

Jean-Pierre Jacques

Jean-Pierre Jacques est psychanalyste

# Santé publique, au cas par cas ?

*En France, l'amendement Accoyer-Giraud-Mattet veut réglementer les soins psychiques. De telles réglementations pourraient, à terme, signifier un alignement sur la logique de la médecine scientifique et industrielle au nom d'impératifs budgétaires. Or les psychothérapies de par leur nature même — l'écoute du sujet singulier — ne se laissent pas réduire aux équations et aux grands nombres de la santé publique. Le champ des addictions sert ici d'illustration au propos.*

---

Au départ, rien n'est plus étranger à la psychanalyse que la « santé publique ». « Santé publique », cela résonne comme « ennemi public » ou comme « femme publique » ! Jacques-Alain Miller écrit même une équation entre santé mentale et ordre public.

## LE RECOURS AU NOMBRE

Les patients consultent l'analyste, ou de façon plus générale le ou la thérapeute, un par un. Ils ne constituent certainement pas une foule. Sans doute peut-on construire, dans l'univers de la psychanalyse, des séries: les obsessionnels, les

pervers, les sujets qui viennent en analyse, etc. Ces séries, qui rassemblent des sujets à partir d'un trait, d'un symptôme, ou d'une appartenance à une structure supposée, ne sont toutefois jamais traitées sur le mode quantitatif. On connaît peu de psychanalystes qui disent: j'ai 24 % d'hystériques en moyenne dans ma clientèle... Ou mieux encore: les cures que j'ai conduites avec des sujets obsessionnels ont été un succès dans 66 % des cas!

Inversement, l'évolution de la médecine contemporaine, et une certaine psychiatrie ne fait pas exception, se caractérise de façon impressionnante par ce recours au nombre et au traitement probabiliste de ses résultats exprimés en nombres, et en grands nombres si possible, pour réduire les biais. Des nombres: des traitements de masse, des dénombrements, l'épidémiologie, la maîtrise des coûts, le souci du rapport coût-efficacité, les études de cohorte contre placebo, etc. Des nombres partout. En regard, le monde psy, c'est celui des lettres.

### L'INDUSTRIALISATION DE LA MÉDECINE

Nous sommes de plain-pied dans la phase d'industrialisation de la médecine. Ses acteurs ne sont plus des médecins, ils n'en sont plus que ses manœuvres. Ainsi le terme honorifique de « docteur » pour désigner le médecin est désormais évacué du vocabulaire selon un décret de la Communauté flamande, et il tombe en désuétude ailleurs. On parle globalement de « prestataires de soins », ou de « travailleurs de la santé ». Les médecins deviennent (ou redeviennent) puisqu'ils

avaient généralement un statut d'esclave ou d'affranchi au cours de l'Antiquité), au sens strict, des « prolétaires ». En effet, ils ne détiennent plus les moyens de production, c'est-à-dire les cliniques ou les équipements, contrairement à ce qui définissait la médecine libérale à son apogée. Les cliniques privées appartiennent de plus en plus souvent à des groupes financiers privés dont les actionnaires sont des fonds de pension.

### EXTORSION DU TRANSFERT

Dans les C.H.U., ces usines, ces cathédrales contemporaines de la santé, les médecins sont interchangeables à la discrétion des bureaucraties, généralement anonymes elles aussi, sinon remplacées par des programmes informatiques, qui exercent l'autorité, gèrent les horaires, sélectionnent les médicaments homologués, contiennent les coûts... Dans la psychiatrie contemporaine, le médicament, c'est le traitement de masse. Le comprimé comprime sous un gramme tout le transfert sur le savoir universitaire. Voilà une démocratisation du soin: ingurgiter une pilule, c'est ingurgiter imaginativement le médecin et retrouver la sollicitude qu'on en attend. Ce transfert sur la Science, comme grand Autre, grand Sujet, offre de sérieux avantages: l'efficace devient indépendant du facteur individuel, charismatique, du médecin singulier, qui n'est que le portemanteau, interchangeable, anonymisé.

Cela nous permet d'approcher un des paradoxes de la clinique du médicament: pour justifier la supériorité des molécules nouvelles sur les anciennes, il faut régu-

lièrement procéder à une disqualification rétrospective des générations antérieures. Par exemple, les antidépresseurs. Le nouveau nous est toujours présenté dans sa supériorité écrasante sur son ancêtre. À se demander comment on a pu s'autoriser à administrer de tels brouillons! Voyez l'analogie avec les « progrès » réalisés dans la conception des formes « anatomiques » des tétines. Ces progrès sont parfaitement secondaires, sauf d'un point de vue mode et marketing, c'est-à-dire de satisfaction sur l'axe imaginaire.

En outre, cette anonymisation représente un facteur démultiplicateur de l'efficacité du médecin, ce qui convient parfaitement pour le traitement de masse. Voudrez-vous de ma métaphore de la confection? La psychanalyse, c'est du taillé sur mesure, un artisanat, parfois un élitisme. Le psychanalyste, c'est même un petit boutiqueur, « un petit indépendant », comme l'indique irrévérencieusement Isabelle Stengers. Tandis que la clinique psychiatrique contemporaine, par exemple sous sa forme C.H.U., c'est la grande industrie, ou l'hypermarché.

À ce scénario d'industrialisation de la médecine, la plupart des sujets consentent; il suffit de voir la multitude qui se précipite à toute heure aux entrées de n'importe quel C.H.U. ou aux urgences, qui sont engorgées. Ce phénomène est même reconnu comme une plaie, et nos gestionnaires cherchent désespérément comment l'endiguer, comment trier, comment ramener la demande vers le médecin de quartier.

