

Incidence du politique sur la clinique

Louis Sciara, psychiatre, psychanalyste

Evoquer le versant politique, c'est réfléchir aux courants de pensée qui influencent la politique de la Cité, entre autres la place du discours de la Science, afin de mieux appréhender ce qui en résulte sur le plan de l'abord, de l'élaboration et de la lecture de la clinique.

Mais pour traiter de l'incidence du politique et des effets du discours de la science qui s'y manifestent, le préalable est d'évoquer ce que veut dire le Réel en psychanalyse. Dans son repérage des trois dimensions Réel, Symbolique, Imaginaire, qui structurent la subjectivité humaine, Lacan repère le Réel comme la catégorie de l'impossible (l'indicible, l'irreprésentable, le hors sens), ce qui fait toujours retour à la même place. Il en fait à la fois un des trois registres et le nœud même qui résulte du nouage de ces trois registres. En 1974, dans *La Troisième*, il précise que le Réel n'est pas « tout », mais qu'il y a des « bouts de réel ». Il dira même du Réel que c'est son propre symptôme, un Réel qui lui a permis de lire « un bout de réel »; d'en repérer et de nommer la catégorie du Réel (*Le Sinthome* – 13/04/76). Il distingue le rapport du sujet au Réel qui se dégage par la cure quand le sujet rencontre, au-delà de ses identifications, le réel du désir (objet a) qui le divise. Ce Réel est donc noué aux deux autres dimensions, Symbolique et imaginaire. Il distingue ce Réel du Réel qui se manifeste dans le malaise de la civilisation, à savoir le Réel du discours de science, non arrimé au sujet, puisqu'il y est forclos. Lacan ajoute que ce Réel de la science peut « prendre le mors aux dents », que « l'analyse en dépend » et n'a pas de prise sur lui, sauf à le « contrer ».

Le Réel est le Réel. Nous sommes aux prises avec un Réel qui diffère selon le discours dans lequel il est pris : le Réel de la clinique du sujet - celui que Lacan s'est efforcé à présenter avec la topologie des nœuds, un Réel noué au Symbolique et à l'Imaginaire - et le Réel du discours de la science, celui qui ne « compte pas le sujet » et dont les effets se manifestent dans la société et la civilisation. Le « politique » est à coup sûr traversé par les effets du discours de la science, mais s'y réduit-il ? Ou bien y-a-t-il encore un autre bout de réel, à repérer dans le « politique » et qui concerne chaque sujet qui fait de la politique... aussi bien d'ailleurs que le sujet qui fait de la recherche scientifique ?

Je vais donc avancer sur les liens entre psychanalyse et science, au sujet desquels Lacan ne cessera d'être prudent et mesuré. S'il souligne leur intrication, jamais il ne fait de la psychanalyse une science. Il en est déjà ainsi dans son texte des *Ecrits* en date du 1^{er} décembre 1965, « La science et la vérité ». Il y évoque « la vocation de science de la psychanalyse ». Pourtant, il rappelle à l'occasion la dette de Freud vis-à-vis des travaux scientifiques de son époque (la thermodynamique en particulier), le « scientisme » sur lequel il a pris appui pour élaborer les concepts psychanalytiques. Je note d'ailleurs que Lacan n'attribue pas à ce terme de scientisme sa connotation péjorative actuelle : celle d'un tout savoir qui serait fondé sur des vérités scientifiques définitivement établies et qui vaudrait pour toutes les disciplines ; celle d'une hégémonie au nom de la Science et qui voudrait donner les habits de la science à tous les objets, pour leur octroyer un statut de vérité scientifique. Quoiqu'il en soit, c'est bien ce scientisme qui a aussi permis à Freud d'inventer la psychanalyse. N'est-ce pas une façon de considérer que les tâtonnements scientifiques, pris au pied de la lettre comme vérités scientifiques d'un temps de l'évolution de la science et, plus précisément, ceux des sciences « exactes », participent malgré tout de l'échafaudage théorique nécessaire pour parvenir à un savoir de plus en plus abouti ? Je citerai à ce propos Henri Poincaré : « les gens du monde sont frappés de voir combien les théories scientifiques sont éphémères. Après quelques années de prospérité, ils les voient successivement abandonnées ; ils voient les ruines s'accumuler sur les ruines ; ils prévoient que les théories aujourd'hui à la mode devront succomber à leur tour à bref délai et ils en concluent qu'elles sont absolument vaines. C'est ce qu'ils appellent la faillite de la science. Leur scepticisme est superficiel ; ils ne se rendent nul compte du but et du rôle des théories scientifiques, sans cela ils comprendraient que les ruines peuvent être encore bonnes à quelque chose ». (1900, *Les relations entre la physique expérimentale et la physique mathématique*). Et d'ajouter : « Il ne faut pas croire que les théories démodées ont été stériles et vaines » (1905, *La valeur de la science*). Bref, si la science a progressé par différentes découvertes fondamentales qui ont transformé notre abord du monde, si elles correspondent à des ruptures épistémologiques, il n'est pas possible de faire l'économie de l'évolution de la pensée scientifique qui a constitué le terreau à partir duquel se sont produites les avancées. En la matière, le clinicien qui perd son latin devant des entités pseudo-scientifiques devenues des maladies reconnues par les pouvoirs publics, telles le « TDAH », la dépression ou la bipolarité, et bientôt le *sluggish cognitive tempo* (fonctionnement cognitif léthargique) et le BED (*binge*

