

Claude Léger

Les temps postmodernes *

Jusqu'à ce jour, les jeunes médecins prêtent serment après la soutenance de leur thèse, un serment qu'on nomme le « serment d'Hippocrate ». Dans la traduction d'Émile Littré, on trouve au deuxième paragraphe l'engagement suivant : « Je ne remettrai à personne de poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. »

Il faut prendre en compte le fait que, dans la Grèce antique, le *pharmakon* était un type de substance à double usage, selon la composition et la dose : il pouvait s'agir d'un antalgique ou d'une sorte d'antidépresseur, mais aussi bien d'un filtre maléfique, psychodysléptique, comme celui que Circé fait boire aux compagnons d'Ulysse avant de les métamorphoser en cochons. Circé, la magicienne, était une *polypharmakos*, une experte en drogues diverses.

À l'ambivalence de la substance répond donc le risque d'une duplicité du dispensateur. Sans vouloir trop tirer l'Histoire par les cheveux, on peut sans doute inférer de cela un des débats qui agitent aujourd'hui l'éthique médicale et les politiques, à savoir l'accompagnement de la fin de vie. La question est, du reste, si délicate qu'on refuse, avec un luxe d'euphémismes et de litotes, de prononcer le mot d'euthanasie, alors que son étymologie ne fait qu'indiquer une mort douce.

J'émetts ainsi l'hypothèse que cela coïncide avec la médicalisation du vivant. L'allongement statistique de la durée de vie s'accompagne, d'ailleurs, de l'augmentation constante des dépenses médicales et, de fait, des médicaments. La judiciarisation du débat en question, outre qu'elle suit un mouvement d'ensemble de notre type de société, accentue la perte de responsabilité individuelle à propos des enjeux les plus fondamentaux. Il est frappant de constater que rares sont les femmes qui accouchent encore chez elles, et ce quelle que soit la classe sociale à laquelle elles appartiennent ; de même, les médecins généralistes, en tout cas en ville, se déplacent de moins en moins au domicile de leurs patients. Les dispositifs de soins sont donc progressivement institutionnalisés, la responsabilité y devenant partagée,

de même que le secret, qui est un autre pilier du serment hippocratique. En parallèle s'est développée la nécessité d'une évaluation des pratiques, entre autres pour éviter la dilution de la responsabilité individuelle en cas d'erreur ou de faute. Il en résulte un problème de référence, une évaluation ne pouvant être certifiée qu'après une autoévaluation, ce qui, à l'évidence, complexifie ce type de démarche, détournant le temps de la clinique vers des tâches que les personnels de santé trouvent exorbitantes.

Le médecin a quitté depuis longtemps sa fonction thaumaturgique, il est devenu un maillon de la chaîne où va être évalué – là encore l'évaluation – le meilleur rapport qualité-prix du traitement qu'il va dispenser. Il est remarquable qu'il ne peut plus, à cet égard, prétendre être ce qu'on appelle aujourd'hui une « personne ressource », n'ayant pas les moyens de juger de la pertinence de tel ou tel traitement médicamenteux, dans la mesure où il dépend de données qui lui sont fournies, sous une apparence scientifique, par les entreprises qui diffusent sur le marché des produits ayant pour qualité première d'être ce qu'on nomme des *blockbusters*, des médicaments phares, des produits qui permettent de distribuer des dividendes aux actionnaires, puisqu'il s'agit de produits de consommation comme les autres. C'est pourquoi on connaît des scandales à propos des difficultés à obtenir la fabrication de certains génériques pour les pays les moins développés en vue de traiter de grands fléaux épidémiques ou endémiques.

Les comités d'éthique ou les agences de transparence se multiplient dans le domaine biomédical, autant en matière de pratiques de soins que de recherche. Ainsi, tout ce qui concerne le vivant est susceptible de donner lieu à une saisine d'un comité d'éthique. Lorsque le politique est en difficulté pour répondre à une question relevant de ce domaine, il a tendance désormais à faire appel à l'avis du Comité national d'éthique. Cela vaut pour la question de la fin de vie, mais aussi pour les recherches sur les cellules souches embryonnaires, l'aide médicale à la procréation, etc. Il est du reste exceptionnel qu'un geste médical, en particulier chirurgical, ne nécessite pas, à travers le consentement du patient, la garantie d'une instance évaluatrice, comme c'est le cas avec la Haute Autorité de santé. Cela peut conduire à des situations paradoxales, comme l'accord écrit demandé à un patient de lui faire subir une sismothérapie.

