinique actuelle et mythologie objectiviste du symptôme

Les protocoles et les évaluations s'imposent donc dans la clinique psychiatrique pour des raisons que nous venons brièvement d'évoquer. Néanmoins, d'autres causes sont en œuvre dans leur généralisation, avec des influences mutuelles qui aboutissent à une clinique d'exclusion du sujet. Plusieurs questions peuvent se poser sur le fond et la forme, et surtout : que faisons-nous de la parole du patient ?

Tout d'abord, le DSM représentatif de cette clinique au niveau mondial est-il vraiment l'outil athéorique objectif et fiable que ses promoteurs affirment avoir conçu, par rapport aux systèmes classificatoires précédents dont la conception était plus psychopathologique ? L'inclusion ou l'exclusion de telle ou telle « pathologie » dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux n'a pas obéi exclusivement à des critères objectifs⁹. Il ne s'agit pas de formuler une critique à l'égard des influences socioculturelles qui pèsent sur la pratique psychiatrique et qui nous paraissent incontournables. Il s'agit de repérer celles-ci sans l'illusion d'une mythologie scientifique, et de pointer la dimension idéologique et culturelle dans un outil clinique qui se veut objectif.

Le tournant décisif dans la construction du DSM se situe schématiquement dans les années 1970 avec la création du DSM-III (actuellement, nous en sommes au DSM-IV-TR). Plus que la restructuration simple des catégories nosographiques, les principales caractéristiques de cette nouvelle approche de la maladie mentale résidaient en quelques points essentiels : validation statistique concernant la

9. S. Kirk et H. Kutchins, *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, W. de Gruyter, Inc., 1992. Trad. fr. : *Aimez-vous le DSM ? Le Triomphe de la psychiatrie américaine*, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1998.

fiabilité des entités nosographiques avec des entretiens structurés, inflation des catégories nosologiques et diagnostic multiaxial. Les cinq axes sont : axe I, troubles cliniques ; axe II, troubles de la personnalité, retard mental ; axe III, affections médicales générales ; axe IV, problèmes psychosociaux et environnementaux ; axe V, évaluation globale du fonctionnement.

Dans la quête d'une objectivation croissante de la subjectivité, d'autres axes sont proposés, actuellement à l'étude : échelle de fonctionnement défensif, échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel, échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel. La validation et la fiabilité statistique des catégories diagnostiques sont censées introduire une appréciation objective des troubles (biais de fiabilité inter-cotateurs, cohérence donc dans les diagnostics posés par des cliniciens indépendants chez de mêmes patients). Concernant l'assise scientifique de cette approche, voir l'abord critique formulé par Kirk et Kutchins ¹⁰. L'inflation des diagnostics proposés est frappante. Le DSM-I des années 1960 répertoriait une centaine de catégories diagnostiques. Le DSM-IV-TR en répertorie quatre fois plus, avec même quelques catégories diagnostiques proposées dans l'annexe B pour des études supplémentaires (entre autres, sevrage à la caféine, trouble dysphorique prémenstruel, trouble factice par procuration, état de transe dissociative, etc.). Il inclut également des arbres décisionnels pour le diagnostic différentiel. Avec des grilles préétablies, l'ordinateur ferait peut-être mieux que le clinicien, et moins cher de surcroît ! Avis aux assureurs.

La clinique psychiatrique, face aux protocoles et à la validation statistique, se transforme en un catalogue de symptômes et de troubles où le découpage syndromique devient systématique. Au concept de névrose qui n'existe plus, viennent se substituer une multitude de troubles à rechercher et à valider, étanches entre eux, bien que la pratique psychopathologique et structurelle rappelle l'illusion d'une telle démarche.

Quels sont les rapports entre le TOC (trouble obsessionnel compulsif), le SOC (syndrome obsessionnel compulsif) et le POC (personnalité obsessionnelle compulsive) ? la phobie grave, la phobie sociale et la timidité, pour ne prendre que ces deux exemples ? Quelle est la

10. *Ibidem*, p. 45-87.

réalité psychique et psychopathologique du trouble somatoforme, de l'amnésie dissociative (amnésie psychogène), du trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple), du frotteurisme, du trouble explosif intermittent ou de la trichotillomanie ? La classification des troubles diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence est représentative jusqu'à la caricature du paroxysme syndromique. La fragmentation de la clinique actuelle pose une question essentielle : comment délimiter les frontières entre pathologie constituée et manière d'être par rapport aux autres et à soi-même ? Pour poser autrement la question, la nosographie actuelle qui fait l'éloge du symptôme reflète-t-elle mieux les troubles psychiques, ou quelque part ne correspond-elle pas aussi à des effets de mode, à une idéologie du soin au sens large du terme, et à une approche « statistique-adaptative », voire normative, de la souffrance psychique ?

