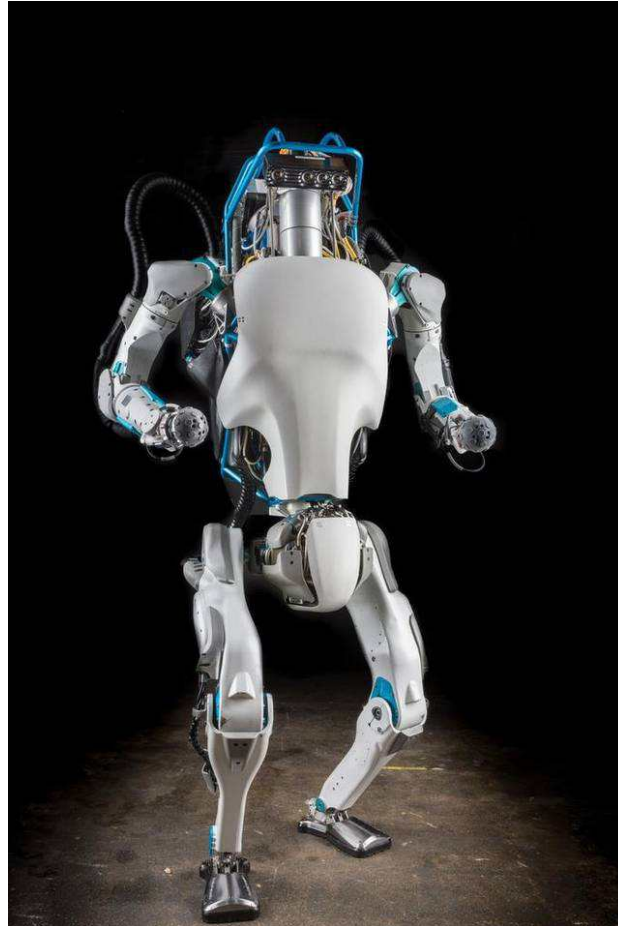


Lacan Quotidien



N° 898 – Dimanche 29 novembre 2020 – 20 h 54 [GMT + 1] – lacanquotidien.fr



Mécaniques

EN AVANT

La clinique psychiatrique en voie de disparition
par Jean-Pierre Deffieux

Ruine de la psychiatrie : Lorsque les protocoles de groupe dirigent les soins
par Caroline Doucet



La clinique psychiatrique en voie de disparition

par Jean-Pierre Deffieux

La clinique psychiatrique classique est aujourd'hui en voie de disparition. Les « scientifiques » veulent réduire la psychiatrie à une étude neurologique du cerveau. Elle doit être une médecine comme les autres, une médecine de l'organe, facilitée, croit-on, par la mise en informatique des circuits neuronaux en utilisant les soi-disant progrès des neurosciences.

La psychanalyse elle-même a tendance maintenant, dans les milieux psychiatriques, à être considérée comme une vieille notion dépassée. Les jeunes psychiatres, à part les quelques-uns qui font ou ont fait une cure n'ont pas la moindre idée de ce qui différencie la psychanalyse de l'efflorescence des psychothérapies en tout genre. La théorie du langage est remplacée par celle des codages informatiques et statistiques. La pensée est au point mort, les ressources du langage sont désormais ignorées.

La psychiatrie ne croit plus à l'histoire. Cette clinique solide qui tenait le coup depuis près d'un siècle, et qui a solidement pris appui sur l'œuvre de Freud, a commencé à s'effondrer à partir des années 1950.

La chimie prend le pas sur la clinique

La découverte des thérapeutiques chimiques, les neuroleptiques, la chlorpromazine en 1952 et le premier anti dépresseur, l'imipramine en 1956, a entraîné une révolution.

Soudain, on trouvait le moyen de traiter les malades et d'obtenir des résultats tangibles et rapides ! Tous les regards scientifiques se sont alors portés sur cette nouvelle donne, sans compter les enjeux majeurs qui n'ont pas tardé à poindre, ceux des laboratoires pharmaceutiques qui n'ont eu de cesse, depuis lors, de faire dépendre la clinique de l'efficacité médicamenteuse. La chimie prenait le pas sur la clinique. C'est ainsi que les scientifiques en sont arrivés, à partir des années 1970, à mettre au premier plan l'essor de la biologie moléculaire et des neurosciences.