## RÉSISTANCE

Certains sujets pourtant résistent à ce mouvement général, et trois catégories de professionnels en particulier: les médecins généralistes, le petit monde psy et les structures dites alternatives. On peut lire à cette lumière la crise de la médecine générale, qui faisait grève en France, qui descend dans la rue, quel évènement!, en Belgique, qui se désolidarise des médecins spécialistes et menace régulièrement de se déconventionner.

Et puis, il y a l'univers des psys, amenés à « gérer honnêtement un petit charisme personnel », pour reprendre l'expression de J.-A. Miller. Cet univers est d'ailleurs florissant: d'un Freud en 1900 à trente-mille analystes et thérapeutes en France en 2003, on peut parler d'une pullulation exponentielle. Si cet univers existe, et aussi peuplé, on peut supposer qu'il rencontre une demande, à tout le moins qu'il la suscite sans peine. Bien qu'ils comportent d'autres dimensions importantes, les débats en cours sur l'encadrement juridique des professions psy — l'affaire Accoyer en France, le projet Maïeur en Belgique — peuvent être interprétés à cette aune: résistance d'un mode artisanal de production des soins psychiques face aux avancées de l'industrialisation fordiste de la santé. Résistance d'une politique du cas par cas face à une politique du nombre et à ses corollaires, dont l'évaluation.

## AFFAIRE ACCOYER ET ÉVALUATION

Dans l'affaire Accoyer, l'évaluation est avancée au nom de la protection du public, de sa santé et de sa sécurité, contre

les risques auxquels la population est prétendument exposée dans la situation actuelle de vide juridique. Mais certains analysent le fameux amendement Accoyer et ses auxiliaires, le rapport Cléry-Melin et le rapport Allilaire, comme une colonne d'éclaireurs qui devancent le projet complet, qui ne serait autre qu'une rationalisation et une rentabilisation du soin psychothérapeutique. Celui-ci serait alors dument ramené dans le sein de la médecine, évalué selon les mêmes critères productivistes, fordistes. Le temps, c'est de l'argent, l'argent cela compte, et si le patient est trop faible pour bien faire ses comptes, l'État y pourvoira en son nom et pour son bien. Les enjeux sont de taille. Et le concept clé, c'est le facteur quantitatif, la politique du nombre.

#### FACTEUR QUANTITATIF ET DÉMOCRATIE

Comment prendre ce facteur quantitatif? Il pose, sans le dire comme tel, que la norme qualitative se déduit de la fréquence, qui est quantitative, ou plus exactement d'un rapport de fréquence. Fréquence du symptôme  $x$  par rapport à la fréquence de son absence, fréquence des effets du médicament versus fréquence des effets du placebo ou du médicament de référence. Il me semble que l'on a fort peu souligné l'analogie de structure entre le discours scientifique médical, tel qu'il paraît dans les revues, et le discours qui analyse une élection démocratique. Les résultats électoraux d'un parti sont longuement commentés, par comparaison à ceux d'un autre parti, ou d'une élection antérieure, ou aux votes dans un autre

État. Les changements sont alors interprétés par les commentateurs, les politiques, les journalistes et les experts, au nom des votants, qui ne peuvent pas donner eux-mêmes une interprétation de leur vote. Il en va de même, curieusement, pour les interprétations statistiques des effets mesurables des médicaments, des procédures diagnostiques, etc.

Cette analogie amusante n'est pas fortuite, me semble-t-il. La vérité des urnes et la vérité des dépouillements de résultats d'expérience scientifiques obéissent aux mêmes lois: dans un vote, c'est le plus grand nombre qui a raison, qui emporte la mise et qui s'empare du pouvoir. Quelles que soient ses raisons. Même si la minorité avait ses raisons aussi, et pas nécessairement moins légitimes. Il en va de même dans la comparaison entre deux molécules ou deux procédures diagnostiques ou thérapeutiques quelconques. Et nous ne devons pas sous-estimer combien cette application du principe démocratique aux procédures d'évaluation leur confère une légitimité irrésistible, aux yeux des décideurs et du grand public.

La démocratie en exercice postule des sujets libres et égaux, sa mise en œuvre concrète est le règne du nombre, dont le vote est le modèle, suivi par les sondages. Dans son application aux troubles et aux souffrances psychiques, peut-on considérer que les sujets sont libres, alors qu'ils sont « aliénés »? Peut-on les dire égaux, alors que l'observation la plus élémentaire indique leur différence irréductible? Comment diable trouver des sujets à apparier en vue d'une étude de cohorte

dans le cas de cet homme venu me consulter parce qu'il était devenu brutalement impuissant au cours de sa nuit de noces, et ce après huit ans d'harmonie sexuelle avec la même femme, qui l'excitait sans problème aussi longtemps qu'elle n'était pas son épouse légitime ? Ou tel autre homme qui sollicite une analyse pour surmonter l'effondrement qui résulta de la mort de son père, décédé du sida, ce qui révéla brutalement l'homosexualité de ce père, aussi surprenante que parfaitement dissimulée. Prendre ce sujet-ci dans une série évaluative du type « deuil pathologique » ferait perdre ce qui est le ressort unique du cas et de son traitement. Pour satisfaire aux besoins d'une évaluation, qui exige de collecter une série de cas comparables, il faudrait donc mutiler le cas.

## BIAIS

Bien sûr, les épistémologues peuvent ricaner, et se plaisent à dénoncer au moins deux biais majeurs, laissés inaperçus, méconnus ou voilés : le premier, l'effet placebo ; le deuxième, la foi dans les questionnaires. Du peu que l'on sait de l'effet placebo, on retient qu'il comporte quelque chose de la relation entre le soignant et le soigné, et de leur représentation de l'action du remède. Il s'agit donc d'une curieuse revanche de l'inconscient sur le projet rationaliste et d'une variation sur le thème du transfert. Il est plaisant de rappeler que l'effet placebo est d'autant plus prononcé que le sujet est plus instruit, c'est-à-dire plus imprégné du savoir rationaliste !