eating disorder ou accès de glotonnerie) pourrait-il y nourrir quelque espoir d'un futur meilleur ? Pour rappel, c'est aussi dans ce même article que Lacan précise que c'est bien à l'avènement de la science et du sujet de la science que nous devons la mise en place du sujet de la psychanalyse.

Des années plus tard, Lacan demeure toujours prudent : « la psychanalyse [...] n'est pas une science. Elle n'a pas son statut de science et elle ne peut que l'attendre, l'espérer. Mais c'est un délire dont on attend qu'il porte une science. C'est un délire dont on attend qu'il devienne scientifique. [...] On peut attendre longtemps [...] simplement parce qu'il n'y a pas de progrès et que ce qu'on attend ce n'est pas forcément ce qu'on recueille. C'est un délire scientifique... mais ça ne veut pas dire que jamais la pratique analytique portera cette science ».

Ces propos sont ceux de la séance du 11/01/1977 du séminaire *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile amourre*. Ils restituent la position de guingois qu'occupe la psychanalyse au regard de la science, puisque Lacan n'hésite pas à la qualifier de « délire scientifique ». Ils sont ambigus dans la mesure où ils différencient la psychanalyse, en tant que ce n'est pas une science, de la pratique analytique qui n'est pas sans porter une science. Autrement dit, parler au nom de la psychanalyse en s'illusionnant de son statut de science n'empêche pas de chercher à pratiquer la psychanalyse dans une visée scientifique. Aussi, pour reprendre les mots de Lacan, qu'en est-il de ce que j'attends en tant que praticien et qu'aurais-je à « attendre » de cette aspiration à ce que la psychanalyse devienne scientifique ? Quels effets pourraient en résulter dans ma *praxis* ? Par cet écart entre psychanalyse et *praxis* de la psychanalyse, il me semble que Lacan nous indique la position du psychanalyste, mais aussi ce en quoi la clinique touche au Réel. Le praticien n'exerce pas en simple observateur (encore que les théories de la relativité et la théorie quantique le prennent en compte) qui analyserait un fait clinique comme le scientifique le ferait dans une expérimentation, il est bel et bien immergé dans le tableau clinique avec la personne qui s'adresse à lui. Il en est partie prenante. Il a beau chercher à faire preuve d'une « neutralité bienveillante », pour citer Freud, à soutenir une position éthique avertie, il n'échappe pas aux déterminations inconscientes de sa subjectivité, celles qui ont façonné aussi ses choix subjectifs, son rapport au savoir scientifique, les théories et les concepts qui le guident dans son repérage clinique comme dans son positionnement transférentiel. Il y a un gap inévitable entre « ce qu'on attend » et « ce qu'on recueille ». Ce qui est recueilli est déjà

dans les présupposés de ce qu'on attend. Plus le Symbolique trouve le Réel pour l'appréhender (côté savoir), plus le Réel lui échappe (côté vérité).