Leur application à des thérapies cognitivistes a été largement diffusée comme moyen pour modifier les conduites, les comportements et « les schémas de pensées erronées », avec des traitements courts basés sur la maîtrise, voire le forçage.

La riche nosographie psychiatrique, qui avait mis un siècle à se construire avec les classiques puis avec Freud et Lacan, s'est trouvée remplacée par ce que l'Association américaine de psychiatrie a appelé, en 1980, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Ce manuel est certes « un effort considérable de classification », mais pas une nosographie clinique.

Au point mort

La recherche neuroscientifique a continué inexorablement sa route, sans véritables résultats, mais toujours et plus que jamais en adéquation avec la recherche médicamenteuse, qui n'a rien apporté non plus de vraiment nouveau depuis les années 1950. Il suffit pour s'en faire une idée, de lire les articles préparatoires au Congrès mondial de psychiatrie, prévu en cette fin novembre à Paris, comme il se doit, en e-congrès. J'ai choisi de présenter deux articles, l'un du Dr Christian Trichard, qui est responsable d'une unité de recherche en psychiatrie en région parisienne, l'autre de Xavier Briffault, chercheur en sciences sociale et épistémologie de la santé mentale au CNRS.

« La science avance, la clinique recule »

Le premier article, « La science avance, la clinique recule », annonce d'emblée que la recherche porte d'abord sur la façon de prescrire les médicaments. La psychiatrie pourrait bientôt bénéficier d'examens paracliniques permettant d'orienter un traitement. Des études sur les biomarqueurs pourraient permettre de déterminer quel médicament a le plus de chance d'être efficace.

Pourquoi pas. Mais en revanche beaucoup plus dangereuse est la pente actuelle à déconstruire la nosographie clinique. Comme l'auteur l'écrit : « la plupart des approches actuelles ne s'inscrivent pas en fait dans une perspective catégorielle mais cherchent plutôt à définir de nouvelles dimensions transdiagnostiques basées sur les données des neurosciences » ; l'intérêt est porté sur « le fonctionnement du cerveau, tel qu'il peut être établi par les données actuelles de l'imagerie, des neurosciences cognitives et comportementales, de la génétique ».

On considère donc maintenant qu'« aucun des symptômes même les plus typiques des maladies mentales ne peut être spécifique d'une maladie particulière », ni même comme appartenant au champ de la psychiatrie. C'est la mort du symptôme et du diagnostic.

Certains scientifiques prétendent que c'est la « capacité à nous détacher de la clinique qui pourrait être le principal moteur de l'évolution majeure de nos connaissances », en se fixant exclusivement sur l'imagerie et la biochimie.



« *Quand la recherche veut tourner la page du DSM* »

Le second article est intitulé « Research Domain Criteria (RDoC). Quand la recherche veut tourner la page du DSM ». Le temps du DSM est derrière nous, en tout cas au niveau de la « recherche » scientifique. Le DSM et la Classification internationale des maladies (CIM), qui étaient et sont encore la référence de la psychiatrie française depuis les cinquante dernières années, sont en voie d'une profonde remise en question. On pourrait s'en réjouir, étant donné que l'articulation du DSM et des méthodes cognitivo-comportementales est étroite et que les conséquences politiques de ces méthodes, dans la psychiatrie et dans les institutions en particulier, ont été et sont toujours très dommageables, d'autant plus qu'elles visent à rayer la psychanalyse du champ de la santé mentale.

Mais ne nous réjouissons pas trop vite : les nouvelles recherches sont pires. Le RDoC a été lancé par l'Institut de la santé mentale américain (NIMH). Il n'y est plus du tout question de clinique psychiatrique, mais de la physiologie et de la physiopathologie du cerveau. Le CNRS s'y intéresse de près. « Le temps est venu pour la psychiatrie d'abandonner ces catégories cliniques consensuelles [DSM] qui s'avèrent sans validité naturelle pour adopter une démarche *translationnelle* ». La médecine translationnelle, qui a pris naissance dans les années 1960, vise à faire le pont entre les découvertes théoriques et la production effective de médicaments.

Ces découvertes scientifiques ne visent plus les lésions cérébrales, mais les troubles dans l'implémentation des fonctions par les circuits neuronaux. L'implémentation est la mise en place sur un ordinateur d'un système d'exploitation ou d'un logiciel. On cherche dans le cerveau le défaut logiciel, avec pour intention majeure de déconstruire les entités massives des nosographies catégorielles.

