



Prescrire dans la parole : écoute analytique et prescription médicamenteuse

Yves Guillermain

► **To cite this version:**

Yves Guillermain. Prescrire dans la parole : écoute analytique et prescription médicamenteuse. Psychologie. Université Nice Sophia Antipolis, 2013. Français. <NNT : 2013NICE2044>. <tel-00977346>

HAL Id: tel-00977346

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00977346>

Submitted on 11 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Laboratoire LIRCES

Ecole Doctorale : Lettres Sciences Humaines et Sociales EA 3159

THESE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Novembre 2013 par

Yves Pascal GUILLERMAIN

PRESCRIRE DANS LA PAROLE

Psychothérapie et psychotropes

Sous la direction de Monsieur le Professeur Roland GORI

JURY :

Monsieur Mohammed HAM, Professeur de Psychopathologie, Nice Sophia-Antipolis.

Monsieur Nicolas GEORGIEFF, Professeur de Psychiatrie, Lyon 1.

Monsieur Roland GORI, Professeur émérite de Psychopathologie, Aix-Marseille.

Monsieur Benjamin JACOBI, Professeur émérite de Psychopathologie, Aix-Marseille.

Monsieur Pascal-Henri KELLER, Professeur de Psychopathologie, Poitiers.

RESUME

La prescription médicamenteuse est l'un des principaux outils thérapeutiques utilisé par le médecin. Si la médecine somatique décline sa clinique selon l'enchaînement symptômes-diagnostic-traitement, la psychiatrie se démarque d'une telle linéarité. En effet, bien qu'elle se soit calquée sur le modèle médical depuis la découverte des psychotropes en 1952, elle relève d'une clinique spécifique : en psychiatrie, d'une part le symptôme constitue une adresse à l'Autre, il contient donc une dimension relationnelle essentielle, d'autre part, le soin psychique implique une participation active du sujet, toute thérapie étant aussi auto-thérapie. La neuropharmacologie, en plein essor depuis 1952, propose un schéma thérapeutique se voulant plus scientifique car de plus en plus éloigné de la psychopathologie clinique. Le psychiatre est alors convoqué en tant que technicien de la prescription de psychotropes, le médicament se suffisant à lui-même d'un point de vue thérapeutique.

Face à une telle évolution de la psychiatrie, comment préserver un abord clinique ?

Notre pratique esquisse la possibilité de dégager l'acte de prescrire d'une technicité exclusive. En effet, sous certaines conditions, la prescription de psychotropes constitue un acte psychothérapeutique à part entière. Pour cheminer dans notre réflexion, nous sommes passés par le paradigme du *pharmakon* afin de complexifier la question du prescrire.

La clinique suggère une possible alliance entre parole et médicament. Prescrire dans la parole, au-delà de la molécule, consiste à qualifier la substance par la parole, de façon à ce qu'elle devienne un médicament spécifique de la rencontre clinique. La molécule, guidée par la magie des mots, sera plus efficace. L'acte de prescrire se conçoit donc comme une création à deux, à réinventer à chaque nouvelle rencontre, le moment de la prescription relevant d'un cheminement intime du côté du clinicien. Ainsi, loin de s'exclure mutuellement, psychothérapie analytique et pharmacothérapie ont tout intérêt à croiser leurs regards sur la question du prescrire. Penser conjointement effet pharmacologique et relation clinique permet au clinicien de s'engager dans une authentique rencontre humaine avec le patient. La psychopathologie s'ouvrira, peut-être, sur de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Mots-clé : Psychotropes, prescription médicamenteuse, relation médecin-malade, psychothérapie, psychiatrie biologique, parole et médicament, psychopathologie, psychopharmacologie.

PRESCRIBING THROUGH WORDS

Psychotherapy and psychotropic drugs

ABSTRACT

Prescribing medication is one of the main therapeutic tools used by physicians. If somatic medicine clinically acts according to a 'symptom-diagnosis-treatment' model, psychiatry does not follow this linear pathway. Although it has copied the medical model since the discovery of psychoactive drugs in 1952, it possesses a specific clinical approach. First of all, in psychiatric care, the symptom is an address to the Other, it contains an essential social dimension. Moreover, it implies the subject's active participation, each therapy also being a self-therapy.

Neuropharmacology, in full expansion since 1952, has taken a therapeutic scheme aiming at more scientificity by moving away from clinical psychopathology. Hence psychiatrists are seen as technicians of psychoactive drugs prescription, drugs being considered as self-sufficient therapeutically.

With regard to this evolution in psychiatric care, how can a clinical approach be maintained ? In practice, the act of prescribing can free itself from being exclusively technical. Prescribing psychoactive drugs can indeed, under certain conditions, be a true psychotherapeutic act. To guide us through this reflection, we used the *pharmakon* paradigm to make the issue of prescribing more complex. Clinical practice suggests a possible alliance between patients' words and medication. Beyond molecular action, prescribing through talking qualifies the substance by words, so it becomes a clinical-interaction-specific drug. The molecule, guided by the magic of words, will be more efficient. The act of prescribing is thus conceived as a creation made possible by two people, that must be reinvented at each encounter. The moment for prescribing is rather the fruit of the clinician intimate decision process.

Thus, far from excluding each other, analytical therapy and pharmacotherapy would gain much from sharing their views on the issue of prescribing. Integrating both the pharmacological effect and the clinical interaction would allow clinicians to engage in an authentic human encounter with patients. Psychopathology may then open up to new therapeutic perspectives.

Key-words : therapeutic alliance, psychoactive drugs prescription, psychotherapy, biological psychiatry, talking cure and prescription, psychopathology, psychopharmacology.

ADRESSE DU LABORATOIRE

Laboratoire Interdisciplinaire Récits Cultures Et Sociétés :
LIRCES-EA3159

Université de Nice-Sophia-Antipolis
UFR Lettres Arts et Sciences Humaines (LASH)
Campus CARLONE
98 Boulevard Edouard Herriot
BP 3209
06204 NICE Cedex 3

Téléphone : (+33) 0493- 37-5439 - Fax: (+33) 0493-37-5363

Mail : solen.cozic@unice.fr

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Roland GORI

Vous m'avez accompagné pendant toutes ces années par une vraie présence et m'avez incité à défendre une certaine éthique clinique dans ma pratique quotidienne. Vous avez aiguisé mon sens critique. Je vous en remercie vivement, notre rencontre m'a définitivement changé.

A Monsieur le Professeur Benjamin JACOBI

En me permettant de participer à votre séminaire clinique, vous m'avez permis de réfléchir à ma pratique, vos éclairages cliniques m'ont souvent surpris et incité à l'inventivité dans la rencontre clinique.

A Monsieur le Docteur Patrick PRAT

Vous m'avez sensibilisé à toute la finesse clinique, à ces avancées à petits pas. J'ai pu me forger une éthique du soin psychique à vos côtés.

A mes amis de longue date

A Sophie, pour ton soutien et nos longues discussions sur l'évolution de la clinique psychiatrique. Merci pour ton amitié tumultueuse et vivifiante.

A Véronique, pour tes traductions répétées et ta présence en des moments difficiles. Que notre amitié puisse cheminer encore longtemps.

A Virginie

Pour ta présence amoureuse et ton soutien doux et fort à la fois. Pour ton endurance à supporter ces longues journées de travail devant l'ordinateur plutôt que d'aller se balader sur des chemins sinueux. De belles périodes s'ouvrent devant nous.

A ma famille Pour m'avoir suivi et épaulé pendant des années.

A mes parents disparus

Ils ne pourront malheureusement pas assister à ma soutenance. Je sais que mon père se serait lancé dans des débats scientifiques passionnés, et ma mère aurait assisté d'un regard serein et apaisé à cette soutenance. Je les remercie de m'avoir donné humilité et intérêt pour la vie.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	10
II. METHODOLOGIE	14
A. Le pôle d'addictologie	14
B. De la clinique au cheminement de recherche	15
III. LA RELATION MEDECIN-MALADE	37
A. Histoire de la médecine et relation médecin-malade	37
B. Relation médecin-malade dans le contexte de la psychiatrie	48
1. Notion de maladie mentale : historique	49
2. Spécificités de la psychiatrie	53
3. Apports de la psychanalyse à la spécificité psychiatrique	57
4. Particularités de la rencontre patient-psychiatre	60
5. Psychanalyse et relation médecin-malade	62
IV. SOIN PSYCHIQUE : QU'EST-CE QUE SOIGNER ?	65
A. Notion de soin psychiatrique	66
1. Historique	66
2. Le traitement d'âme de Sigmund Freud	68
3. Evolution du soin psychiatrique	71
V. PSYCHOTROPES ET PSYCHOPHARMACOLOGIE	75
A. Freud : Précurseur de la psychopharmacologie ?	75
B. Les psychotropes	78
C. Conséquences de l'arrivée des psychotropes	83

D. Psychotropes et société : le mythe de la drogue parfaite	91
E. Remède et placebo	95
VI. PRESCRIRE : UNE OPERATION PUREMENT TECHNIQUE ?	101
VII. PSYCHISME ET NEUROPHARMACOLOGIE	107
A. Formulation psychanalytique de l'effet pharmacologique des psychotropes : une revue	107
B. Pharmacothérapie et psychothérapie	117
1. Les enjeux de cette association	117
2. Historique de l'association psychothérapie et pharmacothérapie	118
3. Influence du psychique sur l'effet neuropharmacologique	122
4. La psychanalyse face à la prescription de psychotropes. Les Thérapies bifocales.	126
VIII. LA PRESCRIPTION A L'EPREUVE DE LA CLINIQUE	129
A. Léa ou le temps d'une fracture	129
1. Histoire clinique	129
2. Discussion clinique	135
B. Sophie ou un transfert sur ordonnance	151
1. Histoire clinique	151
2. Discussion clinique	158
C. Denise ou la tyrannie de la passion	182
1. Histoire clinique	182
2. Discussion clinique	187
IX. DISCUSSION GENERALE	203

A. Ce que la clinique laisse entrevoir	203
1. Aspects relationnels de l'acte de prescrire	204
2. Les dangers de la prescription : prescrire pour ne pas se rencontrer	218
3. Temporalité de la prescription	225
B. Le paradigme du <i>pharmakon</i>	231
C. La parole et le <i>pharmakon</i>	238
D. Prescription de psychotropes et dérive neuroscientifique	250
X. CONCLUSION	254
XI. BIBLIOGRAPHIE	262

I. INTRODUCTION

L'acte de prescrire un médicament constitue l'un des principaux outils thérapeutiques mis à disposition du médecin. La démarche usuelle en médecine somatique consiste à repérer des symptômes chez le patient, à les confronter au savoir médical nosographique pour en déduire un diagnostic afin de prescrire telle ou telle molécule censée agir sur la maladie suspectée. Une telle démarche intègre une vision organiciste des pathologies : à chaque maladie correspond un dérèglement anatomo-biologique. La psychiatrie s'écarte d'une telle conception de causalité linéaire symptôme-maladie-prescription (**Jovelet G., 2005**). Une de ses spécificités est en grande partie due à la labilité des symptômes présentés par le patient en fonction, notamment, de leur dimension relationnelle. La pratique psychiatrique est basée sur une clinique de l'écoute, du langage et de la mise en sens. Ainsi, démarches diagnostiques et thérapeutiques sont indissociables de cet aspect transférentiel inhérent à la rencontre clinique avec le patient.

Longtemps restée dans un sentiment d'impuissance face à la folie, la pratique psychiatrique a été profondément transformée par la découverte des psychotropes, et notamment du premier neuroleptique, le *Largactil* en 1952. A partir de cette date, la médecine s'est appropriée le champ de la psychiatrie et le psychiatre pouvait enfin prescrire des médicaments psychotropes pour soigner les malades mentaux. La psychopharmacologie puis la neuropharmacologie connaîtra un essor impressionnant au point d'imposer une certaine conception du soin et de la clinique psychiatrique. Ainsi, le sujet en souffrance psychique se trouve réduit à un conglomérat de symptômes évaluables. L'objectif du soin se résume à diminuer ou supprimer les symptômes.

La maladie mentale se conçoit alors en termes de dérèglement neurobiologique. Le sujet est ainsi dépossédé de sa propre intimité (**Gori R., 2005 ; Gori R., Del Volgo MJ., 2008**) ! Les neurosciences incitent à penser la maladie mentale simplement. Elles tendent à évacuer la dimension relationnelle et affective du soin sous prétexte d'une meilleure efficacité et technicité scientifique. Le paradigme de soin proposé par la neuropharmacologie ne reconnaît pas la notion même de soin psychique. La neuropharmacologie risque donc de favoriser un abord déshumanisé du patient.

Actuellement, le clinicien est donc convoqué sur le terrain de la technique neuropharmacologique. Or, sa pratique relève plutôt de l'art thérapeutique. Elle s'inspire de la psychopathologie et n'admet pas cette conception figée et standardisée de la maladie mentale. Dans le registre de la prescription de psychotropes en psychiatrie, l'acte de prescrire est le plus souvent présenté, lui aussi, comme un acte purement technique dont l'action pharmacologique serait thérapeutique à elle seule. Progressivement, s'impose une tendance à simplifier la prescription médicamenteuse en lui donnant une consonance hautement scientifique et donc incontestable. Nous assistons à un éloignement, voire à l'évacuation, de la dimension relationnelle dans l'acte de prescrire, dimension constituant pourtant l'un de ses aspects essentiels (**Tatossian A., 1994**). Le psychiatre serait-il alors devenu un technicien de pointe en prescription de psychotropes tel le garagiste réparant une voiture ?

Deux grands courants existent désormais dans le domaine de la psychiatrie, d'une part, celui dominant de la psychiatrie biologique, d'autre part celui de la psychopathologie. L'opposition entre pharmacothérapie et psychothérapie s'appuie sur la longue et ancienne confrontation entre âme et corps.

Nous avons décidé de confronter l'acte de prescrire à l'épreuve de la clinique psychothérapique pour essayer d'esquisser une posture clinique du thérapeute prescripteur.

Travaillant dans un centre de consultation psychiatrique spécialisé en addictologie, nous recevons de plus en plus de sujets venant demander des psychotropes face à des difficultés existentielles. En effet, nous constatons tout comme Alain Ehrenberg (**2000**), une tendance à la généralisation accrue de l'usage des psychotropes. Dans une société de l'instant où tout mal-être doit être éradiqué par un médicament, le patient consulte désormais le psychiatre en exigeant « LE » médicament dont il a besoin, cette demande étant guidée par la recherche de satisfactions immédiates.

C'est en partant de l'impact de ces demandes médicamenteuses sur le clinicien que nous avons déployé cette réflexion sur la prescription de médicaments. Le psychotrope étant souvent mis au devant de la scène thérapeutique par nos patients, nous avons bénéficié d'expériences cliniques fort riches pour alimenter notre recherche. Plusieurs questions se sont alors posées à nous : comment se situe le clinicien face à de telles demandes ? Comment y répond-t-il ? La prescription médicamenteuse est-elle compatible avec une attitude psychothérapique ? Comment le psychiatre prescripteur assume-t-il l'évolution de sa pratique qui l'oblige à intégrer toute une mosaïque de données provenant de champs aussi éloignés que la psychopathologie et la neuropharmacologie ?

A partir de ces fréquentes demandes médicamenteuses, nous proposons une réflexion plus large sur la question du prescrire en psychiatrie.

Nous nous inspirons d'une écoute analytique et supposons que la psychanalyse nous apportera un éclairage clinique essentiel dans l'acte de prescrire.

Même si le terrain de la neuropharmacologie n'est pas le sien, la psychanalyse ne doit-elle pas se risquer en des terres inconnues afin de dépasser des positions dogmatiques ?

Pour mener notre élaboration, nous évoquerons les grandes hypothèses psychanalytiques concernant l'effet des psychotropes : elles sont essentiellement basées sur la notion freudienne de *pulsion*.

Nous nous appuyerons également sur les aspects relationnels présents dans l'acte de prescrire en décrivant, notamment, les travaux de l'équipe de Lyon (Racamier, Lambert, Guyotat).

Notre recherche est issue d'une évolution particulière de notre société parallèlement à l'essor des neurosciences et notamment de la neuropharmacologie.

Notre travail clinique a pris l'option de penser à la fois la question de l'effet pharmacologique d'une substance et la dimension relationnelle inhérente à l'acte de prescrire. Nous nous proposons donc d'intégrer l'aspect pharmacologique à la relation psychothérapique.

Peu d'articles scientifiques abordent le lien entre ces deux questions. Notre recherche impliquera précisément cette approche simultanée des différents facteurs intervenant dans l'acte de prescrire. En ce sens, elle révèle un aspect original.

En nous appuyant sur la notion relative de remède développée par François Dagognet (1964), et en nous inspirant du paradigme du *pharmakon* de la « Pharmacie de Platon » décrit par Jacques Derrida (1968), nous avons cherché à complexifier la question de la prescription en psychiatrie.

Notre expérience clinique d'une pratique de plus de dix ans de consultations psychiatriques nous a incités à reformuler les différents aspects d'une combinaison possible de la parole et du *pharmakon*. Nous avons constaté à quel point l'épreuve de la parole, tant pour le sujet que pour le clinicien, déconstruit progressivement puis spécifie l'acte de prescrire.

La manière de concevoir le soin psychique intervient dans la façon de prescrire un psychotrope. Le psychiatre clinicien devra peut-être renoncer à une posture de thaumaturge, certes séduisante, pour se placer dans une authentique rencontre clinique avec son patient. Si le clinicien se préserve de son propre engagement relationnel dans la relation clinique, la prescription constitue un écran protecteur et une entrave au processus psychothérapique, elle reste une prescription standardisée et ne bénéficie pas de l'apport de la clinique. Prescrire pour faire taire...

En revanche, prescrire dans la parole transformerait l'acte de prescrire en acte psychothérapeutique. Nous développerons l'idée d'une prescription dans la parole par l'éclairage de nos cas cliniques. Nous osons presque l'hypothèse qu'en prescrivant dans la parole, le médicament serait plus thérapeutique. Nous détaillerons comment la parole pourrait venir façonner une substance chimique.

Cela nous éloigne d'une conception standardisée de la prescription de psychotropes, chaque prescription étant unique. Cette façon de prescrire replace la singularité et l'intime au centre du travail de clinicien.

Le cheminement par la parole, pris dans la relation clinique, engage le psychiatre clinicien à se préparer lui-même à l'acte de prescrire. C'est en effet à partir d'un cheminement personnel influencé par la rencontre clinique que le clinicien prescrit. Nous essaierons de cerner les raisons conduisant le thérapeute à prendre la décision d'une prescription médicamenteuse.

Nous nous proposons donc de revisiter la question de la prescription de psychotropes sous un regard clinique afin de complexifier cet acte.

Notre réflexion pose, d'un point de vue théorique, la difficile question du caractère scientifique de la psychanalyse et des psychothérapies. Elle soulève une autre question : qu'est ce qui fonde le caractère scientifique d'une voie de recherche ?

La recherche clinique n'emprunte pas obligatoirement les méthodes de la biologie, mais peut-elle porter un caractère scientifique tout en recourant à des méthodes plus propres à son objet ? Remarquons que les grandes découvertes scientifiques ont souvent été le fruit de la surprise, de l'inattendu et de l'imprévu, tous ces caractères se retrouvant dans la recherche clinique...

Nous essaierons de relever le défi de confronter l'acte de prescrire à la pratique clinique psychanalytique. La mise en perspective des deux approches neuropharmacologiques et psychothérapeutique analytique est essentielle afin de dépasser les clivages réducteurs. Un dialogue argumenté apportera un enrichissement mutuel pour ces deux courants idéologiques. Cette confrontation sera peut-être l'occasion de dégager de nouvelles façons de penser la psychopathologie.

II. METHODOLOGIE

A. Le pôle d'addictologie

L'Intersecteur des Pharmacodépendances de Marseille dépend de l'hôpital psychiatrique Edouard Toulouse, situé dans les quartiers Nord de Marseille. Ancien CSST (centre de soins pour toxicomanes), rebaptisé Pôle d'Addictions et Pathologies Associées. Il comprend une structure distincte, l'Espace Puget Bis, consultation pour jeunes et jeunes majeurs (15-25ans) présentant des conduites à risques au sens large. Le service est composé d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, infirmiers, assistante sociale et secrétaires. Au sein du pôle Addictologie, l'axe principal du travail repose sur la consultation du médecin psychiatre. La répétition des consultations, cheminement millimétré permettant au patient de s'inscrire progressivement dans son histoire, constitue une grande part du travail clinique des psychiatres du service.

Pendant trente ans, sous l'égide de l'ancien chef de service, le docteur Prat, le service a toujours gardé une optique de soin psychothérapeutique aux personnes dépendantes (**Prat P., 1977**). La spécificité du service est psychiatrique et psychologique. Les patients pris en charge présentent souvent des pathologies psychiatriques lourdes associées aux conduites addictives. La question de la comorbidité, troubles psychiatriques et addiction, laisse à penser que la pathologie psychiatrique et la toxicomanie se succèdent, s'intriquent, se complètent et parfois se confondent. Les addictions constituent des troubles trop autonomes pour être considérés comme de simples symptômes, sans avoir toutefois assez de consistance pour en faire une structure ou une pathologie spécifique. Quelle que soit la pathologie mentale en cause, il est possible que s'y introduise une part de dimension addictive qui secondairement peut devenir plus importante que les troubles initiaux. La question est donc de tenir compte de cet équilibre nouveau introduit par la pratique addictive (**Jeammet P., 1995**).

Depuis les années 1993, avec l'épidémie du S.I.D.A., la prise en charge des patients toxicomanes s'est vue profondément modifiée par l'essor des traitements de substitution pour les dépendants majeurs aux opiacés.

La mise sur le marché du *Subutex* ainsi que le développement des unités *Méthadone* ont confronté le psychiatre clinicien à la question de la prescription de ces traitements et à la façon de les intégrer dans le soin psychothérapeutique.

Les mots substitution et réduction des risques saturent aujourd'hui le débat sur la politique de santé publique en matière de toxicomanie. Cette nouvelle orientation conduit à remettre en question l'image du toxicomane en tant que malade en lui substituant l'image de l'utilisateur de drogues comme consommateur (**Gibier L., 1999**).

Le discours neuropharmacologique a tendance à résumer les problématiques addictives en un dérèglement neurobiologique, dysfonctionnement qu'il suffirait de restaurer par des traitements de substitution (**Lesourd S., 2006**). En s'appuyant sur les découvertes des neuromédiateurs impliqués dans les émotions et le circuit de la récompense, tels que la dopamine, le système limbique, l'idée de pallier le dysfonctionnement neurobiologique fait son chemin : il faut corriger l'erreur au risque d'oublier le sujet. Bientôt les patients toxicomanes viendront se plaindre d'avoir une toxicomanie comme s'ils avaient contracté une grippe !

B. De la clinique au cheminement de recherche

Nous sommes de plus en plus confrontés à des patients réclamant des prescriptions de psychotropes, essentiellement anxiolytiques ou antidépresseurs, pour pallier leur manque à exister ou pour vivre mieux. Du côté des adolescents, eux aussi sont de plus en plus souvent tentés par la voie pharmacologique pour maîtriser le processus pubertaire. L'évolution de la société post-moderne n'est pas étrangère à l'accroissement de ces demandes : en effet, nos sociétés laissent miroiter qu'à tout manque, qu'à tout trouble correspond l'objet adéquat. Ainsi, l'objet de jouissance absolue serait entre nos mains ! Cette évolution incite à penser que nous existons en possédant l'objet, et toute idée de manque, de mort et de finitude est insidieusement gommée au profit de l'immédiateté et des sensations fortes. Notre recherche se situe donc à un moment particulier de l'évolution de notre société, moment crucial pour le psychiatre clinicien qui doit défendre une certaine idée de la clinique et du soin psychique. Cette recherche commence donc par un certain dérangement, comme le décrit Paul-Laurent Assoun (**2004**).

Parallèlement, la science, et notamment les neurosciences, découvrent de plus en plus d'éléments neurologiques sur le fonctionnement du cerveau, à tel point qu'elles ont parfois la prétention, par dérive idéologique et réductionnisme, d'expliquer les troubles mentaux en les réduisant à des dysfonctionnements neurobiologiques (**Georgieff, N., 2009a**).

Comme le remarque Fedida P. (1996), la possibilité de sculpter indéfiniment le psychique apparaît avec la découverte de psychotropes dits de troisième génération.

Ce travail de recherche a émergé à partir de la conjonction de plusieurs facteurs mis en perspective par la pratique clinique psychothérapeutique : l'avènement d'une société de consommation prônant la jouissance totale d'une part, et celui des neurosciences proposant un modèle neurobiologique de la maladie mentale et de la souffrance psychique d'autre part.

Travail fait d'allers et retours permanents, de répétitions, de périodes d'attente immuable. Ces mouvements ont permis progressivement de préciser, ou au contraire, de perdre l'objet-sujet de ma recherche, à la fois en intégrant et en confrontant l'évolution des progrès scientifiques à ma pratique clinique.

La nécessité de préserver une vision clinique du sujet humain en laissant vivre le processus de subjectivation m'est apparue de plus en plus fondamentale dans mon travail de psychiatre clinicien.

Ainsi, face à ces demandes croissantes de psychotropes, le clinicien que je suis a entrepris une longue réflexion sur l'acte de prescrire, en questionnant la place de cet acte dans la relation clinique psychothérapeutique. C'est dans le sillage de l'écoute analytique qu'a émergé ce travail de recherche. L'évolution des neurosciences donne une connotation de plus en plus technique à cet acte en le vidant progressivement de sa dimension intersubjective et en l'éloignant de la clinique. En tant que clinicien, nous avons complexifié l'acte de prescrire en le remplaçant au sein même de la relation médecin-malade. Nous nous sommes donc livrés à une véritable exploration en déverrouillant des savoirs clos, et revisitant des positions scientifiques fermement ancrées.

Les constatations cliniques esquissent la possibilité d'un travail psychothérapeutique analytique qui n'exclue pas la prescription de psychotrope. Elles augurent d'une alliance possible de la parole et du médicament sous certaines conditions. C'est à partir de cette réalité clinique que je suis parvenu à la nécessité matérielle de théoriser, saisi par le dévoilement de ces constatations cliniques.

Comment donc intégrer la prescription de psychotropes à un travail clinique psychothérapeutique d'inspiration analytique ? La prescription ne vient-elle pas brouiller la relation intersubjective médecin-malade, la symbolique des échanges malade-médecin étant bouleversée par la mise en circuit du traitement, privant le thérapeute de sa position de neutralité ? Il est vrai que le psychanalyste ne prescrit rien d'autre que lui-même et l'analyse ne saurait avoir d'autre finalité que la mise en œuvre d'une méthode dans une pratique produisant de manière *incidente* des bénéfices thérapeutiques (Gori R., 2000).

Soumis à des demandes constantes et de plus en plus pressantes de prescriptions de psychotropes pour pallier les angoisses existentielles ou les problématiques addictives, je ressentais bien, en écoutant ces patients et leurs demandes voire leurs exigences, que quelque chose se jouait sur une autre scène. La demande de médicament n'est que l'arbre qui cache la forêt (**Green A., 1961 ; 1966**), la scène thérapeutique n'étant pas définie uniquement par le médicament. Progressivement, au gré de rencontres cliniques, j'ai observé un décalage de plus en plus grand entre le discours scientifique et technique du soin psychiatrique et le vécu clinique de la rencontre avec les patients. Nicolas Georgieff (**2009a**) parle de grand écart entre les neurosciences et la psychiatrie en évoquant un écart entre les connaissances fondamentales et la pratique médicale, particulièrement sensible pour la psychiatrie.

La posture clinique, l'écoute, donne une autre couleur à l'acte de prescrire. Elle lui soustrait un certain degré de valeur purement scientifique pharmacologique mais lui réinjecte une dimension humaine, donc plus aléatoire. Cela passe par un engagement personnel du thérapeute prescripteur, c'est-à-dire par une prise de risque due à son propre engagement transférentiel. Cela passe aussi par le fait d'accepter de perdre une place de médecin tout-puissant guérissant le patient par son pouvoir médical et scientifique. Renoncer à la toute-puissance médicale et au tout savoir. Renoncer à une prescription aliénant le patient.

Ainsi commence un cheminement clinique, jonché de doutes, de remises en question de certitudes scientifiques sagement transmises par l'enseignement de la médecine. Le soin psychique m'apparaissait plus complexe et des éléments de ce soin m'échappaient très certainement. Le travail clinique se situe nécessairement dans la complexité. La thérapeutique psychiatrique ne se réduit pas à une seule prescription médicamenteuse en réponse à un repérage symptomatique. Cette manière d'aborder le malade me semble terriblement réductrice, voire déshumanisante. La pratique psychiatrique a donc tendance à évacuer l'essentiel du travail de psychiatre clinicien, à savoir l'aspect relationnel entre patient et thérapeute. Cette évolution m'a donc mis en porte-à-faux avec moi-même. La psychiatrie, se voulant plus scientifique, a tendance à oublier l'existence de l'inconscient et à dénier le psychisme lui-même, comme le remarquait Edouard Zarifian (**1999**).

Ce cheminement, ce travail de recherche en psychanalyse, est donc issu directement de l'expérience clinique. Il propose une réflexion sur le ressenti intime du clinicien au moment de la prescription médicamenteuse. L'engagement dans la relation clinique, l'écoute analytique du patient, les demandes médicamenteuses, entraînent des changements internes pour le clinicien tout comme pour le patient. Comment le clinicien se prépare-t-il à l'acte de prescrire face à ces demandes de psychotropes ?

Qu'est-ce qui fait que parfois le clinicien consent à prescrire et que parfois il refuse cet acte ? La demande du patient chemine par la parole au sein même du psychisme du clinicien.

Cette période entre la demande du sujet et la réponse du psychiatre clinicien est essentielle quant à la psychothérapie. C'est dans cet intervalle que se déroule pour chacun des deux protagonistes un travail psychique intime. En fait, cette latence permet au psychiatre de renoncer à toute prétention dans l'acte de prescrire. Cette idée même de renoncement sera intégrée à la molécule.

Le terme de cheminement incite à évoquer celui de méthode. Méthode vient du grec *methodos* formé de *meta* et *hodos*, signifiant « route, voie », d'où le sens d'une direction qui mène au but. *Methodos* signifie proprement « cheminement, poursuite ».

D'un point de vue étymologique, méthode a bien le sens de la randonnée odysseenne décrite par Michel Serres (**cité par Del Volgo M-J, 1997, p189**) : « Ulysse navigant au bonheur la chance quitte les savoirs clos et les histoires corsetées de structure, il invente le savoir inventif et l'histoire ouverte, nouveau temps ». En fait l'usage va sensiblement modifier cette valeur métaphorique du chemin pour passer d'un concept constatif, d'un chemin suivi, à un concept normatif, celui de la méthode, soit le chemin à suivre. Cette acceptation plus récente va donner des définitions méthodiques de ce mot au sens de « recherche, traité, doctrine scientifique ». (**Del Volgo M-J, 1997**).

Dans les sciences dites dures, la méthodologie consiste à partir d'une question de départ, émettre une hypothèse, construire une expérience et une méthodologie qui permettra d'infirmer ou de valider l'hypothèse de départ. Le concept de vérité désigne couramment une conformité à l'expérience.

L'épistémologie moderne comme l'opérationalisme méthodologique de la physique quantique rencontrent de manière imprévue la réflexion heideggerienne de la vérité conçue comme *alêtheia*, c'est-à-dire dévoilement, descèlement, découverte (**Gori R., Hoffmann C., 1999**).

La méthode en psychanalyse renverse donc le rapport au savoir. La psychanalyse envisage en effet un nouveau rapport au savoir. Le savoir serait du côté de l'insu, on ne sait pas exactement ce que l'on cherche. Freud et Heidegger évoquent ainsi le processus par lequel une vérité se manifeste dans le retournement d'une pensée : « arrachement ». (**ibid.**).

Émerge ainsi l'idée de trouver sans chercher, l'idée d'une trouvaille. Picasso nous disait : « Je ne cherche pas je trouve ». L'objet est manquant, c'est ce manque qui nous permet d'exister. Dans notre recherche, il ne s'agit pas d'une quête.

Sylvie Le Poulichet (2004) précise qu'une recherche en psychanalyse, quand bien même elle disposerait déjà de son projet précis, ne sait pas encore ce qu'elle vise exactement en sa nébuleuse et ses tâtonnements, car ce qu'elle a déjà trouvé, « elle ne l'a pas encore ». C'est encore à chercher, la trouvaille est ce qui appelle d'autres recherches.

Lors d'une recherche psychanalytique, émerge l'idée d'accepter de se perdre. Martin Heidegger parlait de ces chemins qui ne mènent nulle part. Olivier Cromwell, homme politique anglais et chef militaire au XVII^{ème} siècle nous disait : « On ne va jamais aussi loin que lorsqu'on ne sait pas où l'on va ». C'est en nous laissant guider par la multiplicité d'expériences de parole singulière, que nous cheminons non pas vers le savoir mais vers l'inconnu. Le surgissement d'un inattendu, d'une surprise, est fondamental en psychanalyse.

La reconstruction se fait dans l'après coup de ce cheminement de pensée, *a posteriori*. La recherche se concevrait plutôt comme un cheminement vers l'inconnu que comme un acheminement vers le savoir. Ce temps du cheminement vers l'inconnu serait l'une des conditions de construction d'une recherche en psychanalyse. Remplacer, modifier, décentrer, déplacer, laisser surgir les imprévus et les voies de passage insoupçonnées sans se laisser fasciner par quelque « représentation-but » qui écraserait la singularité de l'expérience clinique par un impératif de prédictibilité souvent accompagné d'une prétention à l'universalité. (Le Poulichet S., 2004).

Evoquons la délicate question du caractère scientifique d'une recherche clinique.

Avec la naissance de la science moderne, le vrai s'est trouvé hypostasié dans la certitude de la représentation vérifiée par une expérience contrôlée (Gori R., Hoffmann C., 1999). L'exactitude de la représentation et son ajustement conceptuel au résultat de l'expérience contrôlée par le dispositif technique des sciences fondent la méthode scientifique moderne et son essence technique au sens de Heidegger. Comme le rappelle ce dernier, le vrai se dérobe au milieu de toute cette exactitude (Heidegger M., 1954). Le rationalisme scientifique a pris son origine au moment de la Renaissance et s'est épanoui comme système philosophique au Siècle des lumières. Ainsi l'art n'est plus le mode suprême par lequel la vérité se manifeste, puisque la méthode scientifique prévaut pour organiser le monde. La science a pris pour idéal le caractère contraignant de la preuve ordonnée par la logique des concepts et la vérification méthodique par l'expérience contrôlée et toujours reproductible (Gori R., Hoffmann C., 1999).

La clinique se trouve d'emblée à l'œuvre à l'intérieur de la recherche et l'on ne fait pas d'expérience clinique qui ne soit déjà, d'une certaine façon, une recherche.

Freud a toujours fait référence à la littérature, tout au long de sa découverte, sans jamais pour autant l'amener à abandonner la revendication de l'appartenance de la psychanalyse au champ des sciences (**ibid.**).