Mais, ce gap est-il seulement l'affaire du psychanalyste ? C'est l'affaire de quiconque pose une question et qui, en posant la question, a déjà une idée de la réponse. C'est l'affaire du scientifique dans la visée de la recherche qu'il mène et qui le mène au nom de la science en appliquant une méthodologie scientifique. Mais ce n'est pas le cas des cliniciens du DSM ou des tenants de la causalité organique de toute maladie mentale qui vont démontrer l'existence de nouvelles entités cliniques à partir de critères établis au nom de leur valeur scientifique, selon des études randomisées en double aveugle, et qui vont conclure à la véracité de leurs études, statistiques à l'appui, à ce qu'elles accèdent la validité de ces entités. Tout ceci au nom de la science et en agitant bien fort ce signifiant qui rendrait compte d'une vérité absolue et indépassable. Outre la conjugaison des intérêts de Big Pharma - les industries pharmaceutiques - et des tenants de cette lecture de la clinique, comment ne pas entendre que les chercheurs concernés, scientifiques fondamentalistes, travaillant ou non pour ces industries, ne peuvent non plus être épargnés de leur position subjective dans la mise en place des méthodologies de leurs recherches comme dans l'interprétation « objective » qu'ils essayent de restituer.

De même qu'il y a un écart entre la psychanalyse et la pratique de la psychanalyse, il y a toujours un écart entre la science et la place que vient occuper le chercheur dans sa recherche. Cet écart tient au Réel. Cela signifie qu'il n'y a pas de sujet humain qui échappe aux malentendus et aux équivoques de la parole, qu'il n'y a pas de sujet qui n'engage sa division subjective dans toute recherche clinique, scientifique, comme dans toute transmission d'un savoir. Nul n'y échappe. Pas plus les psychanalystes que les scientifiques. Il n'y a pas de stricte objectivité quand bien même on ne chercherait à ne se situer qu'en observateur dans une étude scientifique ou dans un tableau clinique. Nul n'échappe à des présupposés théoriques dans un abord scientifique, comme dans une position clinique, pas plus que chacun n'échappe à l'impact des discours sociaux et de la culture de l'époque de son existence.

J'en viens au contexte social actuel, où se manifeste « le politique » et les effets de réel du discours de la science. Nous ne pouvons que constater le démantèlement en règle de la psychopathologie et, plus largement, de la clinique psychiatrique. Celle-ci est de plus en plus fragmentée et remaniée dans les classifications internationales (DSM, CIM), diluée dans la santé mentale. Quant

à la clinique psychanalytique, comment ne pas remarquer qu'elle fait l'objet de critiques incessantes, d'une vindicte et d'un discrédit croissants. Il n'est pas exagéré de parler de l'hégémonie mondialisée de la psychiatrie biologique venue des pays anglo-saxons, en particulier des Etats-Unis. Les tenants de cette idéologie de la causalité organique de la maladie mentale ou du trouble mental bénéficient de l'appui inconditionnel des industries pharmaceutiques, puisqu'ils garantissent leur expansion. Pire, ils se présentent en vecteurs de vérités scientifiques irréfutables au titre d'études scientifiques dûment établies, alors qu'aucun marqueur biologique pathognomonique d'une maladie psychiatrique n'a pu être mis en évidence en quarante ans de recherche. Ce qui inciterait à ne pas pavoiser et à plus de tempérance. A ce courant principal s'ajoute celui de la psychiatrie sociale, une version actualisée d'une conception sociogénétique de la maladie mentale et qui s'inscrit dans l'idée d'une « démocratie sanitaire ». C'est un courant de pensée hétérogène, à mon sens moins délétère, mais tout de même un vecteur redoutable de la dilution de la clinique psychiatrique dans une sociologie qui se veut clinique et qui nie le plus souvent la dimension de l'inconscient.

Il s'avère que ces deux courants de pensée ne sont pas si nouveaux et qu'ils constituent les figures hypermodernes de l'organogénèse et de la sociogénèse, celles qui résultent de l'évolution du lien social et des progrès scientifiques et qui influencent considérablement la lecture de la clinique. A ce titre, ils sont révélateurs du choix des références, pour ne pas dire des invariants qui organisent cette lecture et qui procèdent aux remaniements de la clinique même. Ce choix n'est donc ni fortuit, ni innocent. Il découle du discours du maître et procède d'une surdétermination politique qui concerne l'exercice étatique des pouvoirs, les affaires publiques, la régulation des liens sociaux, mais aussi les places respectives de la science, de la médecine et de la folie dans la Cité.