Lacan, 1950

J'ai trouvé enseignant d'aller relire, après ces deux articles préparatoires au Congrès de psychiatrie de 2020, l'intervention du docteur Lacan au premier Congrès mondial de psychiatrie (1) en 1950. Ce saut de soixante-dix années dans des circonstances analogues m'a enchanté.

Lacan est intervenu dans la 6^e section de ce congrès, intitulée « Psychothérapie, psychanalyse », après Franz Alexander, Anna Freud, Melanie Klein et Raymond de Saussure. Ce premier congrès de psychiatrie eut un grand retentissement : plus de 2 000 médecins, représentant près de 50 nations, y participèrent. L'intransigeance théorique et éthique de Lacan à l'égard de collègues qui sont intervenus avant lui, R. de Saussure, Thomas de Quincey, Maurice Piaget et F. Alexander, est admirable.

C'est d'ailleurs plus la psychanalyse de son temps que la psychiatrie qu'il s'emploie à critiquer dans son exposé, sauf à la toute fin. Il met en avant d'emblée ses thèses, dont on se rend compte, une fois de plus, qu'elles correspondent déjà à ce qu'il dira trois ou quatre ans plus tard dans son Séminaire : la primarité du signifiant sur l'imaginaire, l'aliénation du sujet au langage et la puissance d'illusion de l'ego, ce qui était en totale opposition avec ses collègues du congrès. Déjà en 1950, Lacan met au premier plan le langage et les significations incluses dans le langage, l'imaginaire en dépendant.

Il évoque Claude Levi-Strauss, Jakobson, Ferdinand de Saussure pour s'orienter sur la linguistique, sur la notion de phonème, afin de démontrer que le langage est une structure et que l'enfant use, dès le début de son apprentissage et quelle que soit la société dans laquelle il vit, des formes syntaxiques du langage, des règles grammaticales du langage – thèse ici opposée au préverbal.

De la vérité

Lacan, dans cette conférence, prône la dimension de la vérité ; pas de psychanalyse sans recherche de vérité, à condition de ne pas confondre réalité et vérité, et de faire de la vérité l'émergence d'un mouvement du discours. La vérité est issue de la parole prise dans la structure du langage.

Je cite une phrase remarquable de ce texte sur la vérité : « La vérité qui fera son salut [celui du sujet dans la psychanalyse], il n'est pas en votre pouvoir de la lui donner, car elle n'est nulle part, ni dans sa profondeur, ni dans quelque besace, ni devant lui, ni devant vous. Elle est, *quand* il la réalise, et si vous êtes là pour lui répondre quand elle arrive, vous ne pouvez la forcer en prenant la parole à sa place. » Notons que « *quand* il la réalise » préfigure l'inconscient de 1964, l'inconscient non né.

Lacan répond là avec une grande force aux tenants de l'*ego psychology*. L'*ego* y est défini par Lacan comme « une puissance d'illusion, voire de mensonge ». Il descend en flèche F. Alexander sur sa théorie dominante du moi : il « méconnaît l'esprit même de la thérapeutique freudienne ».



La menace mécaniste

À la fin de son exposé, Lacan, remerciant Anna Freud, fait part du sentiment de menace qui pèse sur la psychanalyse. L'esprit de Freud est menacé, « certains en Amérique même le tiennent comme nous pour menacé ». Il donne un élément de cette menace dans le paragraphe précédent et c'est très remarquable de lire cela aujourd'hui. Il critique la notion de *feedback*, très en vogue aux États-Unis, qui était issue des théories de la communication. Le *feedback* est la théorie entière de la commande et de la communication, aussi bien chez l'animal que dans la machine. On voit bien combien Lacan est branché sur le savoir de son temps, car c'est en 1948, deux ans avant ce congrès, que Norbert Wiener définit la cybernétique (naissance de l'informatique) comme une science qui étudie exclusivement les communications et leurs régulations dans les systèmes naturels et artificiels. Je cite ce propos époustoufflant de Lacan en 1950 : « les animaux mécaniques qu'on est en train de monter un peu partout sur le ressort du *feedback* [...] ne manqueront pas de manifester d'ici peu une neuve envie de faire l'amour ».