Quant au recours aux questionnaires, ce talon d'Achille du dispositif scientifique

d'objectivation est encore plus intrigant. Observons que l'évaluateur, le psychiatre en l'occurrence, ne peut se passer, pour le moment du moins, du discours du sujet. J'en prends deux exemples au hasard dans l'échelle de Hamilton pour la dépression : « le patient se fait du souci à propos de problèmes mineurs », « le patient a des pensées ou des sentiments d'incapacité, de fatigue ou de faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente ».

C'est pourtant l'horizon de la médecine scientifique que de pouvoir poser un diagnostic sans se trouver limitée par ce que le sujet peut dire de son mal, autrement dit sans s'exposer au risque de malentendu. Comme tout étudiant en médecine, j'ai appris qu'un sujet qui déclare avoir mal au ventre peut souffrir d'un infarctus du myocarde. Rien ne remplacera la technomédecine pour garantir des soins plus appropriés. Mais, jusqu'à nouvel ordre, même la psychiatrie la plus biologique doit encore avoir recours au discours du sujet. Ce dernier est en outre pris au pied de la lettre, comme s'il répondait vrai, comme s'il savait quand même quelque chose de son mal, comme si sa réponse ne comportait par chance aucune équivoque, aucun malentendu ! On doit sourire devant la naïveté de cette crédulité dans le discours manifeste du sujet, comme s'il était dégagé des effets d'attente, de suggestion, de dissimulation... Et l'on peut s'inquiéter de l'absence d'une théorie du discours. Alors qu'il en existe une bien sûr, mais c'est du côté de la psychanalyse, par exemple, qu'il faut aller la chercher.

## PARADIGME MÉDICO-SOMATIQUE

Examinons d'encore plus près la procédure de validation des interventions en psychiatrie, dans la psychiatrie internationale des revues, des hôpitaux universitaires et des congrès, celle qui s'aligne sur le paradigme médicosomatique. Elle est fondée sur un dispositif rigoureux de comparaison des résultats constatés auprès de deux groupes appariés: un groupe expérimental et un groupe contrôle. Cette procédure est aujourd'hui la règle en médecine somatique, par exemple dans l'évaluation de tout nouveau médicament, mais aussi d'un régime alimentaire, d'une technique de massage, d'une intervention chirurgicale, d'une greffe, de l'acupuncture, bref de l'effet de n'importe quelle intervention à visée thérapeutique, diagnostique ou préventive.

Dans son ambition à se faire admettre dans le giron de la médecine hospitalo-universitaire comme scientifique et rigoureuse, une partie de la psychiatrie a progressivement importé et incorporé ces procédures en son sein. Elle revendique à l'occasion des concepts de la santé publique, de son aura, et son urgence pour imposer l'action. On constate désormais la même tendance dans l'appréciation des interventions dans le champ des dépendances. Des études innombrables ont ainsi comparé toutes les facettes des programmes thérapeutiques mis en œuvre, avec ou sans médicaments, avec ou sans psychothérapie, avec ou sans contrainte judiciaire, etc. Cela s'est fait progressivement, et sous la pression de deux facteurs indépendants, la technologie et le marché.

Le premier facteur, c'est l'introduction de médicaments psychoactifs, depuis le premier neuroleptique, le Largactil, puis les premiers antidépresseurs, comme l'Anafranil. En tant que médicaments, ils « méritaient » en quelque sorte le même sort que leurs homologues de la médecine somatique, dont leur structure chimique dérivait d'ailleurs. Ensuite, est intervenu, beaucoup plus tard, le deuxième facteur, d'ordre économique. Le remboursement par la sécurité sociale de certaines interventions thérapeutiques s'est décidé à l'origine sur une base empirique et sous le poids de la tradition. Lorsque, sous la pression d'une obligation de maîtrise des coûts collectifs liés à la santé, il a fallu déterminer ce qui devait être remboursé et ce qui ne devait plus l'être, les critères empiriques ou de bonne réputation des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été abandonnés et remplacés par des critères empruntés à la démarche scientifique. Maintenant, même les anciens remèdes doivent y passer, ce qui provoque de nombreux déremboursements.

## ÉVALUATION TOUS AZIMUTS

Mais l'on voit bien avec l'affaire Accoyer que cette logique évaluative déborde de son cadre d'origine, et, au nom d'une allocation des ressources raisonnée, va bientôt envahir toutes les procédures thérapeutiques. Pour avoir droit de cité, elles devront passer sous la toise. C'est pour ce puissant motif et parce que le mot « thérapeutique » est inclus dans le vocable « psychothérapeutique » et qu'elles appartiennent donc par cette consonance au monde du soin, que les psychothérapies

sont probablement condamnées à affronter, un jour ou l'autre, des procédures d'évaluation quantitative de cette nature. Et à leur suite, qui sait, la psychanalyse à son tour, etc. Si le peuple psy ne trouve pas une parade adéquate, il devra soit accepter des évaluations quantitatives suivant les critères des études en biomédecine, soit renoncer à appartenir au champ du soin, de la thérapeutique. Et cette dernière option n'est guère évidente à soutenir en pratique : les patients-clients qui s'adressent aux psys y sont poussés par un symptôme, une souffrance — bien davantage que par un pur désir de savoir ou de parler. Le public semble reconnaître, dans les pratiques psy au sens large, une thérapeutique.

Reprenons l'affaire Accoyer. La logique invoquée, c'est le vide juridique, la demande de sécurité, la garantie de l'État, qui justifie un contrôle sur les habilitations à former et à exercer. Le procédé fait planer le soupçon sur les pratiques psychothérapeutiques. Ce souci du bien public, de la santé publique, se fait passer pour philanthropique. Comme Freud nous a légué un soupçon sur les ressorts les moins avouables de l'altruisme, nous pressentons que ce souci de la sécurité du public dissimule une surveillance, une remise en ordre d'un champ indiscipliné, trop « sauvage ».