J'ai rencontré récemment ce cas chez une jeune femme qui venait me demander mon avis sur le bien-fondé d'un tel traitement, alors que le service hospitalo-universitaire où elle était hospitalisée venait de pratiquer sur elle une ponction lombaire, examen souvent douloureux, pour déterminer pourquoi elle ne réagissait pas aux diverses tentatives de traitements

médicamenteux psychotropes, principalement antidépresseurs et thymo-régulateurs, qui lui avaient été prescrits pour traiter une aboulie avec un diagnostic de syndrome d'Asperger. La ponction lombaire constituait à elle seule l'indice que l'équipe médicale qui suivait cette jeune femme supputait qu'elle pouvait être atteinte d'une pathologie physiologique, probablement génétique. Je me suis alors demandé si l'on avait pensé à lui demander pourquoi son père l'accompagnait à tous ses rendez-vous et si l'on savait qu'il avait déjà exprimé des idées de jalousie délirante à l'encontre de certains médecins qu'elle consultait. Or, elle avait commencé à se retrancher dans ce qu'on appelle un « état dépressif », après avoir terminé des études d'ingénieur en robotique médicale, menées sur l'injonction paternelle, alors que son souhait avait été de devenir médecin.

Cette petite séquence permet de mettre en relief les effets paradoxaux de la définition objectivante d'un ensemble symptomatique par ceux qui sont désignés comme « cliniciens » dans le DSM, depuis sa troisième version.

J'ai été l'un des signataires du manifeste contre le DSM, qui a réuni il y a plusieurs années déjà des représentants de la plupart des associations de psychanalyse, du moins lacaniennes, contre le monopole que cette classification des troubles mentaux, dont le principe a été, depuis cette troisième version, parue en 1983, de refuser toutes les théories psychopathologiques, à commencer par celles sur lesquelles s'appuie la psychanalyse. Cette classification, qui a dévalorisé les catégories cliniques auxquelles nous étions attachés depuis les nosographes de la seconde moitié du XIX^e siècle et surtout depuis Freud, est aujourd'hui même contestée par les tenants d'une orientation neurobiologique bien plus stricte, qui jugent le DSM d'une validité trop faible. En effet, ceux-ci constatent que la plupart des patients présentent ce qu'on appelle une comorbidité, une combinaison variable de troubles psychiatriques répertoriés selon des critères d'inclusion distincts entre eux, et que les troubles associés appartiendraient en fait à une seule pathologie, laquelle dépendrait de causes principalement génétiques.

Nous sommes au cœur de la question de la responsabilité, telle qu'elle est abordée aujourd'hui par tous ceux qui collaborent à un système dont le but est le bien-être des populations. Soigner un individu, c'est participer à une œuvre collective dont la visée ultime est l'obtention de ce bien-être qui a été défini comme une condition indispensable à la démocratie par l'OMS à sa création en 1948. Il s'agissait bien de repérer des symptômes en termes statistiques pour répondre à des problèmes principalement économiques. L'absentéisme coûtant cher aux entreprises, on en a cherché les causes, on a inventé la dépression, dont on a fait une maladie et pour laquelle le lobby

pharmaceutique, surnommé « Big Pharma », a réussi à imposer des remèdes de maniement aisé, c'est-à-dire accessibles aux médecins généralistes, dans la mesure où ceux-ci se retrouvaient en première ligne pour le diagnostic et la réponse médicamenteuse. C'est là que le DSM, étayé par la classification de l'OMS - la CIM 10, conçue sur un modèle analogue -, s'est avéré être l'arme fatale des entreprises pharmaceutiques pour développer de façon exponentielle les prescriptions de psychotropes, mais aussi bien pour renforcer l'hégémonie de cette classification qui recense, en les saucissonnant, tous les symptômes issus de la nosologie kraepelinienne, pour en faire des troubles (*disorders*), c'est-à-dire des « pièces détachées » de toute entité psychopathologique. Quelle est alors la responsabilité d'un clinicien dont la seule référence est la conformité aux règles de bonnes pratiques établies par une instance qui fait force de loi ?