Pour continuer, je souhaite faire maintenant une incise concernant la question des invariants et de l'invariance. Ce sont deux notions scientifiques, utilisées en mathématique et en physique. Leur intérêt réside, à mon sens, dans leur éventuelle application au domaine de la clinique structurale. C'est une hypothèse en cours d'élaboration pour moi et que je vous livre. L'invariant est « un élément qui ne varie pas dans une conjoncture qui, elle, se transforme » (1). Les invariants sont des éléments spécifiques. Ils sont associés à des transformations. Autant mettre en exergue le fait que les invariants constituent des références, des repères tangibles sur lesquels prendre appui dans des

transformations. L'essentiel est qu'il ne varie pas après transformation. Telle la charge de l'électron qui reste la même quelle que soit l'opération à laquelle l'électron se trouve soumis. En revanche, l'invariance correspond au « caractère de ce qui, dans une variation, un changement, une transformation, ne varie pas ». Elle correspond au processus qui sous-tend la régulation des invariants et leur repérage. Elle rend compte d'une fonction, d'un principe. En sciences fondamentales, la loi de la poussée d'Archimède, les lois de Mendel sur l'hérédité en génétique, les lois de conservation de Kepler sont autant d'exemples d'invariance, des supra-lois qui se vérifient avec le temps et les progrès scientifiques.

Cette distinction invariant/invariance pourrait ainsi constituer une piste de travail en clinique. Par exemple, l'invariance permet de réfléchir aux processus structuraux qui se pérennisent pour une structure clinique, ce qui fait fixité dans le temps, ce qui opère dans ce qui ne varie pas. Par exemple, le phénomène élémentaire dans une psychose, c'est la structure même de la psychose. Pourtant, le phénomène élémentaire sera singulier à chaque psychotique et d'une grande diversité phénoménologique, mais ses caractéristiques (xénopathie, « signification personnelle »...) n'en sont pas moins des invariants, des signes en l'occurrence qui valident la fonction d'invariance de la structure clinique à l'œuvre.

Dans un autre registre, le processus de répétition dans la névrose relève d'une invariance quand bien même le retour du refoulé/le refoulement dans un processus clinique se répète avec toujours quelque chose de nouveau. Les outils scientifiques invariant/invariance en question peuvent se poser tout simplement à l'échelle du signifiant : « un chat est un chat », ce n'est pas le même signifiant pour « chat », mais l'invariant n'en est pas moins le signifiant, cependant que l'invariance se vérifie dans le fait que le signifiant ne saurait se signifier lui-même. Enfin, la question des variations de l'invariant « père » doit être différenciée de celle de l'invariance associée dans ce cas à la fonction paternelle ancrée dans les lois du langage.

Cette rapide incise ne nous éloigne pas des enjeux propres à l'élaboration d'une clinique, au contraire, elle la concerne. Le choix des invariants dans tout système, y compris celui d'une conception clinique, est déterminant. Si l'invariant est rabattu au signe, nous aurons une clinique du DSM, cet ouvrage soi-disant « athéorique », qui réduit la clinique à un listing de signes de plus en plus extensif (au point de tendre à psychiatriser tout notre quotidien), qui ne

tient pas compte de l'équivoque des mots et donc du signifiant, c'est-à-dire de la parole et des lois du langage. En revanche, les notions d'invariant et d'invariance pourraient contribuer à repérer et lire le fait clinique dans la dimension structurale langagière. C'est une façon d'essayer de conjuguer dans la lecture du fait clinique et dans la praxis de la cure psychanalytique le « ça ne veut pas dire que jamais la pratique analytique portera cette science », ces propos de Lacan dans *L'insu...* que je vous ai rapportés.