Comment la médecine, et la psychanalyse, s'inscrivent-elles dans l'histoire de la science ? André Vésale, médecin anatomiste célèbre au XVI^{ème} siècle, critique la posture de la plupart des médecins qui, au cours des siècles, ont perdu le savoir faire manuel, en se contentant de faire appliquer leurs théories par des techniciens, tel l'architecte assistant aux travaux. Dans l'antiquité déjà, Hippocrate et Galien n'hésitaient pas, au contraire, à prêter le concours de leurs propres mains (**Del Volgo MJ., 1997**). L'enseignement de Vésale, de caractère révolutionnaire, ouvrira la porte à de nouvelles connaissances anatomiques. Vésale a eu le génie d'associer une pratique clinique à une connaissance théorique médicale en revenant à ce qui, au fil des siècles, avait été progressivement déprécié, perdu, oublié, l'observation et la dissection des cadavres. Vésale a bien fait œuvre de science au sens où Bachelard l'entend : « Dans l'œuvre de la science seulement on peut aimer ce qu'on détruit, on peut continuer le passé en le niant, on peut vénérer son maître en le contredisant ». (**cité par Del Volgo MJ., 1997, p192**).

Vésale rédige son ouvrage, *La Fabrica*, en même temps que paraît la première édition de l'ouvrage de Copernic, *De Revolutionibus*, en 1543. Tous deux ont réellement introduit une révolution dans l'histoire des sciences et de la connaissance. Dans les sciences, les grandes découvertes sont venues dans des moments de surgissement non prévus. Ces moments sont ensuite oubliés. Pour les épistémologues, ces moments sont identifiés comme une rupture (Bachelard), et à notre époque comme une coupure (Althusser). La notion de coupure épistémologique réifie l'illusion d'optique selon laquelle l'histoire des sciences progresserait par saut, tout en effaçant, par la mise en relief de cette discontinuité, le long cheminement et la dialectique sur laquelle cette coupure se fonde.

La médecine est un art, une technique et une Science. La clinique représente un rapport particulier de l'observateur à l'observé. Ce rapport particulier fait de l'observateur le sujet et l'instrument de l'observation. Il se situe par rapport à un double objet : le malade et la maladie, conceptualisé dans une théorie ou un modèle de représentation (**Marie-Cardine M., 1987**). Les différentes théories érigées en modèles influencent l'interaction observateur-observé dont elles résultent par ailleurs.

L'originalité de la recherche en psychiatrie réside en la prise en compte de la subjectivité de l'observateur et du processus interpersonnel au sein même de la recherche clinique.

La psychiatrie ne peut pas s'appuyer sur une science fondamentale unique, elle relève de plusieurs sciences fondamentales (**Georgieff N., 2009a**).

La psychanalyse ne répond pas aux critères de scientificité des sciences expérimentales (principe de réfutabilité) mais il n'est pas nécessaire que les hypothèses psychanalytiques soient vérifiées par la biologie ou par les sciences expérimentales pour qu'on reconnaisse la psychanalyse comme une pratique originale possédant une rationalité propre (**Georgieff N., 2007**).

Quel est alors le statut scientifique de la psychanalyse ? Elle renforce l'implication subjective du clinicien et repose sur des expériences subjectives, conscientes ou non, liées à l'interaction psychique. En ce sens, ce n'est pas une science de l'observation, le psychisme de l'autre ne s'observe pas, il s'éprouve dans la relation interindividuelle (**Georgieff N., 2007**). Envisagée comme théorie vivante, des avis très contrastés sont émis quant à sa compatibilité à coexister avec d'autres disciplines au sein d'une même pratique (**Marie-Cardine M., 1987 ; Gori R., Hoffmann C., 1999**). Ainsi notre recherche interroge en filigrane le rapport entre psychanalyse, psychiatrie, neurosciences et biologie.

L'objet de la psychanalyse se conçoit comme le produit d'un processus par lequel l'activité psychique du patient occupe et anime celle de l'analyste.

La clinique est une pratique d'observation, mais aussi une pratique de collaboration et de convergence ou de communication, car elle fait interférer entre elles d'autres disciplines. Elle ne suppose aucun réductionnisme abusif bien que la réduction soit nécessaire à toute recherche comme étape méthodologique destinée à créer un modèle théorique provisoire. Elle est une Science de collaboration dialectique entre l'observation et la théorie, l'observateur et l'observé, les différentes disciplines.

Freud S. (**1895**) nous rappelait qu'on ne fabrique pas des théories, elles nous tombent dessus alors qu'on est occupé à chercher des détails. Il a toujours su laisser les contradictions, il n'a jamais essayé de les gommer, de manière à laisser constamment des ouvertures.

Ainsi, le cheminement de Freud S. est composé de détours et de retours. Ces notions se retrouvent rassemblées sous l'intitulé de *retournement* cher à Heidegger. Ces processus sont à l'œuvre dans le progrès de la connaissance. Détour indique que la vérité n'est pas, elle a à être par un chemin qui la constitue dans une sinuosité, une réticularité et une saisie indirecte, oblique. Ce détour pour atteindre la vérité se trouve être la vérité elle-même. La deuxième idée, pour Freud, est ce retour, cette nécessité d'un temps de latence et de retour du refoulé. C'est toujours, non pas un retour à l'identique, mais du restitué autrement, qu'opère le progrès scientifique (**Del Volgo MJ., 1997**).

La découverte de la psychanalyse relève plus du *retournement* que d'une rupture épistémologique, même si nous prenons acte de la nouvelle image de l'homme qu'elle crée, comme coupée du passé (**ibid.**). Au XIX^{ème} siècle, dans l'avancée héroïque des sciences expérimentales, la parole et les plaintes du patient, sources d'erreurs potentielles dans le diagnostic, doivent être réduites à leur strict minimum.

Le médecin doit observer plus qu'écouter. Freud S. fonde sa théorie à partir de l'hystérie et notamment à partir des symptômes de l'hystérie. Ces symptômes attirent le regard et se prêtent ainsi parfaitement à leur observation.

Cependant Freud repère bien que ces symptômes sont en opposition avec la rationalité scientifique. Freud promet ainsi un degré d'irrationalité, c'est-à-dire un certain degré de non sens au sein même du sens. La démarche de Freud va consister à se détourner bientôt des symptômes pour se porter sur les fantasmes dont ils résultent. Se détourner, pour Freud S., constitue la démarche fondatrice de sa découverte. Cela révèle une démarche d'élaboration au cours de laquelle Freud a pris le parti de se laisser enseigner par les symptômes. Ce retournement importe dans le processus de découverte de Freud bien plus que le fait d'avoir abandonné spécifiquement une clinique du regard.

De plus, Freud S. a effectué, en se détournant, ce retour vers ce que la médecine s'efforçait d'écarter, ce reste constitué par les paroles du patient, entachées de subjectivité et de tromperie, porteuses d'illusions antiscientifiques. Il émet deux postulats qui guident sa méthode d'investigation du sens psychique : 1) Le rêve est un phénomène psychique. 2) Il se passe dans l'homme des faits psychiques qu'il connaît sans le savoir. Le modèle psychanalytique prend ainsi son origine dans « L'Esquisse d'une psychologie scientifique » (**Freud S., 1895**) et trouve sa formulation métapsychologique dans le chapitre VII du livre *Interprétation des rêves* (**Freud S., 1900**). Il repose sur l'hypothèse de l'existence de l'Inconscient.

Ainsi, tout comme Vésale avait redonné toute l'importance à la pratique de la dissection des cadavres, Freud S. effectue un retour créatif en tant qu'il diffère d'un simple et aliénant retour du passé (**Del Volgo MJ., 1997**).

Plus que jamais, la Science clinique est une discipline complexe, en devenir ; plus que jamais le clinicien est armé d'élaboration théorique qu'il doit savoir utiliser avec souplesse ; plus que jamais il doit avoir conscience que dans cette visée scientifique, il se réfère à des agencements philosophiques ou idéologiques qui influencent sa pratique (**Marie-Cardine M., 1987**).

Ainsi, la façon de concevoir la maladie mentale et le soin psychique par le clinicien influencent l'abord du patient. De même, l'acte de prescrire n'a pas le même sens selon que le psychiatre se place sous un angle médical, neuroscientifique ou sous un angle psychothérapeutique.

Nous pouvons nous demander si l'idée même de cette recherche n'a pas influencé la manière d'engager le soin psychique pour le thérapeute. Théorie et clinique se mêlent, le travail théorique étant mis en mouvement par l'expérience clinique elle-même. Nous nous plaçons donc dans une écoute du sujet sans *a priori*, sans jugements préétablis à la rencontre clinique. La théorie dans la clinique fait partie intégrante de l'écoute du thérapeute.

Ainsi, toute rencontre révèle son lot de hasard et de surprises, et c'est en mettant entre parenthèses les connaissances médicales et pharmacologiques qu'une authentique rencontre humaine est possible.

« En cela, le chemin de recherche du chercheur est proprement un « chemin du désespoir » (Hegel) car dans cette avancée, l'abandon des connaissances de sens commun comme des préjugés sera toujours un sacrifice difficile » (**cité par Del Volgo MJ., 1997, p197**).

Pour avancer dans le savoir, il faudrait ainsi accepter de perdre ce qu'on a acquis à tous les niveaux. Cette expérience de perte des acquis me semble importante, elle replace le doute et l'humilité au centre du travail clinique. Elle permet aussi la déconstruction d'un savoir dogmatique reposant sur des certitudes inébranlables.

De plus, la rencontre clinique serait elle-même génératrice de nouvelle connaissance résultant d'une rencontre de deux savoirs : celui du patient et celui du médecin. Cette rencontre ne se résume pas en une addition de ces deux savoirs, mais elle secrète des connaissances nouvelles, singulières, se différenciant de connaissances purement techniques et scientifiques. (**Nuss P., 1999**).

La recherche fonctionne comme une modalité de construction agissant simultanément vis-à-vis de soi et vis-à-vis des objets de recherche. Ainsi, même si le clinicien que je suis a été transformé dans la rencontre clinique par l'objet de ma recherche, en optant pour une attitude d'écoute d'inspiration analytique, la tentation de standardiser ou de baliser la rencontre avant même qu'elle se soit produite est dépassée par la posture clinique proprement dite.

De plus, la question de l'évaluation d'un travail clinique psychothérapeutique reste posée. Une étude sur une cohorte de patients traités uniquement par psychothérapie d'une part, une autre sur des patients traités par pharmacothérapie seule d'autre part, serait nécessaire d'un point de vue scientifique, ainsi qu'une cohorte proposant la combinaison des deux outils thérapeutiques.

La difficulté reste d'isoler un effet thérapeutique d'un autre, sachant que l'aspect relationnel entre celui qui donne et celui qui prend se retrouve même chez les patients traités par chimiothérapie seule. L'écoute analytique ne se place pas sur ce registre de technicité, par conséquent, elle propose une réflexion à partir de la rencontre intersubjective.

Le retrait de la dimension relationnelle dans une telle rencontre n'a donc pas de sens à proprement parler, c'est pourquoi nous n'évoquerons pas la situation où un traitement ne serait que pharmacologique. De même, certains pourront opposer à cette recherche qu'elle n'est pas contrôlée par des expériences de délivrance de placebos. La mise en place d'études psychotropes versus placebo, en double aveugle, est complexe, mais elles auraient éventuellement permis de cerner un peu plus précisément l'effet purement pharmacologique.

La question de l'essence même d'une relation clinique est posée dans par notre travail de recherche. Cela évoque l'aspect thérapeutique d'une relation clinique. C'est ainsi que Balint M. (1957, p317) questionnait : « Toute relation thérapeutique médecin-malade n'est-elle pas par essence psychothérapeutique ? ». La psychothérapie n'est en effet pas une connaissance théorique mais une aptitude personnelle impliquant un changement interne psychique venant du médecin lui-même. Roland Gori (2000, p51) précise que « la psychothérapie n'opère pas par le savoir. Elle doit reconnaître cette dette aux effets de parole et de langage. Face aux plaintes des patients, la fameuse question posée par Freud, « quelle est ta part dans les maux dont tu te plains ? » prend toute sa portée en tant qu'elle ouvre par une *interrogation* la brèche dans le mur des certitudes comme des croyances causales auxquelles l'individu aspire désespérément sans jamais vraiment pouvoir trouver en elles la vérité de son action ».

Nous nous plaçons en tant que psychiatre clinicien engagé dans un travail psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique. Nous nous proposons d'intégrer l'écoute à la prescription médicamenteuse. L'enjeu de cette réflexion consiste à esquisser comment l'acte de prescrire s'inscrit dans le travail psychothérapeutique, en constituant un acte de langage à part entière (Monsonogo H., 1994). A ce titre, nous nous écartons de la séparation radicale, psychothérapie-chimiothérapie, à la base des prises en charge bifocales.

Notre recherche se base sur la clinique, elle est issue de réflexions suggérées par la rencontre clinique singulière. Elle se fonde sur la singularité du malade, du thérapeute et de leur rencontre. Le dispositif de soin psychique est pensé de manière à laisser émerger une parole, une demande, autre que celle d'un médicament. La prescription de psychotropes s'intègre dans ce dispositif, elle réalise alors un trépied patient, thérapeute, médicament (Green A., 1961, 1966).

Ainsi, le dispositif d'écoute dans lequel nous nous engageons avec le patient propose une certaine pratique de parole, et nous nous plaçons à l'épreuve d'une parole, c'est-à-dire à l'épreuve de ce qu'où une parole peut nous conduire. Cette situation d'interlocution inscrit la pratique du clinicien dans le champ de la parole et du langage.

Nous expérimentons le chemin vers la parole au sens de Heidegger M. (1959, p234) : « A partir de ce qui se donne en chemin, un pressentiment au sein duquel, désormais la parole vient nous toucher de son dépayement. On doit considérer la parole comme une production qui, à son origine est étroitement mêlée à l'activité interne de l'esprit ; la parole n'est pas simplement un moyen d'échange réciproque, mais elle est au contraire un vrai monde que l'esprit doit nécessairement poser entre lui et les objets grâce au travail interne de sa force, alors elle est sur le vrai chemin de toujours mieux s'y retrouver et d'y trouver gîte ».

« Ce qui donne le plus à penser, ce qui toujours et à jamais donne à penser, demeure primitivement ce qui a été retiré dans l'oubli. Et c'est la parole qui a la charge de cette sauvegarde » (Gori R., Hoffmann C., 1999, p54).

La démarche clinique consiste à s'adresser au sujet en ne lui demandant pas de nous livrer tout de suite le sens de son rêve mais en lui laissant la possibilité d'en retrouver l'origine, de remonter à l'ensemble des idées et intérêts dont il découle par la technique de la libre association d'idées. Cette technique est une pratique et une clinique du discours reconnaissant le pouvoir à la parole du sujet d'apporter la preuve de vérité. (Gori R., 1995).

Nous nous engageons donc vers un authentique cheminement par la parole et comme le dit Heidegger M. (1959), vers *un acheminement vers la parole*. Nous questionnerons l'effet de la parole sur le psychotrope et vice versa. Nous nous intéresserons à l'effet du prescrire sur le thérapeute tout comme sur le patient.

Prescription de psychotropes et psychanalyse ont souvent été des questions exclusives l'une de l'autre. D'un point de vue purement analytique, les positions théoriques étaient jusqu'à présent très claires : une prescription médicamenteuse impliquait une prise en charge bifocale réalisée par deux thérapeutes différents (Green A., 1961, 1966 ; Marie-Cardine M., 1996).

En s'inspirant du principe de neutralité, de nombreux psychanalystes considèrent en effet que la prescription médicamenteuse parasite le travail psychothérapeutique. La relation transférentielle est alors brouillée par cet acte interventionniste. Cette intervention extérieure irait à l'encontre du travail analytique basé sur un travail de parole venant de l'intérieur du sujet. En effet, toute action reposant sur l'artifice d'une extériorité est contraire au processus de subjectivation. De plus, l'administration de psychotropes pourrait gêner la dynamique psychique qui fait l'objet de la psychothérapie ou de la psychanalyse.

La notion de prescription implique celle de guérison or le psychothérapeute doit se garder de l'ambition de guérir pour ne pas entraver la méthode analytique elle-même (**Gori, R., 2000**). Ces deux approches, psychothérapie et prescription médicamenteuse, contiennent donc des antagonismes forts.

Ainsi pour le psychanalyste, la prescription ne s'intègre pas dans sa façon de travailler. De son point de vue, le psychothérapeute ne peut en aucun cas être prescripteur. Elle est donc confiée à un autre thérapeute (**Marie-Cardine M., 1996**).

Cependant cette tentative d'épurer l'acte psychothérapeutique de tout parasitage pose plusieurs questions : en procédant de la sorte, ne considérons-nous pas l'acte de prescrire comme un acte purement technique ? Qu'en est-il du thérapeute prescripteur et de sa relation avec son patient ? Ces frontières théoriques se retrouvent-elles aussi clairement dans la pratique clinique ?

Cette pratique prônée par la psychanalyse elle-même ne vient-elle pas contredire l'essence même de la psychanalyse ? Comment en effet imaginer qu'une relation thérapeutique soit, en la décrétant comme telle, purement pharmacologique, et qu'une autre soit uniquement psychanalytique ? Ces questions sont en effet troublantes. La position radicale de la psychanalyse ne doit-elle pas être revisitée par l'expérience clinique du prescripteur-psychothérapeute ?

De plus, nous constatons que la plupart des tentatives de séparer prescripteur et psychothérapeute ne sont pas toujours opérantes pour certains patients, et particulièrement les patients ayant recours plus facilement à la voie du chimique pour résoudre leurs conflits intrapsychiques.

Nous questionnons donc cette posture de neutralité et d'abstinence en laissant entrevoir qu'un authentique travail psychothérapeutique est possible tout en prescrivant un psychotrope. De même, nous serons amenés à questionner la posture analytique qui ne veut rien savoir de l'effet pharmacologique d'un psychotrope et n'accorde de crédit qu'au seul traitement du psychique par le psychique.

Comment la psychanalyse, qui intègre la contradiction, peut-elle réinterroger cette théorie ? Une reformulation théorique remettra en question la position analytique. A partir d'expériences cliniques, nous serons amenés à déconstruire des préjugés, nous serons amenés à revisiter des théories peut-être engoncées dans leur gangue idéologique en montrant sur quels fondements elles se sont bâties. En effet, ne serait-ce pas parfois des positions défensives *a priori* qui existent dans le champ psychanalytique lui-même ?

Tout l'enjeu consiste à réfléchir à la façon dont la prescription peut être un acte psychothérapeutique à part entière. Comment devient-elle un allié de la parole ?

En considérant la prescription sous l'angle psychothérapeutique, nous reconnaissons, dans l'effet thérapeutique, une part due à l'action pharmacologique d'une substance.

Le clinicien, en écoutant le patient tout en s'écoutant lui-même, intègre l'effet pharmacologique d'une molécule. Dans sa pratique, l'acte de prescrire reste périphérique. Le clinicien amène le patient sur le terrain du langage, de la parole, du symbolique et du sens. Ce recours au symbolique et cette mise en mots d'une histoire sont centraux dans son travail. Prescription et médicament restent donc périphériques dans le discours du clinicien tout comme dans celui du patient.

Nous nous démarquons de la démarche scientifique consistant à en savoir plus sur la pathologie psychiatrique et sur le cerveau humain en étudiant l'effet des molécules sur le sujet et les conséquences comportementales de ces mêmes molécules sur le sujet.

Nous ne considérons donc pas que les psychotropes soient le mode d'accès exclusif à la compréhension des phénomènes psychiques. Notre travail incitera les neurosciences à prendre en compte la dimension interpersonnelle et la subjectivité, donc à considérer que la pratique clinique n'est plus un biais à éliminer des protocoles de recherche.

Nous pensons les psychotropes intégrés à une parole, car c'est exclusivement de cette manière qu'ils peuvent être pensés. Comme nous le rappelait Dagognet F. (1964, p38), « Quelle que soit la rationalité scientifique, pour tout remède, dès qu'il rencontre un organisme vivant, sa belle objectivité se perd, le rationalisme scientifique s'obscurcit ».

Nous ne sommes jamais sûrs de l'effet exact d'une molécule lorsqu'elle rencontre un organisme vivant. Nous ne pourrions donc jamais ôter à la prescription la dimension relationnelle qui intervient inéluctablement.

Nous réfléchissons à la façon dont la molécule modifie le travail de parole. Nous réfléchissons aux interactions réciproques entre psychotrope, parole du sujet et du thérapeute. La parole crée une brèche dans la rationalité pharmacologique, elle y introduit de l'irrationnel.

L'effet pharmacologique modifie la relation thérapeutique et vice versa. La relation transférentielle, la relation clinique, la parole du sujet modifient l'effet pharmacologique. Ainsi, nous concevons l'effet pharmacologique d'une substance non pas comme un effet fixe et standardisé, mais au contraire nous pensons que cet effet est mobilisé et déplacé par l'expérience clinique elle-même. Celle-ci lui donnera son essor, son relief et son sens.

Nous privilégions donc la psychopathologie, qui est à la base de la compréhension clinique et, par conséquent, une approche à la fois historique et psychique de la vie du patient.

L'écoute analytique dans laquelle nous nous plaçons redonne leur place à l'aléatoire et au hasard. Ainsi surgissent l'insu, et le dévoilement d'une vérité à laquelle ni le patient ni le thérapeute ne s'attendaient (**Lacan J., 1973**). La prise de risque est mutuelle, elle concerne le patient aussi bien que le thérapeute. La parole est une prise de risque.

L'engagement d'un travail psychothérapeutique consiste, de la part du thérapeute, à se laisser modifier et transformer par l'œuvre du symptôme (**Zarifian E., 1994**).

Le travail sur la singularité du sujet par la rencontre clinique psychothérapique nous a logiquement guidés vers l'étude de cas. Cette étude de cas clinique de malade est à la base de notre réflexion.

Cela correspond à une des modalités de la recherche clinique décrite par D. Widlöcher, « *L'étude du cas* » (**cité par Gori R. dans Gori R., Hoffmann C., 1999, p 107**) pouvant d'après lui apporter du nouveau dans la connaissance de certaines pathologies, et par conséquent une meilleure approche thérapeutique.

Frege place la subjectivité au niveau de la représentation : une représentation doit être attribuée à quelqu'un et datée. Tout comme chacun peut associer à un même mot telle ou telle représentation, chacun peut lier à ce mot tel ou tel sens. Cependant lorsque deux personnes se représentent le même objet, chacune d'elles a une représentation qui lui est propre. Le lien entre les représentations et les mots étant incertain, l'un notera une différence où un autre ne la verra pas. Ainsi, « nous pouvons donc déduire logiquement que le lien entre la représentation et le mot relève de la performance du sujet dans la langue ». (**cité par Gori R. dans Gori R., Hoffmann C., 1999, p108**).

Les principes de notre méthode de recherche s'appuient sur plusieurs points : l'étude de la représentation nécessite l'étude de la « langue-l » intériorisée par un sujet capable de performance (**ibid.**), c'est le sujet lui-même qui peut nous livrer l'accès à la représentation. Ensuite, le sujet freudien est un sujet divisé entre l'énoncé et l'énonciation de sa parole.

Le rapport entre ces deux textes nécessite une traduction. La traduction suit strictement les règles du système langagier. La parole du sujet s'adresse à un Autre dans l'attente de sa traduction. La restitution au sujet de sa parole par l'Autre, usant de l'équivocité de la parole, produit un gain de sens et de savoir. La « valeur de vérité » de la traduction est fournie par ses effets, repérables dans la production d'un matériel discursif nouveau dans la cure, comme par exemple la levée du refoulement de l'infantile amenant de nouveaux souvenirs de cette époque en donnant ainsi un sens nouveau au symptôme. Les grandes lignes énumérées ci-dessus dessinent les bases de notre méthode de recherche.

L'objectif de notre méthode est de contribuer à l'élaboration d'une clinique du discours à partir de l'étude des singularités cliniques.

Remarquons que l'Association française de psychiatrie affiche son projet d'intégrer le sujet dans ses programmes de recherche clinique : « Une meilleure connaissance des névroses et des troubles névrotiques nous rapproche petit à petit d'une meilleure compréhension de la richesse et de la complexité du sujet ». Les psychiatres font le constat que « si la névrose n'existait plus (Le D.S.M. a déconstruit le diagnostic de névrose), les névrosés existaient bel et bien ! » Notre démarche est inverse, nous étudions la singularité clinique du sujet diagnostiqué comme psychotique ou névrosé ou pervers, pour tenter une meilleure compréhension de ses structures psychopathologiques.

L'histoire du malade se déroule tout au long de la prescription de psychotrope. Elle se présente comme un roman au lieu d'un écrit scientifique. La maladie et son roman s'avèrent proprement humains et relèvent d'une construction du malade mais également de notre propre reconstruction. Le cas du malade ne peut pas être objectivé, tout comme la subjectivité ne peut pas être objectivée (**Del Volgo MJ., 1997**).

Freud S. écrivait : « Comme d'autres neurologues, je fus habitué à m'en référer aux diagnostics et à établir des pronostics en me servant de l'électrothérapie, c'est pourquoi je m'étonne moi-même de constater que mes observations de malades se lisent comme des romans et qu'elles ne portent pour ainsi dire ce cachet de sérieux, propre aux écrits des savants. Je m'en console en me disant que cet état de choses est évidemment attribuable à la nature même du sujet traité et non à mon choix personnel » (**cité par R. Gori dans Gori R., Hoffmann C., 1999, p101**).

Les cas choisis, pour certains d'entre eux, relevaient de suivis terminés. Pour d'autres, les cas ont été choisis pendant le travail de recherche. La retranscription écrite est de toute manière influencée par l'optique du travail de recherche. Il s'agit donc d'une santé « privée » dont Freud nous rappelle qu'elle ne saurait se réduire à l'évaluation d'un comportement (**dans Gori R., 2000**). Le clinicien va tenter de sortir du modèle général de la maladie pour s'intéresser au singulier du malade dans la rencontre à visée thérapeutique avec son médecin : il tente de comprendre les modalités de la présence de l'un à l'autre.

La question de la prescription est amenée parfois d'emblée par le patient, qui se présente avec cette demande première de psychotropes, alléguant des symptômes tels que le plus souvent, anxiété ou troubles du sommeil. Le patient peut également se présenter en s'affichant comme dépendant de divers toxiques (« Je suis toxicomane »), il souhaite alors une aide médicamenteuse pour ne plus ressentir le manque. Ces cas sont les plus fréquents.

La prescription de psychotropes survient parfois lors d'un suivi psychothérapeutique, le médecin, au cours du cheminement avec son patient, proposant une aide médicamenteuse.

Nous n'avons pas effectué une distinction nosographique en abordant le cas de la prescription auprès d'un patient psychotique par exemple, puis celui d'une prescription lors de la rencontre avec un patient névrosé ou encore un patient état-limite. Cela ne signifie pas que les enjeux soient les mêmes selon les différents cas nosographiques. Mais c'est justement en nous plaçant en tant que psychiatre clinicien que nous tenterons de dégager une réflexion éthique sur l'acte de prescrire, au-delà des catégories diagnostiques en nous intéressant essentiellement à l'être-au-monde du sujet. Cela suppose donc de ne pas aborder le sujet par le biais de sa maladie. Nous réfléchissons à l'acte de prescrire et à l'essence même de cet acte. Quelle alchimie se produit lors de la rencontre entre une molécule et la parole du sujet ? C'est à partir de situations cliniques singulières que nous déploierons notre élaboration, afin de tenter d'élargir la question de la prescription d'un point de vue psychopathologique et épistémologique sous l'éclairage constant de la clinique analytique.

Le dispositif de soin est souple et adaptatif. L'écoute est centrale dans l'accueil du patient. Nous partons de l'effet de la rencontre humaine et nous nous écartons de l'abord plus technique du patient auquel souhaite nous inciter la médecine moderne.

En instaurant par exemple un cadre de prescription de faibles doses de substitution, en ne répondant pas à l'immédiateté d'une attente dévorante du patient (**Hassoun J., 1993**), nous évitons de lui laisser croire que tout se passe du côté du chimique. Nous réintroduisons progressivement la question du manque du manque, c'est à dire du manque à être. La prescription n'est pas là pour combler un vide existentiel. Ainsi, en nous plaçant à la bordure de l'immédiateté d'une demande de psychotropes, nous mobilisons un mouvement intrapsychique.

Nous nous décalons donc de cette demande en n'y répondant pas directement, en étirant le temps, en introduisant du silence.

Parallèlement aux prescriptions médicamenteuses, nous recevons le patient de manière très régulière, parfois plusieurs fois par semaine si nécessaire.

Ainsi, nous nous engageons avec le patient dans un cheminement par la parole et dans la parole, cheminement parfois accompagné d'une prescription de psychotropes. Ainsi, les objets thérapeutiques ne sont efficaces que du fait de leur inscription dans la parole du thérapeute. La prescription permet de rencontrer des patients peu à peu d'élaboration, angoissés par cette perspective.

En ne répondant pas à l'urgence d'une demande, nous signifions bien que ce besoin vital de psychotropes cache une autre angoisse, celle en lien avec le désir... Nous laissons la parole s'immiscer progressivement dans le lien biologique qui unit thérapeute-prescripteur et patient. Cela permet d'instaurer du mouvement dans ce lien chimique et de ne pas aliéner le patient par le chimique. Le fait que le thérapeute soit également prescripteur démultiplie les mouvements transférentiels et contre-transférentiels.

Par ce biais, l'acte de prescrire expose le thérapeute en le plaçant en posture d'agir, ce qui peut fragiliser sa position clinique. S'il n'a pas l'intention d'exercer un pouvoir sur son patient, la prescription de psychotrope s'imbrique alors à la relation clinique et son effet est influencé par cette relation. Les influences réciproques médicament-relation-clinique sont pluridirectionnelles.

L'écoute analytique amène à différer pour permettre de relativiser l'attente dévorante du patient, elle incite à ne pas se précipiter, ne pas vouloir comprendre à tout prix. « Le désir de comprendre ne fait lui-même que précéder de peu le désir d'intervenir » (**Clavreul J., 1978**).

Le thérapeute est amené à se déplacer constamment face à la demande du patient. Ce dernier essaie de lui attribuer des places que le clinicien doit bien se garder d'occuper (**Le Poulichet S., 1987**) ! Comme celles par exemple du personnage tout puissant, sorte de thaumaturge, guérissant le patient par une intervention médicamenteuse extérieure au sujet.

Nous nous plaçons dans une optique d'écoute analytique. Notre posture est celle d'un clinicien et non celle d'un thérapeute cognitivo-comportementaliste. Cette option nous semble plus en lien avec la question de la subjectivation et du processus thérapeutique engagé entre le thérapeute et le patient. Même si elle ne le reconnaît pas vraiment, la thérapie comportementale n'exclut pas la question de la relation médecin-malade, c'est-à-dire la question transférentielle. Elle se prétend Science de l'esprit, utilise les termes de technologie de la cognition et technoscience. Elle a tendance à réduire l'esprit à la cognition, qui elle-même se réduit avec l'avancée des recherches à une machine déductive dont l'ordinateur peut constituer le paradigme. Les comportements cognitifs vont se trouver une base neurophysiologique (**Gori R., Hoffmann C., 1999**).

Une des questions soulevées par ce travail concerne la place du sujet et celle du thérapeute par rapport à l'acte de prescrire. Le travail psychothérapeutique donnerait du une dynamique à la prescription médicamenteuse en l'intégrant à la relation médecin-malade.

Le sujet, de par son engagement dans un travail de parole, reçoit alors la molécule chimique d'une certaine manière. L'écoute et la parole personnaliseraient ainsi la molécule.

Son potentiel thérapeutique n'en serait que meilleur. Ainsi parole et transfert « piloteraient » en quelque sorte la molécule (**Fedida P., 1996**).

La posture que nous adoptons face à la prescription de psychotropes consiste à laisser venir la demande première du sujet, à laisser opérer la relation médecin-malade. C'est à partir de cette relation que nous penserons la prescription. Entre le patient et le thérapeute s'engage un processus qui se déroule au sein même du patient du fait de sa rencontre avec l'objet que le thérapeute a proposé de représenter pour lui.

Entre le thérapeute et le médecin s'instaure une relation transférentielle, relation imprégnée de mouvements affectifs de part et d'autre, le patient se tournant vers le médecin avec des représentations d'attente libidinales. (**Freud S., 1912**).

Comme le précise Roland Gori (**2000**), le dispositif analytique présente un caractère *artificiel* et la psychanalyse opère par une méthodologie spécifique en fabriquant une maladie artificielle seule objet de ses soins. C'est en soignant cette maladie qu'elle a créée, que la psychanalyse peut produire des effets de changements chez le patient. « Inviter un patient qui se plaint à dire tout ce qui lui vient à l'esprit, sans choix ni réticence, et examiner avec lui ce qu'il dit, c'est établir par un acte authentiquement rhétorique que sa souffrance détient son origine des paroles qu'il va être amené à prononcer » (**Gori R., 2000, p 39**).

C'est bien en se référant à ce processus thérapeutique que le psychiatre pense son action soignante : ce qui sert de critère thérapeutique à son action sera la question de savoir dans quelle mesure celle-ci s'adresse au processus qui se déroule dans la psyché du patient et entre le patient et le thérapeute, et de quelle façon cette action soutient ce processus et lui permet de se développer (**Kapsambelis V., 1999**).

La relation transférentielle sera modifiée par la prescription médicamenteuse, elle exposera encore plus le thérapeute en fragilisant sa position d'écoute.

La prescription médicamenteuse est un des moyens les plus puissants dont nous disposons pour interférer avec le processus thérapeutique. Cette interférence consiste parfois en un gommage du conflit intrapsychique, elle représente alors une gêne au processus psychothérapeutique. Dans d'autres cas, le psychotrope prescrit permet une relance du processus psychique figé. C'est alors par le dynamisme de la relation médecin-malade que ce processus relancé par une molécule deviendra thérapeutique proprement dit.

L'exemple de cette patiente, Nadia, que je reçois depuis plus d'une année est parlant : la relation instaurée est tendue, je pressens que le moindre mot mal placé rendrait la situation explosive. Nadia exerce une forte pression lors de nos rencontres. J'ai toujours refusé de prescrire le moindre psychotrope malgré des demandes de plus en plus insistantes de sa part.

Cela était bien admis, d'ailleurs, lorsque Nadia passait aux urgences psychiatriques, elle expliquait que « j'étais le médecin qui ne lui prescrivait aucun médicament, que c'était comme ça ». Parfois elle me rapportait des remarques émanant de confrères addictologues. « Ils ne comprennent pas que vous ne prescriviez pas de traitement de substitution alors que vous travaillez dans un centre d'addictologie »... Dans cette situation clinique, j'ai toujours eu le sentiment qu'étant donné l'intensité de la relation transférentielle, tenir le rôle à la fois de thérapeute et celui de prescripteur me plaçait en une place omnipotente intenable pour moi-même. Nadia ne le supporterait pas non plus, je serais ainsi en rivalité par rapport à sa propre omnipotence.

Un épisode me conforta en ce sens : Nadia demande une prescription amphétaminique de *Ritaline* devant une suspicion de syndrome hyperactif de l'enfance passé inaperçu. Un médecin généraliste exerçant en centre d'addictologie avait évoqué cette hypothèse, il me demanda mon avis sur cette question. J'étais fort embarrassé, car en lui répondant, je sortais de ma posture de clinicien pour m'aventurer dans un autre domaine. Cependant, un confrère psychiatre du même centre que le mien s'est permis de répondre en disant que la prescription de *Ritaline* n'était pas appropriée dans le cas de Nadia car elle était trop ancrée dans une polytoxicomanie grave. La séance suivante, Nadia se montre fermée, tendue, elle me donne un document du généraliste concernant la *Ritaline*, se lève sans parler et se met à tout jeter dans mon bureau, chaise, papiers etc... Elle sort ensuite extrêmement tendue, pour se retrouver aux urgences psychiatriques. Nous avons pu reprendre cette scène ensemble, Nadia m'avait fait porter la responsabilité du refus du généraliste de lui prescrire la *Ritaline*. « Vous n'avez pas à vous occuper des médicaments, c'est de votre faute ». En y réfléchissant, je constatai toute l'importance de garder une posture claire de non prescription.