La dépression des cliniciens est-elle la même que la dépression du grand public ? Dans un cadre socioculturel qui privilégie le paraître au détriment de l'être et du sens, être déprimé peut correspondre pour certains à une discordance entre la norme et le vécu propre. La maniabilité accrue des médicaments psychotropes n'introduit-elle pas une extension de leurs indications face aux attentes collectives et individuelles ? Tout stress ou malaise existentiel peut-il s'assimiler à une pathologie anxieuse, répertoriée comme telle, nécessitant un recours linéaire entre symptôme et médicament ? La fréquence du trouble répertorié dans le DSM comme déficit de l'attention/hyperactivité est estimé à 3 à 7 % chez les enfants d'âge scolaire (prévalence citée dans le Manuel). Des dizaines de milliers d'enfants se sont retrouvés sous amphétamines, surtout aux États-Unis. Les hypothèses et les positions scientifiques soulèvent beaucoup d'interrogations, au point qu'un grand quotidien national critique en première page avec des mots à peine voilés le dernier rapport de l'INSERM sur le repérage et les thérapeutiques destinées aux enfants turbulents ¹¹. Concernant ces exemples parmi d'autres, nous pouvons admettre que, dans certains cas ou certaines situations, le traitement médicamenteux peut s'avérer bénéfique. Néanmoins, il faut maintenir un questionnement salutaire sur ce que nous traitons

11. « Les enfants turbulents relèvent-ils de la médecine ? », *Le Monde*, vendredi 23 septembre 2005.

et pourquoi, sans *a priori* hégémonique concernant la thérapeutique, au bénéfice du patient. Pour cela, la seule position éthique acceptable est celle qui envisage la personne dans sa globalité subjective et non comme la somme de ses symptômes ou de ses comportements.

Idéologie du soin et effets de mode

La conception de la santé et plus spécialement de la santé mentale comporte une idéalisation et se confond parfois avec des impératifs socioculturels. Il faut non seulement être en bonne santé mais aussi être capable de le prouver dans un fonctionnement social et professionnel optimal. Une certaine pression s'exerce dans ce sens, liée aux modèles socioculturels en cours et à la recherche de performance¹². Le narcissisme est désésexualisé autant que le fonctionnement du moi, qui se coupe de ses racines pulsionnelles. Il est vrai que, dans une société occidentale où la performance est érigée en culte et la jouissance en loi, là où Jacques Lacan faisait valoir que seule la loi régule la jouissance¹³, le narcissisme n'a plus besoin de sources pulsionnelles pour exister. Il s'affiche de manière publicitaire et médiatique, à coup de sondages d'opinion. L'idéal-spectacle devient une norme. Le repérage freudien entre pulsion et culture¹⁴ est oublié, et ce que la pulsion cède à l'apaisement civilisateur apparaît comme une construction anachronique. La phénoménologie adaptative est privilégiée au détriment de la position subjective. À l'ère des échanges informatifs accélérés, la perception du savoir et plus spécifiquement du savoir médical change profondément. Les avancées techniques sont largement diffusées, et parfois même sans recul réflexif, comme preuve d'une science triomphante. Dans le domaine du psychisme, les articles ou les émissions télévisées grand public concernant la dépression, l'anxiété, le stress, les TOC, etc. sont pléthore. Tout le monde a son mot à dire et surtout ses recettes à proposer. L'affirmation ou l'évocation des nouvelles thérapies au sens large du terme crée à juste titre de l'espérance, et modifie les attentes en cours. L'attente individuelle se transforme au contact du savoir

12. V. Papadakos, « Idéologie du soin et effets de mode : rôle et limites de la psychiatrie », *Nervure*, tome XIV, n° 4, mai 2001, p. 25-30.

13. J. Lacan, « Kant avec Sade », dans *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 765-790.

14. S. Freud, « Malaise dans la culture » (1930), dans *Œuvres complètes*, Paris, puf, 1994, XVIII, p. 243-333.

diffusé largement et devient demande collective ¹⁵. L'efficacité soignante devient presque une obligation et la santé optimale presque un droit. L'efficacité ou la qualité de la réponse soignante se confond avec la rapidité de celle-ci.

La clinique protocolisée du symptôme n'émane pas *stricto sensu* de ces tendances générales. Toutefois, ce qu'elle propose s'adapte mieux aux attentes collectives et aux demandes des usagers. Elle fait la promesse d'efficacité et de rapidité. Étant donné que tout devient symptôme et même la manière d'être dans le monde, elle exerce son hégémonie en promettant de guérir ce qui fait obstacle au bon fonctionnement, à savoir le symptôme, cet empêcheur de penser en rond. De surcroît, le coût supposé et affirmé du soin est moindre. Les payeurs ne peuvent que se réjouir et promouvoir des techniques et une clinique qui promettent efficacité, entre autres l'efficacité adaptative et socioprofessionnelle, au moindre coût.