Tout est déjà dit là par Lacan, de ce meurtre du désir dont la science nous afflige et dans lequel elle nous fait plonger. La psychiatrie est aux premières loges de cette calamité contre laquelle « les animaux mécaniques » devraient plus que jamais résister.

1. Lacan J., « Intervention au I^{er} Congrès mondial de psychiatrie », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 127-130. (D'abord publié dans les Actes du Congrès, vol. 5, *Évolutions et tendances actuelles de la psychanalyse*, Paris, Hermann & C^{ie}, 1952, p. 103-108).



Ruine de la psychiatrie : Lorsque les protocoles de groupe dirigent les soins

par Caroline Doucet

La clinique psychiatrique est un art basé sur la parole, non une technique standardisée. Elle demande, face à la complexité humaine, rigueur médicale et souci du patient.

La confusion peut-être la conséquence de certains médicaments, dont les psychotropes, traitements les plus usités en psychiatrie. Ce diagnostic de syndrome confusionnel iatrogène relève quasi de l'évidence. La iatrogénie médicamenteuse constitue le b.a.ba de la pratique médicale, au point que qu'un non-médecin légèrement attentif aux changements induits par la prise médicamenteuse d'un proche peut en repérer les effets indésirables. Ces effets peuvent aller d'une simple fatigue à des accidents plus graves voire mortels, ils sont très bien connus et ont fait l'objet d'une prévention qui repose sur les recommandations de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ainsi que sur des outils tels que la liste des médicaments inappropriés pour les personnes âgées, les critères de repérage des patients à risque, etc.

Comment un service de soin psychiatrique en vient-il à autoriser une sortie d'hospitalisation d'un patient en état de confusion iatrogène ? Que reste-t-il de la psychiatrie lorsqu'elle n'est plus en mesure d'un diagnostic repérable à vue d'œil et à portée d'oreille ?

Un cas parlant et la victoire des protocoles

Le cas suivant, issu de notre expérience, donne une indication sur l'égarement qui sévit.

Le patient entre volontairement dans ce service pour une angoisse rebelle et un état dépressif qui l'entraînent dans des pratiques addictives dont il veut se défaire. Dès son entrée, une cure de sommeil est imposée, protocole appliqué « à tous les entrants car les patients arrivent avec un déficit de sommeil », indique une infirmière. Tel n'est pourtant pas

le cas de ce patient, sans trouble du sommeil au moment de son hospitalisation. Les premiers effets de cette cure se feront rapidement sentir : le patient devient confus, une première perte des repères temporels apparaît et un arrêt du lien téléphonique à ses proches. Au fil de l'hospitalisation, le patient passe de plus en plus de temps à dormir, commence à présenter des difficultés d'élocution et de concentration ; une hypotension est constatée.

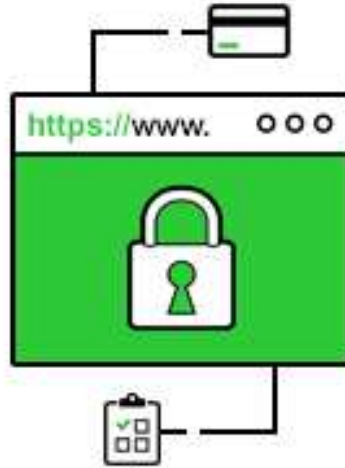
La famille, limitée dans ses visites du fait des protocoles Covid et de l'éloignement du lieu d'hospitalisation, alerte durant des semaines sans succès l'équipe infirmière sur l'altération de l'état du patient et met en garde contre un éventuel surdosage. Il lui est impossible de rencontrer le psychiatre référent car, dans cette clinique, « on soigne le patient pas sa famille » – c'est la réponse faite à un proche qui tente de se faire entendre. Le patient se plaint de fatigue, de perdre la tête, il chute, a des gestes désordonnés, n'arrive plus à parler, est incohérent, ne sait plus se servir de son ordinateur, lui qui en maîtrisait parfaitement l'usage.

Après plusieurs semaines d'hospitalisation, le patient obtient une sortie thérapeutique de vingt-quatre heures et, à son retour à la clinique, il fait l'objet de sept jours d'isolement. « Protocole Covid ! », précise l'infirmière. « Cela ne se fait plus (nous sommes au mois d'août!), c'est contre-productif », s'insurge une proche. Quand celui-ci fait remarquer que les protocoles sont ceux que l'on se donne, l'infirmière proclame : « Ce sont les protocoles établis par notre Groupe. » Voilà le lièvre débusqué !