C'était une manière de montrer ma fiabilité vis-à-vis d'elle. Si j'adoptai le rôle de thérapeute et de prescripteur, je ne pouvais plus garder mon potentiel thérapeutique d'écoute. Cette situation montre à quel point le prescripteur peut être entamé, fragilisé dans sa capacité à écouter tout en prescrivant un psychotrope. Dans cette situation, pour le moment, je n'étais absolument pas prêt à prescrire un traitement à Nadia. La relation instaurée avec elle, ne me permettait pas d'envisager une prescription, peut-être justement parce que Nadia m'avait déjà beaucoup parlé.

Nous développerons notre réflexion, en termes psychopathologiques, pour essayer de préciser la façon dont s'exerce l'action thérapeutique des psychotropes notamment au niveau du processus thérapeutique engagé dans la relation médecin-malade.

Nous nous laissons guider par l'expérience clinique et la pratique d'une dizaine d'années de consultations psychiatriques pour mener cette réflexion et pour essayer de dégager une ouverture épistémologique sur la question du prescrire.

En tant que clinicien, nous axons notre travail sur l'écoute : Balint M. (1957) nous rappelle que la capacité d'écoute est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable de la personnalité du médecin. A mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même. Jacobi B. (1995) décrit l'écoute comme se donner la possibilité d'apprendre des choses de la vie, de ma vie : écouter amène à interroger sa propre expérience. L'écoute clinique sollicite au présent une forme d'oubli apparent des concepts. Benjamin Jacobi (1995) nous indique qu'écouter oblige provisoirement à ne plus s'écouter.

Freud S. (1912) décrivait l'écoute analytique comme une faculté d'écouter sans se soucier de savoir si on porte ou non son attention sur quelque chose. En effet, du moment où l'on tend intentionnellement son attention jusqu'à un certain degré, on commence aussi à sélectionner parmi le matériel offert, on fixe tel morceau avec une acuité particulière et on en élimine en revanche un autre, en suivant dans cette sélection ses attentes ou ses inclinaisons. On ne doit pas oublier que la plupart du temps il nous est donné d'entendre des choses dont la significativité n'est reconnue qu'après coup.

Ecouter au-delà de la demande première de psychotropes, se décaler légèrement par rapport à cette demande de manière à créer une petite faille. Entendre le dire au-delà du dit et accueillir au présent la singularité de l'événement psychique, comme l'écrit Le Poulichet S. (2004). Ecouter en nous ces légères réactions émotionnelles dues à la rencontre clinique.

Notre attitude consiste à nous décentrer de cette demande première de façon à ne pas laisser le médicament définir seul la scène thérapeutique.

Ecouter en permettant la survenue d'une surprise, les mouvements relationnels prenant sens dans la relation médecin-malade, à l'insu du thérapeute et du patient. Citons René Char : « Les mots qui vont surgir savent de nous ce que nous ignorons d'eux ».

Le clinicien se place en position d'entendre comme pour la première fois une composition psychique unique et des mouvements psychiques qui ne sauraient se trouver subsumés par un modèle préétabli, il se laisse affecter par la surprise et la résonance créées par de nouveaux phénomènes.

Ainsi, même si cela ne semble pas révolutionnaire, nous proposons d'oser l'écoute clinique du patient, oser l'écoute d'inspiration analytique tout en prescrivant un psychotrope. Nous proposons de mettre entre parenthèses ce cortège catégoriel nosographique afin d'être à l'écoute du patient dans la singularité de ce qu'il vit et de ce qu'il ressent.

C'est pourquoi nous privilégions un retour à la psychopathologie, qui est à la base de la compréhension clinique et, par conséquent, d'une approche à la fois historique et psychique de la vie du patient. (**Aulagnier P., 1984 ; 2001 ; Fedida P., 2003**). La psychanalyse privilégie la parole du sujet à partir de sa demande, et donc, entre autres, ce qu'il dira de sa conduite mais elle ne s'intéresse pas à la réalité clinique de la conduite. Cette demande offre l'occasion de laisser émerger une autre demande, celle ayant à voir avec le Sujet. Nous nous plaçons dans une écoute permettant une association libre. Nous recevons la parole du sujet, en lui permettant de dérouler son histoire personnelle et intime de manière à ce qu'il se la réapproprie.

L'attitude d'attendre LA demande du patient est à questionner : avec les traitements de substitution, les patients viennent demander, comme on l'a mentionné, LEUR MEDICAMENT. Cette demande offre l'occasion de laisser émerger une autre demande, celle ayant à voir avec le Sujet. La question de la relation transférentielle engagée avec les patients présentant des problématiques addictives est essentielle à soulever : ces patients suscitent des relations passionnelles, ce qui complique le maniement du transfert (**Thomas O., 2006**). Le thérapeute travaille avec les forces les plus explosives, il lui faut la même prudence et la même scrupulosité que le chimiste (**Freud S., 1912 ; 1915**).

Freud S. (**1915**) parlait d'individus dont la disposition passionnelle élémentaire ne supportait aucun succédané. Face à ce besoin d'amour si inflexible, il avouait son impuissance en adoptant une attitude de retrait et de fuite.

Le travail d'écoute, de cheminement auprès du patient, permet à ce dernier de redonner forme à une image absente, de la réintroduire dans le cours de son histoire et de commencer enfin à penser cette passion qui a pour objet une attente infinie : celle que la drogue suscite.

La pratique clinique évoque une prescription qui ne reste pas figée : ce sont les mouvements transférentiels et contre transférentiels qui requalifieront le psychotrope de manière à ce qu'il devienne un médicament spécifique.

C'est lors de ce cheminement progressif que certains patients dépendants abandonneront la voie pharmacologique en délogeant l'objet drogue ou médicament substitutif de cette place omnipotente où il l'avait placé.

Nous confronterons donc la prescription de psychotropes à l'épreuve de la parole.

Avant cela, il nous a semblé important d'esquisser le cadre où se déroule la prescription de psychotropes. La scène thérapeutique est dessinée par la relation médecin-malade, l'acte de prescrire tenant lieu d'échange et de lien entre thérapeute et sujet.

Nous allons évoquer l'évolution de cette relation médecin-malade dans l'histoire de la médecine afin de préciser les divers enjeux d'une prescription de psychotropes mobilisés au sein même de la relation médecin-malade.

III.LA RELATION MEDECIN-MALADE

A. Histoire de la médecine et relation médecin-malade

Avant d'aborder la question plus ciblée de la prescription de psychotropes en psychiatrie, il convient d'en situer le contexte. Elle intervient au sein de la relation médecin-malade, c'est pourquoi il nous semble primordial de repérer les enjeux de cette rencontre intersubjective. De plus, la relation médecin-malade évolue en fonction des progrès de la médecine et de l'évolution des moyens de soigner. Lorsqu'on se réfère à la relation thérapeutique, c'est avant tout sous la forme de l'échange médecin-malade qu'elle est évoquée (**Biadi-Imhof A., 1998**). La tendance actuelle est de privilégier un abord technique du patient, se voulant plus scientifique. Cela concerne la médecine somatique aussi bien que la psychiatrie. Nous détaillerons les fondements de cette relation en médecine, et nous essaierons d'en dégager les spécificités dans le cas de la psychiatrie. C'est par le biais de la relation médecin-malade que nous serons amenés à parcourir l'évolution, l'histoire, de la médecine et de la psychiatrie.

Selon Georges Canguilhem (**2002**), la relation médecin-malade n'a jamais encore réussi à être une relation simple d'ordre instrumental, capable d'être décrite de telle façon que la cause et l'effet, le geste thérapeutique et son résultat, soient liés directement l'un à l'autre, sur un même plan et au même niveau, sans intermédiaire étranger à cet espace d'intelligibilité. En effet, le couple médecin-malade n'a jamais été un couple harmonieux dont chacun des partenaires se dise pleinement satisfait de l'autre. L'appel au médecin vient du malade. C'est l'écho de cet appel pathétique qui fait qualifier de pathologique toutes les sciences qu'utilise au secours de la vie, la technique médicale (**Canguilhem G., 1966**).

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous sur les termes de médecine et de connaissance médicale. Quelle est l'essence même de la médecine ? N'oublions jamais, comme se plaît à nous le rappeler Canguilhem G. (**2002**), que c'est le malade qui se trouve à la base de la médecine et non la médecine qui tombe sur lui et l'arraisonne ! Lanteri-Laura G. (**1982**) dégage de la notion de médecine, l'idée d'une intervention active contre l'évolution d'une maladie.

Selon lui, « la médecine existe seulement dans une culture où, devant la douleur ou l'impuissance, le comportement requis de façon prévalente ne consiste habituellement ni à attendre passivement la guérison ni à se résigner à la mort, ni d'ordinaire à la devancer » (**ibid.**).

Ainsi, le médecin actif procure au malade, par des interventions efficaces, une amélioration ou une restitution que ce dernier ne saurait obtenir par ses propres moyens. Cette ambition peut aller jusqu'à renfermer l'idée qu'un organisme malade n'est, face au médecin et pour lui, qu'un objet passif et docile à des manipulations et sollicitations extérieures (**Canguilhem G., 2002**). La médecine serait sans doute une pratique d'abord animée par un dessein salvateur et humain. Elle est aussi, par d'autres côtés, une rencontre singulière entre l'homme qui secourt et celui qui souffre (**Dagognet F., 1998**).

Cette dimension salvatrice du soin prend parfois en psychiatrie des aspects dramatiques lorsque le médecin est animé par un désir de guérir à tout prix son patient (**Balint M., 1957**).

J'évoque le fragment clinique d'un patient, Roger, que je reçois en consultation depuis plusieurs mois. Ce patient, héboïdophrène, tisse des relations fusionnelles avec les soignants. Une relation forte s'est instaurée entre lui et un infirmier du service. Le malade ne supporte pas le moindre manque, ni la moindre frustration. Il m'a entraîné dans une escalade médicamenteuse, en montrant une appétence pour tous les psychotropes. Il éprouve un besoin de se remplir sans fin, se montre adhésif, et il tend à envahir ma consultation et mon bureau. La relation clinique m'a amené à instaurer des limites fermes concernant la prescription médicamenteuse, aussi bien que dans la relation thérapeutique. L'infirmier référent, quant à lui, s'investit de plus en plus dans la relation avec ce patient. Il se montre angoissé à l'idée que celui-ci décède, et se met à prendre le rôle de sauveur du patient. Il me reproche de ne pas accéder à ses demandes médicamenteuses, lui donne de l'argent, l'accompagne dans toutes ses démarches, sans en référer à l'équipe. Il s'occupe des petits problèmes de santé de Roger, à l'image d'une mère. Progressivement, l'infirmier dépérit, il s'épuise. La relation avec le patient devient tendue. En tant que psychiatre traitant, je suis assimilé au mauvais objet, celui qui frustré le patient par rapport à ses demandes incessantes de don oral. A un moment, une crise éclate entre Roger et l'infirmier : ce dernier, épuisé de répondre aux demandes incessantes malgré les mises en garde de l'équipe, est agressé par le patient. Le chef de service décide, en réunion d'équipe, de mettre un terme à cette référence infirmière. L'infirmier semble soulagé. Nous décidons également d'interrompre le soin pendant six mois : le patient l'accepte mal, il jette des bouteilles sur la façade du centre. Il reviendra six mois après, le soin psychiatrique s'enclenchera sur de nouvelles bases.

Instaurer du manque a été fondamental et bénéfique pour ce patient. Prendre le risque qu'il puisse mourir a permis un autre type de relation clinique, plus aérée, moins tendue. Nous lui avons surtout signifié que nous n'occuperions jamais une place omnipotente susceptible de combler toutes ses failles.

La relation entre l'infirmier et le patient nous questionne : l'infirmier a pris une place maternelle, hyperprotectrice. Le patient l'a amené à colmater, à combler toutes ses béances narcissiques. Il se nourrit du moi de l'infirmier. Ce dernier a occupé une place intenable, il aurait dû renoncer à son désir de sauver ce patient. Cela était compliqué du fait que Roger savait très bien s'offrir aux soignants de manière à ce que ceux-ci se sentent presque dans l'obligation d'agir à sa place. Renoncer à occuper cette place aurait été bénéfique pour la relation thérapeutique.

L'envie d'agir du côté du médecin est ancienne. Un médecin écossais, fort célèbre au début du XIX^{ème} siècle, John Brown, l'inventaire des concepts de sthénie et d'asthénie, croyait pouvoir résumer en deux mots l'impératif de l'activité médicale : « Il faut stimuler ou débiliter, jamais d'inaction », « la vie est un état forcé, nous ne sommes rien par nous-mêmes et nous sommes entièrement subordonnés aux puissances extérieures ». A corps inerte, médecine agissante ! (*Eléments de médecine, 1780, cité par G. Canguilhem, 2002, p16*). L'agir du médecin rassure le praticien, il lui donne bonne conscience, le médecin se sent utile et efficient.

La pratique de la médecine renvoie à l'association d'un savoir-faire et d'un savoir. D'ailleurs, au futur médecin, on enseigne les pathologies ainsi que les thérapeutiques leur correspondant. Mais lorsqu'il devra exercer son art, ne jouent plus ni cette grille nosographique, ni la thérapeutique dont il aura été imprégné (**Dagognet F., 1998**). La prise en compte de la relation avec le malade, l'intuition clinique, et tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie, interviennent dans la démarche clinique.

La conduite thérapeutique médicale résulte toujours, spécifiquement, des conclusions diagnostiques d'un examen sémiologique : la clinique précède, dans la chronologie du savoir-faire et dans l'ordre logique du savoir, nécessairement le traitement. Selon Lantéri-Laura G. (**1982**), il n'existe de médecine qu'avec l'enchaînement logique et temporel : clinique, diagnostic, traitement. De plus, la médecine s'intéresse aux différentes façons d'être malade, il ne s'agit pas en effet de distinguer seulement l'être-en-bonne-santé de l'être-malade. En effet, la compétence de la médecine devient pertinente lorsqu'il s'agit de distinguer être-malade ainsi d'être-malade autrement.

Cela implique la notion essentielle de la singularité du malade avec sa maladie, singularité du malade transformé dans sa présence au monde, par la maladie.

Platon (**385-370a av. JC. ; 385-370b av. JC**) définissait la médecine comme un art ou une technique. Quand elle soigne un malade, elle ne le fait que lorsqu'elle a étudié sa nature, qu'elle connaît les causes de ce qu'elle fait, et peut rendre raison de chacune de ces deux choses.

A l'opposé de la position active du médecin face au patient, la conscience des limites du pouvoir de la médecine accompagne toute conception du corps vivant qui lui attribue une capacité spontanée de conservation de sa structure et de régulation de ses fonctions. A corps dynamique, médecine expectante. Le génie médical serait une patience (**Canguilhem G., 2002**).

J.M. Charcot reprenait cette idée dans les conclusions de sa thèse pour l'agrégation en 1857, « De l'expectation en médecine ». Cette thèse composait avec une tradition hippocratique de la maladie-médecin. Hippocrate avait introduit le concept de *Nature* dans la pensée médicale : « Les natures sont les médecins des maladies ». L'art médical doit observer, écouter la nature. Selon les situations, le médecin doit laisser faire la nature, ou bien intervenir pour la soutenir et l'aider, ou bien renoncer à l'intervention car il y a des maladies plus fortes que la nature. Hippocrate a donc favorisé une médecine peu interventionniste : il entend respecter la nature et s'en tient déjà au *primum non nocere*.

C'est à partir de la période hippocratique que la médecine grecque prend corps. Les maladies sont perçues comme des désordres corporels à propos desquels on peut tenir un discours communicable concernant des symptômes, leurs causes supposées, leur devenir probable et la conduite à observer pour corriger le désordre.

Platon (**cité par F. Dagognet, 1998, p34**) nous fait remarquer « qu'aucun malade ne ressemble à aucun autre et lui-même évolue : dans ces conditions, le soignant doit s'adapter à cette situation mouvante, ce qui exclut des règles *ne varietur*. Pour Canguilhem G. (**1966**), « il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». « La qualité de pathologique est un import d'origine technique et, par là, d'origine subjective » (**Canguilhem G., 1966, p156**).

Pendant des siècles, la maladie a été tenue pour une possession par un être malin dont seul un thaumaturge chassant le mal pouvait triompher. La maladie paraît toujours envoyée par quelqu'un, le Tout-Puissant, et l'être qui l'envoie doit toujours avoir ses raisons pour la faire pénétrer dans tel ou tel corps (**Del Volgo MJ., 1997**). C'est pourquoi, dès le début, le phénomène de maladie est indissolublement lié au sentiment religieux et le médecin assimilé à un thaumaturge sommé d'éradiquer ce mal extérieur.

Au XVII^{ème} siècle, Sydenham précise la notion de maladie (**Lanteri-Laura G., 1982**) : il la définit en tant que syndrome regroupant des symptômes, syndrome caractéristique de telle ou telle maladie. Ce syndrome est retrouvé à l'identique d'un jour à l'autre chez le même patient, le même syndrome se retrouve à l'identique auprès de différents patients.

Le concept de maladie tient surtout à ce que la sémiologie ne distribue pas les signes cliniques au hasard. Il existe donc une cohérence clinique essentielle. Sydenham incluait dans les signes cliniques les confidences du patient, ce qui introduisait la notion de subjectivisme.

Cette notion de maladie ainsi définie évoluera durant le XVIII^{ème} siècle : face à une cohérence clinique *in vivo*, sera recherchée une corrélation anatomo-clinique post-mortem.

Cette méthode anatomo-clinique fonde le discours médical d'un savoir sur le corps qui prend pour paradigme le cadavre, selon la célèbre phrase de Bichat (**cité par M. Foucault, 1963,p175**) : « Le cadavre ouvert, c'est la vérité intérieure de la maladie », ou encore, « ouvrez quelques cadavres, vous verrez apparaître l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper ».

Donc, devant toute maladie, on est sommé de trouver des lésions bien circonscrites d'un organe ou d'un tissu. De la fin du XVIII^{ème} au milieu du XIX^{ème} siècle, des médecins de l'école de Paris, dont Laënnec, donneront son statut à l'examen clinique. Ils tenteront d'écarter les confidences du malade sur son ressenti, sur le vécu de sa maladie, de manière à dégager une technique d'examen plus scientifique, débarrassée de cette subjectivité qui faisait obstacle au progrès du savoir. L'observation médicale est l'essence de la clinique. Foucault M. (**1963**), dans son ouvrage « Naissance de la clinique », souligne que l'expérience clinique est d'abord un regard. La médecine clinique est avant tout une médecine des symptômes, tout part du symptôme qui est la forme visible de la maladie. Tatossian A. (**1999**) indique que la reconnaissance du symptôme est antérieure à celle de la maladie. Le symptôme est premier, il est seul apparent tandis que la maladie reste cachée.

Ainsi, des nouvelles techniques d'exploration clinique se développent (percussion, auscultation) afin de mieux repérer les symptômes. La démarche diagnostique tend à reléguer hors du domaine du sémiologiquement valable ce que le patient confie de son expérience vécue d'être-malade. Dès lors, au cours du XIX^{ème} siècle, la notion de maladie renvoie à une vision linéaire proposant une corrélation causaliste anatomo-clinique bien définie.

Fin XIX^{ème}, la médecine expérimentale de Claude Bernard (**1865**) suggérait un tout autre modèle en essayant de reproduire expérimentalement les maladies. Pour ce maître de la physiologie, la maladie authentique d'un point de vue scientifique était celle qu'on pouvait reproduire expérimentalement. Il proposait d'intégrer la pathologie dans la physiologie.

Le pathologique s'inscrivait comme une variation dont la médecine devait élucider les conditions phénoménales d'existence. La clinique n'avait qu'une petite place pratique.

« La médecine clinique frappe autant par son impuissance que par son irréalisme : seul le laboratoire démiurgique ouvrira sur la vérité d'un mal, dont il mettra à nu le mécanisme secret » (cité par **F. Dagognet, 1998, p56**). Cependant C. Bernard ne se contentait pas de subordonner la clinique au laboratoire, il admettait aussi le rôle d'éveil et d'alarme de l'observation clinique. « Le médecin se trouve souvent obligé de tenir compte, dans son traitement, de ce qu'on appelle l'influence du moral sur le physique... » (**Bernard C., 1865, p415**). Pour C. Bernard, la médecine empirique et la médecine expérimentale doivent être intimement liées. Celui-ci a ouvert le chemin d'une science nouvelle échappant au dogmatisme, mais surtout il ne s'inféodera pas aux méthodes triomphantes de la mécanique ou de la chimie. Il met en garde contre des réductions abusives de la médecine à la mécanique. Sans méconnaître l'importance ni la nécessité des instruments et des expériences, il reconnaît la place de la médecine des cas et des exceptions. « C'est l'idée audacieuse et l'esprit libre qui décideront » (cité par **F. Dagognet, 1998, p.63**). La physiopathologie pourrait expliquer certaines maladies. Cette théorie physiopathologique s'est en partie liée avec celle de la localisation organique des maladies. Ainsi, « la médecine physiologique », à laquelle C. Bernard donnera ses fondements, s'oppose à la tradition hippocratique qui voyait dans la maladie un être spécifique venant parasiter l'organisme. Elle affirme en effet que la pathologie n'est qu'une simple déviation de la normale, et que les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux à une variation quantitative près, par excès ou par défaut.

Ainsi, la porte des examens paracliniques s'était ouverte. Un savoir infra-clinique sur les maladies se développe, savoir qui s'éloigne progressivement de l'examen clinique du patient. Pendant cette période, l'opposition entre une conception médicale et une conception scientifique de la maladie était vive. La notion de maladie avait un aspect surtout clinique avec Sydenham, puis elle a acquis sa forme canonique impliquant la référence à des lésions organiques. Cette forme a été remise en cause par C. Bernard.

A la même période que C. Bernard, un autre médecin, Pasteur va révolutionner la médecine. Avec Pasteur, la médecine parvient à l'état de science à l'époque de la bactériologie. Le rythme des révolutions médicales s'accélère : découverte des antibiotiques, génie génétique. Avec la théorie infectieuse des maladies, le pastorisme s'aligne sur l'idée d'éradiquer un mal extérieur.

La maladie se trouve au centre de l'articulation entre les singularités de chaque patient et l'universalité de la connaissance médicale. La sémiologie apparaît comme la discipline garantissant une certaine rigueur, au passage d'un registre à l'autre. Lors de la rencontre clinique, la connaissance clinique part de la demande du patient avec toutes ses singularités, et aboutit au traitement de ce patient singulier à travers deux étapes essentielles : l'une transformant cette demande en une quête de signes, articulant les singularités du patient avec l'universalité de la sémiologie, et l'autre, le diagnostic différentiel qui détermine la plus exacte composition de ces signes pour affirmer la maladie en cause, distinguée des maladies voisines (**Lanteri-Laura G., 1982**).

La rencontre clinique suscite un savoir sémiologique conditionnant un certain savoir-faire. L'examen clinique comprend l'écoute du clinicien auprès du patient : cette écoute implique une réduction, car le clinicien en écoutant, ne peut retenir utilement que ce qui intéresse la clinique, alors que le patient dit toujours bien davantage, sans parler de ce qu'il exprime sans en être conscient. Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, la sémiologie se sert de moins en moins des confidences incertaines et peu spécifiques des patients, pour privilégier les signes physiques. C'est là une des premières différences fondamentales entre la médecine somatique et la psychiatrie : le médecin somaticien examine le corps, le corps réel, cet examen étant central dans sa pratique clinique. En examinant le corps, il opère une seconde réduction : le corps humain se présente avec toutes sortes d'aspects expressifs, esthétiques, érotiques, mais l'examen clinique ne commence que lorsque ces aspects se trouvent mis entre parenthèses, et que ce corps humain se réduit à l'objet de l'anatomie et de la physiologie (**ibid.**).

Dans la pratique psychiatrique, le travail du psychiatre se base justement sur l'écoute du patient, le récit, et la mise en mots de son histoire. Tout ce qu'amène la parole du patient, jusque dans la manière de l'exprimer, aide le psychiatre dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. Le psychiatre fait appel au registre du symbolique, à la mise en sens et en mots. Le corps physique reste périphérique dans sa pratique clinique.

La médecine d'aujourd'hui s'est fondée, avec l'efficacité qu'il faut lui reconnaître, sur la dissociation progressive de la maladie et du malade, apprenant à caractériser le malade par la maladie, plutôt qu'à identifier une maladie d'après le faisceau de symptômes spontanément présentés par le malade. La médecine actuelle s'efforce de devenir une science des maladies. Nous pouvons même nous demander si elle ne mène pas à la mort de la clinique.

Ainsi, cette construction médicale de la maladie *objective* le corps du malade pour pouvoir l'examiner, l'ausculter, le palper, le mesurer, l'explorer et le modifier dans tous ses fonctionnements vitaux, pour suspendre ou éradiquer les effets d'une maladie.

Comme le remarque Canguilhem G. (1966, p124), « La maladie est une vie nouvelle, et c'est le malade et sa nouvelle présence au monde qui devrait intéresser le médecin ».

Nous assistons donc dans la médecine moderne à l'élimination progressive, dans la connaissance des maladies, de la référence aux situations vécues des malades (Canguilhem G., 2002). Ceci est en partie dû à la colonisation de la médecine par les sciences fondamentales. Cette médecine désérotise le corps, désubjective la plainte du patient et désimplique le praticien de son inclusion dans l'intersubjectivité de la relation thérapeutique (Del Volgo MJ., 1997). « Ce corps physique se trouve exproprié du malade pour mieux le conformer au terrain sur lequel la maladie doit être combattue » (Gori R., Del Volgo MJ., 2005, p76).

Ces glissements successifs éloignent toujours un peu plus le praticien de la clinique qui devrait pourtant être son véritable milieu d'imprégnation. Le patient se voit pour ainsi dire déposséder de sa maladie et de l'intimité de son vécu en tant que malade (Gori R., Del Volgo MJ., 2005 ; 2008). Le développement d'examens paracliniques de plus en plus performants et précis, a déplacé les lieux de localisation des maladies : organisme, organe, tissu, cellule, gène, enzyme. « Ainsi, l'analyse anatomique et physiologique dissocie l'organisme en organe et en fonctions élémentaires, elle tend à situer la maladie, selon les progrès de la finesse dans l'analyse, au niveau de l'organe, et c'est Morgagni, au niveau du tissu et c'est Bichat, au niveau de la cellule et c'est Virchow » (Canguilhem G., 1966, p154).

Les examens physiques, optiques, électriques, radiologiques, scannographiques et échographiques, se sont développés. L'imagerie fonctionnelle cérébrale est en plein essor avec les pet-scan, les I.R.M. fonctionnelles qui permettent l'analyse du débit sanguin dans les différentes zones cérébrales. La tendance aux localisations de lésions cérébrales domine à nouveau la recherche en psychiatrie : la technologie moderne permet de repérer en direct les zones du cerveau se modifiant sous telles ou telles activités mentales. Il s'ensuit parfois des affirmations et déductions péremptoires quant aux conclusions apportées. Or, Edouard Zarifian (2008) nous rappelle que ces examens, aussi performants soient-ils, ne reflètent en aucun cas la spécificité du fonctionnement psychique d'un individu.

La psychiatrie actuelle emprunte également la voie de la réification du sujet. Les nouvelles classifications des pathologies psychiatriques proposées par le D.S.M. IV (1994), et maintenant par le D.S.M. V, en sont un exemple criant : devant être utilisées à la base comme outil épidémiologique pour la recherche, elles ont tendance à définir la clinique, voire même à la remplacer.

Rappelons que l'expérience clinique partait du repérage symptomatique recueilli en observant le malade au lit du malade. Dans l'optique du D.S.M., tout ce qui relève de la rencontre intersubjective telle que l'intuition clinique, le ressenti de la rencontre humaine est gommé.

Une autre conséquence de cette vision technique des maladies consiste en l'évacuation du point de vue de la maladie en tant qu'épreuve existentielle pour l'homme. En effet Canguilhem G. (1966 ; 2002) reconnaît l'intérêt de l'étude des maladies quant à leurs variétés. Cependant il ne saurait éclipser l'intérêt de tentatives de compréhension du rôle et du sens de la maladie dans l'expérience humaine. Les maladies sont une rançon à payer éventuellement par des hommes faits vivants sans l'avoir demandé, et qui ont à apprendre qu'ils tendent nécessairement, dès leur premier jour, vers une fin à la fois imprévisible et inéluctable. L'existence de la maladie comme fait biologique universel, et singulièrement comme épreuve existentielle chez l'homme, suscite une interrogation, jusqu'ici sans réponse convaincante. La mort est dans la vie, la maladie en est le signe. Mais la maladie peut également endurcir l'organisme qu'elle atteint. Vieillir, durer, sinon indemne du moins endurci, ce peut donc être aussi le bénéfice d'avoir été malade.

« Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire. La vie humaine est une existence, un être-là pour un devenir non préordonné, dans la hantise et sa fin » (Canguilhem G., 2002, p89). Roland Gori (2000) nous rappelle qu'il existe une réelle valeur ontologique de la maladie et du soin, et le sujet ne saurait se définir uniquement par sa maladie.

Freud (cité par Canguilhem G., 2002, p47) a écrit dans des lettres adressées à Lou Andréas-Salomé : « J'ai bien enduré toutes les réalités répugnantes, mais j'accepte mal les possibilités, je n'admets pas cette existence sous menace de congé ».

Les maladies sont les instruments de la vie par lesquels le vivant, lorsqu'il s'agit de l'homme, se voit contraint de s'avouer mortel, la menace de la maladie représentant un des constituants de la santé (Canguilhem G., 2002).

Ainsi, le sujet malade injecte cette angoisse de mort en venant rencontrer le médecin. Il attend donc beaucoup du soignant, et surtout il attend de ce dernier un geste, une action salvatrice quelle qu'elle soit. Le malade remet sa vie entre les mains du médecin en s'offrant à lui d'une manière passive.

On comprend donc que des liens très forts se tissent d'emblée entre le médecin et son malade. Liaison dépassant parfois le rationnel, lorsque le malade place trop d'attente vis-à-vis du médecin en lui accordant des fonctions quasi magiques.

Dans le domaine de la psychiatrie, la situation est différente car le malade ne se reconnaît pas toujours comme malade. Il ne demande parfois rien, ou bien il s'agit d'une demande déplacée. La dimension relationnelle tient une place prépondérante dans l'abord du malade.

Citons un exemple clinique : Claude, vient me voir avec une liste de questions à me poser, et il m'expose ses problèmes par ordre de priorité. Il me demande comment je compte procéder avec lui pour le soigner. Il me décrit toute une série de symptômes, physiques, psychiques, insiste sur le fait qu'il est diabétique et cardiaque. La clinique m'incite à ne pas répondre directement à toutes ces questions. Le fait de se présenter de cette façon éclaire déjà quant au fonctionnement psychique du patient. Claude décrit des sortes de malaises au cours desquels il me dit perdre connaissance. Les pompiers seraient intervenus à sa demande, mais sans l'hospitaliser. Progressivement, par la relation instaurée avec moi, il prend plaisir à me parler de son histoire difficile. Il me place en position de fils et me dit souvent : « je pourrai être votre père ».

Nous cheminons ensemble, je me laisse enseigner par Claude, ce qui facilite sa parole. Il me raconte ses souffrances, il me parle de tortures qu'il a subies pendant la guerre d'Algérie, de la mort de son père exécuté devant lui. En abordant ses malaises nocturnes, un nouvel éclairage apparaît : il semble qu'ils sont en lien, dans des moments d'angoisse et de culpabilité, avec le souvenir de la mort de son père. De plus, Claude m'apprend que pendant sa détention par la police militaire, il était réveillé en pleine nuit, et subissait des simulacres d'exécution. Il fait souvent des cauchemars concernant cette période. Les malaises nocturnes peuvent être interprétés comme une réactivation de ces scènes du passé.

D'un point de vue symptomatique, il présente un tableau dépressif sur un fond paranoïaque. Il a tendance à s'alcooliser dans un but d'autothérapie.

Claude a besoin de maîtriser la relation à l'autre. Nos rencontres ressemblent à des joutes intellectuelles car Claude a lu beaucoup de livres de psychanalyse de Freud. Il me parle d'une relation forte avec un médecin alcoologue femme. La façon dont il décrit cette relation évoque un délire érotomaniaque. Nous parvenons à dénouer cette histoire, et Claude semble avoir fait le deuil de cette relation en m'investissant sur un mode quasi amoureux. Il m'offre une fleur d'Algérie et des calligraphies qu'il a peintes. J'ai beaucoup réfléchi avant d'accepter ou de refuser ces cadeaux.

Le patient se place en position d'enseignant, et s'étonne que je ne connaisse pas le nom de cette fleur. Il me demande souvent ce que je pense de lui, de sa personnalité, de sa maladie psychique. De retour d'un voyage en Algérie, Claude s'effondre sur un mode dépressif. Il développe alors un discours de plaintes physiques multiples.

En l'écouter avec attention, il me parle de son corps meurtri par les blessures de guerre. Il aborde son angoisse devant sa fin de vie qui lui semble triste à mourir. La relation instaurée entre nous le nourrit narcissiquement, et Claude dépasse cet effondrement dépressif.

Dans ce bref fragment clinique, la dimension relationnelle s'intègre à la démarche diagnostique et thérapeutique. L'écoute au-delà du symptôme est un des outils thérapeutiques principaux. C'est une des spécificités de la psychiatrie. La relation créée entre Claude et moi, a permis de cheminer, par la parole, dans son histoire. Le cortège de symptômes amenés par la patient était à entendre mais pas à capter de prime abord. Les symptômes ont une fonction différente que celle tenue dans la médecine somatique : ils constituent un moyen de s'adresser à l'autre, et notamment au thérapeute.

A partir de ce fragment clinique, nous allons préciser désormais les caractéristiques de la relation médecin-malade en psychiatrie.

B. Relation médecin-malade dans le contexte de la psychiatrie

En nous tournant vers la situation de la psychiatrie, comment se présente la relation médecin-malade ? La médecine somatique ne considère que le corps malade ou la maladie comme objet, ce qui opère une soustraction active du sujet. La psychiatrie, elle, ne peut en faire l'économie.

En outre, la spécificité de la psychiatrie ne tient-elle pas, en partie, de la spécificité du cérébral proprement dit ? Le cerveau est en effet un organe à part (**Dagognet F., 1992**), organe où se mêlent dans sa physiologie, inné et acquis, structural et histologique. Par exemple, les effets d'un accident cérébral seront différents selon le moment de leur survenue dans le développement du cerveau. Le cerveau ne peut donc pas être assimilé à un autre organe : non seulement tous les appareils dépendent de lui, mais lui-même semble s'auto-organiser, comme si la fonction déterminait la structure. Plus exactement, la structure cérébrale consisterait à accueillir la fonction. Le cerveau se caractérise par une étonnante plasticité, le milieu le sculpte et ne cesse de l'imprégner. Il existe un compromis perpétuel chez l'homme entre la rigidité de l'expression du génome et la flexibilité de l'adaptation au milieu. De plus, le cerveau ne se conçoit qu'à travers son histoire, son évolution, ses drames. (**Dagognet F., 1992**).

Le médecin de l'âme est donc un médecin spécial en raison des caractéristiques uniques du cerveau. Cependant, les maladies mentales ne se réduisent pas à des maladies cérébrales.