En outre, le règne du symptôme et la « confusion » des frontières entre normalité et pathologie ont des effets sur ce qu'on peut appeler la médicalisation de l'existence et le mélange des registres concernant le rôle et le pouvoir thérapeutique supposé du soin psychiatrique. Depuis déjà plusieurs années, nous constatons qu'un certain nombre de personnes qui présentent des comportements anormaux ou déviants sont adressées aux professionnels de la santé mentale (terme en soi qui prête à la confusion). Il est légitime que les citoyens attendent des réponses, surtout en ce qui concerne la récurrence de certains comportements dangereux. Toutefois, ce qui n'est pas normal au sens social et moral n'est pas forcément pathologique au sens clinique et accessible au soin et à l'efficacité soignante. L'approche de ce genre de problème ne peut être que multidimensionnelle, juridique, pénale, éducative... avec le concours des professionnels de la santé mentale, mais sans fausses promesses thérapeutiques imposées à la psychiatrie.

La psychiatisation croissante des troubles du comportement n'a pas une seule explication. Des facteurs d'ordre politique et social interviennent, mais certainement la conception symptomatologique et aconflictuelle du psychisme n'est pas étrangère à cette tendance.

15. V. Papadakis, « Lien social, demandes et attentes de soins : l'avenir des psychothérapies est-il adaptatif ? », *Synapse*, novembre 2002, n° 190, p. 19-21.

Tout devient symptôme, même la manière d'être et de se comporter. La conduite désadaptée socialement glisse vers le symptôme et l'idéologie du soin. La promesse thérapeutique, surtout médicamenteuse, peut accentuer la médicalisation des écarts comportementaux.

Clinique et discours de maîtrise

Mais revenons à la clinique psychiatrique pour aborder ses rapports, voire sa soumission, au discours de la science, discours du savoir érigé en pouvoir. Les modifications du statut du savoir sont reprises par le discours scientifique et exprimées par le politique.

Jacques Lacan, dans son séminaire *L'Envers de la psychanalyse*, a formalisé le champ des discours qui fondent selon lui le lien social et déterminent une économie du désir et de la jouissance ¹⁶.

Le discours du maître par excellence, la politique comme discours et pouvoir, se noue au savoir. L'objectivisme scientifique actuel, dont la clinique psychiatrique moderne est l'expression, constitue un phénomène social plus vaste. Le discours scientifique semble occuper une place de plus en plus importante dans la société occidentale. Il tend à occuper le terrain vacant, vide d'autres idéologies, idéologie en soi. La perte des repères symboliques, le déclin des idéaux collectifs et des idéologies du passé, l'affaiblissement des liens familiaux, et même du lien social, l'investissement du corps en tant qu'objet de consommation favorisent cette tendance.

Le discours du maître commence avec les Grecs et la naissance de la philosophie. L'explication du monde par la nature avec les présocratiques détache l'ordre du naturel, celui de la loi, du monde du mythe. L'explication rationnelle au sens de la *physis* s'oppose à une explication mythique et divine. Le discours du maître est censé incarner le pouvoir, entre autres le pouvoir de gouverner. Il a besoin des lois et en même temps instaure l'ordre de la loi, représente l'autorité étatique et a comme fonction le maintien de cet ordre et la cohésion de la cité.

Si la question socratique du savoir interroge le maître sur la légitimité de sa place ainsi que la loi de la cité sur son fondement

16. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XVII, L'Envers de la psychanalyse (1969-1970)*, Paris, Le Seuil, 1991.

éthique, son élève Platon aspire dans sa *République* à ériger le maître en philosophe et le discours du maître en discours rationnel.

La naissance de la philosophie fonde également la naissance de la pensée scientifique en Occident, car la science se donne comme vocation, déjà à ses débuts, l'exploration du monde réel supposé comme tel derrière les apparences. L'acte de naissance du discours du maître ne peut pas être dissocié de l'émergence d'un discours sur la science et de la science, bien que plusieurs étapes aient pu coexister dans leurs cheminements respectifs.

Pouvoir, savoir et vérité de la connaissance ont été d'emblée étroitement liés, tantôt dans la complémentarité, tantôt dans l'opposition, mais en rapport avec le sujet connaissant, et cela pendant des siècles. Mais il y a une différence fondamentale entre le maître antique, maître du savoir, et le maître moderne, maître de la jouissance. Car Socrate a soulevé une autre question fondamentale, qui traverse depuis toute la pensée occidentale, celle du rapport entre subjectivité et vérité. La *doxa*, l'opinion, s'oppose au savoir vrai, l'*épistémè*, qui exige une dimension éthique.