### SUBVERSION

En retour, ces projets d'évaluation et de contrôle du champ psy soulignent et rappellent la dimension foncièrement subversive de la psychanalyse et de certaines interventions psychothérapeutiques, je

pense, par exemple, à l'ethnopsychiatrie. Le subjectif, c'est subversif. La psychanalyse est contestataire en germe, parce qu'elle « contient une théorie de la civilisation », selon les termes d'Éric Laurent. Ce qui en fait d'ailleurs une victime systématique de tous les totalitarismes.

Ces pratiques psychothérapeutiques peuvent comporter une fonction de critique sociale ou politique, plus ou moins radicale. C'est à l'honneur de la psychanalyse de s'émanciper des visées normatives, des projets adaptatifs, et de contribuer puissamment à une critique de l'ordre établi.

Le mouvement actuel contre l'amendement Accoyer en France atteste la résistance du peuple psy à cette évolution probabiliste, à l'application de la loi des nombres aux disciplines de l'écoute. Est-ce un archaïsme ? Ou serait-ce, comme le proclament les psys en général, la défense, légitime au plus haut point, d'un fondement irremplaçable d'une écoute clinique respectueuse du sujet ?

Comment faire entendre que, par opposition à la santé publique, la santé intime (terme qui convient mieux ici que « santé mentale ») offre une résistance de structure à l'intrusion du regard public dans l'espace intime, du moins dans notre univers individualiste. À ce titre, les agents du secteur santé mentale se font simplement les agents de cette résistance. Étudions maintenant quelques ressorts de cette résistance.

### EXCEPTION

Dans sa représentation de soi, le secteur « santé mentale » prétend s'adresser aux

écarts à la norme, à ceux qui défient la norme, la norme statistique, la moyenne, l'individu probable. Le « cas par cas » est volontiers sa règle, la condition de sa clinique qui insiste sur la singularité du sujet. L'affect qui prédomine à l'égard du dénombrement, c'est l'horreur: l'horreur du comptage, l'horreur de l'objectivation, parfois l'horreur de la mathématisation. S'y rajoute une suspicion forte à l'endroit de l'une des bases de la pensée scientifique, celle qui calcule. Cela peut culminer dans la revendication morale de « ne pas traiter l'autre comme un nombre », qui soutient l'idéal de l'écoute. Le sujet thérapeute, autant que le sujet patient, est considéré sous cet angle comme une exception, méritant d'être reçue, entendue et traitée comme telle. À l'extrême, la pratique clinique devient alors un catalogue de singularités, une enfilade d'exceptions qu'on ne peut mettre en série, puisque cette opération risquerait de susciter le retour du comptage tant abhorré.

#### LA « SINGLE CASE STUDY »

Pourtant, comment sortir alors d'un modèle purement intuitif, qui ne peut s'appuyer sur aucune formalisation, puisque celle-ci produirait inévitablement le risque du décompte? Certes, la démonstration en psychanalyse s'appuie sur le « single case study », le rapport de cas, qui est supposé vérifier, au coup par coup, la pertinence des hypothèses et, derrière celles-ci, de la théorie. L'objection récurrente est toujours la même: quelle que soit l'accumulation de telles single case studies, elles n'emporteront jamais la conviction du scientifique contemporain

et des décideurs, formatés par le modèle du vote démocratique dans leur appréciation de la valeur d'une intervention.

Peut-on, comme le suggère Canguilhem, définir le pathologique à partir des lois qui le gouvernent, et non comme aberration toujours imprévisible par rapport au normal? Peut-on ainsi définir les lois du hors-loi, mettre ce dernier en série, dénombrable donc, et décrire, jusqu'en termes chiffrés, la « population » qui est en marge de la population? Peut-on écrire les équations qui s'approchent le mieux d'une description fidèle au réel? Au risque de dédaigner ceux qui s'écartent du comportement moyen, créant ainsi une nouvelle sous-classe pathologique... qui pourra à son tour sans doute, faire l'objet d'une tentative de description, qui produira à son tour ses exceptions, ses exclus, ses irréductibles... Ce processus, qui emboîte les sujets conformes à la règles et leurs exceptions comme des matriochkas, a toutefois un inconvénient de taille, c'est qu'il se prête fort bien à une évaluation descriptive et quantitative.

Pourtant, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, et la psychanalyse elle-même, n'ont pas reculé devant l'évaluation.

#### LE CHAMP DES ADDICTIONS

Mon expérience personnelle dans le champ des addictions me fournira un terrain d'exercice pour une articulation raisonnée de ces deux logiques. Il faut rappeler que ce champ, celui des toxicomanies, ou des dépendances pour mieux



dire, a été bouleversé par l'évènement sida au cours des années quatre-vingt. Voilà un évènement qui n'avait rien de psychique, qui appartenait au champ de l'épidémiologie, de la virologie, donc de la médecine somatique et de la santé publique. Et cet évènement a eu des répercussions majeures sur la politique des drogues et l'interprétation du sujet dépendant.

D'abord un changement radical de représentation du « toxico », qui cesse d'être un objet exclusif de la nosographie psychiatrico-policière, qui devient un « usager de drogue », voire un partenaire des projets de santé qui le concernent, et ne deviennent possibles que grâce à sa participation. Ensuite, une transformation majeure de la visée de l'intervention: exit le projet de guérison par l'abstinence, qui se trouve remplacé par des objectifs vitaux, selon l'expression fameuse « limiter la casse », du nom de ce collectif associatif et militant qui revendiqua l'abandon de la politique fondée sur la répression et l'abstinence en vue de réduire la mortalité évitable, la morbidité infectieuse et l'exclusion sociale. De là, l'irrésistible montée en puissance des politiques de réduction des risques, de la substitution, et en filigrane, de l'antiprohibition. De surcroît, la prise en charge des dépendants même les plus accros peut être déspecialisée et confiée à la médecine générale et à la première ligne, au détriment de la psychiatrie qui, avec l'institution carcérale, en détenait jusqu'alors le monopole.