Le cerveau est un tout qui n'est pas égal à la somme de ses parties. Dans le domaine de la psychiatrie, la tentative de relier une anomalie cérébrale localisée et un comportement déviant a toujours existé, et encore plus de nos jours (**Zarifian E., 1988**). Une des particularités de la psychiatrie serait de ne pas dégager de causalité linéaire directe entre un trouble psychique et une anomalie neurobiologique. Les causes des maladies mentales sont en effet pluri factorielles. Ainsi, le médecin psychiatre ne peut pas utiliser le même référentiel que le médecin somaticien. La prescription de psychotropes ne saurait donc se calquer sur la prescription médicamenteuse du modèle médical somatique.

Les médecins de l'âme sont donc des médecins à part en raison des spécificités du cerveau et des maladies psychiques. Penchons nous désormais sur les cliniciens du passé, véritables pionniers de la psychiatrie, afin de mieux appréhender la relation médecin-malade en psychiatrie et la notion de soin psychique.

1. Notion de maladie mentale : historique

La notion de maladie mentale apparaît avec Griesinger W. et surtout J.P. Falret au milieu du XIX^{ème} siècle. Ils ont en effet permis l'abandon de la notion d'aliénation mentale et le passage à celle de maladies mentales. Griesinger W. (**dans J. Postel, 1994**) s'efforça de faire de la médecine mentale une branche de la pathologie du cerveau et du système nerveux en général, et de lui appliquer les méthodes sérieuses de diagnostic utilisées dans toutes les autres branches de la médecine. Il défendait une organogénèse absolue du trouble mental même s'il reconnaissait souvent l'absence de preuves formelles d'une affection du cerveau. Mais sa psychiatrie organiciste ne l'empêcha pas d'utiliser une analyse psychologique très fine pour expliquer la formation des symptômes. Il se servait de la notion de « moi », évoquant sa déformation, sa faiblesse ne lui permettant pas de contrôler certaines forces instinctivo-affectives refoulées.

Les partisans de l'organogénèse de la maladie mentale, se fascinent pour la découverte de Bayle AL. en 1822. La démence paralytique relevait d'une seule et même affection avec présence de lésions organiques cérébrales. La découverte de la paralysie générale, maladie de Bayle dont on apprendra plus tard l'origine syphilitique (neurosyphilis), allait servir de support nosologique exemplaire à toute l'idéologie neuropsychiatrique qui devait mener à la psychiatrie biologique. A la même époque (1846), Charles Lasègue défendit les aspects psychogénétiques de la pathologie mentale et n'accepta pas les réductions organicistes stimulées par l'exemple de la paralysie générale (**dans Hochmann J., 2004**).

Une autre hypothèse sur l'étiologie des maladies mentales était émise par Morel B-A. en 1860 : il défendait une théorie étiologique des maladies mentales dans laquelle l'hérédité tenait une grande place. Sa théorie de la dégénérescence soutient la conception d'une déviation malade d'un type idéal primitif provoquée par des mauvaises conditions de vie, physiques et morales, des générations successives, conduisant à la création de descendants dégénérés (**dans Postel J., 1994**).

Ces diverses étiologies de la maladie mentale suscitent un débat sur la dualité corps-âme, débat remontant à des siècles et infiltrant toutes les grandes questions philosophiques. La question des relations du physique et du moral, comme énoncé au XIX^{ème} siècle, ou pour parler en termes plus modernes, du cerveau et de la réalité psychique, est en effet aussi vieille que la philosophie. Les Grecs débattaient déjà des rapports de l'âme et du corps, nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de notre travail, car la question de la prescription de psychotropes interroge les rapports âme-corps.

Avec la naissance de la psychiatrie cette querelle se déplace sur le terrain où elle n'a pas fini de se poursuivre : celui de l'origine organique ou psychologique des troubles mentaux.

La phrénologie a joué un grand rôle dans la psychiatrie du milieu du XIX^{ème} siècle, marquée par l'idée de localisation du trouble mental dans le défaut d'une faculté et donc dans l'atteinte d'une zone du cerveau. « La thèse des localisations est liée en partie à une autre conception, celle de la « médecine physiologique » qui, comme nous l'avons décrite, affirme que la pathologie n'est qu'une simple déviation de la normale, les phénomènes pathologiques étant identiques aux phénomènes normaux, à une variation quantitative près, par excès ou par défaut. L'aliénation est alors ramenée à un déficit d'une fonction ou à l'exagération d'une passion **(Hochmann J., Jeannerod M., 1991, p19)** ».

J.P. Falret, vers 1850, s'oppose à la fois à la théorie des localisations cérébrales des maladies mentales et à cette vision physiologique de la maladie mentale. Après avoir pratiqué des dissections de cerveau, il se tourna vers la psychologie en soutenant partiellement l'hypothèse des monomanies qu'il réfutera par la suite. En effet, il récuse le découpage du psychisme en modules distincts. Il essaie de défendre la spécificité du fait psychopathologique, afin de justifier l'existence d'une médecine spéciale, la médecine des aliénés, incarnée dans une institution spécialisée, l'asile. « Au lieu de remonter à la lésion initiale des facultés dans les maladies mentales, le médecin spécialiste doit s'attacher à l'étude des états psychiques complexes tels qu'ils existent dans la nature. Or l'observation naturelle ne nous montre jamais de trouble mental isolé, mais une perturbation globale de l'esprit plus ou moins grave, plus ou moins éloignée du fonctionnement normal, mais toujours prise dans l'ensemble d'une personnalité et d'une histoire » **(cité par Hochmann J., 2004, p40)**. Falret se rend bien compte que les lésions cérébrales, quelle que soit leur importance, ne suffisent pas pour expliquer la diversité si grande, les nuances si délicates, des phénomènes psychiques chez les aliénés.

Il décrit le premier tableau clinique de la dépression dans le cadre de la folie circulaire. Cette description connaîtra un grand succès car elle propose un schéma de maladie mentale ayant une évolution précise et une symptomatologie très comportementale, dégagée de tout aspect subjectif de la part de l'observateur **(dans Postel J., 1994)**. Néanmoins, Falret ne rejette pas l'organicisme dans la détermination de l'aliénation. Il est plutôt dualiste. Il admet l'existence de deux principes indissolublement liés, l'âme et le corps. Falret a le souci de reconstituer l'histoire morcelée de ses patients et de leur faire considérer, par un mot, un rapprochement saisissant, leur état sous un jour nouveau **(dans Hochmann J., Jeannerod M., 1991)**.

Au début du XX^{ème} siècle, un grand enseignant de la clinique psychiatrique émerge, Henri Ey. Il défend une nouvelle théorie, la théorie organo-dynamique de la maladie mentale. Ce modèle conduit à une théorie psychopathologique faisant apparaître les maladies mentales comme des « modalités de la décomposition du corps psychique dont l'être conscient constitue la forme » (**dans Postel J., 1994**). L'organodynamisme défendu par Ey contient un postulat évolutionniste, et surtout fonctionnaliste, avec un retour à l'organogénèse dont il avait pourtant récusé, au départ, le réductionnisme mécaniciste. Ey conclue que toute forme psychopathologique exige pour sa formation, à la fois et ensemble, un trouble organique primordial et une structure psychologique nécessaire qui en constitue la phénoménologie, la base existentielle mais non la manifestation essentielle. Ey tenait une position ambiguë car il défendait avec vigueur le statut médical de la psychiatrie. Il voulait dégager la maladie mentale des modèles organiques mais il ne pensait pas qu'elle dût sortir d'une certaine pensée organogénétique spécifique de la médecine. Il croyait à la nécessité d'une cause lésionnelle à toute pathologie mentale : lésion organique ou simple lésion structurale.

L'évolution de la psychiatrie actuelle montre une tendance à la simplification, en réduisant la maladie mentale à une diminution ou une augmentation neurophysiologique. Or, Canguilhem G. (**1966**) insiste sur le fait que le pathologique ne se déduit pas linéairement du normal. Il insiste sur ce fait biologique fondamental qu'il nous faut rappeler : « la vie ne connaît pas la réversibilité ». Que ce soit dans le domaine de la médecine somatique ou psychiatrique, le sujet malade, même guéri, ne sera plus jamais le même. « La vie n'est donc pas pour le vivant une déduction monotone, un mouvement rectiligne, elle ignore la rigidité géométrique, elle est débat ou explication avec un milieu où il y a des fuites, des trous, des dérobadés et des résistances inattendues » (**Canguilhem G., 1966, p131**).

En matière de pathologie, le premier mot, historiquement parlant, et le dernier mot, logiquement parlant, revient à la clinique (**Canguilhem G., 1966, p153**). Gori R. et Del Volgo MJ. (**2005, p78**) précisent : «... L'exigence de réintroduire en médecine le monde des valeurs, l'éthique, s'avère inséparable du progrès de sa conceptualité qui tend toujours à éloigner davantage le corps en tant que matériau biologique du corps comme expérience vécue et parlée. Et ce d'autant plus que la médecine technoscientifique, hypersophistiquée, tend toujours davantage à mesurer, évaluer, normaliser, homogénéiser, randomiser ses analyses et ses protocoles sur des populations où la notion même du singulier se trouve par nature exclue ».

La psychiatrie actuelle renonce difficilement à la recherche d'une causalité linéaire organique ou biologique pour expliquer la maladie mentale. Avec les progrès de la science, elle essaie vainement de trouver des causes expliquant enfin l'ensemble des troubles psychiques, faisant l'hypothèse que si on ne l'a pas encore trouvé, c'est que nous n'avons pas les connaissances techniques suffisantes sur le cerveau et son fonctionnement. Aussi, l'émergence de techniques de pointe pour explorer le système nerveux central redonne-t-elle espoir aux partisans d'une causalité unique. Cependant, remarquons comme E. Zarifian, que la science se revêt d'une posture scientifique en assimilant le cerveau au psychisme (**Zarifian E., 2008**). En effet, la pensée ne se réduit pas strictement à la matérialité neuronale.

La psychiatrie présente donc bien des spécificités dues à l'aspect insaisissable du fonctionnement psychique, de la pensée, qui dépassent largement l'anatomie cérébrale et présentent donc des zones d'ombre échappant à la rationalité scientifique.

La place et le sens du symptôme, comme nous allons le voir, constituent une des différences principales entre la médecine et la psychiatrie. La psychanalyse apportera des éléments essentiels dans la manière de considérer les symptômes. De plus, le soin en psychiatrie découle de la façon dont sera traité ce symptôme.

Nous allons essayer d'esquisser les spécificités de cette spécialité.

2. Spécificités de la psychiatrie

Falret J-P. a été le premier à distinguer une particularité pour la médecine de l'âme mais quelle est la spécificité de cette médecine spéciale ?

Afin de dégager quelques pistes évoquant la spécificité de la psychiatrie, il nous paraît intéressant de partir de la notion de symptôme, car c'est le symptôme qui motive le plus souvent la consultation psychiatrique. Une des grandes différences entre la médecine et la psychiatrie, et à la fois une des convergences actuelles via les neurosciences, est la lecture de ce symptôme. Le sens et la traduction clinique du symptôme diffèrent en psychiatrie, et c'est donc à partir d'une réflexion sur le symptôme que nous aborderons la spécificité de cette médecine spéciale.

En médecine somatique, rien ne paraît plus simple que la notion et la fonction du symptôme. Le médecin a pour tâche de faire l'inventaire des traits anormaux présentés par son malade, de comparer l'ensemble des symptômes ainsi recueillis aux configurations qu'il conserve dans sa mémoire ou à défaut, dans les livres, et par voie d'inférence de conclure au diagnostic de la maladie présentée par son patient. Ainsi, le médecin dispose de signes plutôt que de symptômes, le symptôme étant ce dont le malade se plaint, le signe ce que le médecin, grâce à son savoir, fait apparaître ou révèle derrière le symptôme (**Hochmann J., 2004**).

Dans le domaine de la psychiatrie, il existe plusieurs manières « d'être fou », la clinique ne consiste pas à opposer fou versus non-fou. Il s'agit pour le clinicien de repérer des états cliniques en apparence semblables mais en réalité différents : le clinicien fait appel à son intuition clinique en s'intéressant à l'être-au-monde du patient.

Par exemple, un état d'excitation maniaque sera distingué par le clinicien de la moria du syndrome frontal. Ou encore, le vécu d'inauthenticité devant un hystérique est différent de celui d'un patient schizophrène maniéré. La valeur diagnostique de ce vécu est supérieure à celle des symptômes (**Tatossian A., 1999**).

Les choses ne sont donc pas toujours aussi évidentes quand il s'agit des symptômes psychiatriques. La question de l'étiologie, de la cause, est toujours complexe et ne peut être résolue, comme en médecine anatomo-clinique, de manière linéaire. Nous ne retrouvons pas en effet cet enchaînement : une cause, une lésion, des symptômes et une évolution.

Si le symptôme a, pour la médecine, le sens d'un « évènement », d'un accident corporel, il constitue également « un évènement psychique » (**Del Volgo M.J., 1997**).

Symptôme, étymologiquement, vient du grec *sumptōma* : « ce qui tombe » mais au sens premier de chute ou d'affaissement s'adjoint le sens de « coïncidence, évènement fortuit » et plus particulièrement celui « d'évènement malheureux ».

En réfléchissant à la production des symptômes en psychiatrie, la question du sujet des troubles et du sujet de la demande s'y pose avec davantage de difficultés qu'ailleurs. La clinique psychiatrique accorde une importance toute particulière au discours du patient : cette écoute ne saurait à l'évidence se borner à remplir quelques questions d'une liste standard, mais il deviendrait illusoire d'imaginer, même par le biais de l'attention flottante, qu'elle soit l'écoute de tout. Le champ de cette écoute devient bien plus variable d'un clinicien à l'autre et beaucoup plus modulable qu'ailleurs. Les aspects expressifs du corps font partie intégrante de la sémiologie psychiatrique. Les confidences du patient sur son expérience vécue occupent une place majeure dans la sémiologie psychiatrique. Un aspect clinique majeur dans la clinique psychiatrique est ce qu'on appelle *contact*. Certains signes cliniques n'apparaissent qu'en rapport avec le contact établi avec le patient. Les qualités même de ce contact prennent une signification sémiotique. Nous dessinons là une des caractéristiques essentielles de la psychiatrie : la dimension relationnelle des symptômes (**Tatossian A., 1999**).

Ainsi, ce que la science a voulu épurer dans la médecine somatique, à savoir l'aspect subjectif et relationnel des troubles, se retrouve au premier plan dans la clinique psychiatrique.

En médecine somatique, les signes d'examen clinique restent identiques quelque soit l'observateur : un gros foie reste un gros foie.

En psychiatrie, la réalité immédiate est d'ordre relationnel ou interactionnel. Le symptôme psychiatrique n'a rien d'immédiat, il est un processus d'abstraction avec à la fois sa fécondité mais aussi ses présupposés et ses risques. Il n'est pas très difficile de définir un symptôme de façon suffisamment rigoureuse. La vraie difficulté est ailleurs comme le remarque A. Tatossian (**1999**) : elle consiste à ne retenir dans la définition uniquement ce qui est propre au patient et donc ne varie pas selon l'interaction avec l'observateur mais caractérise seulement l'observé. En écartant tout ce qui dépend de la relation, le dégagement du symptôme court le risque de faire disparaître le bébé avec l'eau du bain. La psychiatrie centrée sur le symptôme tend ainsi à s'amputer de tout le domaine inter-réactionnel, pourtant essentiel (**Tatossian A., 1999**). Le symptôme psychiatrique, et la psychanalyse nous éclairera à ce sujet, ne peut donc en aucun cas être considéré comme invariable et constant.

En psychiatrie, le symptôme n'a pas la valeur d'un signe apparent d'une réalité cachée, comme le symptôme somatique. Par exemple, le diagnostic de schizophrénie s'argumente en énumérant la liste des symptômes présents. Le symptôme, comme le disait déjà Kurt Schneider (**cité par Tatossian A., 1999**) fait partie intégrante de la maladie. L'idée d'un repérage symptomatique suffirait à établir un diagnostic psychiatrique. Les D.S.M. se sont inspirés de cette idée en dégagant la notion de symptômes-cible composant le noyau de la maladie mentale. Ces symptômes majeurs seraient pathognomoniques de telle ou telle maladie.

Or, la démarche diagnostique en psychiatrie et l'activité clinique spontanée, n'obéissent pas uniquement à un raisonnement inférentiel, elles font appel à ce que Minkowski (**dans Tatossian A., 1999**) appelle le diagnostic par impression, basé sur un modèle perceptif. Le diagnostic se fonde ainsi plus sur une *Gestalt* unitaire que sur une combinaison additive de symptômes. Ainsi, il n'est pas du tout sûr que la maladie soit reconnue par, ou plutôt, dans et avec le symptôme.

Nous nous rendons donc bien compte que la question du symptôme psychiatrique devient une question complexe entraînant une réflexion particulièrement féconde à condition de s'éloigner des conceptions simplistes voulant réduire la maladie mentale à un conglomérat de symptômes-cible évaluable. Le symptôme reste une entité ambiguë.

Nous allons préciser l'apport de la psychanalyse à cette notion de symptôme. Son point de vue va profondément modifier la manière d'appréhender les symptômes psychiatriques d'un sujet, en apportant un éclairage nouveau. Le symptôme en tant qu'adresse à l'Autre prend en effet sens dans la relation médecin-malade. Le thérapeute devra se garder d'attraper au vol les symptômes.

Ainsi, Anne, une femme âgée de trente cinq ans se plaint depuis plusieurs consultations d'asthénie et d'insomnie. Comme elle a été traitée d'un cancer du sein quelques années auparavant, elle s'inquiète. Elle m'informe que son compagnon se plaint également de cette fatigue, il la trouve amorphe, lui reproche de ne rien faire. Anne m'explique qu'elle n'a jamais bien dormi, que ça remonte à longtemps, à son adolescence alors qu'elle était en internat voire même à la période de l'enfance. Elle précise : « Je me souviens lorsque j'étais toute petite, mes parents me laissaient tous les soirs, ils travaillaient dans leur restaurant. J'avais souvent une nourrice différente. Ma mère était jeune, elle avait 19 ans, elle était toujours très énervée de me laisser, moi je pensais ne plus jamais la revoir, c'était terrible. Anne présente alors des terreurs nocturnes, puis elle fera toujours beaucoup de cauchemars.

Ses parents ne la rassuraient pas quant à leur capacité à être parent, Anne se sentait très seule, ils ne lui montraient aucun signe d'amour, selon elle. Adolescente, placée en internat, elle se sent perdue, Anne a subi des attouchements sexuels et viols en réunion pendant toute une année. « C'était l'horreur, j'osais rien dire tellement que je me sentais perdue et timide, j'étais une proie facile pour ces garçons ». « Je me dégoûtais moi-même, je n'en dormais pas de la nuit ». Lorsqu'elle aborde cette période de sa vie, elle s'effondre. Anne n'a parlé qu'à l'âge de 28 ans de ces sévices sexuels à son père. Elle a consommé, par la suite, de nombreuses drogues et pratiqué de la course à pied intensément, à haut niveau d'une façon addictive, selon elle. Elle me parle de son angoisse de mort lorsqu'elle avait son cancer du sein. Elle consommait de l'héroïne et buvait beaucoup d'alcool à ce moment là. Lorsqu'elle vient me voir, elle a arrêté les drogues depuis trois ans. Elle consomme encore de la codéine sous forme de comprimés antitussifs. Elle me parle de sa relation affective, et me dit que son ami est très sportif, il est toujours dans l'action. Elle se demande si son désir est engagé dans cette relation. Elle vient un jour à ma consultation, effondrée, en larmes : son ami l'a quittée. Elle réalise qu'elle se situait plus dans une relation d'attachement à son compagnon, sans amour authentique. Peu après cette séparation, les troubles du sommeil et la fatigue ont disparu. Elle me dit qu'elle n'avait pas réalisé à quel point elle se contraignait pour son ami. Elle ne vivait pas sa vie. Elle prend désormais du plaisir à s'occuper d'elle, à voir ses amis. Anne me dit qu'elle a donné les coordonnées de notre centre à une amie : « Vous voyez, ça prouve que j'ai confiance en vous... ». Il semble exister un engagement transférentiel avec moi. Ces symptômes sont venus me dire quelque chose sur l'histoire intime de son enfance. Ils m'étaient adressés, au travers de la relation transférentielle, nous avons fait en sorte, en les recueillant, qu'ils fassent histoire. Il ne s'agissait pas d'engager la patiente dans un cortège d'exams médicaux, même si à un moment je m'étais questionné sur ma posture, étant donné qu'Anne avait eu un cancer et qu'une asthénie pouvait toujours être un signe de rechute. Anne me questionnait avec insistance sur les aspects médicaux de son asthénie et de son insomnie. Elle souhaitait consulter dans un centre spécialisé dans les troubles du sommeil. Sur mes conseils, elle est allée consulter son médecin généraliste. Je ne voulais pas être impliqué dans des exams médicaux.

La place des symptômes, leur moment d'apparition au sein de la relation médecin-malade, sont primordiaux à prendre en compte.

Voyons désormais ce que la psychanalyse nous apprend quant à la présence des symptômes.

3. Apports de la psychanalyse à la spécificité psychiatrique

La psychanalyse a apporté de nouvelles contributions à cette notion de symptôme. C'est en effet à partir de l'analyse et d'une mise en sens des symptômes d'expression corporelle de ces patientes, que Freud S. a fondé la psychanalyse. Le travail d'interprétation vient donner un sens au symptôme, et par la même le dénouer. Freud S. a donné au symptôme le sens d'un compromis entre le désir inconscient et les exigences de la réalité. Il restitue ainsi une dimension historique au symptôme, mais en même temps, il relativise la valeur de son contenu manifeste au profit de son contenu latent et donc des détails de sa genèse.

Selon Freud S., le symptôme se définit comme l'accomplissement du désir et la réalisation d'un fantasme inconscient servant à accomplir ce désir. Dans cette mesure, il est un retour d'une satisfaction sexuelle refoulée mais il est aussi une formation de compromis dans la mesure où le refoulement s'exprime aussi en lui. Freud S. distinguait symptôme et maladie : « La maladie c'est ce qui reste quand les symptômes ont disparu : la possibilité de produire de nouveaux symptômes » (**dans Green A., 1966**).

« Après Freud S., le symptôme se révèle comme un aide-mémoire des blessures de l'histoire, jouissance mais aussi autothérapie par laquelle le patient négocie et traite ses conflits intérieurs. C'est pour cela que le patient demeure attaché à ses symptômes, même s'ils ne le satisfont pas. Ils constituent le site de sa vérité, comme le traitement singulier qu'il a trouvé pour continuer à vivre, à aimer et à désirer. Les symptômes dont il se plaint, il les aime comme lui-même et il ne les cède qu'au sein d'une relation passionnelle que Freud S. a nommé transfert » (**dans Gori R., Del Volgo MJ., 2005, p226**).

Pour Lacan, (**dans Chemama R., Vandermersch B., 2009, p563**), « Le symptôme n'est pas que le signe d'un dysfonctionnement organique, au même titre que le symptôme fonctionne normalement pour le médecin et son savoir médical : « il vient du Réel, il est le Réel ». « Le symptôme c'est l'effet du symbolique dans le réel ». Il semble parfois primordial de le préserver, et le soin psychique ne peut se donner comme seul objectif la disparition du symptôme à tout prix.

Pour la psychanalyse, le symptôme a donc une valeur et une fonction dans l'histoire singulière du sujet. En psychothérapie analytique, les symptômes ne sont en effet analysables qu'à partir du moment où ils se révèlent comme ayant un sens et une fonction de message adressé à un Autre. On ne saurait donc les lire à partir d'une grille préétablie.

Le principe de la psychanalyse consiste seulement à postuler que la présence de symptômes témoigne d'un vouloir dire à quelqu'un (**Gori R., 2000**). Le symptôme est donc un élément vivant, en perpétuel mouvement. Il s'inscrit dans la relation médecin-malade, et le patient vient nous dire quelque chose de son histoire en parlant de ses symptômes. Roland Gori (**2000, p44**) précise : « Le symptôme, en psychanalyse, serait ce qui tombe ensemble dans la parole et qui d'être recueilli par l'un et par l'autre, et parfois par les deux, fait histoire et interpellation ».

Les symptômes ne sont au départ rien d'autre qu'un point d'appel permettant au clinicien analyste de prononcer la règle fondamentale, qui consiste à dire tout ce qui vient à l'esprit dans le temps de la séance, et qui constitue un geste profondément symbolique puisqu'elle consiste à dire au patient que l'origine de la souffrance au nom de laquelle il est venu consulter se trouve dans les mots et les paroles qu'il pourrait être amené à énoncer. Ici le savoir a pivoté : il ne se trouve plus du côté du praticien mais plutôt du côté du patient (**Gori R., 2000**).

Balint M. (**1957**) précise : le médecin, avant d'arriver à un diagnostic, doit apprendre à écouter son patient. C'est-à-dire que le médecin doit développer cette faculté d'écouter tout ce qui se produit dans la relation médecin-malade au cours de l'entretien. Si on pose des questions on obtient des réponses et rien d'autre. Ainsi il semble important d'abandonner l'attitude inquisitrice qui contraint le malade à avouer ses troubles, pour adopter l'attitude bienveillante et attentive de l'entretien. Il s'agit pour le médecin d'être disponible au moment où s'établit la relation thérapeutique.

Or, un bon nombre de médecins n'ont même pas conscience de cette relation, certains la nient, d'autres refusent de s'y voir impliqués. Cependant cette relation existe, qu'ils le veuillent ou non, et elle influe sur le diagnostic et la thérapeutique proposée par le médecin. (**Chertok L., 2000**).

Une histoire courte me vient à l'esprit : j'assiste à des consultations d'un médecin généraliste mauritanien dans le cadre d'une formation, il reçoit une jeune fille se plaignant de vertiges et de nausées. Je remarque qu'elle semble préoccupée, perdue dans ses pensées. Or, le médecin mauritanien se cantonne à l'interroger sur ses nausées en lui prescrivant un anti-émétique et en arrêtant là sa consultation. Je me permets alors d'intervenir en demandant à la jeune fille comment elle se sent, je lui dis qu'elle me semble préoccupée, contrariée. Elle sourit et sort du cabinet médical. Une demi-heure après, elle revient, s'assoit devant le médecin pour lui confier qu'elle a peur d'être enceinte, qu'elle ne pense qu'à ça, qu'effectivement ça la préoccupe beaucoup. Le médecin est fort surpris.

Il me demande ce qu'écouter un patient signifie. Je lui indique que cela implique d'être attentif, sans fixer son attention précisément, à ce qui se passe dans la relation avec son patient, sans préjugés aucun. Ecouter également ce que cela produit en lui. S'intéresser à ce que dit le patient. Ici, le symptôme de vertiges était une adresse au praticien, un appel à l'aide : la jeune fille, pensant être enceinte, se sentait perdue au point d'en perdre la tête. Sans vouloir être caricatural à propos de cette histoire clinique, la clinique de la relation médecin-malade émerge bien de ces petits riens qui ouvrent parfois sur l'essentiel...

Cette histoire évoque l'attitude du médecin face à son patient. Tenté par un besoin d'agir pour soulager le patient mais aussi pour soulager sa conscience, il peut avoir recours à une routine ou à un réconfort indifférencié. Ce qui m'avait choqué chez ce confrère était la manière dont il chosifiait le patient : pour lui, le discours, son histoire n'avait pas lieu de citer dans un examen médical. Il était médecin, bénéficiait d'une reconnaissance, d'un savoir médical auquel se soumettait corps et âme le patient. Pour approfondir cliniquement cette histoire, il aurait fallu tenir compte du contexte culturel du pays. Questionner sur la vie d'un patient, s'intéresser à son histoire n'avaient que peu d'intérêt et représentait plutôt une perte de temps ! L'important pour ce médecin était un repérage symptomatique après examen physique et prescrire un médicament adapté. La réflexion sur le sens du symptôme, la manière dont ce symptôme était amené dans la relation clinique ne semblait pas intéresser ce praticien.

La relation médecin-malade est une relation complexe comprenant tout un entrelacs d'ambiguïtés intellectuelles et affectives mutuelles, toute une dialectique de la demande et du don, de la peur et de l'espoir, du magique et du rationnel. La phénoménologie de cette relation de conscience à conscience et d'inconscient à inconscient, est sous-tendue par la singularité des personnes en présence et la spécificité du conflit à résoudre, ou du symptôme à réduire.

Dans le domaine de la psychiatrie, la rencontre patient-psychiatre contient des particularités inhérentes au sens des symptômes. La psychanalyse enrichit la réflexion sur la relation médecin-malade grâce, notamment, à la notion de *transfert*.

Le découpage relation médecin-malade, en psychiatrie puis en psychanalyse est arbitraire, puisqu'en pratique clinique, la psychanalyse infiltre la psychiatrie. Cela risque de paraître redondant au lecteur et nous nous en excusons.

4. Particularités de la rencontre patient-psychiatre

La particularité de la rencontre patient-psychiatre réside en grande partie des particularités de la notion de symptôme en psychiatrie. Le patient venant se plaindre de symptômes n'a que partiellement conscience du conflit intrapsychique sous-jacent et de son implication en tant que sujet dans l'apparition de ces symptômes (**Green A., 1961**). Le patient expose essentiellement, parfois sous l'angle de manifestations corporelles, une plainte, une difficulté. Le psychiatre, en écoutant son patient, ramène ce trouble à celui de son psychisme. Il y a donc à la base de tout symptôme faisant l'objet d'un récit de malade, une problématique implicite que le patient ne perçoit comme telle de façon plus ou moins consciente. Ainsi, il espère du psychiatre qu'il propose une thérapeutique adéquate sans nécessairement s'impliquer lui-même dans le processus de soin. N'oublions pas que le symptôme a une fonction défensive et une fonction d'économie psychique pour le moi du sujet. Il constitue également un moyen de s'adresser à l'Autre.

Face aux plaintes des patients, la fameuse question posée par Freud S., « quelle est ta part dans les maux dont tu te plains ? » implique la participation plus ou moins inconsciente du patient dans les troubles dont il se plaint. La façon dont le thérapeute répond face à ces symptômes contribue à l'expression symptomatique elle-même, et à l'expression dernière de la maladie (**Balint M., 1957**). En effet, mettons en garde le thérapeute tenté de saisir en premier lieu, de manière superficielle, le symptôme. Le symptôme n'est-il pas l'arbre qui cache la forêt ? Le saisir par l'action thérapeutique, c'est risquer, comme le souligne Green A. (**1961**), de prendre la proie pour l'ombre. De plus, le médecin peut se sentir à la fois prisonnier du symptôme et de l'urgence à le faire disparaître. Sa réponse médicamenteuse rapide peut lui donner un sentiment d'insatisfaction, une impression de ne pas aller au fond des choses (**Biadi-Imhof A., 1998**) ou inversement une satisfaction immédiate et une réassurance quant à ses capacités de guérir son patient.

Une posture clinique serait peut-être de se laisser enseigner par le symptôme, sans vouloir le faire disparaître immédiatement. Il s'agirait de le laisser vivre, de le laisser s'inscrire dans la relation médecin-malade de façon à ce qu'il prenne tout son sens.

Le plus souvent, c'est le malade qui est actif : il s'adresse au médecin dans une relation singulière et intime.

C'est parce qu'il a été sollicité que le médecin va devenir à son tour actif, et sa réponse prendra la forme d'un diagnostic et d'une décision thérapeutique. Le médecin se trouve donc en situation de réagir face à une demande.

Ainsi, lors de la rencontre avec son patient, le thérapeute adopte différentes attitudes soignantes. Parfois, le patient ne supportant pas un accroissement de ses responsabilités ou de leur appréhension, s'en débarrassera en établissant un lien de dépendance avec le thérapeute qui représente alors l'autorité (**Balint M., 1957**).

Remarquons que les symptômes offerts par le malade au thérapeute correspondent le plus souvent à quelque chose de relativement peu élaborée, quelque chose où il livre l'ignorance qu'il a de son corps, et l'inquiétude voire l'angoisse qui en découle. L'attitude du patient vis-à-vis de ses symptômes est le plus souvent ambivalente car il demande au médecin de l'en débarrasser immédiatement tout en souhaitant inconsciemment les conserver, car la levée des symptômes ouvre vers l'inconnu de son fonctionnement psychique.

La relation médecin-malade place le thérapeute en position de pouvoir : la rencontre clinique pourrait susciter, du côté du thérapeute, la tentation de dicter une conduite en s'appuyant sur un savoir médical. En revanche, le psychiatre risquerait d'infantiliser son patient en le rendant dépendant de lui. Green A. (**1961**) souligne en effet que la tentation de domination, le plus souvent inconsciente chez le thérapeute, est grande, non moins, du reste, que celle de la servitude. Le thérapeute ferait dans ce cas, l'économie de son propre engagement personnel dans la relation clinique, en restant retranché derrière une position omnipotente de savoir.

Or, la thérapeutique psychiatrique, éclairée par la psychanalyse, incite le thérapeute à se préserver de toutes prétentions thérapeutiques de savoir (**Gori R., 2000**).

Une des particularités de la relation médecin-malade en psychiatrie consiste à considérer le patient comme un gisement de savoir personnel sur son trouble, et sur ses modalités d'apparition. Certes, le médecin est détenteur d'un savoir sémiologique, psychologique et scientifique préalable à la rencontre avec son patient. Mais la posture clinique du thérapeute consisterait justement à mettre entre parenthèses ces connaissances scientifiques préalables pour être dans une authentique rencontre clinique avec son patient. Dans ces conditions, la relation patient-thérapeute serait à l'origine d'un nouveau savoir dépendant directement de l'effet de rencontre. Dans l'instant même de la rencontre, se développerait un savoir clinique et thérapeutique autonome. Ainsi, on pourrait dire que l'évènement de la rencontre, au moment singulier où il se produit, est générateur de savoir utile au soin (**Nuss P., 1999**).

Rappelons cependant que la psychothérapie n'opère pas par le savoir (**Gori R., 2000**).

Nous allons maintenant approfondir la question de la relation médecin-malade en nous référant à la psychanalyse qui nous permettra d'appréhender cette relation sous un nouvel angle.

5. Psychanalyse et relation médecin-malade

La psychanalyse offre un abord différent du patient faisant appel au symbolique et à l'écoute de la parole du sujet. Elle favorise le processus de subjectivation. Elle ne doit pas se concevoir comme une pratique isolée car elle infiltre non seulement la pratique psychiatrique mais également la pratique médicale. La psychanalyse a entraîné un bouleversement dans la façon de concevoir le sujet malade et la maladie mentale. Son influence déborde même largement le champ médical pour influencer la société toute entière pendant tout le XX^{ème} siècle. Ses notions et concepts fondamentaux sont en effet utiles au décodage des différents enjeux inhérents à la relation médecin-malade.

Freud S. parle de dynamique de transfert (**Freud S., 1912**) pour décrire ce qui se déroule entre le thérapeute et le patient. L'originalité de la théorie du transfert consiste à faire apparaître les forces dynamiques, jusque là ignorées, étant en jeu dans la relation médecin-malade. Ainsi se trouve éclairée d'une manière nouvelle la relation interpersonnelle.