Les philosophes depuis l'Antiquité explorent les modalités de la connaissance et les articulations entre le savoir et le sujet. Il faut souligner que, pour les Anciens, l'accès à la vérité – vérité du sujet, vérité de la connaissance – n'était pas uniquement une recherche gnoséologique pure, mais parallèlement une exigence éthique, et un questionnement sur le changement du sujet par lui-même. Les temps modernes commencent avec Descartes, bien que la coupure épistémologique ne se soit pas produite subitement. Cependant, c'est le moment historique qu'on peut repérer où le principe d'un accès à la vérité s'est déconnecté du sujet connaissant.

Les philosophies naturalistes de l'époque hellénistique ont certainement exercé une grande influence sur la pensée scientifique occidentale en occultant la réfutation sceptique du doute qui mettait en exergue la place centrale du sujet connaissant à l'égard de la connaissance. On peut regretter que notre époque actuelle ait oublié Pyrrhon, le fondateur du scepticisme, et ses héritiers de la Nouvelle Académie. Peut-être un Arcésilas ou un Carnéade tempéreraient les ardeurs des adeptes d'un contrôle illusoire du psychique et de la compréhension totale de l'intime.

La science moderne présente plusieurs particularités. Son discours est autosuffisant. Elle se donne comme mission la découverte de la vérité du réel, de la vérité même du sujet pensant, avec le nouveau mythe des neurosciences censées pénétrer l'être du sujet et découvrir les fondements mêmes de la conscience et du libre arbitre, transcrits dans l'imagerie produite par une technologie omniprésente. L'accumulation des savoirs la met en position de maître, et c'est dans ce sens que nous pouvons parler de discours de maîtrise concernant le discours scientifique. Le sujet corps-machine devient l'objet de la science.

Les glissements du statut du corps avaient déjà été évoqués par Jacques Lacan dans une conférence prononcée, il y a presque quarante ans, au Collège de médecine à la Salpêtrière en 1966¹⁷. Les thèses de Michel Foucault sur le pouvoir en général et plus spécifiquement sur le biopouvoir sont d'actualité. L'anatomo-politique du corps humain ou la biopolitique de la population, selon le philosophe, sont tournées vers les performances du corps.

La science moderne se fait vérité elle-même. Le discours de la science rejette le sujet, au sens où, contrairement à la position des Anciens, elle ne se pose pas de questions sur le désir du scientifique et ignore les effets provoqués sur le scientifique par l'objet de sa quête. D'ailleurs, le désir du scientifique est à concevoir non pas uniquement comme celui d'une personne mais également comme une extension d'une demande sociale, car si la science s'adresse à un Autre introuvable, elle a toutefois horreur du vide. Sa production vient combler ce vide, ne se pose aucune question et ignore les conséquences de ce qu'elle fait. On oublie, comme le dit Lacan, qu'« il n'y a pas de science de l'homme, parce que l'homme de la science n'existe pas, mais seulement son sujet¹⁸ ».

Conclusion

La clinique psychiatrique moderne est entre autres l'expression d'un discours scientifique, avatar d'un discours de maîtrise. L'objectivisme scientifique lié à ce discours de maîtrise constitue un

17. J. Lacan, « Psychanalyse et médecine », *Cahiers du Collège de médecine*, 1966, p. 761-774.

18. J. Lacan, « La science et la vérité », dans *Écrits, op. cit.*, p. 859.

phénomène social plus vaste. Les avancées technologiques renforcent l'idée d'un contrôle illusoire du vivant dans sa totalité, à l'instar d'un savoir de vérité mythique sur le réel. La place du sujet dans notre société et la conception de son fonctionnement psychique se transforment de manière progressive, mais radicale, et cela se reflète dans la clinique des maladies mentales. Les nouvelles approches du psychisme (clinique symptomatologique, psychopharmacologie, cognitivisme, théories de la communication) constituent des épiphénomènes d'un mouvement de fond. Cela ne signifie pas que leur efficacité opératoire n'est pas valable, mais elles témoignent surtout d'une autre conception du sujet et de la subjectivité.

Que les cliniciens ne puissent pas ignorer les évolutions actuelles évaluatives et budgétaires, ou même certains aspects d'efficacité phénoménologique, cela semble incontournable face aux attentes collectives et aux réalités sociales. Néanmoins, l'expression psychique de l'être parlant affirme avec force dans le symptôme qui parle et qui crie les limites d'un réductionnisme naturaliste. Par ailleurs, les risques pour la qualité du soin d'une approche clinique centrée sur le protocole, l'évaluation et le symptôme existent bel et bien. Il incombe aux praticiens de défendre l'intérêt du patient, sujet avant tout de la parole et du langage, et de trouver un juste milieu entre attentes sociales, pressions idéologiques ou équilibres macro-économiques... et exigences déontologiques et éthiques au bénéfice de la personne malade, et de sa subjectivité.