Je voudrais maintenant revenir sur cette question de la surdétermination « du politique » dans le choix des critères et des concepts qui organisent une clinique. Il est indéniable, quoiqu'il en soit, que la clinique évolue avec ce qui fait « symptôme social » parce qu'il n'y a pas de psychologie individuelle qui ne relève d'une psychologie collective. C'est ainsi que la clinique psychiatrique contemporaine prend en compte de nouvelles modalités symptomatiques en rapport avec cette évolution du symptôme social, qu'elle met à jour de nouvelles entités nosologiques, qu'elle procède à un ré-agencement, voire à une nouvelle dénomination de maladies ou de syndromes déjà répertoriés et surtout qu'elle abandonne, qu'elle déclare obsolète des pans entiers du riche patrimoine psychiatrique, essentiellement franco-allemand, dont nous disposons. La clinique psychiatrique actuelle cherche à mettre en avant une approche et une méthodologie scientifiques. Ce n'est pas si nouveau. Les psychiatres classiques avaient aussi ce souci de répertorier, classifier, établir des nosographies, de se référer aux avancées scientifiques de leur époque, de procéder à des recherches méthodiques. Mais la pente actuelle se révèle moins scientifique que scientifique cette fois au sens négatif que j'ai déjà indiqué.

Par son approche différente du Réel, la clinique psychanalytique, une clinique du transfert, se fonde sur des invariants qui reposent sur des faits langagiers. L'écart entre les approches scientifiques (neuro-cognitivistes, comportementalistes, biologiques) et la psychanalyse se creuse. Il en ressort que la conception que nous avons du fait clinique surdétermine le choix des invariants qui permettent de le repérer et de le traiter. Est-ce que le fait clinique est une simple construction établie par les discours sociaux et les avancées scientifiques d'une époque ou s'agit-il plutôt d'un fait langagier lié à une structure langagière et qui garde un caractère intemporel d'invariance ? Dans cet ordre d'idées, la distinction des structures cliniques freudiennes (névroses/psychoses/perversions), colonne vertébrale de la clinique psychanalytique, est-elle destinée à devenir obsolète ou continuera-t-elle de se

vérifier? Dans quelle mesure les repérages structuraux de la clinique psychanalytique, tous établis à partir de faits langagiers et de structures langagières (les discours qui fondent les différents types de lien social), témoins d'une diversité de structures cliniques, sont-ils susceptibles d'évoluer? Autrement dit, peut-on avancer qu'un fait clinique, dès lors qu'il repose sur des invariants structuraux, serait définitivement établi, alors que les discours sociaux, les données culturelles et les avancées de la Science sont des vecteurs permanents de transformations au fil du temps? Posant ces questions, je m'autorise aussi à y répondre : les structures langagières et cliniques sont liées à la parole humaine et relèvent d'un principe d'invariance. Ce n'est pas la structure qui est mise en cause, mais la phénoménologie qui la met en évidence et qui évolue au fil des discours sociaux.

En guise de conclusion, je voudrais mettre en exergue le triple déterminisme auquel nous sommes confrontés, au moins dans les démocraties : le néolibéralisme économique et financier, la dérive scientiste liée aux techno-sciences et aux applications de la science plutôt qu'au discours de la science, et le « démocratism ». Même si cette lecture a déjà fait couler beaucoup d'encre, elle me paraît incontournable à rappeler.

En premier lieu, comment ne pas insister sur l'incidence globalisée du néolibéralisme. Il n'est pas source de tous les maux, mais surdéterminant comme Lacan l'avait déjà dans son discours de Milan en 1972, en proposant une écriture de ce qu'il avait appelé « le discours du capitaliste ». Il en ressort des caractéristiques que je résume : un « discours » qui n'a pas de butée, qui ne confronte à aucune limite, à aucun impossible, à aucune castration, qui se soutient d'une logique de production incessante d'objets destinés à masquer le manque qui nous constitue comme sujet, tout en proposant au sujet une multitude de jouissances sur le marché pour le satisfaire. Ce « discours du capitaliste » a infiltré considérablement le monde de la recherche médicale. L'intervention des industries pharmaceutiques, leur financement conséquent, est devenu incontournable. Elle exerce une influence majeure sur les découvertes, Des entités médicales nouvelles émergent, toutes sponsorisées comme des produits de consommation à mettre sur le marché, à diffuser, à vendre à grand renfort de publicité et de campagnes marketing. Le produit est livré clés en mains, avec l'agrément de scientifiques et de praticiens prestigieux désireux de faire carrière, non sans conflit d'intérêts en la matière, et qui attestent d'études randomisées en double aveugle mises en expérimentation dans leurs services