Lacan J. (**1966**) nous rappelle dans sa conférence de 1966 sur « La place de la psychanalyse dans la médecine » : « Le médecin est requis dans la fonction du savant physiologiste, mais il subit d'autres appels encore : le monde scientifique déverse entre ses mains le nombre infini de ce qu'il peut produire comme agents thérapeutiques nouveaux, chimiques ou biologiques, qu'il met à la disposition du public, et il demande au médecin, comme à un agent distributeur, de les mettre à l'épreuve. Où est la limite où le médecin doit, et à quoi doit-il répondre ? A quelque chose qui s'appelle la demande... C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position médicale ».

Citons le cas d'une patiente Nadia venant consulter pour une demande médicamenteuse forte. Cette jeune femme présente une polytoxicomanie et demande sur un mode impérieux des médicaments psychotropes. L'attente vis-à-vis de moi-même est tellement grande que je suis amené, par intuition clinique, à ne pas répondre à cette demande. Elle revient néanmoins, et se met à me parler de ses angoisses par rapport à sa vie et de sa culpabilité d'être en vie. Elle me parle de sa sœur, décédée accidentellement dans une chute dans les escaliers, de son père atteint d'une myopathie rare dont il décèdera lui aussi. Nadia ne sait pas si elle est porteuse de cette maladie.

Une relation intense s'est tissée entre nous, Nadia venant me voir deux fois par semaine. Progressivement sa demande médicamenteuse s'est estompée. Nadia est engagée dans un authentique travail de parole, cela lui coûte, parfois elle quitte mon bureau en fin de consultation de manière brutale, précipitamment.

Elle me parle de son sentiment d'injustice d'être vivante : prendre autant de risques et être toujours en vie alors que sa sœur, la fille modèle selon Nadia, est morte en un instant. Les prises de risques, les consommations de drogue prennent sens dans son histoire. Nadia m'explique qu'elle aime sentir son corps tomber, chuter. Elle aurait envie de se fracasser comme sa sœur. Elle arrive d'ailleurs souvent blessée à la consultation. C'est le corps physique qui vient faire limite. Lors d'une consultation, elle s'affaisse dans le bureau et semble évanouie. Je lui parle, pensant que cet évanouissement est d'origine psychogène. Au bout d'un moment, elle se lève et quitte le centre, en titubant et faisant mine de se cogner contre les murs. La séance d'après, elle revient à son rendez-vous comme si de rien n'était. Nadia me teste, elle m'apprend un peu plus tard qu'elle a été victime d'un viol alors qu'elle était hospitalisée en psychiatrie à l'âge de seize ans. Elle se met souvent en danger sur la voie publique, en s'endormant au coin d'une rue, très alcoolisée. Elle semble livrer son corps sur la place publique, et sera abusée sexuellement lors d'une ivresse.

Ainsi, en s'évanouissant dans mon bureau, devant moi, Nadia voulait peut-être tester la sécurité de notre relation : peut-elle me faire confiance ? Elle est venue m'offrir son corps en quelque sorte. Le cheminement auprès de Nadia est complexe, inconfortable, parfois chaotique, mais l'important est de me montrer disponible à recevoir sa parole malgré ses prises de risques. Tolérer le fait qu'elle puisse mourir a permis d'engager cette psychothérapie. Ne pas répondre à ses demandes médicamenteuses premières, lui a montré que j'étais disponible pour recevoir sa parole et que je la considérais comme un sujet en souffrance.

Freud S. nous disait : « Celui dont le besoin d'amour n'est pas satisfait sans reste par la réalité est donc dans l'obligation de se tourner, avec des représentations d'attente libidinales, vers toute personne nouvelle qui entre en scène ... » (**Freud S., 1912**). Ainsi l'investissement libidinal de celui qui est partiellement satisfait, investissement maintenu disponible en état d'attente, se tourne aussi vers le médecin. Ce sont les représentations d'attentes conscientes, mais aussi celles qui sont tenues en réserve ou inconscientes qui ont instauré ce transfert.

Freud S. (**1915**) laisse deviner qu'il est fondamental pour que le processus thérapeutique suive son cours de ne pas répondre à cette impétueuse demande d'amour.

Cette demande première du patient ne doit pas être satisfaite laissant toujours un décalage, une marge, par rapport à la demande.

Ainsi cette attente insatisfaite, cette non-réponse du thérapeute est fondamentale dans la poursuite du processus thérapeutique. L'abstinence est donc prônée lors de la pratique de la cure analytique. C'est-à-dire qu'on exclut toute forme d'intervention extérieure venant du thérapeute : que ce soit un passage à l'acte sexuel, un don quelconque tel qu'une prescription médicamenteuse, un conseil ou toute autre action ayant valeur d'extériorité. « Le thérapeute laisse ainsi subsister chez le patient besoin et désirance, en tant que forces poussant au travail et au changement et il se garde bien de les apaiser par des succédanés » (**Freud S., 1915, p149**). Le thérapeute averti, précise Green A. (**1961**), a appris à être attentif à tout ce qui de la part du malade vise à la recherche des satisfactions substitutives qu'il trouve dans la maladie et qu'il va quêter auprès du médecin et que celui-ci se gardera de dispenser.

Pour Lacan J., le transfert n'existe qu'en tant que phénomène qui accompagne l'exercice de la parole. Sans exercice de la parole, il n'y aurait pas de transfert possible. Selon lui, toute demande est demande d'amour ayant à voir avec le désir et avec le manque, c'est-à-dire avec *l'objet a* (**Lacan, 1973**). Ainsi la posture clinique correspond à l'absence de réponse dernière de l'Autre, qui est non pas refus de réponse, mais inaptitude foncière, fondatrice, à répondre à la demande du sujet. La persistance du transfert témoigne de ce que le sujet continue à espérer que cet Autre finira par se décider à lui répondre. Il s'agit pour le sujet, à travers l'expérience du transfert, de déchiffrer quels sont les termes de cette demande qu'il adresse à l'Autre, puis de consentir à ce que cette demande reste sans réponse, et cela non pas du fait d'une défaillance ou d'une mauvaise volonté de cet Autre mais du strict fait de son rapport au langage en tant que sujet parlant, qui le confronte irréductiblement au manque de signifiant dans l'Autre (**Lacan J., 1973**).

Nous avons jusqu'à présent esquissé les grandes lignes de la relation médecin-malade en psychiatrie en insistant sur ses particularités : dimension relationnelle des troubles, fluctuation des symptômes en fonction du thérapeute. En psychiatrie, démarches diagnostique et thérapeutique sont imbriquées d'emblée, et le patient joue un rôle actif dans le processus thérapeutique. La relation médecin-malade possède, elle aussi, des vertus thérapeutiques en son sein. Toutes ces spécificités de la psychiatrie dessinent les particularités du soin psychiatrique.

Nous devons désormais aborder la notion de soin psychiatrique.

Après avoir esquissé les différents enjeux de la relation médecin-malade, nous poursuivrons notre réflexion sur les aspects thérapeutiques dans le domaine de la psychiatrie.

Comment se définit le soin psychique ? Quels en sont ses fondements ? Quels outils sont mis à disposition du clinicien ?

IV. SOIN PSYCHIQUE : QU'EST-CE QUE SOIGNER ?

« Je ne vois rien de plus ridicule qu'un homme qui se veut mêler d'en guérir un autre »

Molière, 1673, *Le malade imaginaire*, Acte III, scène 3.

Comme l'affirmait G. Lantéri-Laura (**dans Jovelet G., 2005**), la thérapeutique psychiatrique constitue un ensemble hétérogène, dont aucune théorie générale ne parvient à rendre compte dans sa totalité. C'est l'art de guérir qui, de toutes les époques, a déterminé l'identité, la légitimité du pouvoir médical (**Jovelet G., 2005**). Agir pour le bien de l'autre, pour l'intérêt commun : cette conception philanthropique, humaniste, aux connotations morales, soulève un certain nombre de questions dans le champ de la psychiatrie : place, identité, fonction, adresse de nos soins et surtout finalité de notre action.

Comme nous l'avons déjà laissé entendre, la démarche usuelle en médecine somatique consiste à repérer des symptômes chez le patient, à les confronter au savoir médical nosographique pour en déduire un diagnostic afin de prescrire telle ou telle molécule censée agir sur la maladie suspectée. Une telle démarche intègre une vision organiciste des pathologies : à chaque maladie correspond un dérèglement anatomo-biologique. La psychiatrie s'écarte d'une telle conception de causalité linéaire symptôme-maladie-prescription. Une de ses particularités est que la rencontre clinique elle-même revêt des vertus thérapeutiques. En effet, lors de cette rencontre, il est d'emblée mis en œuvre un processus thérapeutique. Mais qu'appelle-t-on relation thérapeutique ? Indépendamment de la technique thérapeutique utilisée, qu'est ce qui qualifie un acte de soignant ? Cette prise en compte clinique, dans sa dimension de rencontre, est le premier temps de la thérapeutique (**Jovelet G., 2005**). Ainsi l'écoute du patient et la mise en sens de son histoire font partie intégrante du soin psychique. La psychanalyse permet de préciser la nature du soin en psychiatrie.

Clitandre dans « L'Amour médecin de Molière » oppose deux types de traitement « mes remèdes sont différents de ceux des autres, ils ont l'hémétique, les saignées, les médecines et les lavements. Mais moi, je guéris par des paroles, des sons, des lettres et des talismans » (**cité par Ferrey G., 1991, p7**).

Le psychiatre a recours au symbolique dans sa pratique, il ne s'adresse pas à la réalité du corps somatique comme le médecin organiciste. Il associe le plus souvent écoute et prescription médicamenteuse dans sa pratique clinique.

Essayons de préciser la nature de la thérapeutique psychiatrique. Avant de nous pencher sur les réflexions freudiennes, nous allons faire un détour par les grandes évolutions du soin psychiatrique.

A. Notion de soin psychiatrique

1. Historique

La naissance de la psychiatrie autour des années 1800 s'est donnée d'abord comme l'invention d'une thérapeutique. Philippe Pinel, libérateur emblématique des fous enchaînés, dans son mémoire sur la monomanie, propose le traitement moral des fous. Ce traitement psychique s'en tient à la conception selon laquelle la folie n'est pas une perte de la raison ni du côté de l'intelligence, ni du côté de la volonté, mais un simple dérangement d'esprit, une contradiction dans la raison qui existe encore. Fin XVIII^{ème} siècle, on se met à espérer du moral des ressources thérapeutiques spécifiques, mais également des causes des maladies, « le moral tue ». Nous allons glisser de l'idée morale de la folie au traitement moral. Ph. Pinel, par son traitement moral, énonce clairement que le traitement de la folie n'est pas un traitement physique. Pinel prône l'intériorisation de la contrainte par le patient, technique qui serait proprement celle du traitement moral.

Il réalise une rupture avec une conception de la folie comme extérieure à soi. Pinel et son élève, Esquirol, ouvrent la voie de la réintégration des aliénés dans le monde des humains. Le traitement moral laisse entrevoir l'existence d'un intérieur hétérogène. Esquirol propose la notion de monomanie pour rendre compte de ces folies partielles. Hegel attribue à Pinel cette double découverte en une seule, d'avoir soupçonné ce reste de raison dans les aliénés, reste contenant le principe de leur guérison (**dans Hochmann J., 2004**).

Dans son traité médico-philosophique, Pinel veut que l'aliénation ait une place de plein droit dans la médecine. Il sera à l'origine de la fondation de l'asile, « où il faut faire sentir aux fous leur dépendance tout en s'emparant de leur confiance ».

La vie asilaire est régie par un régime autoritaire, où les rythmes de vie sont minutieusement programmés, et les punitions raisonnablement dosées. Pinel préconise la mise en place d'un espace où la folie peut se déployer sous l'autorité bienveillante du médecin. Il se fait l'avocat d'une médecine expectante qui laisse la maladie suivre son cours et n'abuse pas des médications physiques d'autant que, comme il l'écrit « L'anatomie la plus scrupuleuse n'a pu presque rien dévoiler sur le vrai siège et le caractère de l'aliénation mentale » (**cité par Hochmann J., 2004, p11**).

Pinel s'est écarté des méthodes thérapeutiques terroristes alors en vigueur telles que les bains froids, les saignées ou des châtiments corporels. (**Hochmann J., 2004**). La découverte du traitement moral consiste en la découverte d'une relation de parole efficace avec un aliéné.

Son traité de la médico-philosophique sur l'aliénation mentale a provoqué une réelle rupture dans la société et dans les institutions, car depuis sa publication, le sort des aliénés s'est profondément amélioré. Pinel a véhiculé l'illusion d'une curabilité principielle et générale de l'aliénation mentale (**Gauchet M., Swain G., 1980**). Cependant, l'effet de ce traité sera éphémère, il tombera en désuétude après 1810 : usure fatale de l'illusion thérapeutique, muraille carcérale de l'asile à l'abri du rideau de fumée de l'espérance thérapeutique (**Gauchet M., 1980**).

Ainsi à la naissance de la psychiatrie, il est évoqué une possible action thérapeutique de la parole, action du psychique sur le physique, même si cette parole a un effet d'extériorité total. Le psychiatre Leuret (**dans Hochmann J., 2004**) a poussé quant à lui jusqu'à la caricature le traitement moral. Il reconnaissait en l'aliéné un sujet, mais un sujet qui se trompe et qu'on doit, au nom de la raison triomphante plus que dans une préoccupation humaniste, convaincre de son erreur, sans hésiter à le manipuler. Il défendait une médecine active, interventionniste, basée sur l'écoute soigneuse du patient et le recueil de son histoire, et il préconisait contre les désordres physiques des remèdes physiques et contre des désordres moraux des remèdes moraux. Leuret se plaçait dans une position de pouvoir médical et se montrait brutal face aux patients en utilisant les douches froides.

Lasègue C. en 1846 (**dans Hochmann J., 2004, p22**) ajoutait, concernant le traitement moral, qu'il reposait exclusivement sur les qualités personnelles du médecin, uniques et non reproductibles. Il posait ainsi les premiers jalons de la psychothérapie.

Le traitement moral n'est pas sans rappeler la rhétorique au sens du Gorgias de Platon (**390-385 av. JC.**). Roland Gori (**2000**) souligne que la notion même de guérison a une étymologie militaire, se rapprochant de ce qui fut à l'origine de la rhétorique dans sa finalité pacifiante : art de convaincre et de persuader pour guérir les conflits nés du débat dans les cités.

2. Le traitement d'âme de Sigmund Freud

Freud S. (1890), avec son hypothèse de l'existence de l'inconscient s'est toujours intéressé à ce qui était thérapeutique dans le travail psychanalytique. Dans son article *Traitement psychique traitement d'âme* écrit en 1890, il précise l'essence d'un traitement psychique. *Psyché* est un mot grec que l'on traduit par âme. Freud S. laisse volontairement un flou dans la dénomination traitement d'âme qui est différent de l'expression traitement de l'âme.

Freud S. (1890) rajoute « On pourrait donc supposer qu'il faille entendre par là, traitement des manifestations morbides de la vie de l'âme ». Mais il précise « ce n'est pourtant pas la signification de ce mot, traitement psychique pourrait signifier traitement prenant origine dans l'âme, traitement de troubles psychiques ou corporels à l'aide de moyens qui agissent d'abord et immédiatement sur l'âme de l'homme ». Freud S. nous apprend que l'outil essentiel du traitement psychique est le mot. La « simple » parole du médecin pourrait ainsi dissiper les troubles morbides du corps et de l'âme.

Freud S. (1890) remarque que la médecine moderne ne manquait jamais de présenter le rapport indéniable entre le corps et l'âme en présentant l'âme comme déterminée par le corps, et dépendante à son égard. Mais l'autre aspect de cette relation, l'action de l'âme sur le corps, n'était guère abordé. C'est à partir de la pratique médicale que cette insistance unilatérale de la médecine va être remise en question.

En effet, certains patients présentant des symptômes somatiques variés fluctuants et inexplicables pour le médecin, constituaient de véritables énigmes médicales. Et cela d'autant plus que leurs troubles somatiques pouvaient disparaître pour laisser place à une santé parfaite, même après une longue persistance. On découvrit qu'au moins chez certains malades, les signes du mal avaient leur origine dans un changement de l'influence de leur vie psychique sur leur corps. Par conséquent, la cause première du trouble est à rechercher dans le psychique.

Freud S. remarque que maints aspects de l'influence de l'âme sur le corps étaient connus depuis toujours mais qu'ils n'apparaissent sous un juste éclairage que plus tard. Il donne l'exemple des différents états d'âme d'un être humain se manifestant par des tensions et relâchements des muscles faciaux. De même, il souligne que la participation physique à certains états psychiques nommés *affects* est frappante. De plus, il constate que les affects principaux jouent manifestement un rôle dans les capacités de résistance aux maladies contagieuses. La fréquence des dysenteries parmi les armées vaincues est plus fréquente que chez les vainqueurs (Freud S., 1890).

Freud S. évoque la notion *d'attente croyante* intervenant dans le processus thérapeutique. Elle consiste en une force agissante, pleine d'espérance, s'imbriquant à l'art médical. « Nous devons compter en toute rigueur sur ces forces dans toutes nos tentatives de traitement et de guérison ». Freud S. repère que la personnalité même du médecin joue un rôle dans le processus thérapeutique, de par l'inclinaison purement humaine que le médecin a éveillé auprès du patient. De plus, le comportement psychique du patient participe également à l'effet du remède prescrit par le médecin. Le patient fait donc partie intégrante du processus thérapeutique, il y est activement impliqué.

Freud S. nous fait remarquer que les médecins ont de tout temps pratiqué le traitement psychique, si par traitement psychique on entend la tentative d'éveiller chez le malade des états et des conditions psychiques propres à favoriser sa guérison.

Ce type de traitement médical, rajoute-t-il, est historiquement le plus ancien ! Les peuples anciens ne manquaient jamais de renforcer l'action des potions et des mesures thérapeutiques par un énergétique traitement psychique. « Ainsi la personne du médecin était-elle à l'époque, tout comme aujourd'hui, l'un des facteurs essentiels permettant d'obtenir chez le malade l'état psychique favorable à sa guérison » (**Freud S., 1890**).

L'expression *La magie des mots* souligne que les mots sont bien les instruments les plus importants de l'influence qu'une personne cherche à exercer sur une autre. Les mots sont de bons moyens pour provoquer des modifications psychiques chez celui à qui ils s'adressent. Ainsi, la magie des mots peut écarter des phénomènes morbides, en particulier ceux qui ont eux-mêmes leur fondement dans des états psychiques.

Freud S. va travailler, en tant qu'élève, avec Charcot, neurologue à la Salpêtrière. C'est à partir d'observations de malades atypiques qu'il fera une découverte majeure. Charcot (**dans Hochmann J., 2004**), se passionne pour les hystériques vers 1883, et il doit admettre que l'hystérie n'est pas due à une lésion cérébrale anatomique. Il s'efforce de décrire le tableau clinique de l'hystérie. Des médecins de l'école de Nancy montrent que ces signes fluctuent ou disparaissent en fonction de la suggestion qu'exerce le médecin. Freud S. (**ibid.**) profite de l'enseignement clinique du maître et des critiques nancéennes. Il fait l'hypothèse d'une organisation spatiale de l'appareil psychique, composé de plusieurs instances : conscient, préconscient, inconscient puis, *Ça, Moi, Surmoi*.

Ainsi, les symptômes souvent somatiques, sont des formations de compromis participant au maintien du refoulement mais en assurant une satisfaction substitutive à la tendance refoulée. Ils ont donc un sens caché. Jusqu'alors, les traitements pour ces patients étaient basés sur l'hypnose et la suggestion.

Une psychothérapie basée sur des principes de direction morale et de liquidation morale était pratiquée devant ces patients hystériques. Breuer s'intéressait, lui aussi, à l'hystérie, il cherchait à affronter directement les symptômes pour suggérer ensuite leur abandon en demandant à ses patientes de se replacer au moment d'émergence du trouble, de retrouver les émotions enfouies, de les extérioriser et de les verbaliser. Freud S. part de cette méthode cathartique pour s'en démarquer. Il abandonne la suggestion hypnotique des remémorations, pour se contenter d'enjoindre au patient des associations sur le récit de sa vie, de ses fantasmes et de ses rêves. Il met alors en évidence les résistances du patient à suivre cette injonction, résistances naissant des traces inconscientes de relations anciennes avec des personnages significatifs de l'enfance. Réactualisés dans la relation avec son patient par la relation transférentielle, ces restes d'un passé en partie imaginaire peuvent alors être reconstruits dans l'après coup et rendus conscients dans la cure. La psychanalyse était née. Elle va profondément transformer la manière de traiter les malades mentaux, et entraîner une véritable « révolution psychiatrique » (**Georgieff N., Marie-Cardine M., 1991**). Elle influencera en effet les visions sur la folie et aura un impact dans notre culture et notre société.

3. Evolution du soin psychiatrique

Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, la psychiatrie se trouve en pleine mutation, certains psychiatres s'intéressant plus à la dynamique des troubles mentaux, c'est-à-dire à la psychopathologie. Ils remettent en cause bon nombre de théories telles que la théorie de la dégénérescence. Freud S. lui-même dénonçait les excès du recours à l'explication par l'hérédité et la dégénérescence (**dans Hochmann J., 2004**).

Le traitement moral à la base du fonctionnement autoritaire de l'asile est revisité, l'asile étant devenu une institution folle et déshumanisée. Malgré toutes les remises en cause, la pensée dominante reste marquée par l'organogénèse réductionniste.

D'un point de vue thérapeutique, des méthodes physiques de choc apparaissent renouant avec les pratiques anciennes du bain glacé. Cela montre bien les contradictions d'une époque où l'identification à l'homme souffrant coexiste avec une nouvelle réduction du fou à l'animalité (**ibid.**). Ainsi les thérapeutiques épiléptogènes, évoquées par un psychiatre hongrois, Von Meduna (1896-1964), naissent à partir d'un soit disant antagonisme entre schizophrénie et épilepsie. Elles donnent naissance aux méthodes provoquant artificiellement une crise d'épilepsie par stimulation du courant électrique. Ces méthodes sont utilisées sans discrimination et sans précaution, parfois comme moyen de punition, pratiquées publiquement, sans anesthésie préalable pour impressionner les autres malades. L'électrochoc devient ainsi le symbole d'une psychiatrie répressive. Des traitements énergiques étaient également appliqués aux patients : douches froides, électrochoc, coma par l'insuline et surtout la fameuse camisole physique, le saucissonnage. « Abandonné, humilié et meurtri dans la solitude de sa cellule, entravé et relégué, le malheureux aliéné finissait par régresser pour venir grossir cette population de déments qui habitait alors les asiles et contribuait à accréditer la représentation terrorisante de la maladie mentale (**Zarifian E., 1994b, p 84**) ».

Une autre « méthode thérapeutique », reflétant l'extrême chosification des malades mentaux, voit le jour en 1935, la psychochirurgie. Elle consiste en des lobectomies frontales plus ou moins étendues, sans support scientifique valable, et donc éthiquement très discutable.

Ces pratiques soulignaient le profond désespoir et l'impuissance dans lesquels étaient plongés les psychiatres de cette époque face aux malades les plus graves et les plus enkystés dans leur psychose. Nous retrouvons ici ce désir d'agir du médecin, de faire quelque chose coûte que coûte, face à l'immobilisme et l'immuable de la pathologie mentale.

A la même époque, Manfred Sakel, constate, après un coma accidentel, l'amélioration d'un patient qu'on traitait par l'insuline pour lui redonner de l'appétit. Il entreprend ainsi de soumettre des patients schizophrènes à des comas insuliniques répétés. La cure de Sakel restera, avant la découverte des neuroleptiques, le seul traitement biologique de la schizophrénie. Son succès débutant était plutôt dû, comme le remarque Racamier PC. (1993), à l'intérêt que lui portaient les équipes soignantes et l'investissement porté au patient. Une fois cette technique passée de mode, elle n'a plus eu la même efficacité.

L'aspect relationnel était donc ici fondamental dans l'efficacité des cures de Sakel. Cette constatation est une première ébauche de l'association d'un traitement biologique médicamenteux à un soin psychothérapeutique (Lambert PA., 1980).

En partie sous l'éclairage psychanalytique, après la deuxième guerre mondiale, l'asile va heureusement se transformer et redevenir plus humain, le patient est considéré comme sujet parlant pouvant prendre une part active dans le soin. La thérapie institutionnelle se développe en permettant de penser les modalités relationnelles d'un patient, notamment schizophrène, avec une équipe soignante pluridisciplinaire. Eviter que les patients sédimentent dans l'asile devient un des objectifs de la thérapie institutionnelle (Racamier PC., 1993).

A ce stade de notre exposé, pouvons-nous dégager une certaine spécificité du soin psychiatrique ?

Pinel suggérait, par le traitement moral, que le soin se plaçait dans la durée avec une perspective temporelle beaucoup plus longue et non pas dans une intervention ponctuelle. Comme le remarque Daumezon dans un dialogue avec J. Hochmann (Hochmann J., 1980), nous pourrions ramener l'idée de Pinel à ce qui est noté sur les cahiers de transmission des pavillons hospitaliers : un tel interne de garde est appelé pour un patient posant problème, il abolit le trouble grâce à un traitement sédatif massif alors qu'un autre replace la crise dans l'histoire du sujet et de l'institution, tout en donnant un traitement. Le second interne délivre un soin psychiatrique. Ecouter c'est déjà soigner...

Ainsi, un soin psychiatrique débute lorsque le médecin est confronté à la trajectoire existentielle de son patient.

Comme l'énonce J. Hochmann (1980), le soin est un acte parlé. C'est seulement de l'alliance entre l'acte et la parole que des effets de sens peuvent surgir (Hochmann J., 1980). Pour Kapsambelis V. (2003), la psychothérapie n'est pas une technique thérapeutique, elle est le présumé implicite à toute rencontre à visée thérapeutique. Toute maladie mentale traduirait une difficulté de l'humain à poursuivre le travail psychique qu'il effectue sans cesse avec ses objets. Le psychiatre consulté est alors investi en tant qu'objet.

« L'efficacité » de la relation thérapeutique ainsi engagée sera fonction de la capacité du thérapeute à servir d'intermédiaire, de passeur, pour que la personne reprenne son travail objectal avec ses objets passés et puisse en inventer de nouveaux (**Kapsambelis V., 1999**). Selon Kapsambelis V. (**ibid.**), à partir de l'idée de processus thérapeutique, ce qui sert de critère thérapeutique à notre action, est la question de savoir dans quelle mesure celle-ci s'adresse au processus thérapeutique engagé entre le patient et le thérapeute. Nous nous questionnons tout particulièrement sur la façon dont notre action soutient, et permet au processus thérapeutique engagé au sein même du patient, de se développer. Kapsambelis V. nous met en garde : lorsque notre action s'adresse directement au patient, nous nous trouvons en danger thérapeutique.

Roland Gori (**2000, p40**) précise que « l'objet de soin de la psychanalyse est la maladie artificielle qu'elle fabrique. En invitant un patient à dire tout ce qui lui vient à l'esprit, nous établissons, par un acte authentiquement rhétorique, que sa souffrance détient son origine des paroles qu'il est amené à prononcer. Cela revient à lui dire que ses symptômes ne sont pas étrangers à ce qu'il est, que ses symptômes se déduisent de sa manière d'être et de dire en tant que solution autothérapeutique à des questions en souffrance ».

La seconde moitié du XX^{ème} siècle, voit la prédominance de la psychogenèse, pour donner sens à la maladie mentale. La psychanalyse connaît alors son heure de gloire, imprégnant toutes les théories psychopathologiques de la maladie mentale. Elle entraînera une réflexion particulièrement féconde dans tous les domaines de la psychiatrie. Pour Kandel E.R. (**1999**), la psychanalyse a révolutionné notre compréhension de la vie mentale. « Elle a en effet proposé un remarquable ensemble de nouvelles perspectives à propos des processus mentaux inconscients, du déterminisme psychique, de la sexualité infantile et de l'irrationalité de la motivation humaine ».

Des dérives apparaissent progressivement, et la psychanalyse adopte des positions dogmatiques, positions qui précipiteront son déclin. La psychanalyse est *a priori* à l'opposé de postures dogmatiques.

De l'évolution de la psychiatrie et de sa thérapeutique, nous constatons que cette spécialité reste pleine de contradictions, toujours tentée par des idées simplificatrices de la maladie mentale et donc du soin psychique. Malgré l'évidence d'une question complexe, aux causalités plurifactorielles, les progrès de la science, et notamment des neurosciences, incitent à une nouvelle ferveur dans l'espoir de découvrir enfin la genèse des maux de l'âme.

La découverte des psychotropes en 1952 constitue un des moments phare dans l'histoire du soin psychiatrique. Elle constitue en effet un véritable tournant dans la façon d'aborder la pathologie mentale. Nous pouvons parler de rupture dans la conception du soin psychiatrique au même titre de la découverte du traitement moral de Pinel fin XIX^{ème} siècle. La découverte des psychotropes devient progressivement un moyen d'investigation du psychisme comme l'était l'hypnose à un moment donné.

L'essor des psychotropes est tel, qu'il constitue, pour bon nombre de chercheurs et de psychiatres, une nouvelle façon de penser le psychisme. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette évolution tout au long de notre travail.

Nous allons désormais nous pencher sur l'histoire des psychotropes afin de préciser le contexte de notre recherche clinique.

V. PSYCHOTROPES ET PSYCHOPHARMACOLOGIE

« Les méthodes les plus intéressantes pour la prévention de la souffrance sont celles qui visent à influencer notre propre organisme. La méthode la plus grossière mais aussi la plus efficace destinée à exercer pareille influence corporelle est la méthode chimique, l'intoxication. Ne sait-on pas qu'avec l'aide du briseur de soucis on peut se soustraire à chaque instant à la pression de la réalité et trouver refuge dans un monde à soi offrant des conditions de sensation meilleure ? » (**Freud S., 1929, p20-21**).

« Il se peut que l'avenir nous apprenne à agir directement, à l'aide de certaines substances chimiques, sur les quantités d'énergie et leur répartition dans l'appareil psychique. Peut-être découvrirons-nous d'autres possibilités thérapeutiques encore insoupçonnées ? Pour le moment néanmoins nous ne disposons que de la technique psychanalytique, c'est pourquoi, en dépit de toutes ses limitations, il convient de ne point la mépriser » (**Freud S., 1938, p51**).

Aussi loin qu'on remonte, l'histoire des hommes s'est toujours accompagnée de l'usage de boissons alcoolisées et d'extraits de plantes aux vertus stupéfiantes ou hallucinogènes. (**Lambert PA., 1980**).

A. Freud : Précurseur de la psychopharmacologie ?

Avant de nous intéresser plus directement à l'histoire des psychotropes, il nous semble important de faire un détour par l'épisode cocaïne de Sigmund Freud. Celui-ci constitue en effet une première tentative de recours à une substance chimique pour traiter une maladie de l'âme, en l'occurrence la neurasthénie. Cet épisode serait comme une première ébauche de la psychopharmacologie mais il suggère aussi une séparation radicale entre psychanalyse et psychopharmacologie, l'une naissant peut-être avec l'abandon de l'autre. Certains parlent de « tâche aveugle » de la psychanalyse (**Coblence F., 2002**). « L'épisode coca » de Freud se déroule entre 1884 et 1887. Freud écrit « *Über coca* » en 1884. Il présente la cocaïne comme le remède miracle permettant de « lutter contre la fatigue et la dépression, elle pourrait lui assurer célébrité et fortune, légitimant son choix de la science, tout en lui permettant d'épouser Martha.

Freud S. (1884) exprime un réel enthousiasme pour la cocaïne : « Il conviendrait peut-être aussi d'admettre que l'euphorie chez une personne en bonne santé n'est autre que l'état normal d'un cortex cérébral bien nourri qui « ne sait rien » sur les organes de son propre corps ». Cela évoque déjà l'idée d'une possibilité de sculpter le psychisme et l'humeur à l'aide de substances extérieures, de façon à être mieux « que bien », être mieux que soi-même. Considérant l'usage thérapeutique de la cocaïne, Freud mentionne sa valeur de stimulant et l'espoir qu'on peut mettre en elle : pour de nombreux médecins, la cocaïne semble appelée à combler une lacune dans l'arsenal des médicaments dont dispose la psychiatrie.

Freud S. en consomme tout en poursuivant ses recherches pharmacologiques. Or, un événement tragique survient lorsqu'il croyait pouvoir guérir son ami et confrère le docteur Fleisch de sa dépendance à la morphine par une prescription de cocaïne. Fleisch, passant d'une intoxication à une autre, meurt d'une overdose de cocaïne (**dans Domic Z., 1999**).

Jusqu'alors, la psychiatrie disposait de moyens suffisants pour réduire une excitation trop grande des centres nerveux, mais elle ne savait comment élever l'activité réduite de ces centres. Selon Robert Byck (**dans F. Coblenz, 2002**), la mise en évidence des propriétés stimulantes de la cocaïne, ses expérimentations sur lui-même, représentent une contribution de Freud à la future psychopharmacologie (le terme apparaît en 1920) dans les deux directions qui vont la constituer : la recherche sur les substances capables de modifier la pensée et le comportement normal, et l'étude des molécules soulageant la maladie mentale. Mais si les expérimentations de Freud inaugurent la tradition des rapports sur les substances psychoactives (LSD, mescaline), elles se situent aussi dans la double tradition littéraire et médicale, bien ancrée au XIX^{ème} siècle, des récits et auto-expérimentations des effets de drogues et d'excitants (**Moreau de Tours JJ., 1845**). Dans cette mesure, le texte de 1884 serait le premier à inscrire les recherches freudiennes sur la psyché à l'articulation de la science et de la poésie. En 1895, c'est-à-dire avec les débuts de l'auto-analyse, Freud S. cesse de prendre de la cocaïne et d'en prescrire. Dans le même temps, confronté dans sa clinique aux névroses actuelles, il replace la neurasthénie parmi elles, et en différencie la névrose d'angoisse. On peut faire l'hypothèse que l'accent mis par Freud S. sur le rôle actuel de la sexualité et de sa répression, ainsi que l'échec de la cocaïne pour soigner son ami Fleisch, le conduisent à écarter la cocaïne des remèdes possibles.

Ainsi, l'articulation de la psychanalyse et de la psychopharmacologie s'avère double : elle tient, d'une part, à ce que Freud attend de la cocaïne dans le traitement de la neurasthénie et comme stimulant du fonctionnement mental, et d'autre part, au rôle qu'a joué la cocaïne dans les débuts de l'histoire de la psychanalyse.

L'étude pharmacologique proprement dite, qui n'avait jamais été vraiment reprise depuis les écrits de 1884-1885, est abandonnée, comme l'est tout recours à un produit chimique, que ce soit comme complément ou substitut à la méthode psychique. Dans ces conditions, Freud S. pouvait-il être un précurseur de la psychopharmacologie ? Les travaux sur la cocaïne apparaissent bien rétrospectivement comme le premier témoignage de l'intérêt passionné de Freud S. pour le fonctionnement psychique, la cocaïne ayant une fonction psychotrope. Cet intérêt sera d'ailleurs développé dans son article « De l'Esquisse d'une psychologie scientifique (**Freud S., 1895**) » où il émet l'hypothèse sur le fonctionnement neuronal. Dans les années 1884-1885, l'auto-expérimentation de la cocaïne aurait pu le mener vers l'approfondissement du mécanisme d'action des substances chimiques sur le psychisme. Avec le décès tragique de son ami Fleisch, Freud S. se tournera vers une autre scène, celle de l'inconscient. Parallèlement, le dégageant de l'hypnose, les convictions rationalistes de Freud S., la méthode même de la libre association, s'opposaient trop à la prise de substance psychotrope pour qu'il pût, dans le temps de l'invention de la psychanalyse, envisager une alliance chimique et psychothérapie, sinon à envisager le rôle de la chimie dans la cessation de la douleur physique. Freud S. a probablement été pris d'un mouvement de rejet vis-à-vis de toute substance chimique agissant sur le psychisme. Il était animé d'un fort sentiment de culpabilité par rapport à la perte de son ami, ce qui l'a incité à exclure tout recours au chimique dans le soin psychiatrique.