Enfin, une mutation quant à la recevabilité de la parole du drogué. D'une part, la

parole du sujet sous stupéfiant n'est plus systématiquement disqualifiée, ce dont on n'a pas tout à fait mesuré la portée. Mais en outre, à partir des projets d'auto-support et des initiatives de santé communautaire, on observe une conversion des conditions d'accueil de cette parole: elle se diffracte, devient collective, informelle, parfois ludique, ou politique, au lieu de se cantonner au colloque singulier canonique. Ces inventions d'un autre mode d'accueil du discours du sujet sous stupéfiant sont des tentatives de remédier à ce que j'ai appelé leur déception à l'endroit de la parole.

Une certaine expérience de la substitution peut ainsi être condensée: offrir au sujet déçu de la parole les conditions d'une rencontre qui restaure la parole comme aimable, c'est-à-dire qui renouvelle la confiance dans un autre, bienveillant. S'impliquer dans la prescription d'un substitut revient à adresser un signal de bienveillance, à rebours du discours prohibitionniste par le soulagement ainsi procuré. C'est aussi un assentiment sur la nécessité, au moins transitoire, du symptôme que le sujet s'est trouvé ou s'est vu imposer par les « circonstances » en optant pour le recours aux drogues.

La pratique clinique mise en œuvre en suivant ces repères s'attache à considérer la « toxicomanie » comme un prétexte, qui en vaut d'autres, à exposer sa détresse auprès d'un tiers secourable, puis, parfois, à demander aide, soin, remise en question ou changement dans une perspective qui s'inscrit dans un processus de restauration.

La substitution vise alors autant à soulager, à court terme, le sujet harcelé par sa dépendance et par la répression qu'à se donner le temps et l'occasion d'une éventuelle rencontre transférentielle, susceptible d'épauler le sujet dans sa transformation.

C'est ce montage que je voudrais détailler maintenant. Les cinq principes fondateurs d'une substitution à ambition clinique pourraient s'énoncer ainsi : l'ambulatorioire, la pourvoyance de santé publique, l'articulation de la parole à la substitution, la suspension du jugement moral, le travail clinique à plusieurs.

Détaillons. L'ambulatorioire organise le principe du maintien dans la cité, de préférence à la mise à l'écart résidentielle. Ce maintien permet la (re)socialisation et l'exercice de la citoyenneté, et secondairement, une plus grande accessibilité, et assure une moindre stigmatisation. La conjugaison de ces facteurs permet la rencontre en masse de sujets en souffrance, exclus ou méfiants. Donc un effet de santé publique, y compris d'ordre public, d'où son succès auprès des décideurs.

La pourvoyance de santé publique, c'est en d'autres termes l'approvisionnement en diverses substances sous garantie médicale, sous guidance institutionnelle et dans une perspective de réduction des risques associés aux drogues illicites. L'objectif, sanitaire et social — de salubrité publique —, est pragmatique : approcher les sujets dépendants, sans préjuger du bien-fondé de ce qui organise cette dépendance, dont l'interruption, l'abstinence, est ajournée.

L'articulation de la parole à la substitution, c'est la reconnaissance d'un sujet parlant et désirant, au-delà de son statut d'objet des soins, fussent-ils bienveillants, de la collectivité. Secondairement et à terme, c'est aussi la promotion d'un sujet devenant responsable de ses actes, c'est-à-dire susceptible d'en répondre.

La suspension à priori du jugement moral sur les conduites, délinquantes, immorales ou illégales, signifie la suspension de jugement sur la motivation ou sur les projets des sujets qui adressent une demande d'aide ou de soin(s), et l'absence de diabolisation des produits.

Le travail clinique à plusieurs est un accueil du transfert diffracté sur plusieurs. Il s'agit d'une articulation délicate : d'un côté, une logique de pourvoyance, de service public. Et de l'autre côté, une logique du cas par cas, qui vise à dénicher la singularité derrière le prêt-à-porter des conduites addictives.

Par exemple, il convient de faire offre d'écoute, sans en faire une règle, une contrainte. Car le forçage à parler est à coup sûr persécuteur à son tour. D'ailleurs, c'est bien l'éthique qui prévaut en santé mentale : les professionnels y font offre d'écoute, ils n'en font pas la demande. Et encore moins un passage obligé.

Ces cinq principes trouvent leur champ d'application de manière extensive, depuis l'option de la « réduction des risques associés à l'usage de drogues », qui privilégie l'accueil à bas niveau d'exigen-

ce et dont l'ambition peut se résumer à la survie et au contact, jusqu'aux prises en charge élaborées, à haut niveau d'ambition thérapeutique, parfois orientées vers un projet d'abstinence, dans une continuité où le travail « au cas par cas » l'emporte autant que possible sur tout modèle standardisé.

Comment formuler une articulation critique entre le discours médical de la substitution et la logique subjective (le sujet du psychanalyste) ?

Les traitements de substitution se sont imposés très largement dans le monde occidental, et même au-delà, comme un des modèles de « traitement des toxicomanies » les mieux éprouvés et les plus fiables. Toutefois, ce qui domine dans les conceptions de la plupart des programmes de substitution de par le monde, c'est une logique médicale qui s'appuie plus ou moins explicitement sur une interprétation biologique des mécanismes de dépendance (dans l'esprit de la psychiatrie dite « biologique »), sur la psychologie satellite du discours médical, les thérapies cognitivo-comportementales et sur des hypothèses génétiques encore fragmentaires.

L'esprit qui prévaut chez nous s'inscrit en tangente de ce discours médical, et conserve une place éminente à la conception qui rend sa place à la logique subjective, au « cas par cas », c'est-à-dire à l'exception que constitue chaque sujet, qui ne peut être réduit à un traitement standardisé ou à la mise en œuvre d'un programme.