Ils ne savent plus ce qu'ils font

« Le Groupe », cette entité aux contours flous, a insidieusement imprégné les pratiques psychiatriques devenues ininterrogeables et inintelligibles pour les soignants eux-mêmes, car avec le Groupe, tout est prévu d'avance. Le Groupe fait le nécessaire. Pour qu'il n'y ait plus de questions.

Plusieurs groupes gèrent de très nombreuses cliniques psychiatriques privées. La logique d'expansion amène chacun de ces groupes cotés en bourse à la possession de dizaines, voire de centaines d'établissements (1). Citons à titre d'information Orpea, mais aussi Inicea, Sinoué, Clinipsy, etc. Le premier se présente ainsi sur son site : « acteur mondial de référence présent dans 22 pays. Partout, il développe des prises en charge pour des personnes fragilisées, à travers un réseau de plus de 1100 établissements médicalisés [...]. Le Groupe propose une offre globale de services et de soins adaptés qui se complète par la qualité des infrastructures et par l'extrême professionnalisme de ses 65 500 collaborateurs. Chaque jour, ce sont eux qui entretiennent les liens essentiels à la dignité, au bien vieillir et au bien guérir des plus de 300 000 résidents et patients accueillis chaque année ». A l'horizon du groupe, il semble que rien ne manquera pour la prise en charge des patients. A quoi tient cet « extrême professionnalisme » ? A des grilles codifiées censées organiser et gérer les soins psychiques dans tout le Groupe. Tous les patients entrent dans ces grilles et leurs sont appliquées les mesures protocolaires correspondant au code de leur catégorie préétablie selon ce schéma organisateur. Le professionnalisme rassure... jusqu'à quel extrême ?



Les protocoles de groupe prennent dangereusement le pas sur la fonction thérapeutique, si bien que la pratique soignante est dévoyée, détournée de ses fondements. Les patients ne sont plus entendus, y compris dans ce qu'ils ont à dire des traitements médicamenteux. Dès lors, des pratiques délétères – traitements médicamenteux non maîtrisés, confinement et enfermement abusifs, pratiques soignantes standardisées et ineptes – s'ajoutent à la souffrance de l'hospitalisation. Il est fréquent, par exemple, que des cliniques renvoient chez eux les patients au bout des trois mois de prise en charge par les mutuelles, et ce quel que soit l'état du patient à ce moment-là. Il est notable aussi qu'elles se soient spécialisées dans les pathologies où le soin est plus facilement programmable (addiction, troubles alimentaires, *burn out*, etc.), laissant à la psychiatrie publique les patients trop agités, sans domiciles fixes (2).

Le patient évoqué plus haut a quitté le service sur avis médical motivé par sa reprise de travail, en état de confusion cognitive, motrice, psychique, sans aucun rendez-vous de suivi ni prise en compte de son mode de vie à domicile. De retour chez lui, il a fait sept chutes dans la même journée. Il présentait les signes graves d'une souffrance médicamenteuse iatrogène.

Et demain ?

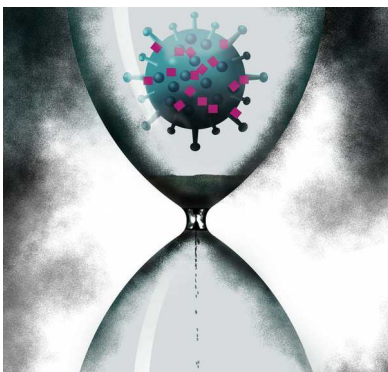
La gestion managériale protocolisée des soins a balayé toutes les références à la psychiatrie classique, celle des grands noms mais aussi des modèles psychopathologiques qui ont marqué son histoire et son évolution. De l'asile au secteur, de l'enfermement à la clinique ouverte sur la ville, de l'aliénation à la maladie mentale, de la clôture de l'institution à la psychothérapie institutionnelle, de la clinique du signe à celle du sujet, depuis le XIX^e siècle, la clinique psychiatrique n'avait cessé de penser son acte. N'y était pas pour rien la clinique psychanalytique ou tout au moins « la veine humaniste » (3) qui l'orientait. Ces dernières années ont vu l'abandon de « l'analyse psychopathologique complexe de la situation du patient, forcément lente et plurifactorielle » (4), celle qui s'instruit de la conversation clinique avec le patient. Or il est à craindre qu'il ne s'agisse pas là d'une nouvelle crise caractéristique des débats qui ont jalonné l'histoire de la psychiatrie, mais de l'instauration d'une néopsychiatrie durable, nettoyée de toute référence au psychisme et à ses nuances.