Cette instance existe en France depuis 2004. Elle s'appelle la HAS, la Haute Autorité de santé. Il s'agit d'une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale ». Parmi ses principales missions, elle définit avec un caractère contraignant « des recommandations pour la pratique clinique » et diffuse pour ce faire des « guides de prise en charge à destination des professionnels et des usagers ». Ainsi le clinicien ou supposé tel doit-il s'assurer que ses actes thérapeutiques – et pas seulement les prescriptions médicamenteuses – sont bien conformes aux recommandations, faute de quoi il risque une sanction, quand ce n'est pas une procédure judiciaire de la part d'un patient ou d'une association de patients, lesquels ne sont d'ailleurs plus nommés patients, mais usagers. Ils revendiquent leurs droits à être soignés sous contrôle et avec leur consentement, ce qui est bien compréhensible ; mais ils en viennent à revendiquer leurs troubles au nom d'un refus de stigmatisation. C'est par exemple le cas au Royaume-Uni avec le HVM : Hearing Voices Movement, association d'usagers entendant des voix, managée par une certaine Rachel Waddingham, qui a organisé récemment le 6^e Congrès mondial des *Hearing Voices People*, lesquels rejettent l'idée que les voix sont un symptôme de maladie mentale. Il faut dire que la psychiatrie en Grande-Bretagne est restée longtemps, à de rares exceptions près, extrêmement rétrograde et asilaire.

Dans une telle ambiance, le clinicien n'a qu'à bien se tenir. Il lui est cependant permis de faire alliance avec les « usagers », une alliance thérapeutique qui s'est développée là encore en Angleterre, sous le générique de *New Paradigm Alliance* pour des soins en santé mentale centrés sur la personne. Cette alliance s'adresse aux personnes morales et physiques (usagers, soignants, cliniciens) qui s'allient pour proposer des services en santé mentale orientés selon quatre principes : écouter plus et étiqueter moins ;

collaborer plus et imposer moins ; communiquer plus et prescrire moins ; espérer plus et effrayer moins. Le clinicien peut espérer éviter ainsi un procès pour abus de pouvoir, position dominante, étiquetage mensonger, avec dommages et intérêts pour des hospitalisations injustifiées, etc. Nous pouvons toujours tenter de nous rassurer en nous disant que tout cela se passe outre-Manche, qu'il s'agit d'une particularité britannique à l'instar des femmes évêques ou du cricket, mais ce serait faire peu de cas de la judiciarisation progressive de notre propre système médico-légal, ne fût-ce que du point de vue de la responsabilité pénale des malades mentaux et des soignants, à l'occasion de passages à l'acte meurtriers, comme dans certains faits divers qui ont défrayé la chronique il n'y a pas si longtemps.

Paradoxalement, le renforcement des droits des usagers, en particulier par la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, avait conduit à une médicalisation de la santé mentale du seul fait de la mise en place de critères de qualité à tous les niveaux du soin, surtout dans les institutions, critères incluant celui de bénéfice-risque et même celui de meilleur rapport qualité-prix.

Depuis une décennie, du moins en France, cette politique a, de plus en plus, infléchi la conception des soins en matière de pathologie psychique vers une objectivation des symptômes et une médicalisation des traitements. Cela s'est fait sous la pression des usagers eux-mêmes, qui se sont regroupés sur un mode associatif pour obtenir une orientation particulière en matière de prise en charge des pathologies chroniques. Et s'est fait essentiellement contre la stigmatisation, celle qu'on impute à la psychiatrie en général, à ses modes de privation de liberté et à leurs traces ultérieures, comme les effets secondaires des traitements neuroleptiques : il s'agit toujours d'effacer des traces trop visibles, jusques et y compris en faisant disparaître la psychiatrie derrière la notion de santé mentale.

Il en va de même pour ce qui concerne l'étiopathogénie. Les mêmes usagers qui revendiquent la déstigmatisation peuvent simultanément se regrouper autour d'un trouble ou d'un ensemble de troubles rapportés à une origine plus ou moins héréditaire. C'est en particulier le cas de ceux qui s'affichent comme bipolaires. On voit comment s'opère, en parallèle, le verrouillage du dispositif où se trouve pris le clinicien : une fois entériné le diagnostic, sur la base de la classification de type DSM, le patient connaît lui-même ce que va être son parcours de soins, grâce aux guides de bonne pratique. Celui qui assure le suivi de son traitement est donc désormais sous contrôle. Son savoir-faire ne relève plus de ce qu'on appelait encore du temps de Freud un *ars medica*, mais de recommandations établies par la HAS, issues de conférences de consensus, produites elles-mêmes par des