Cette logique subjective se propose de découvrir avec chaque sujet intéressé la fonction singulière de sa consommation de drogue ou de sa dépendance, qui ne peut pas être réduite à un phénomène fortuit, à un accident de parcours. Cette attention portée à la singularité de chaque sujet rencontré ne peut cependant dispenser les professionnels exigeants que nous sommes d'être particulièrement compétents en ce qui concerne les aspects médicaux, pharmacologiques, toxicologiques, du maniement des substances prescrites ou consommées par nos patients.

#### LA PLACE DU SUJET

C'est là une question délicate. C'est celle de la bonne distance à l'addictologie. La question qui est posée est celle de la place du sujet dépendant au cœur du conflit entre modernité et postmodernité.

Le sujet dépendant fait fureur. Sous la bannière d'une nouvelle discipline, l'addictologie, sont dorénavant rassemblés, derrière les héros précurseurs que furent les drogués, héroïnomanes et alcooliques, les clubbers adeptes des « nouvelles drogues », la multitude d'adolescents jointus, puis la nombreuse troupe des pharmacomanes, le peuple innombrable des boulimiques et autres outremanagers, leurs doubles au miroir, les anorexiques, mais aussi les dépendants masqués que sont les cyberaddicts, les sex-addicts, les workaholiques, les ludopathes, les acheteurs compulsifs, les dépendants de l'amour, du sport ou des conduites à risque. Non que ces symptômes ou conduites n'existaient auparavant, mais elles n'avaient jamais bénéficié

d'un rattachement au même ensemble conceptuel. Subrepticement, l'espèce humaine se retrouve divisée entre les sujets dépendants et les autres. Les autres? S'il en reste... vu la gloutonnerie de ce concept, qui annexe sans vergogne des catégories sans cesse plus nombreuses et plus variées de sujets qui appartenaient autrefois à d'autres registres promis au déclin. Car, à en croire D.-R. Dufour, le sujet névrosé standard part à la casse, supplanté par le sujet post-moderne, au premier rang desquels ces « psychonautes » et autres dépendants.

L'addictologie, c'est cette discipline à ambition scientifique, qui prétend rassembler le savoir sur les dépendances. Cette nouvelle organisation de la nosographie, en installant une répartition entre les sujets dépendants et les autres, restaure l'asymétrie et l'étanchéité entre les soignants (postulés sains et non dépendants) et les soignés. On peut interpréter ce partage comme une réaction à la psychanalyse, qui est curieusement parmi les précurseurs de l'autosupport, des groupes d'entraide: l'ancien analysé devient analyste, le patient devient soignant. Avec la prolongation des cures et l'analyse de contrôle, il peut même occuper les deux positions au cours de la même semaine. Si l'analyse est une reconnaissance de la maladie humaine, qui sait que nous sommes tous sujets au malaise dans la civilisation, l'addictologie, en digne sœur de la psychiatrie, postule une répartition irréductible entre les malades et les thérapeutes.

Ce qu'il faut ici lire entre les lignes, c'est que la dépendance, point commun de tous ces sujets addicts par définition, n'est qu'une façon euphémique de décrire leur asservissement, leur perte de liberté. Une perte de liberté plus ou moins consentie, voire revendiquée et militante, comme dans les groupes d'autosupport d'usagers de drogues ou dans les nouveaux propagandistes du droit à l'obésité qui fleurissent en Amérique du Nord. Si cela peut faire sourire, cela ne manque pas de rappeler que la dépendance est inscrite au cœur du fait humain, dépendance au langage, à l'autre de l'amour ou du lien, au salariat... Les addictions, définies axiomatiquement comme pathologies de la perte de contrôle, seraient en quelque sorte un cas particulier de la dépendance humaine nécessaire.

La question des addictions, et du « traitement » à leur réserver, en fait un abcès de fixation et un enjeu majeur du passage d'un mode de civilisation au suivant: de la civilisation moderne, fondée sur « un idéal de maîtrise et de prévisibilité, d'ordre et de régulation », vers le mode de civilisation postmoderne, caractérisé par la flexibilité, la déformalisation, la servitude à l'objet marchand et l'échappement apparent à tout contrôle, formel ou informel. Si les modes de vie entés sur la consommation de substances et sur les dépendances, alimentaires par exemple, foisonnent désormais, ce n'est ni par hasard, ni en raison d'une faillite de la prévention, ni d'un prétendu laxisme des forces de répression pour ce qui est des drogues ou des pratiques illicites. Tous les États modernes se sont dotés au fil du xx<sup>e</sup>

siècle d'arsenaux législatifs hors du commun, voire d'exception, qui pourchassent les usagers de drogues avec une férocité impensable si l'on devait la généraliser à toutes les formes de dépendance. Cette guerre à la drogue n'a fait reculer nulle part le taux de consommation, et l'a même endurcie en réaction aux douleurs qu'elle générerait. Il a été récemment démontré que la proportion d'adolescents usagers de cannabis était d'ailleurs indifférente aux politiques, laxistes ou répressives, que les États européens poursuivent.

Serait-ce un « défi particulier » ? Autant dire une impuissance politique à se rendre maître des phénomènes de consommation de masse des drogues comme le cannabis, l'alcool, l'ecstasy ou la cocaïne ! Et cette impuissance n'est au fond que l'analogie de l'impuissance de ces mêmes États à juguler les délocalisations cyniques des entreprises transnationales ou d'autres aspects transgressifs de la politique de la finance internationale. Seuls des pays totalitaires peuvent envisager sérieusement d'éradiquer les assuétudes. Les drogues sont les passagers clandestins des droits de l'homme.