A ses origines, la psychanalyse, pour émerger, a donc exclu l'action d'une substance sur le psychique et son éventuelle alliance à la parole. Les deux outils thérapeutiques étaient d'emblée dissociés. Ceci n'est peut-être pas si étranger que cela à l'aspect dialectique du soin psychiatrique et aux oppositions farouches entre partisans de la psychothérapie et ceux de la pharmacothérapie.

Nous allons désormais nous pencher sur le versant biologique de la psychiatrie en nous intéressant à la naissance des psychotropes et aux conséquences qu'ont eues ces molécules sur la façon d'aborder et de soigner le malade mental.

B. Les psychotropes

Etymologiquement, psychotrope vient du grec, *psuchhê* qui signifie esprit, âme, et *tropos* signifiant tourner, affinité pour. Ainsi psychotrope implique : avoir une affinité pour l'âme, pour l'esprit. On entend donc par psychotrope, toute substance susceptible de modifier l'activité psychique, que ce soit dans le sens d'une stimulation, diminution ou altération de cette activité. Les psychotropes sont des médicaments à part dans la pharmacopée. Philippe Pignarre (1999) souligne qu'il est impossible de donner une définition biologique stable d'un psychotrope. Ces drôles de médicaments se distinguent des autres produits dans la mesure où ils agissent sur un organe à part, le cerveau. L'histoire des psychotropes se divise en deux périodes distinctes. L'une avant 1952, se caractérise par l'usage de substances naturelles extraites des plantes, qui procuraient un état passager d'euphorie et de confort.

Depuis les millénaires, des substances toxiques étrangères à l'organisme sont en effet utilisées pour un accroissement du bien-être subjectif ou une euphorie. L'épisode cocaïne de Freud en est un exemple. Ces utilisations étaient essentiellement faites par des sujets « normaux sans maladie ». Cependant, certains psychotropes ont des limites floues par rapport aux drogues (Erhenberg A., 1988). L'exemple de la consommation de benzodiazépines est assez frappant. C'est en 1960 qu'apparaît la première molécule, le *librium*, médicament utilisé dans l'anxiété névrotique. Depuis cette date, la consommation de tranquillisants n'a cessé d'augmenter au point de poser un réel problème de santé publique en France. En effet, ces médicaments occupent désormais le devant de la scène dans notre société post-moderne. Ils agissent sur une symptomatologie subjective, sur un symptôme tel que l'anxiété mais leur consommation est elle-même symptôme d'un malaise de notre société.

A partir de 1952, commence la « véritable » histoire des psychotropes et avec elle, le développement d'une spécialité, la psychopharmacologie. Elle consiste à étudier l'effet des psychotropes sur le psychisme humain de manière à mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques impliqués dans la pathologie mentale (Angelergues R., 1980).

Il s'agit donc d'une histoire récente : elle remonte en effet à la découverte du *Largactil* ou chlorpromazine en 1952. C'est un chirurgien militaire, Henri Laborit, qui se rendit compte des effets de la chlorpromazine sur ses patients opérés : elle les plongeait dans un doux état de quiétude et dans une indifférence béate.

Il eut l'idée de la proposer pour des patients agités et délirants (**dans E. Zarifian, 1994b**). Cette constatation est reprise par deux psychiatres Delay et Denicker qui testent cette molécule auprès de patients schizophrènes (**dans P. Pignarre, 1990**). La découverte des neuroleptiques était faite, elle allait profondément modifier la façon de soigner les malades mentaux.

Comme c'est souvent le cas lors de l'apparition d'une nouvelle thérapeutique, l'espoir et l'engouement suscités par le *Largactil* ont été immenses. L'idée de guérir les fous grandissait à nouveau, de manière semblable à la découverte du traitement moral de Pinel. Le succès du début dûit vite retomber : si les neuroleptiques étaient efficaces dans la phase aiguë d'agitation, de délires et d'hallucinations de la psychose, ils perdaient de leur superbe au fil du temps, voire plongeaient le patient dans un retrait autistique massif. De plus, des rechutes délirantes s'observaient. Une certaine déception apparût, car ces traitements ne semblaient pas guérir « totalement » la maladie mentale telle que la psychose.

Le *Largactil* était d'abord destiné à effondrer la réactivité centrale, il ne saurait être un vrai médicament du psychisme souffrant (**Audisio M., 1988**).

La découverte des neuroleptiques a néanmoins entraîné un véritable retournement dans la manière d'aborder le fou. Avec ces traitements, il devenait en effet plus abordable, voire maîtrisable. La représentation du malade mental et de la maladie mentale dans notre société allaient s'en trouver définitivement modifiés.

Depuis 1952, la psychiatrie n'en finira plus d'osciller entre deux courants, psychologique d'une part et biologique d'autre part. En 1957, deux antidépresseurs actifs dans la mélancolie furent découverts par Roland Kuhn : l'imipramine ou *Tofranil*, et l'iproniazide ou le *Marsilid*. Les antidépresseurs et les neuroleptiques sont très particuliers comme médicaments, car ils sont sensés modifier un comportement général, un syndrome (**Lambert PA., 1980**) et non plus un symptôme. Avec eux, miroite le secret espoir de soigner une maladie mentale dans sa globalité. A ce titre, ils diffèrent des autres substances psychoactives connues jusqu'alors. L'alcool, les tranquillisants, les stupéfiants ou encore les psychotoniques tels que la cocaïne procurent un plaisir, une satisfaction pour le sujet qui en consomme.

Selon Lambert PA. (**1980**), les neuroleptiques ou les antidépresseurs ne sont pas sensés exercer une telle séduction vis-à-vis du sujet, ils sont présentés comme des médicaments de fond, n'étant pas sensés procurer du plaisir.

Nous relativisons cette affirmation car nous rencontrons des patients pour qui la prise d'un antidépresseur voire d'un neuroleptique constitue un plaisir, une satisfaction d'ordre orale par exemple. Il existe même d'authentiques phénomènes de dépendance avec ces produits, dépendance semblable à celle observée avec les benzodiazépines.

Je citerai le cas d'un patient Georges, âgé de 55 ans, suivi depuis des années dans notre centre. Ce patient vient à la consultation une fois par mois. Il a consommé des drogues dans son passé. Georges a présenté plusieurs épisodes délirants aigus. Il est actuellement stabilisé cliniquement. Georges est attaché d'une manière très forte à son traitement qui comprend un neuroleptique sédatif conséquent. J'ai proposé à plusieurs reprises de baisser ce traitement neuroleptique, en vain, Georges s'y est toujours opposé catégoriquement. J'ai le sentiment que le traitement fait partie intégrante de lui, et le modifier, reviendrait à mettre en péril le patient. Le lien à ce traitement est un lien psychotique, Georges explique qu'il a besoin de cette petite anesthésie pour vivre tranquillement. L'année dernière, un épisode de stress survient : Georges est gardien de musée, il est confronté à une évacuation d'urgence du public en raison du déclenchement d'une alarme incendie. Il vient me voir en urgence, angoissé, je constate une dissociation psychique, une exaltation de l'humeur ainsi que des idées délirantes de persécution. C'est la première fois que je vois Georges dans un tel état clinique. Il accepte l'adjonction d'un nouveau médicament antipsychotique tout en conservant son traitement neuroleptique ancien. L'épisode disparaît en un mois, je propose à nouveau au patient de diminuer ses neuroleptiques classiques mais il ne le souhaite pas. Au contraire, trois mois après cet épisode, il m'apprend qu'il ne prend plus le nouveau médicament alléguant l'impression que « ça modifie » ses pensées, qu'il ne peut plus penser comme avant. Nous arrêtons donc l'antipsychotique, pour retrouver son traitement habituel, c'est-à-dire la forte dose de neuroleptiques sédatifs, le *tercian*. Le patient est rassuré par son médicament à l'action sédatrice, mais possédant des propriétés antipsychotiques à fortes posologies. Georges s'approprie les effets psychiques du traitement, les expériences somato-psychiques, ici à type de ralentissement et de sédation, procurées par le médicament lui permettent paradoxalement de se sentir exister. Ces effets pharmacologiques, dans cette situation, s'intègrent à la personnalité du patient au point qu'on puisse parler de médicaments du narcissisme, terme développé par Vassilis Kapsambelis. L'action de sédation procure un effet pare-excitation recherché par Georges. En diminuant les sollicitations du monde extérieur, le patient se sent protégé par cette enveloppe chimique, sorte de deuxième peau.

Le traitement procure une certaine immuabilité faisant résonance avec l'immuabilité psychotique de Georges. Il le nourrit narcissiquement en lui donnant un sentiment de plénitude intérieure. Il favorise un certain repli sur soi qui le rassure. On peut évoquer une certaine dépendance au neuroleptique traduisant dans ce cas le lien psychotique au traitement. Dans cette histoire, l'objet médicament est en effet confondu avec le patient. Il s'est inscrit dans son intimité. Modifier cet objet, c'est l'exposer, et le mettre en danger de mort. Le patient a trouvé son traitement, son psychique lui a attribué une certaine place. J'ai dû renoncer à le modifier au profit de médications plus innovantes et plus stimulantes, mais Georges se satisfait pleinement de son « vieux traitement ». En fait, il est tout à fait probable que les effets psychiques du nouvel anti-psychotique aient été trop perturbateurs pour Georges. Le lien au médicament *tercian* est un lien vital pour le patient. Nous retrouvons l'aspect radical du psychotique dans sa relation à l'objet, ici avec l'objet-médicament. La relation que Georges a développée avec moi relève d'un lien maternel de nourrissage narcissique, le médicament pouvant être considéré comme un don oral. Malgré la relation transférentielle, le nouvel antipsychotique prescrit n'a pas été investi par Georges, sauf au début de la prescription, moment où il était débordé par ses angoisses psychotiques. A ce moment précis, le médicament a agi avec efficacité sur la symptomatologie délirante. J'ai été amené à prescrire le traitement paré d'une autorité médicale forte qui a rassuré Georges. Une fois ce moment de crise passé, Georges ayant retrouvé un fonctionnement basal de son psychique, il a alors perçu ce nouveau psychotrope comme un intrus, comme une source potentielle d'une menace pour son intégrité. Nous retenons de ce fragment clinique que la façon dont le psychique accueille le psychotrope influence l'effet du médicament sur ce même psychique.

De plus, cette histoire montre qu'un lien de quasi dépendance psychique est possible même avec un neuroleptique. Le plaisir recherché ici, est cet effet déjà décrit de pare-excitations.

L'idée que les neuroleptiques ou les antidépresseurs sont des médications de fond reste très critiquable car il semble bien qu'ils demeurent des traitements de surface et qu'ils ne peuvent prétendre traiter une maladie mentale dans son ensemble, dans tout son être. En effet, l'efficacité de ces traitements repose sur la disparition ou la diminution de symptômes-cible.

La découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs a de toute façon révolutionné la recherche en psychopharmacologie (**Lambert PA., 1980**).

Comme nous le disions, à partir de leur venue dans la pharmacopée, le psychiatre est devenu plus efficace, Green A. (**1961**) nous annonce même que l'arrivée de ces psychotropes « sort définitivement la psychiatrie de son ère de contemplation ».

Face à l'impuissance dans laquelle il évoluait jusque là, le psychiatre en retire non seulement une certaine satisfaction individuelle, mais aussi une reconnaissance vis-à-vis de la société. Ainsi, si ces nouvelles médications ont moins d'atout pour séduire le patient du côté du plaisir, elles semblent exercer une séduction certaine sur le médecin qui se voit conforté et légitimé dans sa place de « guérisseur du fou ». Insistons sur ce frémissement, cet espoir voire cette croyance en la possible guérison de la folie. Pour Edouard Zarifian (1994b, p82), le médicament psychotrope n'est devenu ce qu'il est qu'en raison de son apparition à un moment opportun. « Le psychotrope est alors devenu le symbole de la science triomphante, celle qui explique l'irrationnel et qui guérit l'inguérissable. Une ère nouvelle semblait s'ouvrir, balayant l'obscurantisme de la psychiatrie. Celle-ci trouvait enfin ses lettres de noblesse. La folie devenait maladie, le cerveau livrait ses mystères... ».

C. Conséquences de l'arrivée des psychotropes

L'intérêt pour la biologie des maladies mentales s'est tout particulièrement développé devant la nécessité de traitements biologiques dans les psychoses (**Marie-Cardine M., 1996**). Les psychotropes laissent entendre que la médecine apporte une réponse aux souffrances vécues par l'individu. Ils agissent biologiquement sur le cerveau et modifient les pensées jugées aberrantes par le plus grand nombre. Ces substances ont la propriété de modifier des symptômes psychiques faisant souffrir, ou d'atténuer des comportements gênant surtout l'entourage. Une question est d'emblée soulevée : ces médicaments sont-ils des médicaments du cerveau ou des médicaments de l'esprit (**Zarifian E., 1994b**) ?

Les psychotropes ont entraîné avec eux le développement de la psychopharmacologie. Ils sont présentés comme les applications pratiques des neurosciences modernes (**Zarifian E., 2008**). Faire usage de la psychopharmacologie, c'est d'une certaine manière approcher le symptôme d'un point de vue neuropharmacologique. C'est donc risquer d'en évacuer sa dimension relationnelle interpersonnelle (**Audisio M., 1988**).

Avec la psychopharmacologie, s'est construite une psychiatrie dite psychiatrie biologique. La psychopharmacologie s'est inspirée de l'effet de plantes exotiques agissant sur le cerveau. L'arrivée de ces substances, ramenées des expéditions lointaines, a révolutionné l'art de guérir. La médecine connaît alors un véritable raz-de-marée, une irruption venue du dehors, c'est-à-dire un renversement : ce n'est plus la physiologie, le fonctionnement hippocratique qui inspire le traitement, mais c'est au contraire le remède, la pharmacopée, qui éclaire tout d'un coup la physiologie stagnante (**Dagognet F., 1992**). C'est en effet à partir d'une expérience d'effets thérapeutiques, que le problème de la connaissance scientifique du fonctionnement psychique allait être posé (**Angelergues R., 1989**). Avec les progrès de la science, on découvre que certaines substances sont déjà fabriquées par l'organisme lui-même ou que l'organisme possède des récepteurs pour telle ou telle drogue (récepteurs morphiniques pour les endorphines par exemple). Ainsi, l'idée de trouver des molécules hautement efficaces, spécifiques de récepteurs intracérébraux, émerge dans un contexte d'une nouvelle géographie de l'intériorité corporelle, et notamment cérébrale.

Selon Roland Kuhn (**1990**), la voie de la psychopharmacologie est claire : elle considère le malade comme un organisme à comprendre biologiquement et à explorer au moyen des méthodes des sciences naturelles.

Même si une partie de la psychopharmacologie est proche de la psychopathologie, la pharmacologie proprement dite des substances explore leur mode d'action au moyen de l'expérimentation animale et des méthodes biochimiques. Elle s'éloigne nécessairement de l'individu malade et souffrant. Progressivement, le malade oublié, disparaît.

Plus personne ne peut croire que l'invention thérapeutique pourrait naître d'une nouvelle manière d'observer les patients, c'est-à-dire d'une démarche clinique (**Pignarre P., 1996**). L'évolution de la psychopharmacologie se fait donc vers un éloignement du malade et de son psychisme alors qu'on aurait pu développer un champ d'expérience d'une véritable psychopharmacologie clinique au sens de Roland Kuhn.

La démarche de la psychopharmacologie consiste, entre autre, à étudier l'effet d'une substance sur le psychisme, et par là-même, d'en déduire des enseignements sur le fonctionnement psychique. C'est toute la problématique de l'accessibilité chimique des maladies de l'âme. Moreau de Tours J.-J. (**1845**) avait déjà expérimenté les effets du hachisch sur le psychisme pour tenter une expérience thérapeutique. Mais la biologie de l'époque ne possédait pas les moyens théoriques et techniques pour l'accueillir.

Au contraire, au début des années 1950, la biochimie a fait des progrès spectaculaires qui n'ont cessé d'être développés. Nous avons vu apparaître des modèles biochimiques de maladies mentales telles que la psychose avec l'étude de psychodysléptiques tels que le L.S.D. puissant hallucinogène. Plus récemment, la kétamine, utilisée en anesthésie, a également été étudiée, car elle reproduisait expérimentalement des signes positifs et négatifs de la schizophrénie (**Guillermain Y., Micaleff J., Possamaï C-A. et al., 2001**). C'est donc à partir de l'étude de l'action des substances hallucinogènes et anesthésiques que se développe une théorie biochimique des psychoses. La découverte des psychotropes va doper la recherche neurobiologique car c'est à partir de leurs effets et de leur efficacité que les chercheurs vont découvrir les modalités de fonctionnement des neurones. Le développement de la chimie de synthèse et de la pharmacologie réalise les conditions nécessaires à la naissance de la psychopharmacologie. La psychiatrie biologique dénie toute autonomie au fonctionnement psychique (**Marie-Cardine M., 1996**). Cependant, toutes ces études ne peuvent reproduire un être-au-monde du patient schizophrène. Elles permettent néanmoins d'affiner les modes d'actions des neuroléptiques au niveau cérébral et de découvrir des molécules plus efficaces et mieux tolérées, notamment dans la schizophrénie.

Ainsi, entre reproductions artificielles du trouble mental et interventions chimiques sur les troubles des fonctions supérieures, nos connaissances se sont prodigieusement raffinées.

Comme le mentionne Edouard Zarifian (1988), la neurobiologie est aujourd'hui résolument moléculaire. On est passé progressivement de la connaissance de la cellule et des produits qu'elle fabrique à la structure moléculaire de la cellule et aux gènes qui s'expriment en elle. D'un autre côté, le substrat organique des comportements élémentaires n'est déchiffré que dans ses grandes lignes. Ainsi, le champ de connaissance est beaucoup plus moléculaire que comportemental. Actuellement néanmoins, les sciences cognitives commencent à préciser des fonctions telles que l'intentionnalité, les émotions et la représentation de soi (Georgieff N., 2009b).

Le développement de la psychopharmacologie place la psychiatrie dans une situation paradoxale car les troubles psychiatriques sont définis d'une manière psychologique alors que leur traitement par médicaments renvoie essentiellement à la biologie. L'apparition de ces molécules légitime l'appartenance de la psychiatrie à la branche médicale, et nous avons bien perçu que depuis sa naissance, la psychiatrie est travaillée par cette question d'appartenance à la médecine. Paradoxale aussi, car le moment où émergent les neuroleptiques a été celui du développement, dans un premier temps, du courant psychanalytique dans le milieu psychiatrique parallèlement à celui de la psychiatrie biologique. La psychanalyse devient intellectuellement dominante à ce moment précis de l'arrivée des psychotropes dans l'arsenal thérapeutique. Les neuroleptiques agissaient en effet sur les phases aiguës de la schizophrénie mais, par leur action limitée sur l'évolution de la maladie, ils montraient toute la chronicité de cette maladie. Les partisans de la psychogenèse y voyaient donc bien une preuve d'un au-delà d'une causalité biologique, et ceux du courant biologique espéraient, par la voie de la recherche, triompher un jour de la maladie mentale.

L'attitude des psychanalystes face à la découverte des neuroleptiques surprend également : la pénétration pratique des psychotropes s'est fait sous le signe de leur déni théorique. Les psychanalystes ont fait comme si ces médicaments n'existaient pas (Swain G., 1994) !

Pourtant, d'un point de vue scientifique, le mouvement de mise au point des psychotropes va entraîner un formidable essor des travaux sur le fonctionnement du cerveau, les neurones, la transmission neuronale, tous ces termes étant regroupés dans les neurosciences. Les psychotropes deviennent ainsi de véritables outils pharmacologiques pour affiner la biologie du neurone (Zarifian E., 1994b). La psychiatrie biologique est fille de la découverte des médicaments du cerveau et de l'essor de la neurobiologie. Elle représente à la fois un courant de recherche et une idéologie (Zarifian E., 1988).

La montée en puissance des neurosciences est un phénomène multiple et complexe, elle est concomitante d'une médicalisation poussée de la psychiatrie et du déclin de la psychanalyse.

Néanmoins, la psychopharmacologie est encore restée liée à la clinique, solidaire d'une psychopathologie et, comme le remarque Angelergues R. (1980), une véritable psychopharmacologie clinique existe et reste à développer. La dimension biologique n'est pas, par définition et par avance, exclue de toute recherche centrée sur la clinique.

Par contre, Pierre Fedida (1996, p29) relève que « la neuropharmacologie, promotrice de la troisième génération de psychotropes, se tiendrait pour d'autant plus scientifique qu'elle serait émancipée de toute connaissance des dysfonctionnements psychopathologiques de l'individu ».

Ainsi, les progrès de la neuropharmacologie transforment insidieusement la nosographie psychiatrique en provoquant directement la création de nouvelles pathologies et en l'éloignant de la clinique (Lakoff A., 2005 ; Gori R., 2005 ; 2006). Nous observons un glissement progressif dans la notion de soin psychiatrique, la thérapeutique se réduisant à la seule neuropharmacologie (Reynaud M., Coudert A-J., 1987). La notion même de psychisme est remise en cause par les neurosciences. Par idéologie et réductionnisme, l'une des dérives des neurosciences est de vouloir remplacer le modèle psychopathologique par celui de la neuropharmacologie en proposant de déduire la psychopathologie clinique de la biologie, comme on déduit la clinique neurologique des sciences du cerveau (Georgieff N., 2009a).

Progressivement s'impose l'idée de soigner les maladies mentales comme n'importe quelle autre maladie, c'est-à-dire de les soigner sur le modèle médical (Zarifian E., 1994b). Remarquons d'ailleurs que ce modèle est utilisé comme argument par les firmes pharmaceutiques pour préconiser des traitements psychotropes au long cours. Ainsi un patient schizophrène est comparé au diabétique insulino-dépendant devant s'injecter son insuline tous les jours. Cela laisse supposer que la maladie mentale est assimilée à un déficit neurobiologique permanent corrigé par l'antipsychotique. Cependant, l'hypofonctionnement du cortex frontal chez un sujet schizophrène, ne peut être interprété étiologiquement comme l'est la lésion temporale dans l'aphasie de Wernicke (Georgieff N., 2009a).

La psychiatrie biologique est issue d'un raisonnement très simple : les psychotropes améliorant les symptômes des maladies mentales et agissant sur des structures et des phénomènes précis, ces structures et ces phénomènes sont donc à l'origine des maladies mentales traitées par les psychotropes (Zarifian E., 1988). Le postulat d'un déficit neurobiologique localisé à l'origine des maladies mentales est ainsi accrédité.

Cela s'accompagne d'un soin très éducatif au cours duquel le patient est « dressé » en quelque sorte à prendre son traitement régulièrement, la compliance à cette prise médicamenteuse étant la finalité du soin. Inutile de préciser que dans cette situation, le patient est totalement objectivé.

Cette conception du soin psychique séduit parfois le psychiatre : elle a le mérite d'être claire, simple et objectivable : l'action soignante est en effet rationnelle et précise tel le scalpel du chirurgien. Surtout, le psychiatre est confortablement positionné pour diriger le traitement, épargné de tout engagement personnel dans la relation soignante.

Or, le soin psychique ne peut faire l'économie d'un tel engagement étant donné que la dimension relationnelle appartient pleinement au processus thérapeutique.

De plus, une telle orientation du soin psychique séduit également parfois le patient qui, lui aussi, fait l'économie d'une propre remise en question en n'abordant pas ses conflits intrapsychiques, mais en adoptant plutôt une posture passive.

Les classifications nosographiques psychiatriques ont également subi une évolution par le biais de la neuropharmacologie. Ainsi, dans le D.S.M. IV, la notion de trouble apparaît mais le terme même de névrose hystérique disparaît. Ce découpage de grande pathologie psychiatrique en troubles a pour but de démultiplier les diagnostics relevant de traitements psychotropes. Roland Gori (2005 ; 2006) ou encore Samuel Lepastier (2009) ont bien montré toutes les dérives de cette psychiatrie a-théorique que représente le D.S.M. IV : par glissement, la dépression est ce qui guérit sous antidépresseurs. Enfin, en écartant toute subjectivité pour établir un diagnostic de dépression, seuls ont été pris en compte des indices très grossiers de la vie psychique, le diagnostic de dépression n'a cessé de croître de façon vertigineuse (Gori R., 2006 ; Lepastier S., 2009).

De plus, l'évaluation du trouble ainsi que sa cotation permettent de préconiser des psychotropes à minima, pour des indications de plus en plus larges mais également de plus en plus floues. L'hypomanie, par exemple, moins sévère que l'accès maniaque, relèverait également d'une prescription de régulateurs de l'humeur.

La tendance s'est donc inversée depuis ces vingt dernières années, c'est désormais la neuropharmacologie qui dicte la clinique, en lien avec une vision très symptomatique de la maladie mentale. De plus, cette simplification de la clinique psychiatrique sème l'illusion que tout peut être résolu rapidement, l'être humain étant vidé de sa souffrance. En raisonnant de la sorte et en prescrivant des psychotropes, on se conduit en médecin, on ne soigne pas l'esprit mais une maladie de l'esprit qui aurait un soubassement biologique (Guyotat J., 1996).

Comment les neurosciences ont-elles pu réaliser ce véritable tour de passe-passe ? Peut-être justement avec le déclin de la psychopathologie, de la clinique, au sein même de la psychopharmacologie. Une certaine évolution de la société vers un courant scientifique et positiviste a probablement participé à ce mouvement des neurosciences.

Progressivement, apparaît la tendance à définir la clinique en fonction de l'effet attendu des psychotropes, et le nom des grandes classes de médicaments (neuroleptiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur) est conforme aux grandes catégories nosographiques psychiatriques (**Zarifian E., 1994a**). La neuropharmacologie dicte ainsi une nouvelle manière de penser le sujet, le psychisme et la clinique (**Widlöcher D., 1990 ; Zarifian E., 1999**).

Nous constatons donc un inquiétant éloignement de la clinique, les médications psychotropes occupant le devant de la scène thérapeutique en évacuant la psychopathologie au profit d'une évaluation standardisée du patient. Par ce biais, la clinique s'en trouve réduite à un simple inventaire de symptômes-cible, repérables et cotables. Ainsi, la psychiatrie, emboîtant le pas à la médecine somatique, passe directement des symptômes au traitement. L'intérêt d'une démarche diagnostique et psychopathologique est remplacé par la recherche des meilleurs médicaments possibles, la connaissance clinique étant remplacée par un savoir infraclinique à l'insu du malade. Nous constatons donc un glissement qui exclue le patient en tant que sujet. Ce dernier est assimilé alors à un conglomérat de symptômes repérés par le psychiatre technicien qui s'appuie sur des échelles d'évaluation (**Reynaud M., Coudert A-J., 1987**). Nous sommes ainsi passés d'une clinique de la psychopathologie à une clinique des comportements. Les auto-évaluations, les explorations médico-techniques prennent le devant d'une scène clinique orientée vers des protocoles de soins standardisés (**Gori R., 2005 ; Jovelet G., 2005**). Ainsi la place du clinicien est de plus en plus réduite, déqualifiée voire caricaturée.

Il est évident que la neuropharmacologie « n'a aucunement besoin de se régler sur une clinique des processus » (**Fedida P., 1996, p29**). Comme le regrette Edouard Zarifian (**1999, p7**), « réduire la souffrance psychique d'un être humain aux seuls symptômes qui la rendent visible aux autres c'est, à coup sûr, la dénaturer radicalement dans ce qu'elle a de plus spécifique ».

Nous relevons donc plusieurs glissements : d'une part, considérer le cerveau, cible des psychotropes, dans une optique de matérialisme cérébraliste, d'autre part, confondre les traitements symptomatiques avec la prise en compte globale d'un être humain en souffrance psychique.

Se focaliser uniquement sur les symptômes, c'est ne s'intéresser qu'au cerveau comme outil capable de les produire grâce à ses neurotransmetteurs et à sa circuiterie neuronale (**Zarifian E., 1999**).

Plus généralement nous pouvons nous demander si le vivant est réductible à une mécanique mal connue, de plus en plus pénétrée par le regard scientifique et la technologie de réparation. En prenant l'exemple de la dépression, remarquons, comme Lepastier S. (**2009**), que ce type de clinique centré sur les symptômes, amène le patient à ne plus prendre en compte que des symptômes dépressifs coupés de sa vie relationnelle, dans une ambiance thérapeutique très éducative et normative. Le sujet se trouve ainsi éloigné de son intimité propre par cette incitation à refuser de donner sens à ses symptômes.

Nous serions presque tentés alors par la théorie de Henri Bergson (**1939**), l'anticérébraliste, pour qui la mémoire déborde la matière. « On ne peut en aucun cas confier à un tissu le rôle de dépositaire de nos pensées » (**cité par F. Dagognet, 1992, p44**).

La pensée ne saurait en effet être réduite strictement à la matérialité du fonctionnement cérébral (**Zarifian E., 1988**). Rappelons que le cerveau ne se conçoit qu'à travers son histoire, son évolution, ses drames. On ne rencontrera pas l'âme dans le réseau neuronique qui la sous-tend (**Dagognet F., 1992**). De plus, méfions nous des déductions abusives considérant que la cause des maladies mentales est purement cérébrale (**Zarifian E., 1988**) même si le cerveau est l'un des organes de la psychiatrie.

Il est indéniable que l'arrivée des neuroleptiques en 1952 a été vécue comme un succès thérapeutique, elle a procuré une amélioration du contact avec le patient schizophrène. Cependant, ces succès de la pharmacologie ne doivent pas nous orienter vers une conception purement chimique ou bioneurologique des désordres de l'esprit (**Blanc CI., 1966**). La psychopharmacologie pose la question des rapports entre biogenèse et psychogenèse. Nous savons pourtant que devant toute tentative de totalisation du savoir psychiatrique, nous nous heurtons en premier lieu à la diversité et à l'hétérogénéité des phénomènes que nous souhaiterions articuler dans une formule unique d'intelligibilité.

Et l'histoire se répète inlassablement... Et la psychiatrie moderne enseigne et pratique le tout biologique, le tout symptomatique et le tout pharmacologique.

Le psychisme est ainsi ignoré tout comme les théories et les thérapies qui s'intéressent à lui. Simultanément, le discours des neurosciences habille d'une explication organique mais totalement hypothétique les symptômes (**Zarifian E., 1994a**).

L'explication rend compte de la pathologie en termes mécanicistes alors que la pratique clinique l'interprète dans le champ du sens ou de l'intentionnalité, mais la démarche clinique compréhensive elle-même échappe à l'explication. La biologie moléculaire implique une simplification de la thérapeutique psychiatrique, réduite à de nouvelles formes de rééducation ou d'éducation-programmes standardisés (**Georgieff N., 2009a**).

De plus, avec les progrès de la neuropharmacologie, la psychiatrie se targue d'un savoir technoscientifique détaché de la relation médecin-malade. Elle possède le savoir sur la maladie mentale et sur le patient alors que la psychanalyse prétend que c'est le patient qui sait. Nous retrouvons donc une tendance semblable à celle du milieu du XIX^{ème} siècle où l'on essayait d'éliminer les confidences du malade dans la médecine, dans le but d'être plus scientifique. Actuellement, plus le discours des neurosciences est épuré de tout ce qui concerne la psychopathologie, plus il est vrai et scientifique.

Progressivement, la croyance en la possibilité de traiter les maladies mentales par de simples médicaments, comme les autres maladies, a pris corps. Le langage que tient la folie est ainsi rendu caduc. La folie ne renferme plus son secret, elle n'apparaît plus comme un savoir dérobé : à la faveur d'un retournement, c'est plutôt un savoir sur le toxique qui va réduire la folie à un épiphénomène, un simple dysfonctionnement des toxiques (**Le Poulichet S., 1987**).

Dans leur souhait de donner des explications scientifiques à tout, les neurosciences viennent pourtant buter sur le caractère singulier et irréductible du sujet. En effet, il restera toujours une part d'inexplicable, quelque chose qui échappe inhérent à la nature même de l'être humain. Et force est de constater que la psychiatrie biologique est actuellement dans une impasse dans son désir effrénée de trouver une causalité linéaire entre un présumé déficit neurobiologique et une pathologie mentale. En fait, la psychiatrie biologique a voulu appliquer la méthode anatomo-clinique qui a permis d'établir une cartographie des pathologies neurologiques et une spécificité fonctionnelle cérébrale aux fonctions psychiques beaucoup plus complexes. En effet, le cerveau et ses fonctions motrices ou sensibles ne sont pas de la même nature que les fonctions psychiques telles que l'activité de penser. Cerveau et psychisme ne seront jamais assimilables. La biologie moléculaire, de par sa connaissance moléculaire des composants du cerveau, espère expliquer les comportements.

Pourtant, la thérapeutique ne consiste-t-elle pas à savoir manier harmonieusement les données pharmacologiques, la relation médecin-malade et les réactions de l'individu malade en s'écartant d'une vision mécaniciste et globalisante de l'homme ?

D. Psychotropes et société : le mythe de la drogue parfaite

Nous constatons depuis ces vingt dernières années, une généralisation accrue de l'usage de psychotropes, notamment des antidépresseurs et des anxiolytiques. Cette augmentation semble aller de pair avec une tendance à la médicalisation du mal-être et de l'existence elle-même (**Zarifian E., 1988 ; 1996 ; Gori R., 2007**).

L'augmentation de la consommation de psychotropes, l'autoprescription, le recours de plus en plus fréquent aux psychotropes lors de moments critiques de l'existence sont en effet un fait marquant de notre société (**Vindreau C., Jouvent R., 1996**).

Ainsi, le médicament n'est plus seulement un produit qui doit guérir mais il doit aider à mieux vivre (**Faure O., 1998 ; Zarifian E., 1988 ; 1996**). Dans une société où l'individu est sommé de répondre seul à des défis sans cesse plus nombreux, le médicament, qui dispense de toute aide extérieure, est assez naturellement l'auxiliaire sans cesse plus prisé de chacun, bien au-delà de ses seules vertus thérapeutiques (**Fedida P., 1996 ; Faure O., 1998**). Les patients attendent des psychotropes toujours plus d'efficacité et de rapidité d'action. Ils souhaitent qu'ils aient un effet sur l'amélioration de leur humeur mais aussi sur le fonctionnement global de leur personnalité (**Vindreau C., Jouvent R., 1996**). Les sujets doivent être performants, supporter aussi bien les incertitudes de leur vie que celles de notre société. Les psychotropes aident donc à être soi en évitant les chemins de la conflictualité.

Nous entrons alors dans l'ère du « psychic-building », ère où les psychotropes sont perçus comme des assistants chimiques de l'individu tenu d'être l'entrepreneur de sa propre vie. (**Erhenberg A., 1995 ; Gori R., Le Coz P., 2006 ; Gori R., 2007**). Ainsi, avec l'arrivée de puissantes molécules composant la nouvelle génération de psychotropes, le traitement du psychique par le chimique offrirait, selon Pierre Fedida (**1996**), « l'avantage d'auto-engendrer un bien-être, voire du plaisir, dont il ne pourrait être prétendu qu'il est une guérison anxiolytique ou antidépressive puisque l'état mental ainsi procuré offrirait toute l'apparence d'un état thymique naturel ». Cette perspective de sculpter pour ainsi dire son psychisme, entraînerait une nouvelle sorte d'individu, l'individu substitué comme le dénomme Alain Erhenberg (**1995**). L'utopie pharmacologique de la modification chimique du moindre trait de caractère devient donc une réalité. Le médecin risque de devenir un régulateur d'automédication qui diminue un symptôme ou développe une sensation choisie par le patient (**Erhenberg A., 1995**).