hospitaliers. Certains sont convaincus du bien-fondé scientifique de leur démarche. L'inquiétant en ces circonstances concerne la stratégie scientifique : la molécule est déjà prête à soigner et à obtenir l'AMM nécessaire pour sa commercialisation. Le plus grave c'est l'invention de nouvelles pathologies (en médecine récemment « le syndrome des jambes sans repos », « le syndrome d'asthénie chronique » ; en psychiatrie le « TDAH »...) dont la clinique est pré-établie par le laboratoire pharmaceutique concerné. Le médicament en psychiatrie pourrait résumer l'essentiel du soin, à moindre coût d'entretiens, tout en faisant l'économie du transfert !

Ce que je décris peut paraître caricatural mais ne témoigne pas uniquement de questions d'intérêts financiers. Il s'agit aussi de cette pente scientiste - second volet - qui épouse parfaitement les objectifs d'efficacité et de rentabilité propres aux orientations néo-libérales. Le scientisme est une modalité de subvertir la science à des fins de profit, mais il s'appuie aussi sur des convictions idéologiques, celles qui considèrent que le trouble mental est déterminé par une causalité organique (l'inné !) ou du moins que cette causalité prévaut largement sur l'environnement (l'acquis !). Le professeur LOO, ex-chef de service à l'hôpital Sainte Anne de Paris, n'hésitait pas à écrire dans la préface d'un livre : « la dépression est ce qui guérit sous anti-dépresseurs » !

Troisième déterminisme qui s'avère de plus en plus incisif : celui du « démocratisme » des pays occidentaux. L'égalité citoyenne, si fondamentale et déterminante soit-elle, connaît de plus en plus de dérives égalitaristes. Je ne suis pas loin de penser que le « démocratisme » est aussi un produit du marché puisqu'il pourrait garantir à chacun au nom de l'individualisme, sa part de gâteau, sa part singulière de jouissance et que la technologie dont on dispose nous donne l'illusion que c'est accessible à tous et que cela serait enfin la preuve d'un fonctionnement réellement démocratique. Il y a de plus en plus d'associations de familles, de parents, de malades, financées pour certaines par les laboratoires pharmaceutiques et qui cherchent à obtenir une reconnaissance sociale, voire une compensation financière au titre d'un handicap. Elles sont de plus en plus influentes auprès des pouvoirs publics et du milieu associatif. L'autorité symbolique, la norme phallique sont mises à mal, ce qui fait qu'une parole en vaut une autre, qu'un savoir en vaut un autre... C'est le procès perpétuel de la hiérarchie, de la verticalité, de la représentation en démocratie, l'émergence de la démocratie participative. Dans la clinique, nous en percevons au quotidien le retentissement. Il est donc devenu banal avec la numérisation, les

réseaux sociaux, la diffusion mondialisée des informations, des connaissances, que les « usagers » soient eux-mêmes porteurs de leur diagnostic médical, aussi bien psychiatrique, qu'ils s'approprient les nominations des nouvelles entités cliniques, pouvant se trouver ainsi confortés dans leur identité, dans des préoccupations partagées.

Ce contexte social pèse sur chacun. Il fait le lit de l'alliance entre la promotion néo-libérale d'entités cliniques sur le marché (qui peut contester désormais la bipolarité, l'autisme, le TDAH...), le scientisme diffus et ce démocratisme populiste... qui connaît d'ailleurs de plus en plus d'essor politique. Qui échappe à ce triple déterminisme ambiant ? Probablement ni le penseur éclairé, ni le scientifique le plus pertinent, ni le clinicien le plus averti. Tous baignés dans ce Réel, nous ne pouvons nous y confronter que de notre place de sujet, chacun avec sa subjectivité individuelle, elle-même influencée par le social qui la façonne, pour y résister et continuer de souligner le Réel de la clinique du sujet pour ne pas le réduire à un individu normé ou à un objet marchand d'étude.