Le même élan néolibéral parcourt les cités et banlieues livrées aux petites mafias, dont celles des produits psychotropes, le commerce florissant de pilules dans les raves et les efforts du capitalisme planétaire pour s'affranchir des régulations surannées.

À ce titre, le sujet dit « toxico » préfigure le sujet de la Cité à venir, perverse ou psychotisant selon les pronostics. Ce qui importe, c'est de discerner la nouvelle

servitude qui s'installe sous le couvert d'une libéralisation. Les médias et les discours des politiques conservateurs nous ont accoutumés à l'idée que la prolifération des drogues serait le prix à payer pour une société permissive. Bien loin d'une permissivité, notre modèle de civilisation est fondé sur une nouvelle contrainte, l'obligation de jouir ! C'est à ce point que l'on rejoint l'analyse de Luc Boltanski et Eve Chiapello, qui, dans *Le nouvel esprit du capitalisme* indiquaient combien les slogans de la contestation de Mai 68 avaient fécondé l'imaginaire du capitalisme, qui a montré une aptitude remarquable à intégrer et à utiliser à son profit ces schémas libertaires. Le « jouir sans entrave » de Mai 68 devient le jouir sans délai... des objets fournis par le marché. La revendication libertaire, exaltante et libératoire, se dégrade en un « laissez-nous jouir en toute liberté de ces produits si alléchants que nous désirons si spontanément ». La caricature de liberté qui se promeut ainsi connaît son pendant dans le domaine des drogues. Rien ne garantit que la revendication, ici aussi libertaire, de libéraliser les drogues n'est pas tout autant contaminée par les exigences pulsionnelles et leur traduction dans l'économie néolibérale.

Il est hors de question de préconiser un retour d'une politique de chasse aux drogués, qui transforme la marge en pègre. Même la répression timide des usages de drogues, qui inspire encore aujourd'hui nos parlementaires, demeure critiquable. Outre son prix prohibitif en termes de stigmatisation, de souffrances humaines et ses risques pour les libertés civiles,

toute politique de guerre à la drogue est largement inefficace. Alors, comment inventer des politiques des drogues et des dépendances qui ne laissent pas les sujets dépendants, et leurs proches, seuls aux prises avec la pulsion et la logique du « jouir à tout prix »? Paradoxalement, le statut illicite des drogues fait qu'elles sont en vente libre, qu'aucun contrôle de fait ne s'exerce, ni sur les producteurs ni sur les intermédiaires. S'il y a contrôle, il s'exerce toujours à posteriori et tout au plus sur l'utilisateur le plus vulnérable, et au nom de motifs très éloignés de la prévention des dépendances, comme l'a remarquablement démontré Dan Kaminski dans son ouvrage *L'usage pénal des drogues*.

Reprenant à mon compte la proposition du professeur Caballero, d'un commerce passif des drogues, sous la forme d'une régie publique, sans profit ni publicité, et en l'articulant aux travaux d'Albert Memmi sur la dépendance, j'ai préconisé une politique de pourvoyance légalisée des drogues, sous le contrôle de l'État. Que ce dernier puisse intervenir autrement qu'à coup de chiens policiers et de prisons, qu'il se dote des moyens de contrôler l'un des commerces les plus libres qui soient, celui des mafias des drogues illégales. Ce n'est qu'un pas, d'ordre macroéconomique. Il aurait néanmoins le mérite de sortir du paradoxe des lois qui prohibent certaines dépendances: « Je vous ordonne d'être libre, faute de quoi je vous prive de votre liberté ». Cela ne suffira aucunement pour endiguer le succès croissant des conduites de dépendance.

Ceux qui y sont pris pourront néanmoins sortir de la clandestinité et solliciter de l'aide, si toutefois on leur fait offre de les entendre et de les accueillir. Parce que si le sujet fait choix de la servitude, c'est bien parce que, aujourd'hui plus que jamais, la liberté, c'est l'angoisse. Dans ce régime de déferlement pulsionnel, la servitude vient comme soulagement de l'angoisse. Pour faire face à l'angoisse, il y a mieux à proposer. À l'échelle locale ou individuelle: c'est le domaine de l'aide, du soin, de la thérapie. Et à l'échelle globale, c'est l'effort de civilisation comme tel, rien de moins.

À ce titre, il y a lieu de s'inscrire dans cette résistance qui passe par un refus de la marchandisation du monde et des sujets, et par un refus vigoureux de la prééminence de l'objet sur la parole. C'est donc peu dire que le « traitement » qui est réservé au sujet dépendant et ses réformes éventuelles, « libéralisations » et autres, nous renseignent grandement sur le changement de civilisation en cours, et sur la mutation des valeurs qui s'opère, mutations que rien ne nous oblige à accepter sans redire.

Où se loge encore le projet émancipateur de la psychiatrie? La psychiatrie biologique et génétique, la clinique du médicament et ses annexes, une bonne part de la psychologie cognitivo-comportementaliste contemporaine, forme élaborée de la suggestion, l'addictologie et quelques autres approches de la souffrance mentale ne sont embarrassées ni par les évaluations, ni par le contrôle, ni par leur proximité avec le domaine du maintien de

l'ordre public. Accessoirement, ce sont des psychologies que des médecins, toujours un tantinet scientifiques, peuvent aisément comprendre et prescrire comme le cognitivo-comportementalisme. Tandis que l'inconscient et ses concepts fondamentaux, ça fait trop « philosophie »...

L'actualité réveille de vieilles questions soulevées autrefois par l'antipsychiatrie: le projet de mise en conformité sociale, de normalisation, avec abrasion des symptômes qui font obstacle à la productivité, à la consommation, et, cela est un peu plus neuf, au devoir de bonheur et de santé qui nous incombe désormais.