Roland Gori et Marie-José Del Volgo (2005) parlent de surmédicalisation de l'existence qui réduit la souffrance psychique à un trouble médical comme un autre pour accomplir jusqu'au bout une logique de contrôle social des conduites au profit des industries de santé. Ainsi, toute sensation pénible prend le nom de maladie, du seul fait qu'est considéré comme malade celui qui se ressent comme tel. Cette médicalisation correspond plutôt à une « psychotropisation » : de malaise on glisse à maladie, de maladie à maladie « biologisée », de maladie « biologisée » à médicament. Nous constatons donc une simplification extrême de la maladie mentale et de la manière de la soigner : une maladie et un médicament, entre les deux un neuromédiateur et un récepteur (Zarifian E., 1996).

A tout malaise correspondrait donc un médicament spécifique. (Pignarre P., 1996 ; Gibier L., 1999). C'est pourquoi les médicaments deviennent de plus en plus des produits de consommation courante.

Pourtant, les problèmes de l'existence ne peuvent pas tous recevoir une issue par des moyens pharmacologiques. Le faux pouvoir accordé à la médication entraîne une extension préjudiciable à la médecine elle-même. La médecine devrait s'interdire de tout médicaliser, limitant aussi elle-même son domaine. Le problème est que certains médecins sont séduits par cette évolution, ils reprennent ainsi une fonction apostolique en affirmant leur pouvoir médical, par l'intermédiaire notamment des médicaments psychotropes. En délivrant un psychotrope « pour tenir le coup », le médecin a le sentiment d'être actif, efficace, de participer au bien-être du sujet.

A travers ces médicaments de société qui lui sont proposés, le sujet se sent détendu, compris, représenté et même soutenu, soulagé, voire guéri (Biadi-Imhof A., 1998). Il se sent sujet d'un mouvement de masse. Dans notre société actuelle, la tolérance à l'angoisse et à la dépression est faible, et l'individu recherche une réponse chimique à ses problèmes existentiels. Le docteur Henri Pradal, par rapport au *Prozac*, nouvel antidépresseur, ne dénonçait-il pas « *Le marché de l'angoisse* » en 1977 (dans Erhenberg A., 1995) ? L'individu devient fatigué d'avoir à devenir lui-même (Erhenberg A., 2000). Le succès du *Prozac*, impliquant le bonheur sur ordonnance, est particulièrement parlant. Ainsi, en suscitant l'espoir de surmonter toute souffrance psychique, la nouvelle classe d'antidépresseurs dont *Prozac* est le chef de file, incarne, à tort ou à raison, la possibilité d'usiner son intérieur mental pour être mieux que soi. On ne distinguerait plus se soigner de se droguer (Erhenberg A., 1988 ; 2000).

En laissant croire à un face à face solitaire entre un patient et un produit, on tombe, comme avec la drogue, dans le déterminisme technique, on renforce le mythe du *Prozac*, et on ne se donne pas les moyens de soigner (Erhenberg A., 1995, p149 ; Zarifian E., 1996).

De plus, notre société est une société de l'instant où prédomine l'agir, l'immédiateté et le culte de la performance (Erhenberg A., 1991). Ce monde moderne laisse croire à l'individu que tout est effectivement possible y compris l'impossible : atteindre une jouissance parfaite, totale, sans ne plus être confronté à l'inconfortable question du désir et du manque à être inhérent à tout être humain. Il propose une vie sans manque où le sujet, pour exister, doit consommer. Le sujet est ainsi entièrement représenté par l'objet qui le désigne. Le manque n'est plus référé à ce qui manque au sujet, la cause du désir ne s'inscrit plus du manque subjectif, mais de l'objet de la réalité. Une telle société est calquée sur un mode addictif ou toxicomaniaque (Lesourd S., 2006). Comme le remarque Roland Gori (2007), en participant à la médicalisation de nos existences, la notion d'addiction témoigne du refus d'assumer le *pathos* de la condition humaine et renvoie en miroir à la société consumériste son manque à être, son désaveu de l'Autre.

Les gens ne peuvent-ils se permettre d'attendre de régler leurs conflits alors que les exigences d'action et d'adaptabilité s'accroissent ? A terme, c'est un idéal de maîtrise chimique des aptitudes cognitives, de la vie émotionnelle et des conduites, qui est visé.

Ainsi, tout naturellement, la clientèle des psychiatres mais aussi des médecins généralistes, demande des suppléances pharmacologiques immédiates pour mieux maîtriser ces multiples difficultés. Ces demandes se présentent sous forme d'exigences et de dus. L'individu substitué a de beaux jours devant lui. Olivenstein C. (1997) parlait du « *Toxicomane domestiqué* » pour dénoncer cette tendance à la prescription massive de traitements de substitution afin de contrôler socialement le patient en répondant à ses demandes médicamenteuses effrénées.

L'efficacité accrue des psychotropes corrobore l'idée d'une résolution technique des problèmes posés à chacun par le désir et la contrainte d'être le sujet de sa vie (Erhenberg A., 1995). Les psychotropes, de par leurs indications de prescription de plus en plus floues, escortent l'individu dans une temporalité pouvant durer une vie entière. Nous ne savons plus exactement ce qu'ils soignent étant donné la perte de lisibilité quant aux raisons de leurs prescriptions.

A noter que l'évolution de cette surconsommation de psychotropes était annoncée dans le *Rapport Sciences de la vie et société* rédigé par François Gros, F. Jacob et P. Royer en 1979 (cité par **P.Fedida, 1996**) : « La consommation des drogues psychotropes connaît actuellement une véritable explosion dans les pays occidentaux... Il est probable que l'on disposera de drogues susceptibles de modifier l'humeur à volonté, de provoquer des émotions choisies, voire de gouverner certains aspects du fonctionnement cérébral sans avoir les effets d'accoutumance, de saturation ou de déchéance caractérisant les produits actuellement disponibles comme la morphine... ». Les auteurs de ce rapport insistent sur l'importance stratégique et politique de trouver une molécule parfaite dans un but de contrôle social.

En outre, la pharmacologie et notamment la neuropharmacologie fabrique de nouveaux médicaments avec une célérité déconcertante, dopant ainsi l'offre et la demande. Un médicament nouvellement sorti aurait un pouvoir thérapeutique plus puissant du fait de son côté novateur (**Dagognet F., 1964**). Ainsi, sans révolutionner fondamentalement la pharmacopée moderne, nous sommes passés des neuroleptiques aux antipsychotiques. L'apparition de nouvelles molécules sur le marché tourne d'ailleurs à une véritable frénésie. Un nouveau produit est associé à l'idée d'un progrès par rapport aux médicaments plus anciens, renforçant l'idée que la recherche va sans cesse de l'avant (**Reynaud M., Coudert A-J., 1987**).

Nous constatons donc la conjonction d'un double mouvement faisant le lit de l'accroissement de la consommation de psychotropes : d'une part, les neurosciences affinant leur connaissance sur le fonctionnement physiologique du cerveau, sont de plus en plus affirmatives quant à l'origine des troubles mentaux et à la façon de les guérir (**Zarifian E., 1994b**), le discours scientifique évacue ainsi la dimension psychopathologique et humaine de la souffrance psychique en répondant essentiellement par des médications symptomatiques ; d'autre part, l'avènement d'une société de l'instant où toute référence au manque à être, à la mort et à la souffrance, est gommée au profit d'une jouissance sans fin, soit-elle pharmacologique, passant entre autre par une médicalisation de l'existence.

Il nous semble désormais nécessaire de relativiser cet enthousiasme flamboyant en nous intéressant d'un peu plus près à la notion de remède, terme tombé en désuétude, mais terme dont dérive le médicament. Un remède n'a pas une définition scientifiquement bien établie. Nous vous proposons donc ce petit détour primordial afin d'injecter du doute dans cette pensée scientifique positiviste.

Il est en effet fondamental pour le psychiatre clinicien de se dégager de schémas trop simplistes visant à caricaturer la maladie mentale et la façon de la soigner.

E. Remède et placebo

Rappelons que le terme de médicament dérive de celui de remède. Remède vient du bas latin *remedium* qui réunit plusieurs sens imbriqués : initialement, il s'agit d'une notion juridique et commerciale pour faciliter l'exercice d'une pratique commerciale, définissant l'écart autorisé entre le titre légal et le titrer réel, en argent d'une pièce d'orfèvrerie. Au XII^{ème} siècle, le terme de *remedium* prend une valeur plus générale de thérapeutique physique ou morale visant à réduire l'écart antérieur entre deux états physique ou moraux. L'idée d'un retour à l'antérieur et à l'unité est incluse dans l'idée de remède.

La notion de remède a évolué avec l'évolution de la conception de la maladie. La médecine hippocratique utilisait des remèdes naturels tels que les saignées, les purgatifs, les vomitifs, tout remède favorisant l'expulsion du mal. Le célèbre ellébore, « grand psychotrope » du moyen âge, herbe enragée, utilisée comme cathartique, était réputée guérir de la folie. La vogue des plantes exotiques connut un grand enthousiasme vers la fin du XIX^{ème} siècle. La magie de ces médicaments venus d'ailleurs conférait à ces substances le charme trouble de l'ignoré donc un surcroît d'activité, le fantastique rejoignant l'action pharmacologique. La célèbre thériaque participe de cet idéalisme (Coudert M., Reynaut A-J., 1987). Le remède chimique apparaissant plus tardivement, sous entendait, dans le processus de soin, une certaine notion de réparation.

Signalons d'emblée, en nous référant à Claude Bernard (1865), que le médicament est aussi par définition un toxique : aucun remède sans effets négatifs. Cette idée nous renvoie au paradigme du *pharmakon* dans la « Pharmacie de Platon » (Platon, 385-370c av. JC. ; Derrida J., 1968) où celui-ci peut être bénéfique ou poison. Le *pharmakon*, est l'ennemi du vivant en général car il est artificiel : il n'y a pas de remède inoffensif, le remède ne peut jamais être simplement bénéfique, il est inquiétant en soi et n'agit que relativement.

François Dagognet (1964, p24) expose le problème de la définition du remède : « cette matière équivoque et contradictoire qu'est le remède, toxique et bienfaisant en même temps, source de crainte et d'attraction, danger et secours, chose et esprit, forme apparente et force cachée ». Le médecin côtoie la maladie et tente de la combattre avec des moyens rarement envisagés dans leur neutralité. Toute médication réunit donc toujours deux ordres de facteurs, l'un psychique, l'autre matériel.

Pour François Dagognet (1964, p29), « le thérapeutique constitue une expérience indirecte de l'homme (médecin) sur l'homme malade, une inévitable rencontre humaine, à travers une matière (le remède) susceptible d'exalter la santé ou de la rendre. Cette rencontre met fatalement en action une pluralité de forces psychologiques individuelles variables autant que puissantes ». Dagognet F. souligne toute la difficulté à cerner une ontologie curative : il faudrait savoir apprécier tout ce qui relève de la suggestion, des croyances, des effets dus à la présence du médecin. Le médecin communique en effet sa foi, sa propre croyance dans le médicament, et sa seule présence modifie les résultats. Selon Balint M. (1957), le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même.

D'autres aspects jouent un rôle dans les effets du médicament : sa présentation physique, sa couleur, sa consistance, son nom. Dans l'Antiquité, on délivrait des substances souvent répugnantes mais richement colorées, revêtues d'attributs plus ou moins mystiques. Ces placebos n'étaient pas préparés au hasard mais au contraire avec le maximum d'apparence trompeuse. Leur effet placebo suffisait à guérir (Dagognet F., 1964). De plus, plus un médicament agit vite, plus il accélère sa dynamique et augmente son propre pouvoir d'action (Pignarre P., 1990).

Le terme de placebo vient du latin *placere*, il signifie *je plairai* (Keller PH., 2011). Etrangement, la notion d'effet placebo a peu été étudiée en médecine par les chercheurs, pourtant le phénomène placebo réalise un bel exemple d'alchimie extraordinaire entre corps et esprit. La notion de placebo implique celle de tromperie dans un but thérapeutique. Le médecin, fort de son pouvoir médical et de sa conviction, prescrit à son patient, pour son bien, un placebo, c'est-à-dire une substance ressemblant au médicament actif. Platon nous disait : « Un mensonge n'est utile aux hommes qu'à titre thérapeutique » (Platon, 385-370b av. JC). En 1811, le placebo est défini comme une médication prescrite, plus pour plaire au malade que pour lui être utile. Longtemps, l'effet placebo a permis à la médecine d'être respectée alors qu'actuellement le placebo est perçu comme un constat d'échec. Il manifeste trop sa parenté avec le chamanisme et la magie. L'imprévisible, l'inexplicable ne peuvent trouver leur place dans un modèle médical trop rationnel considérant l'homme comme une préparation in vitro sur laquelle l'action de tel médicament est constante et reproductible. En fait, la pharmacologie n'a eu de cesse de reconnaître l'effet placebo pour mieux l'éliminer. Or, force est de reconnaître la réalité psychique de la placebo-réaction, venant à l'encontre d'une tentative d'explication totalisante du pouvoir thérapeutique et posant une fois de plus la question fondamentale de l'articulation psyché-soma. L'effet placebo jette en effet un pont entre psyché et soma.

Cet effet placebo admet de nombreuses origines possibles, il relève de la signification symbolique qu'apporte toute drogue ou de celle que porte en soi toute action perçue comme support d'une volonté thérapeutique par le sujet. L'effet placebo est un fait relationnel entre le patient et son médecin. Il nous montre que la relation médecin-malade est un médicament (**Georgieff N., 2009b**). Il varie en fonction de la conviction du médecin, il renseigne également sur la capacité du patient à investir la molécule et à lui donner sens. De nombreux auteurs ont insisté sur les approches très partielles du problème de l'effet placebo. Ils ont dégagé le rôle fondamental de l'affect et de la disposition au transfert dans la réalisation d'un effet placebo. L'effet placebo constitue, pour le médecin qui s'appuie sur un savoir technique basé sur l'objectivité, un savoir qui se dérobe. Il peut déstabiliser le médecin campé sur des positions scientifiques qui se voit attribué, par le biais de l'effet placebo, un pouvoir occulte proche de celui du chaman (**Coudert M., Reynaut A-J., 1987**).

De plus, reconnaître haut et fort l'effet placebo risquerait de remettre en cause certaines efficacités médicamenteuses. C'est pourquoi, les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas intérêt à trop creuser ce domaine de recherche. L'attitude de la science face au placebo reste donc plutôt celle de ne pas s'y intéresser de trop près alors que placebo et effet placebo sont un des phénomènes les plus passionnants de l'acte médical. Le placebo mériterait de nombreux développements et ses différents aspects sont d'une très grande richesse (**Zarifian E., 1994b**).

Selon une opinion largement répandue, le placebo est une imitation du médicament sans activité pharmacologique. Le placebo est en fait une méthode thérapeutique, d'efficacité intrinsèque nulle ou faible, sans rapport logique avec la maladie mais agissant, si le sujet pense recevoir un traitement actif, par un mécanisme psychologique ou psychophysiologique. Le placebo doit donc bien être différencié de la notion d'effet placebo : lors de l'administration d'une drogue active, l'effet placebo constitue la différence observée entre la modification constatée et celle imputable à l'action pharmacologique de la drogue elle-même (**Marie-Cardine M., Guyotat J., Terra J.L., 1989**). Le placebo reflète la façon de prescrire du médecin, façon nous le verrons, essentielle dans l'effet du médicament. Des études auraient montré que le placebo, support d'un effet symbolique, est aussi doué d'une réelle activité pharmacologique sur certains neuromédiateurs (**ibid.**).

Il faut entendre par effet placebo tout ce qui, dans l'action thérapeutique, dépasse ce qui est rationnellement attendu et obtenu. Pour dégager un *ultima realitas* et nous livrer enfin le médicament dans sa nudité et dans son authenticité, les chercheurs ont eu l'idée de soustraire l'effet placebo de l'effet global du médicament.

Certes l'usage du placebo fournit une approximation utile et ingénieuse à tel point que les expérimentateurs pensaient avoir expulsé du médicament ses franges d'indétermination et toute sa contingence. Ils pensaient même avoir chassé les « nuages psychothérapeutiques gênant leurs réalismes et ses claires définitions » (**Dagognet F., 1964 p37**). Or, il n'est pas si évident de dégager du remède son effet placebo, l'effet psychique demeurant inclus dans le remède lui-même. L'action d'un médicament est en effet psychologique autant que biologique (**Georgieff N., 2009b**).

Finalement, nous ne savons pas exactement ce que mesure le placebo : « il trahit peut-être la force des souvenirs individuels, la trace des anciennes expériences heureuses, (...) et aussi l'aptitude de tel ou tel à la persuasion » (**Dagognet F., 1964 p38**).

De plus, la préparation même du placebo se prête à des polémiques : ne doit-il rien contenir pour refléter au mieux le rôle du psychisme et les participations émotionnelles ou au contraire doit-il procurer des sensations pour mieux tromper ? Un vrai mensonge doit être habile, il se définit comme un délicat et subtil mélange de vérité et d'erreur, si non il n'inspire pas confiance. Enfin, nous disions que le médicament, en fonction de ses premiers effets bénéfiques ou pas, libère une charge imaginaire différente de celle qui accompagne le placebo. En fait, seul le médicament inerte, sans aucun effet secondaire, pourrait être comparé dans ses effets suggestifs au placebo. L'effet placebo a bien des mérites, il devrait nous inculquer le doute pharmacologique : une explication univoque du pouvoir thérapeutique n'est pas possible. Toute démarche scientifique ou thérapeutique, reconnaissant sa modestie, ne doit-elle pas assumer le doute et l'ignorance (**Reynaud M., Coudert A-J., 1987**) ?

Le substantialisme absolu qui définirait clairement le médicament n'existe pas. « Ainsi, le remède n'est que probabilité, nullement réalité et encore moins nécessité. Son pouvoir tient du possible, de l'éventuel nullement du certain. La rigueur thérapeutique ne peut pas s'exprimer en termes immédiatement transparents (...) C'est pourquoi le placebo ne peut que réussir une faible et lointaine approximation (**Dagognet F., 1964, p37**) ».

Claude Bernard (**1865**) avait déjà préconisé de dépouiller les remèdes de leurs légendes afin de comprendre leurs actions à l'aide des règles de la biologie scientifique.

Le remède est davantage un pouvoir labile et changeant, suscitant de nombreux effets et composant surtout avec une pluralité d'autres agents. On peut définir intégralement un médicament chimiquement, industriellement, mais on ne caractérise qu'une matière, non un médicament lequel exige un langage physiologique ou clinique (**Dagognet F., 1964**).

Si l'action pharmacologique peut renvoyer à une seule théorie, la théorie biologique, l'effet thérapeutique de cette action fera toujours appel à plusieurs théories (**Mounier B., Guyotat J. 1984**). Ainsi, même pour le plus grand des rationalistes, dès qu'un remède est dispensé, il perd obligatoirement sa belle neutralité, sa claire objectivité. Ce remède comportera toujours en lui cette part de magie, d'irrationnelle. C'est pourquoi nous ne pourrions jamais affirmer « telle médication, à telle dose, sera suivie rigoureusement et exactement de tels effets (**Dagognet F., 1964, p42**) ». Dès qu'il rencontre un organisme vivant, le devenir de la molécule chimique s'obscurcit. Le remède est ainsi en permanence un être en devenir, il n'est pas figé. Le remède n'est-il pas finalement ce qu'il devient ? « L'être du médicament n'existe qu'en raison de ses effets ou de ses vertus. Malgré toutes les précautions, notre remède connaîtra un sort éminemment philosophique, en ce sens que son devenir seul, et même son devenir humain, révélera et déploiera son être (**Dagognet F., 1964, p50**) ». Cette vision du remède nous éloigne du médicament en tant qu'objet technique décrit par Akrich M. (**1996**).

La désubstantialisation du remède était déjà évoquée dans « La Pharmacie de Platon », décrite par Derrida J. (**1968, p157**) : le *pharmakon*, qui représente à la fois le remède et son poison, est une substance et à la fois une non-substance. « Cette non-substance pharmaceutique ne se laisse pas manier en toute sécurité, ni dans son être puisqu'elle n'en a pas, ni dans ses effets, qui peuvent sans cesse virer de sens ». En ce sens, le médicament présente une ressemblance avec le psychique : l'incertitude de son être, le doute sur son devenir et les changements permanents sont en effet des similitudes avec le psychique.

Le médicament se transforme donc sans cesse, lorsqu'il s'est introduit dans l'organisme, et toute prescription ne comporte-t-elle pas un imprévu, un risque de par ce pouvoir approximatif des remèdes ? Sans remettre en cause les indéniables victoires thérapeutiques sur les maladies par les remèdes, le médicament échappe à une emprise directe et simple.

Le remède bénéficie d'un statut privilégié : à la fois, science et reviviscence, modèle chimique et force rénovatrice, bref il représente la science faiseuse de miracles. Néanmoins, le remède forme un ensemble si fragile qu'un rien peut le modifier ou le bouleverser. Il oscille et fluctue à l'extrême.

Toutes ces contradictions du remède d'ordre philosophique nous paraissent essentielles pour promouvoir justement une certaine vérité pharmacologique sans tomber dans « l'émeute du désordre et de l'imprévisible » tel que Dagognet F. (**1964**) le relève. En effet, plus la pharmacologie progresse, plus elle repose sur la réflexion.

La prescription médicamenteuse reste indécise en raison des difficultés inhérentes à la nature même du remède qu'on ne peut délivrer des ombres qui obscurcissent son devenir et son histoire nécessairement mouvementée.

Ainsi, ce détour par une réflexion sur la notion de remède nous permet de relativiser l'exactitude proclamée par les neurosciences quant à l'effet des psychotropes. En introduisant du doute sur la notion même de remède, nous laissons grand ouvert la question de l'effet thérapeutique. Il est bien évident que cette réflexion sur le remède met en exergue la difficile émergence de la médication. Et quelle erreur de croire qu'elle se trouverait déjà toute prête à tenir son rôle curatif !

Mais alors qu'est ce qui soigne vraiment ? Il semble désormais clair que la connaissance du pouvoir thérapeutique ne sera jamais totale, le fait thérapeutique ne pouvant se réduire à une image exacte d'une réalité qui attendrait d'être dévoilée (**Mounier B., Guyotat J., 1984**).

Nous laissons entendre qu'il persistera toujours une part d'insu dans l'effet thérapeutique, insu participant au fait thérapeutique lui-même.

En insistant sur les incertitudes du remède, nous supposons que dans le domaine de la psychiatrie, le raisonnement est encore plus complexe, de par l'aspect symbolique pris par l'acte de prescrire. Ici plus que dans toute autre spécialité médicale, les enjeux de la prescription médicamenteuse sont multiples, et nous comprenons bien que l'acte de prescrire, pour le psychiatre, suscite des questionnements multiples mais indispensables pour essayer de développer une éthique de la prescription. Le psychiatre contemporain présente une identité professionnelle composite, son action se plaçant à la croisée des chemins psychopathologiques et neuropharmacologiques. C'est maintenant le chapitre que nous allons aborder.

VI. PRESCRIRE : UNE OPERATION PUREMENT TECHNIQUE ?

Rappelons que c'est l'art de guérir qui, de toutes les époques, a déterminé l'identité et la légitimité du pouvoir médical. La prescription médicamenteuse constitue l'acte médical par excellence. Le médicament peut se concevoir en tant que médiateur du pouvoir médical, la prescription étant l'acte qui fonde l'autorité de celui qui l'effectue. Le médicament est effectivement résolument du côté du médecin, il relève du registre scientifique. Longtemps, les médecins de l'âme ont regretté de ne pouvoir « s'attaquer » aux maladies de l'esprit par des médicaments. Avec la découverte des psychotropes, la prescription s'est intégrée à l'arsenal thérapeutique du psychiatre. La prescription médicamenteuse est, en psychiatrie, le seul acte exclusivement réservé aux médecins (**Henry A., 1995**). Le terme de prescription thérapeutique a laissé place à celui de prescription, ce qui n'est pas anodin : il révèle la prévalence du moyen sur la finalité. Ainsi la médecine de l'esprit essaie de procéder de la même manière que la médecine somatique.

Prescrire, pour la médecine du corps, témoigne d'un événement : un patient a parlé, un médecin a touché, un écrit a été rédigé. Une parole, un geste, un texte, les trois éléments fondamentaux de ce qui fait lien dans une culture. L'évènement infléchit l'histoire du patient, du thérapeute et de sa maladie (**Audisio M., 1988**). En psychiatrie, le thérapeute n'agit pas, il ne touche pas le corps physique du patient, il se place dans une écoute neutre et bienveillante. Le fait de prescrire un psychotrope met le psychiatre en place d'agir, de passer à l'acte. Cela n'est pas sans conséquences sur la relation médecin-malade. La prescription en psychiatrie est donc spécifique. Prescrire en psychiatrie demeure en effet une activité complexe, de multiples enjeux y intervenant (**Cristofari P., 2005 ; Guillermain Y., 2012a ; 2012b**).

Les relations entre le psychiatre et le médicament n'ont effectivement rien de simple, elles semblent marquées généralement du sceau de l'ambivalence (**Ferrey G., 1991**). Même avec la meilleure perception possible de tous les phénomènes en jeu lors d'une prescription de psychotropes, il restera toujours, en effet, une part d'inexplicable, propre à chaque individu et, peut-être, à ce qui le transcende (**Reynaud M., Coudert A-J., 1987**).

L'acte de prescrire en psychiatrie paraît paradoxal : ne dit-on pas qu'une psychothérapie ne se prescrit pas, ou encore que la psychanalyse est imprescriptible ? Freud S. ne prescrit pas la cure, ou si peu...Il la débute, il organise le contact nécessaire mais sans rien exposer à l'avance de ce qui va se passer (**dans Martin A.J.D., Kipman S-D., 1994**).

La surprise de la rencontre est nécessaire et fait partie du processus thérapeutique. Une des spécificités du soin psychiatrique relève justement de ne pas dire, de ne pas expliquer au patient... le silence fait partie intégrante de la thérapeutique. Or, le danger est justement qu'en prescrivant, on brise ce silence en prenant une place d'homme de science et de pouvoir, expliquant le trouble psychique.

Étymologiquement prescrire signifie écrire en tête, venant du latin *prae scribere*. Dagonnet F. (1964) insiste sur la connotation d'ordre, de règle et donc d'aucune contestation possible. Il s'agit d'un ordre expressément formulé, relevant d'une modalité de l'adresse à l'autre, marqué par la relation d'autorité, l'injonction. Par cet acte, le médecin est donc revêtu, à son insu, d'un rôle directif. Dagonnet F. parle même « d'acte guerrier par la prescription » (Dagonnet F., 1998, p253). Cet acte pose d'emblée la question du pouvoir médical basé sur un savoir scientifique (Welsh G., 2009). Il s'agit d'un acte par lequel le médecin, après un diagnostic, décrit et ordonne le traitement que devra suivre le patient.

Prescrire c'est en quelque sorte parler, en disant ce qu'il faut faire, c'est nommer le remède (Martin A.J.D., Kipman S-D., 1994). En même temps, prescrire est un acte drapé d'une technique scientifique, il place le médecin dans le faire, à la fin de la consultation, le médecin doit conclure, « il doit faire quelque chose ».

Arthur Tatossian (1994) remarquait fort justement que le terme de prescription relevait également d'un usage juridique : il signifie alors annulation possible, par le temps écoulé, du délit. Ainsi ce mélange de pouvoir médical et d'impuissance ne serait peut-être pas si étranger à nos propres prescriptions. Green A. (1961) évoquait la prescription comme un acte reflétant l'incapacité du psychiatre à obtenir le même effet thérapeutique par la parole et l'écoute.

En outre, prescrire implique un autre paradoxe : comment, à partir d'un acte mettant entre parenthèses le sujet, parvenir à un processus de subjectivation ? Cela évoque toute l'ambiguïté et la fragilité de cet acte. En effet, la prescription, en tant qu'ordre et instruction, consiste à ne pas considérer le patient comme sujet. Elle le prive un peu plus d'une liberté déjà bien réduite par ses troubles (Tatossian A., 1994). Cette réification du sujet, même transitoire, n'est jamais innocente ni anodine.

L'acte de prescrire en psychiatrie contient une double polarité, il oscille entre deux pôles, celui du savoir médical et celui de la pratique clinique (Durieux M.J., 1993). La prescription en psychiatrie n'est pas une prescription uniquement technique. Pour étayer cette idée, nous pourrions citer les grandes différences dans la façon de prescrire les psychotropes que ce soit sur les posologies ou les associations médicamenteuses.

Nous constatons qu'aucun psychiatre ne prescrit de la même façon technique les produits chimiques, les doses variant beaucoup d'un médecin à l'autre. Peu de médecins respectent les règles de bonnes pratiques conseillées. L'usage des psychotropes reste en effet régi par des règles empiriques au moins autant que la connaissance neurobiologique (**Georgieff N., 2009a**). Dans la pratique, d'autres facteurs semblent guider l'acte de prescrire.

Georgieff N. et Marie-Cardine M. (**1991**) suggèrent que l'emploi d'une chimiothérapie, quelle qu'elle soit, suppose toujours, même à l'insu du praticien et du malade, un certain type d'abord psychologique ou d'attitude psychologique qu'il serait utile de connaître, car il interfère toujours d'une manière ou d'une autre avec l'effet pharmacologique.

La prescription en psychiatrie est actuellement en crise : l'accumulation de nouveaux traitements ne fait qu'y accentuer le désordre. Il est par exemple frappant de constater la rapidité de prescription chez l'adolescent présentant des troubles du comportement, à type de conduites délinquantes ou d'agitation. L'exemple d'une jeune fille de dix-huit ans, Anne, venant me consulter sur les conseils des éducateurs de foyers, est illustratif de cette tendance au prescrire. Elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie, en service adolescent pendant plusieurs mois. Elle s'est vue prescrire un régulateur de l'humeur associé à un traitement antipsychotique. « On m'a dit que j'étais bipolaire, comme ma mère ». Le suivi d'une durée de un, a consisté à déconstruire cette pseudo identité de bipolaire qu'Anne arborait non sans fierté, afin que la patiente trouve sa propre voie pour exister et se démarquer de sa mère. Anne présentait parfois des moments d'exaltation de l'humeur mais ne se constituant pas en accès maniaque. Il s'agissait plus de périodes d'agitation devant une angoisse existentielle. Anne avait recours aux prises de toxiques, cannabis et ecstasy pour pallier ce sentiment d'effondrement narcissique.

Elle a accepté d'arrêter progressivement les traitements psychotropes. Cette prise de risques à deux l'a surprise. « Comment, vous m'arrêtez mes médicaments ? ». L'étiquette de bipolaire la renvoyait à sa mère qui était souvent hospitalisée en psychiatrie. Après l'arrêt de ces médicaments, les périodes d'agitation ont disparu. Anne réalisa qu'elle avait sa propre vie à mener. Sa vie ne s'inscrirait pas nécessairement dans le sillage de celui de sa mère.

La mise sous psychotropes correspondait à une période de crise avec sa mère, Anne ayant été placée en foyer en raison d'importants troubles du comportement et de mises en danger. Elle était en perte de repère, le placement ayant accentué son angoisse d'abandon. Elle ne pouvait, à ce moment-là, que produire des passages à l'acte hétéroagressifs ou autoagressifs.

Le traitement psychotrope prescrit par le psychiatre a probablement joué un rôle institutionnel par rapport à l'équipe éducative du foyer qui était débordée par les passages à l'acte de la jeune femme.

Anne rentrait en relation sur un mode de défi, comme lorsque je l'ai vue la première fois : « Vous n'arriverez pas à me faire parler, d'ailleurs je ne vous dirai rien ». Les entretiens tournaient souvent aux joutes verbales, au jeu, il a fallu un certain temps pour qu'Anne soit en confiance. L'attitude de défi la protégeait contre un effondrement dépressif. Lors de ce suivi, une relation clinique s'est instaurée entre nous, et Anne a progressivement trouvé d'autres modalités relationnelles que cette radicalité qu'elle développait jusqu'alors. C'est par la relation transférentielle que nous sommes parvenus à nous dégager progressivement de la médication psychotrope qui, si elle avait un sens à un moment donné, venait à un autre moment, bloquer le processus d'individuation de cette jeune patiente. Ainsi, par ce travail de mise en mots, Anne, a déposé sa propre parole, décalée de celle de sa mère.

La prescription ne se réfère pas qu'au savoir dogmatique, elle laisse la part à l'arbitraire, à l'intuition clinique, basée sur la logique de l'expérience (**Tatossian A., 1994**). La manière de prescrire implique une certaine conception du soin psychiatrique. En effet, prescrire relevant d'une pratique médicale, le psychiatre doit se baser sur un cadre référentiel pour engager sa prescription.

Notre époque est celle de la technique au sens de Heidegger M. (**1954**), et la tendance actuelle est de concevoir l'acte de prescrire sous l'éclairage exclusif de règles techniques, en laissant miroiter que leur stricte application garantirait à elle seule le succès thérapeutique d'une façon quasi mécanique (**Tatossian A., 1994**).

Nous constatons donc une dérive scientiste de la prescription au sens où la science pourrait, selon ses tenants, tout expliquer de la folie et de la condition humaine : les théories génétiques, neurodéveloppementales ou neurologiques (hypofrontalité, signes cognitifs de la schizophrénie) amènent, par cette conception déficitaire, à se désintéresser du patient en tant que sujet de son discours et de ses productions (délire, dissociations, hallucinations) pour se concentrer sur l'organe altéré et de surcroît pouvant être visualisé par imagerie cérébrale (**Jovelet G., 2005**). Notre clinique suggère, comme nous le verrons, d'autres perspectives.

Le sujet malade est toujours un sujet, il ne peut en aucun cas être considéré comme un objet à réparer. De par les progrès rapides des neurosciences, le psychiatre est convoqué en tant que technicien de la prescription. Or, la pratique clinique ne peut accepter une telle réduction de l'art médical.

La question du sort fait à la subjectivité du patient à travers l'acte de prescrire doit en effet être replacée au centre de la problématique de la prescription en psychiatrie. Les notions de liberté et de contrainte du sujet sont essentielles à penser lors d'une prescription médicamenteuse.

Arthur Tatossian (1994) remarque que la prescription d'un psychotrope peut amener le patient dans un état où la guérison devient possible, quoique la réalisation de cette possibilité dépende encore de la liberté du sujet.

Roland Kuhn (1990) évoque le fait que « l'action des médicaments psychopharmacologiques met en branle les états psychopathologiques ». En psychiatrie, tout particulièrement, toute guérison est autoguérison, c'est-à-dire que la guérison relève toujours de la subjectivité du patient. La psychothérapie est perçue, dans ses aspects libérateurs, avec la nécessité d'une coopération active du patient. Certains thérapeutes voient alors dans le médicament une intrusion, un produit chimique agissant malgré le sujet, voire à son insu (Widlöcher D., 2002). D'autres, partisans de la pharmacothérapie, soutiennent que le médicament permet de soigner la partie malade du cerveau pour libérer l'esprit. Cette position semble dogmatique, car même s'il a un effet pharmacologique certain, le médicament ne peut se concevoir comme agissant seul, d'une façon autonome et indépendante du sujet qui le reçoit et de celui qui le prescrit.