études méta-analytiques de la littérature spécialisée. Si je repense à la jeune femme à laquelle je faisais allusion, elle était engagée dans un parcours qui ne dépendait nullement des caprices d'un quelconque docteur Folamour. Elle était hospitalisée dans un service hospitalo-universitaire, où elle devait subir un traitement qui répondait précisément aux critères découlant du DSM : troubles de l'humeur, état dépressif sévère persistant, syndrome d'Asperger. La sismothérapie arrivait logiquement en seconde intention après un échec du traitement médicamenteux. Par chance, elle rencontra une psychanalyste qui fit en sorte de stopper le mouvement infernal dans lequel elle était aspirée, se faisant l'objet passif de l'autre, de toute évidence de son père, dans une forme de soumission en grande partie énigmatique.


Puisque j'évoque l'autisme à travers le cas de cette jeune femme, il me semble qu'on ne peut pas ne pas mentionner à propos des recommandations de bonnes pratiques le fait que la HAS, sollicitée par certaines associations de parents d'enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA), ainsi qu'est désigné l'autisme dans le récent DSM-5, a pris une position très réservée sur l'usage de la psychanalyse dans le traitement des personnes atteintes de ces troubles. La revue médicale *Prescrire*, faisant le bilan sur sept ans des guides de pratique clinique de la HAS, notait récemment « une seule approche thérapeutique recommandée dans l'autisme des enfants, avec une présentation peu objective ». Et ce malgré l'absence de consensus. La recommandation concerne une technique d'éducation comportementaliste. On voit qu'il s'agit d'un jeu de dupes, puisque personne ne peut soutenir que la psychanalyse est une thérapie exclusive dans des institutions où la part éducative est primordiale. La partie était jouée d'avance en raison du lobbying des associations. Il reste que, outre la perte de confiance de nombreux parents dans les équipes soignantes de pédopsychiatrie, la tendance au glissement des moyens financiers vers des institutions utilisant uniquement des techniques comportementales risque de s'accroître au détriment de celles dans lesquelles la référence psychanalytique est partie prenante, ne fût-ce que pour orienter les soignants et les éducateurs dans la clinique.

Pour qu'il y ait du clinicien, encore faut-il qu'il y ait de la clinique. Or, le DSM et ses avatars ont ravalé celle-ci à sa seule dimension statistique et comportementale. Les thérapies qui en découlent ne nécessitent pas de subtilité diagnostique, puisque, une fois repérée la catégorie à laquelle on affecte l'utilisateur devenu patient, sa prise en charge va se faire sous forme groupale ou psycho-éducative, avec ses pairs et souvent grâce à des « pairs aidants », selon des techniques qui ne sont pas seulement supposées être économiques en termes de temps et de moyens, mais qui reposent sur une adhésion au trait identitaire sur lequel les patients sont regroupés : toutes

ces techniques visent à les normer dans la prise de conscience de leurs troubles, afin de mesurer leurs progrès ou, plus exactement, de les leur faire mesurer par autoévaluation dans des programmes d'éducation thérapeutique. Il n'est donc pas étonnant que le clinicien, marginalisé dans une fonction d'expertise diagnostique, ait quitté la place centrale qu'il occupait dans la stratégie thérapeutique et la conduite du traitement ou de la cure, ainsi qu'on désignait la pratique de l'analyse dans les années 1950. Cette pratique, ainsi que les résultats qu'on en obtient, a fait l'objet de réserves de la part des experts, comme ce fut le cas en 2004 dans les conclusions de l'expertise de l'Inserm sur l'efficacité des différentes techniques psychothérapeutiques, dans la mesure où la psychanalyse ne se laisse pas évaluer avec les critères méta-analytiques requis.

On comprend dès lors que la question de la responsabilité du clinicien se pose à un tout autre niveau que celui du juridique ou du médico-économique. [...]

Mots-clés : responsabilité du clinicien, comités d'éthique, médicalisation du vivant, « déstigmatisation », associations d'usagers, DSM, Big Pharma.

*  Extraits d'une conférence faite à Avranches le 31 janvier 2015, dans le cadre d'un après-midi d'études du Pôle 9, en lien avec le RIP. Ce texte a déjà été publié dans le numéro 96 du *Mensuel*, en octobre 2015.