Plutôt qu'un projet émancipateur, ce qui est visé aujourd'hui par des courants dominants de la psychiatrie, c'est l'abolition de la souffrance sous toutes ses formes, le manque de l'héroïnomane, la tristesse du dépressif, l'inconfort de l'insomniaque, la mollesse de l'érection, le grattage du laveur compulsif des mains. C'est une offre qui n'a rien de subversif, et qui est en phase avec la logique du marché: satisfaire le client avec un produit qui lui convienne, quoiqu'il s'y aliène. Le plus grand bien pour le plus grand nombre. Soit un idéal utilitariste. Le lien devient ténu avec un projet de libération, de vérité subjective. L'autonomie attendue est plutôt fonctionnelle: que le sujet redevienne capable de dormir, de se déplacer, de supporter son travail ou son chômage, sans faire trop d'histoires, et sans trop en raconter à des oreilles qui n'ont plus de temps à consacrer à l'activité la moins productive de toutes: l'écoute. Faire du bien, oui. Depuis que faire du

bien, ou se faire du bien, n'est plus tabou, et est même devenu exigible, parce que cela conditionne la croissance économique. Ce projet philanthropique et global est parfaitement compatible avec le projet du marché: entre le Club Med ou la psychiatrie évaluée, il n'y pas de contradiction, il y a saine complémentarité. C'est la restauration d'une aliénation commune, ordinaire, de masse. Le discours de maîtrise est devenu bienveillant mais il reste aliénant, de structure.

Mais il paraît que c'est dans sa nature: chassez l'inconscient, il fera toujours retour. Le retour de l'inconscient, ce sont ces pathologies du surmoi déchainé: intégrismes, violences sans objet, automutilations. Ce sont les troubles du refus de guérir, et les nouvelles épidémies: la dépression, c'est-à-dire de refus du bonheur obligé, ou l'épidémie d'obésité, qui est maladie de la pulsion par excellence, quand l'excès de choses à manger rencontre un sujet troué.

La santé est un fantasme. Chacun a son fantasme personnel de santé, difficile à collectiviser tant il comporte une part inéliminable de rapport à la jouissance, qui est, elle, irréductiblement disparate et singulière.

L'objectif de la santé publique, quand elle perd son humilité, c'est de réaliser ce fantasme. Il lui faut alors l'objectiver, le mettre en normes, avec des instruments en trois lettres par exemple: O.M.S., etc. D'abord, cela coûte un prix impayable, d'où le trou de la Sécu. Ce fantasme n'est pas distribué également entre tous les hommes, malgré la démocratie. Il est en

fait distribué inégalement selon les hommes, les peuples, les classes. Quand elle perd la mesure, la santé publique, avec son idéal de la santé pour tous, c'est le santéisme, le devoir de santé, ou pour le dire comme Piotr Skrabanek, le fascisme de santé. Avec un slogan orwellien, « La santé pour tous, l'ordre public pour les autres ».

Même sous sa forme plus modeste, la santé publique, c'est la métaphore maoïste: un bol de riz pour tous, plutôt que du steak pour quelques-uns. C'est l'équité, la couverture, l'accessibilité, l'homogénéité, la satisfaction des besoins, la cohérence. Dans sa forme connue de nous, la santé mentale, c'est la rencontre singulière d'une demande ou d'un désir, c'est le petit charme personnel, c'est un évènement.

Ramenée à son centre de gravité, la santé publique a un horizon qualitativement restreint: la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables. C'est donc un projet réducteur par essence. Remarquons, par contraste, qu'une discipline apparemment proche, la promotion de la santé revendique, elle, des ambitions qualitatives: l'amélioration du bien-être, de la qualité de vie, de la capacité à faire des choix éclairés. La différence est rarement aperçue. On attend de la promotion de la santé des effets de réduction de la mortalité et de la morbidité, une réduction du recours aux drogues ou au tabac, par exemple. Et elle est évaluée parfois à cette aune, comme si les effets attendus de la Promotion de la santé étaient de l'ordre de la Santé publique! Il convient de mesurer l'hygiénisme sous-jacent.

Réduire la maladie, retarder la mort: c'est le souci du bétail dans la logique de l'éleveur. Se soucie-t-il de donner sens à la vie de son cheptel ou de le questionner? La santé est-elle la mort ajournée et l'absence de maladie ou est-elle une certaine façon de jouir de la vie?

Y a-t-il compatibilité entre ces abords du trouble mental? Un tiers de psychopharmacologie, un tiers de psychodynamique, un tiers de contrôle social, la soupe conceptuelle des thérapeutes du futur devra-t-elle faire dans la cuisine fusion?

Ou bien faudra-t-il admettre que toute articulation de la santé intime, dite mentale, avec les visées de la santé publique, ce n'est rien moins qu'une politique de la jouissance, une question de civilisation et de son malaise? ■

Cet article reprend une conférence donnée au cycle de séminaires santé mentale / santé publique: « Nouvelles considérations et actualités des repères » organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, le 13 janvier 2004.

## Bibliographie

Dufour D.-R., *L'art de réduire les têtes. De la nouvelle servitude du sujet à l'ère du capitalisme total*, Denoël, 2003.

Freud S., « Sur les types d'entrée dans la névrose », 1912, *Névrose, psychose et perversion*, PUF.

Jacques J.-P., « Les déçus de la parole et leurs thérapeutes », dans *Les désarrois nouveaux du sujet. Prolongements théorico-cliniques au Monde sans limite*, sous la dir. de Lebrun J.-P., Eres, Point Hors Ligne, Toulouse, 2001.

Kaminski D., *L'usage pénal des drogues*, De Boeck-Wesmael, coll. « Perspectives criminologiques », 2003.

Laurent É., « Normes nouvelles de distribution des soins », *Mental*, n° 4, décembre 1997.

Miller J.-A., « Intuitions milanaises », *Mental*, n° 11, décembre 2002.

Stengers I., « Boîtes noires scientifiques, boîtes noires professionnelles », dans *La psychanalyse, une science?*, Les Belles Lettres, 1989.