La psychiatrie est à « un tournant de son histoire » (5). Non seulement la clinique psychiatrique, dans un certain nombre de lieux a renoncé à s'occuper de la souffrance psychique en faisant l'économie de la subjectivité du patient et de la relation thérapeutique qu'elle nécessite, mais elle s'est aussi éloignée de la clinique *du signe* sur laquelle est fondée le diagnostic en médecine, jusqu'à confondre symptôme médical et symptôme psychiatrique.

Pourtant, l'institution psychiatrique est une nécessité clinique et sociale. C'est un « lieu ultime qui fait bord, lien encore quand les autres liens ne tiennent plus » (6). Dans ces murs, une autre pratique clinique (7) est possible, qui propose au patient l'hospitalité de la conversation, sans protocoles préétablis – la plupart de ceux mis en place au nom d'un « extrême professionnalisme » ne relèvent d'aucune logique clinique. Dans cette optique, « un usage raisonné » du médicament peut s'avérer nécessaire pour calmer l'angoisse, réduire l'agitation ou certains phénomènes cliniques envahissants le sujet, de façon à ouvrir à une pratique de parole. Cette pratique prend en considération que la fragilité humaine provient de ce que le lien à l'Autre est précaire, que la souffrance altère le lien, qu'il est à soutenir et à encourager.

Au sortir de son hospitalisation, le patient, dont les symptômes de souffrance médicamenteuse iatrogène avaient été ignorés, a été immédiatement repris en soin par son psychiatre de ville – qui avait initialement soutenu la demande d'hospitalisation du patient. La modification des prescriptions médicamenteuses lui a permis de recouvrer progressivement ses repères, ses capacités intellectuelles, cognitives et somatiques. C'est avec ce psychiatre, psychanalyste, qu'il poursuivra l'élucidation de ses angoisses inhérentes, comme le disait Artaud, au *partant*, à l'être humain irrémédiablement séparé, « arraché à l'immédiateté animale de l'expérience » (8).

La psychiatrie est donc de toujours, mais laquelle ?



1. Bellahsen M. & Knaebel R., *La Révolte de la psychiatrie. Les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, Paris, La découverte, 2020, p. 90-91.
2. *Ibid.* p. 94-95.
3. Wartel R., « Sans l'appui d'un diagnostic », *Mental*, n° 6, 1999, p. 42.
4. Golse B., « Préface », in Doucet C., *Le Psychologue en service de psychiatrie*, Paris, Masson, 2011, p. 6.
5. Biagi-Chai F., *Traverser les murs. La folie, de la psychiatrie à la psychanalyse*, Paris, Imago, 2020, p. 26. Ouvrage à retrouver sur [ecf-echoppe](http://ecf-echoppe.com).
6. *Ibid.*, p. 30.
7. Cf. Zénoni A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Érès, 2009 ;
8. Prigent C., *À quoi bon encore des poètes ?*, Paris, POL, 1996, p. 37.

Lacan Quotidien, « La parrhesia en acte », est une production de Navarin éditeur

1, avenue de l'Observatoire, Paris 6^e – Siège : 1, rue Huysmans, Paris 6^e – navarinediteur@gmail.com

Directrice, éditrice responsable : Eve Miller-Rose (eve.navarin@gmail.com).

Éditorialistes : Christiane Alberti, Pierre-Gilles Guéguen, Anaëlle Lebovits-Quenehen.

Maquettiste : Luc Garcia.

Relectures : Sylvie Goumet, Michèle Rivoire, Pascale Simonet, Anne Weinstein.

Électronicien : Nicolas Rose.

Secrétariat : Nathalie Marchaison.

Secrétaire générale : Carole Dewambrechies-La Sagna.

Comité exécutif : Jacques-Alain Miller, président ; Eve Miller-Rose.

pour accéder au site LacanQuotidien.fr CLIQUEZ ICI