Le médecin prescripteur peut tenir une posture technique face au patient et face à lui-même. Dans ce cas, il prescrit une molécule sur un mode standardisé (même forme galénique, même posologie), avec la rassurante autorité sans faille d'un savoir scientifique. Le patient récepteur est alors chosifié, le traitement ne lui est pas adressé, au sens d'adresse singulière (Audisio M., 1988 ; Girard M., 2005). Dans ce cas, le lien, pourtant essentiel, entre le général d'une prescription pharmacologique et le singulier du sujet n'est pas fait. Le sujet n'existe pas, une telle posture technique a valeur de désobjectivation.

Cependant, une telle attitude, peut prendre une valeur thérapeutique lors de rencontre de patients très déstructurés tels les patients psychotiques en phase de décompensation psychotique aiguë.

En fait, toute dérive scientiste dans l'acte de prescrire est à même de forclure à la fois la fonction du thérapeute, mais aussi celle du sujet souffrant, réduit à celui d'objet à traiter. Il n'existe donc pas de rencontre clinique, le rôle du thérapeute se réduisant à celui de régulateur biologique, appliquant une technique codifiée, « protocolisée » et surtout aspécifique. La prescription est alors impersonnelle.

Ce caractère impersonnel donne à penser que la personne du thérapeute n'est pas présente ou n'est pas impliquée, d'un point de vue relationnel, la prescription restant une opération technique se suffisant à elle-même (**Jovelet G., 2005**).

Pourtant, comme nous le montreront nos histoires cliniques, le psychotrope ne peut jamais être considéré exclusivement comme objet technique. Fortement investi au plan symbolique, il ne permet pas un savoir objectif. Le statut du psychotrope, au-delà du savoir pharmacologique, demeure imprévisible et instable lorsqu'il est intégré dans la relation médecin-malade, ce qui n'invalide pas pour autant la pertinence des données psychopharmacologiques.

La prescription serait plutôt à penser au cas par cas, elle ne relève pas d'une recette, ni d'un protocole ni d'une procédure. Il est évident que les médicaments ont une action standard, biologiquement définie, commune, et en quelque sorte universelle, action basée sur ce que les êtres humains ont de commun entre eux. Le psychiatre clinicien, par un travail de parole, travaille avec le singulier, avec ce qui est différent chez chaque être humain (**Geier S., 1985**). Le travail clinique ne consiste-t-il pas à réduire cet écart entre le standard d'une molécule et le singulier du sujet ?

Nous allons maintenant nous pencher sur les enseignements apportés par la psychanalyse quant aux effets des psychotropes. La métapsychologie freudienne pourrait éclairer notre réflexion sur l'effet des psychotropes, par une authentique réflexion psychanalytique.

VII. PSYCHISME ET NEUROPHARMACOLOGIE

Après avoir esquissé les différents aspects et enjeux intervenant dans la prescription médicamenteuse, nous abordons les modalités d'action des psychotropes sur le psychisme mais également l'action possible du psychique sur une substance chimique. Quelle est la traduction biologique d'une action médicamenteuse voire psychothérapeutique ? Les réflexions sur le dynamisme relationnel dans lequel est pris l'acte de prescrire ne nous donnent pas d'éléments sur les conséquences de l'action spécifique d'une molécule au niveau neurobiologique. C'est un domaine où la psychanalyse s'arrête et décrète que cela ne relève plus de sa compétence (**Fedida P., 1996 ; Jeanneau A., 2007**). Pourtant nous verrons que la psychanalyse, comme le souligne Jeanneau A. (2007), « a un formidable pouvoir de mise en perspective des champs scientifiques qui échappent à son efficacité mais qui ne lui sont pas pour autant étrangers ». Notre cheminement va nous amener à rapprocher progressivement et à croiser, pharmacothérapie et psychothérapie de manière à en dégager, peut-être, des perspectives thérapeutiques nouvelles, en revisitant la question classique de l'association psychothérapie-pharmacothérapie.

A. Formulation psychanalytique de l'effet pharmacologique des psychotropes : une revue

D'un point de vue psychanalytique, plusieurs travaux ont été écrits quant à des formulations psychanalytiques de l'effet thérapeutique des psychotropes, à partir de leur action pharmacologique. Une telle réflexion implique d'avoir la conviction que l'action pharmacologique soit en partie le facteur thérapeutique. C'est la métapsychologie freudienne qui a inspiré l'ensemble des recherches sur l'action des psychotropes. Une des hypothèses fondamentales consiste en l'hypothèse pulsionnelle de l'effet des psychotropes, en passant par l'énergie psychique ou la libido (**Kapsambelis V., 1994 ; 2002**). L'effet d'une médication psychotrope renvoie à la notion freudienne de *pulsion*. Freud S., dans « De l'Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895) se questionnait beaucoup sur les modifications psychiques entraînant des changements neurobiologiques : pour étayer son propos, il propose le terme de *pulsion*, concept limite entre soma et psyché.

Il s'agit d'une excitation venant de l'intérieur, sorte de poussée interne universelle, qui peut s'exprimer comme un besoin : ce qui la supprime c'est la satisfaction.

Freud S. a formulé une hypothèse de type biologique à propos de la *pulsion* (**Freud S., 1914, p86**) : « ...Je veux avouer ici expressément que l'hypothèse de pulsions du moi et de pulsions sexuelles séparées, et donc de la théorie de la libido, repose pour une très petite part sur un fondement psychologique et s'appuie essentiellement sur la biologie » mais il rajoute un peu plus loin « ... Toutes ces spéculations ne nous mènent à rien ; comme nous ne pouvons attendre qu'une autre science nous fasse cadeau des arguments décisifs pour la théorie des pulsions, il est bien plus opportun de tenter de voir quelle lumière peut être jetée sur ces énigmes fondamentales de la biologie par une synthèse des phénomènes psychologiques ».

Freud S. a supposé (**dans Kapsambelis V., 2003**) que la racine lointaine de cette *pulsion* se trouvait dans la nature même du tissu nerveux. Il a essayé de penser la pulsion en partant du concept de stimulus extérieur apporté au tissu nerveux et d'arc réflexe, concept selon lequel un stimulus du tissu nerveux est éconduit vers l'extérieur par l'action (**Freud S., 1915a**). Freud S. a appelé *pulsion* ce qui serait un stimulus intérieur, venant de l'intérieur de l'organisme, du monde pulsionnel, et qui, pour être éliminé exige d'autres actions qu'une action motrice. Ainsi, tandis que la science s'est donnée pour tâche de rapporter toutes les *qualités* de nos sensations à des quantités extérieures, les neurones nous laissent supposer que le système neuronal a pour tâche de transformer une quantité extérieure en *qualité* (**Jeanneau A., 2007**). Freud S. (**1895**) introduit le *principe de plaisir* comme principe général du fonctionnement humain. Ce principe préside aux opérations de *qualification*.

Ainsi, selon Angelergues R. (**1980**), « la psychanalyse nous apprend que la psychiatrie ne peut être que biologique ». La psychiatrie biologique implique le fait que les manifestations psychiques, jusqu'à la pensée la plus abstraite, traduisent des états de matière, des mouvements et des changements de ces états (**Kapsambelis V., 2003**). Cependant, on ignore en quoi le vivant est-il vivant.

Freud S. avait admis l'impossibilité de construire une véritable théorie biologique de l'appareil psychique, étant donné les moyens scientifiques de son époque. Selon lui, la totalité des mouvements de la matière vivante observée devient intelligible au plan psychique selon la variable plaisir-déplaisir.

L'appareil psychique réceptionnerait une certaine quantité d'énergie venant de stimuli extérieurs, des mouvements de la matière vivante, transformés ensuite en qualité par les neurones (**Freud S., 1920**).

La psychanalyse incite à penser ces processus de *qualification* comme conséquence de la relation à l'autre, de la relation à l'objet (**Kapsambelis V., 1999 ; 2003**). Les qualifications qui construisent notre psychisme et qui déterminent notre appréciation de nos événements somatopsychiques sont des qualifications construites à partir de nos objets, et plus particulièrement à partir de nos premiers objets. On est en effet frappé par le travail de qualification qui accompagne de façon ininterrompue les mouvements corporels du petit d'homme. La mère dit : « tu pleures, c'est que tu as faim ». Le travail de qualification-désignation se poursuit tout le long de notre vie et de notre travail psychique avec nos *objets*. Par exemple, comment, par qualification, le fumeur a-t-il réussi à convaincre son corps du caractère agréable de l'expérience vécue, à transformer une réaction de gêne initiale en sensation de plaisir ?

Freud S. supposait déjà que l'avenir nous apprendrait peut être à intervenir directement sur les quantités d'énergie et leur répartition dans l'appareil psychique à l'aide de certaines substances chimiques (**Freud S., 1938**).

Une des visées thérapeutiques serait de retrouver du mouvement allant de l'intérieur vers l'extérieur. Selon Jeanneau A. (**1980**), il s'agirait de retransformer l'*affect* en action. L'*affect* peut être considéré comme les vestiges internes d'une action qui n'a pas eu lieu. Au creuset de la *pulsion*, se rencontrent l'*affect* et la *représentation*. La *pulsion* se voit constituée par la représentation de la pulsion d'une part et par l'*affect* d'autre part.

Si la *pulsion* n'apparaissait pas sous forme d'*affect*, nous ne pourrions rien savoir d'elle (**Jeanneau A., 1980**). L'*affect* lié à un événement inassimilable est déplacé ou converti en énergie somatique, formant le symptôme. C'est la *représentation*, sous forme de trace mnésique, qui est refoulée (**Freud S., 1915a**). La *pulsion* semble prête à se livrer aux effets de l'action pharmacologique si on la voit, en effet, comme née des profondeurs organiques, comme la motion, la modification, la nouvelle répartition énergétique à partir d'une excitation interne (**Jeanneau A., 1980**). Il est impossible de parler de *pulsion* sans objet tout comme on ne peut exclure de sa définition, ce que Freud S. considérait comme le travail psychique de la *pulsion* à partir d'une excitation corporelle. La vie psychique s'installe dans le travail de *liaison*, introduisant une théorie de la jonction entre mouvements pulsionnels et représentations (**Kapsambelis V., 1994**).

Pour Jeanneau A., on ne saurait expliquer le pouvoir pharmacologique sans prendre en compte la signification des relations objectales. Pour lui, l'action pharmacologique d'un psychotrope se situe au niveau de *l'affect*, et plus précisément le travail de la substance psychotrope pourrait s'envisager comme principalement destiné à rétablir les liaisons entre *l'affect* et la *représentation* afin de mieux déporter et aménager au dehors les souffrances de l'intérieur (Jeanneau A., 1980 ; 2007). Une prescription de psychotrope trouverait son indication dans une souffrance qui paraît d'autant mieux y répondre qu'elle est moins représentée (Jeanneau A., 2007).

Ainsi, Jeanneau A. (1993) voit le pouvoir du psychotrope comme une possibilité de resituer régressivement le vécu à cet *endroit matriciel de la vie pulsionnelle*, sorte de point fondateur où tous les possibles pourraient s'y rejouer.

Certains médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines (intitulés couramment tranquillisants ou anxiolytiques) sont utilisés comme de véritables auto-calmants. Freud S. parlait d'angoisse signal et d'angoisse détresse ou angoisse diffuse. Les relations de ces deux types d'angoisse sont liées à la présence ou l'absence de représentations susceptibles de lier l'excitation par l'élaboration psychique. Certains patients ne possèdent pas une organisation des représentations psychiques suffisantes, ils utiliseront ainsi les tranquillisants comme moyen de maîtriser une excitation psychique à la place de liaisons psychiques absentes. L'utilisation de ce type de médicament comme procédé auto-calmant conduit ces patients à une addiction dont l'origine trouve sa force dans le traitement de l'excitation par des moyens autres que l'élaboration psychique. Ces patients utilisent l'anxiolytique comme réalité brute, factuelle, sans référence symbolique. Les procédés auto-calmants ont un rôle de défense, ils assurent une protection du *moi* contre un danger menaçant son intégrité. La prise régulière d'un anxiolytique sans la présence d'un travail psychique conséquent consacre de manière définitive une certaine forme de « défaillance psychique » (Ksésée A., 2002).

J'évoque à nouveau l'exemple de Nadia, une patiente qui se trouvait en grandes difficultés pour élaborer son histoire familiale. Elle avait fréquemment recours aux prises massives de toxiques tels que les anxiolytiques pour shunter sa pensée trop douloureuse à cet instant. Le travail psychothérapique consistait à penser avec elle, très progressivement de manière à ne pas l'effondrer. Un abord trop brutal de sa douloureuse histoire l'aurait précipitée dans de graves intoxications médicamenteuses, dans un but auto-calmant et auto-érotique.

La psychanalyse nous apprend que la prise médicamenteuse peut être une tentative destinée à court-circuiter la voie érotique. Les médicaments servent alors à créer un néo besoin venant détourner l'angoisse de castration, et éviter la rencontre avec le désir.

Pour Guyotat J. (1996), deux autres concepts psychanalytiques sont utiles dans la compréhension des effets des psychotropes : d'une part, le point de vue du narcissisme, d'autre part, le point de vue de l'économie psychique. Selon lui, il apparaît, sous l'effet des psychotropes, une modification de l'économie narcissique, et en même temps, la mise en place d'une relation d'objet narcissique au cours de laquelle le sujet s'appuie sur un double de lui-même qu'il projette sur celui qui le soigne.

Rétrospectivement, les premiers travaux dans le monde concernant la compréhension de l'effet des neuroleptiques sont ceux de Racamier PC. en 1954 (dans Kapsambelis V., 2002) : ils tournent autour de l'épargne énergétique procurée par les neuroleptiques qui permettent de diminuer l'intensité des pulsions agressives et d'abaisser le seuil général des émotions. Ainsi, le patient investit à nouveau le monde extérieur de ses valeurs personnelles. Pour Lambert PA. (1965), les neuroleptiques diminuent la désinhibition pulsionnelle facilitant alors une relation d'objet plus chosifiée, l'énergie pulsionnelle étant de plus en plus liée.

Les travaux concernant les niveaux d'énergie peuvent paraître un peu simplistes et obsolètes. André Green dès 1961, soulignait, en effet, que les psychotropes ne reflétaient pas seulement une simple baisse de régime mais impliquaient une transformation de la relation structurale du sujet. « La chimiothérapie a créé une nouvelle pathologie mentale (...) L'on assiste à un tableau complexe et nouveau où ce qui apparaît modifié est une nouvelle distribution énergétique de l'activité psychique pathologique antérieure (Green A., 1961) ».

Une autre réflexion, concernant cette fois-ci, l'action qualitative des neuroleptiques a vu le jour avec Kapsambelis V. (1994) : il s'est intéressé, comme d'autres auteurs avant lui tels que Lambert PA., à l'effet qualitatif de ces psychotropes. L'hypothèse d'une augmentation de la fonction du système pare-excitations, donc d'une réduction des excitations parvenant au moi de l'extérieur, est émise. Pour ces auteurs, un des effets principaux des neuroleptiques est l'effet d'isolement sensoriel. Cela implique une réduction plus globale du mouvement vers l'objet (Kapsambelis V., 2006).

Kapsambelis V. (1994, p89) poursuit sa réflexion en supposant que « les neuroleptiques agissent sur la répartition des investissements de façon à ce que le déséquilibre entre investissement de soi-investissement objectal, soit inversé en faveur du premier. L'action des neuroleptiques consiste donc en une restauration du narcissisme ». Nous entendons par narcissisme l'investissement libidinal du moi en tant qu'unité.

Pour Guyotat J. (1996), le médicament pourrait agir sur un déficit narcissique.

L'action des neuroleptiques est donc essentiellement économique. Kapsambelis V. (1994) souligne l'importance de la corporéité des psychotropes : ces médicaments ont une action sur le corps, une partie de leur effet thérapeutique passe par ce biais, tout comme les éléments hypochondriaques, constatés dans la plupart des états psychotiques, apparaissent comme une tentative d'accrochage au corps. C'est le dernier recours à un investissement narcissique dont le psychisme perçoit les risques d'effondrement et de disparition sous le sentiment d'être aspiré par l'objet externe (Kapsambelis V., 1994). De ce fait, les effets physiques provoqués par les psychotropes peuvent faire l'effet d'une véritable fixation hypochondriaque de la part du patient (Kapsambelis V., 2006). Cela va dans le sens d'un réinvestissement du moi à travers une réappropriation du corps. L'action des neuroleptiques consiste donc en une restauration narcissique assurée par la « maladie thérapeutique », sorte de réunification corporelle qui assure une « prise sur corps ».

L'élaboration fort riche de Kapsambelis V. sur l'action des neuroleptiques leur confère donc une action facilitant la réorganisation du moi et la restauration des limites dedans-dehors.

Kapsambelis V. (2006) élargit encore sa réflexion en évoquant la question de la projectivité : la projectivité se définit comme « l'aptitude fondamentale du psychisme humain à s'approprier son espace corporel et environnemental pour en tirer des sensations et des représentations destinées à enrichir son propre espace mental ». La totalité des psychotropes seraient caractérisés par leur intrication avec la projectivité, que ce soit entre le psychisme et le corps pour les neuroleptiques, ou entre le psychisme et le monde extérieur pour les antidépresseurs.

Ainsi, les psychotropes semblent utilisés par l'être humain comme des occasions de nouvelles liaisons entre le dedans et le dehors, entre le psychisme et son environnement sensoriel. Les psychotropes sont pourvoyeurs de nouvelles expériences corporelles ou extéroceptives, venant s'inscrire sur la gamme plaisir-déplaisir.

Comme nous l'avons mentionné, le principe de plaisir guide le processus de *qualification*. Les *qualifications* apparaissent et s'établissent chez l'être humain à travers la parole qualifiante d'un autre humain. La prescription de psychotropes relie donc les nouvelles expériences somato-psychiques provoquées par les psychotropes au prescripteur, non seulement comme « fournisseur de la molécule » mais aussi comme agent actif de sa *qualification* finale dans le psychisme.

Pour François Richard (2006), le thérapeute écoute l'effet de prise de médicaments comme on écoute les effets de l'inconscient et il faut entendre les sensations internes de transformations attribuées par le patient au médicament comme des remises en mouvement des auto-érotismes. La parole du patient sur ce qui travaille en lui à la limite somato-psychique met en route une élaboration intrapsychique en attente d'analyse. Sans élaboration analytique de ces éprouvés internes, l'amélioration du sentiment de soi risque de chroniciser une addiction à la perception. Ainsi, une des spécificités de la prescription en psychiatrie serait d'intercaler le prescripteur en tant qu'autre humain, entre le médicament et l'expérience somato-psychique. Le prescripteur serait ainsi co-créateur en s'insérant dans le travail interne de *qualification* que fournit le sujet. C'est par le déploiement d'une parole entourant la délivrance du médicament que le thérapeute prend part au processus de *qualification*. Il existe ainsi une partie du thérapeute dans le médicament, requalifié par la parole. Cette vision semble intéressante dans la mesure où elle ferait de la prescription un acte de création, une créativité commune entre le patient et le thérapeute, par la participation au processus de qualification (Kapsambelis V., 2006).

Widlöcher D. (1990) a lui aussi développé une réflexion pour tenter de comprendre psychanalytiquement l'action des psychotropes. Il a essayé de dégager des critères comportementaux les plus pertinents pour comprendre l'action des médicaments sur la psyché. Widlöcher D. établit un certain dualisme entre comportement et intentionnalité. Ce dernier concept est pris dans le sens que lui accorde Brentano (dans Widlöcher D., 1990). Il s'appuie sur la distinction entre inhibition globale et partielle du *moi* établie par Freud S. Certaines inhibitions constituent l'équivalent d'un symptôme au sens psychodynamique.

Freud S. distingue une inhibition locale, telle que la phobie, portant sur un type particulier de comportement. Ces inhibitions locales sont intentionnelles et relèvent tout naturellement d'une psychogenèse consciente ou inconsciente. Freud S. décrit, à l'opposé, une inhibition globale du *moi* s'appliquant à une fonction ou à un ensemble d'activités.

Pour les organicistes, le symptôme constitue l'altération d'une fonction psychologiquement identifiable. Quand le symptôme n'altère qu'un secteur très limité de l'activité telle une phobie, il faut le tenir pour l'expression locale d'un trouble plus général. Ce trouble peut être défini comme un déficit bien que ce déficit s'exprime parfois par l'exagération d'une fonction comme dans la logorrhée maniaque.

Le point de vue psychodynamique consiste à considérer que tout comportement peut être décrit sous l'angle de son intentionnalité, c'est-à-dire du sens qu'il contient. La démarche psychanalytique consiste précisément à définir le sens d'actions qui peuvent nous apparaître comme dénuées consciemment de finalité.

S'appuyant sur l'exemple de la dépression, Widlöcher D. (1990) ne retient pas l'opposition entre dépression névrotique et dépression endogène, il suppose qu'il existe une seule maladie dépressive dont les causes peuvent être organiques ou psychiques, et qui réagit quelle qu'en soit l'origine, à des médicaments chimiques. Selon Widlöcher D., l'explication donnée par Freud S. établit une relation causale entre la difficulté des tâches psychiques et l'appauvrissement secondaire venant affecter le *moi*. Le déficit est ici global, il affecte l'ensemble de l'activité du sujet, il n'est pas interprétable au sens où pourrait être trouvée une intentionnalité. Mais il est explicable, conséquence du conflit intrapsychique. Il est donc en rapport avec les facteurs psychodynamiques, non dans une relation d'identité comme l'inhibition locale, mais dans un rapport de causalité temporelle. C'est de cette façon subtile que Widlöcher D. introduit ce rapport temporel et non sémantique entre l'accumulation de pensées dépressives et le déficit global qui n'appartient plus au registre d'une intentionnalité interprétable. En prenant l'exemple du ralentissement psychomoteur, Widlöcher D. (1990) traduit ce comportement en termes de déficit local et de déficit général. Le premier correspond à l'ensemble des systèmes d'action constituant le tissu de la pensée dépressive. Sur l'autre plan, se situe une anomalie globale du fonctionnement mental intéressant plus ou moins toutes les activités du sujet. Widlöcher D. (1990) oppose le ralentissement psychomoteur aux cognitions dépressives pour distinguer un déficit global et des actions intentionnelles. Il suppose que le ralentissement psychomoteur est la cible comportementale des médicaments antidépresseurs.

Il propose à l'étude des modes d'action des médicaments psychotropes, des cibles comportementales n'étant plus caractérisées par un cadre nosologique mais représentant un trouble de base entrant dans la composition d'une maladie ou dans plusieurs d'entre elles.

Ainsi, Widlöcher D. (1990) propose une nouvelle façon de penser le psychisme en modélisant quelques grandes fonctions mentales et en leur associant une dimension neurobiologique : la vitesse de réponse pour le ralentissement dépressif, l'impulsivité pour la dimension sérotoninergique. Ces dysrégulations des fonctions mentales générales ne concernent pas directement le contenu des opérations mentales. Widlöcher D. constate que l'étude d'opérations cognitives élémentaires est entrée depuis une vingtaine d'années dans le champ de la psychopathologie.

Il pense contribuer à la construction d'une nouvelle perspective psychopharmacologique des fonctions cognitives. Il nous explique que le niveau dimensionnel constitue un plan différent de représentation de l'activité mentale. Ce niveau dimensionnel contribue largement à remettre en cause le point de vue nosographique. Les prescriptions médicamenteuses s'en trouveront influencées : le choix d'un antidépresseur ou d'un neuroleptique sera mieux codifié à mesure qu'on connaîtra mieux les dimensions correspondant à une cible pharmacologique.

Le développement de cette réflexion de Daniel Widlöcher appelle plusieurs commentaires : tout d'abord, le repérage d'un trouble comportemental cible et son extraction de la vie psychique du sujet pour en faire une cible du médicament est à questionner : en effet supposer qu'il existe un trouble comportemental commun chez tous les sujets atteints de telle ou telle pathologie mentale supprime la singularité du sujet, et risque d'évacuer le sens de ce trouble pour le sujet en question.

Désolidariser un trouble comportemental de l'histoire intime du sujet reviendrait en quelque sorte à découper le sujet en une mosaïque de comportements élémentaires. Ces comportements ne posséderaient pas d'intentionnalité et constitueraient en quelque sorte, des marqueurs de base des pathologies mentales. Le risque est d'aborder le sujet en tant qu'objet contenant une multitude de troubles comportementaux. Pourtant, une impulsivité ou une hyperactivité n'aura pas le même sens selon un tel ou tel autre. C'est le cas du syndrome d'hyperactivité : il est fondamental pour le clinicien de repérer le sens de ce comportement.

Nous savons bien où nous a mené l'isolement d'un trouble comportemental chez les enfants, notamment aux Etats-Unis : la prescription de *Ritaline* n'a fait qu'augmenter, l'essentiel du soin se réduisant au repérage, à l'évaluation de cette hyperactivité et à son traitement en la considérant comme un comportement-cible.

Cette conception est très loin de la singularité du sujet. De plus, d'un point de vue scientifique, l'idée de trouver des marqueurs cognitifs de fond n'assimile-t-elle pas trop facilement psychisme et cerveau ?

Il ne s'agit pas de remettre en cause les avancées de la recherche dans le domaine des sciences cognitives qui étudie des fonctions aussi complexes que l'intentionnalité, la conscience, l'interaction psychique ou l'empathie (**Georgieff N., 2009b**) mais d'insister sur les dérives possibles de cet apport neuroscientifique s'il s'érige en une vérité absolue, imposant une certaine vision de la pathologie mentale.

Ces diverses réflexions psychanalytiques nous ont permis de dégager des pistes sur le sens que peut donner la psychanalyse à l'effet des psychotropes. Il s'agit d'une véritable traduction de l'effet médicamenteux en termes de métapsychologie freudienne. Cet éclairage passe actuellement pour désuet voire obsolète tant la réflexion dominante concerne les neurosciences pures avec des tentatives de cerner toujours mieux les neuromédiateurs impliqués dans telle ou telle pathologie psychiatrique. De toute façon, le débat sur la compréhension psychanalytique des médicaments psychotropes ne peut pas se développer exclusivement sur le terrain de la théorie. Notre recherche confrontera ces différentes hypothèses à l'épreuve de la clinique.

Par ailleurs, le secret espoir neuroscientifique serait de prédire l'effet et l'efficacité thérapeutique en fonction de tel ou tel profil psychopathologique correspondant à un certain marqueur biologique, afin d'uniformiser la réponse thérapeutique.

Pour introduire encore un peu plus de doute et d'incertitude dans notre cheminement, nous allons maintenant aborder la question des interactions entre psychique et pharmacologie.

B. Pharmacothérapie et psychothérapie

1. Les enjeux de cette association

La question de l'articulation entre psychothérapie, au sens de psychothérapie d'inspiration analytique, et pharmacothérapie est essentielle à penser. Curieusement ce domaine est peu abordé, preuve que chacun des deux courants ne souhaite pas échanger l'un avec l'autre. Chimiothérapie et psychothérapie ont été depuis longtemps en situation dialectique.

Pourtant, la problématique de leur articulation devrait occuper une place centrale, aussi bien dans les recherches en psychiatrie que dans l'enseignement de cette discipline (**Marie-Cardine M., 2001**).

Pharmacothérapie et psychothérapie constituent dans la psychiatrie moderne deux outils thérapeutiques longtemps opposés l'un à l'autre, dans une conception dualiste du soin psychique et de l'origine de la maladie mentale. Dualité corps-âme, organogénèse-psychogénèse, cliniciens psychothérapeutes et psychiatres pharmacologues, psychanalyse-ou pur de la psychanalyse... Ces deux modalités de soin ont en effet souvent été exclusives l'une de l'autre. La chimiothérapie s'appuie sur le raisonnement médical, biologique et scientifique, alors que la psychothérapie engage davantage la personnalité, la manière d'être et de communiquer du praticien (**Bensoussan M., 2004**).

Objets de débats passionnés, trop souvent dogmatiques, les confrontations des deux méthodes de soin ont été la plupart du temps l'occasion de lutte de pouvoir, chacun des deux camps voulant montrer la suprématie de l'un sur l'autre. C'est à partir de 1955 que se sont développés les deux grands courants porteurs d'idéologies et de conceptions du fonctionnement mental fort différentes : le courant psychanalytique et le courant psychopharmacologique (**Marie-Cardine M., Sali A., 1984 ; Marie-Cardine M., 1996**). Or, le temps est largement venu de croiser les regards afin de réfléchir au soin psychique sous de nouvelles perspectives.

2. Historique de l'association psychothérapie et pharmacothérapie

Comme nous l'avons déjà évoqué, au début de l'ère de la psychopharmacologie, le courant psychogénétiq ue a continué à se développer et même à s'accroître. Les psychotropes étaient perçus comme des adjuvants permettant l'accession du malade à une psychothérapie ayant seule valeur fondamentale (**Green A., 1966**). Green A. (1961) stipulait que la psychothérapie méritait la primauté du fait qu'elle se plaçait dans le registre du sens et que la chimiothérapie ne constituait qu'un levier de l'action de la parole.

Mais bien avant les années 1950, l'association psychothérapie au sens large et chimiothérapie avait déjà été testée : en effet, lors de pratiques ancestrales, l'efficacité des potions était bien meilleure lorsqu'au moment de la délivrance, un bain de paroles sacrées leur était associé. L'action des potions devait en effet être renforcée par la pratique des mots dont la magie provenait de la pénétration des rêves (**Freud S., 1890**). Freud S. lui-même avait constaté que les remèdes délivrés par le médecin en vogue étaient plus efficaces.

Cela évoquait les premières possibilités d'influence du psychisme sur l'effet du médicament psychotrope.

Par ailleurs, différentes techniques comprenant l'usage de drogues agissant sur le système nerveux tel que les amphétamines ou encore des drogues psychodysléptiques type L.S.D. ont été employées comme méthode d'exploration du fonctionnement psychique, en se référant au modèle psychanalytique. On employait ces drogues dans des techniques telles que le choc amphétaminique, la narco-analyse ou subnarco se barbiturique, l'association barbiturique-amphétamine ou narco se amphétaminée, les traitements psychodysléptiques ou l'oniro-analyse. Ces méthodes utilisant des moyens chimiques étaient utilisées pour leur effet cathartique par analogie avec la psychanalyse. On s'imaginait reproduire sur-le-champ, en faisant l'économie du travail des résistances, la réactivation des émotions refoulées, pensant qu'à elle seule, cette irruption émotionnelle avait un effet thérapeutique (**Marie-Cardine M., Guyotat J., Terra J.L., 1989**). Ces drogues étaient administrées lors d'une psychanalyse afin de faire céder les défenses intrapsychiques et de favoriser l'association libre (**Green A., 1961**). L'emploi de telles drogues a rapidement été abandonné au profit des neuroleptiques, car elles étaient trop dangereuses pour une généralisation de leur emploi.

Ici, l'association pharmacothérapie et psychothérapie apparaît plus comme une juxtaposition des deux techniques.

Par contre, la cure de sommeil, dite cure de Sakel, propose une pratique intégrée des deux techniques : une des premières réflexions sur l'association psychothérapie-chimiothérapie est faite par Racamier PC. et Carretier L. (2002) à ce sujet. « Les cures qu'on appelle biologique en psychiatrie, ne sont pas des cures réellement et purement biologiques. Ce sont des cures au déclenchement biologique dont le mode d'action est psychologique et dont l'exploitation majeure est psychothérapique » (Racamier PC., Carretier L., 2002). La technique de la cure de sommeil s'imbrique à la psychothérapie. Tout le principe de cette cure consiste en un certain déroulement psychodynamique sans lequel l'effet de la cure d'insuline est réduit à néant. Il implique le fait complexe de la régression pulsionnelle et formelle du *moi*. Aucun patient ne se laisse régresser sans résistance, médecins et infirmières étaient présents en tant que pourvoyeurs de sécurité et de maternage. Toute l'histoire de la cure de sommeil se résume à l'histoire conjuguée de cette régression et de cette résistance. Le choix du moment de la cure est important tout comme la préparation psychologique nécessaire avant de la démarrer. L'ambiance psychothérapique accompagnant la cure est essentielle. La cure ne vise pas à atteindre un résultat symptomatique mais surtout à faire effectuer au patient une évolution intérieure, et c'est dans cette mesure qu'elle possède une vertu psychothérapique. Racamier PC. (1993) a montré que l'insulinothérapie, lors des cures de Sakel, était plus efficace au début de sa découverte car les soignants étaient plus attentifs, plus désireux d'obtenir une guérison. Avec l'apparition de nouveaux traitements, son effet thérapeutique s'est largement estompé, du fait du désinvestissement des soignants. L'aspect novateur semble donner une efficacité thérapeutique plus importante au médicament.

Racamier PC. et Carretier L. (2002) ont poursuivi cette réflexion concernant les cures de sommeil en remarquant que « le moment fécond, déclenché par un effet neurobiologique, est principalement celui du réveil, moment où la relation psychothérapique vient prendre un relief singulier et un rôle indispensable ». Le sort d'un médicament dépendrait donc en partie des prédispositions du psychique à l'accueillir.

Dans un autre registre de réflexion sur l'interaction pharmacologique et psychothérapique, Ostow, psychanalyste, en 1962 (dans Kandel E.R., 1999) a tenté d'établir une jonction entre psychanalyse et psychopharmacologie. Il défendait l'idée que l'intervention pharmacologique servait comme outil biologique pour l'investigation des aspects de la fonction affective. Ostow développe l'idée selon laquelle l'affect est souvent un déterminant plus important du comportement et de la maladie que l'idéation de l'interprétation consciente.

Ostow et d'autres auteurs comme Senders et Stern, insistent sur l'importance relative de l'affect inconscient par rapport à la prise de conscience. Leurs arguments font clairement apparaître que les changements dans les représentations internes de l'inconscient du patient peuvent être bénéfiques pour la progression, même s'ils n'atteignent pas la conscience. L'inconscient serait dans ce cas encore plus important que Freud S. lui-même ne l'avait imaginé. Ainsi, Ostow suppose que l'action des psychotropes sur le processus psychanalytique, fait écho aux idées de Senders et de Stern. Ces derniers soutiennent que le progrès de la psychothérapie a un composant procédural important, beaucoup de ce qui se produit dans une psychothérapie n'ayant pas besoin d'être directement lié à la prise de conscience (**dans Kandel E.R., 1999**).

Cette conception, fort intéressante, ne viendrait-elle pas nier la participation active du sujet dans le processus de guérison, comme s'il s'agissait d'expliquer quelque chose qui échappe par une réflexion scientifique, qui n'est, somme toute, que pure supposition ? Cependant, les questions telles que : comment agit la psychothérapie ? Quelles en sont les bases biologiques ? restent essentielles à approfondir.

Les neurosciences essaient d'enrichir notre compréhension des mécanismes en jeu dans le processus thérapeutique (**Goldbeter-Merinfeld E., 2009**). Elles ont néanmoins négligé jusque-là les pratiques cliniques et les conduites du clinicien (**Georgieff N, 2009a**). La création de la biologie moléculaire laisse miroiter une pénétration plus intime dans le fonctionnement du système nerveux central, ce qui amène la médecine en général à s'éloigner de l'art thérapeutique pour se rapprocher de la biochimie.

Dans de telles conditions amenées par la science, il n'est plus possible d'opposer pharmacothérapie et psychothérapie par principe (**Marie-Cardine M., Chambon O., Guyotat J., et al., 2001**).

Les travaux de Roland Kuhn (**1990**) ont proposé un abord phénoménologique des effets des médicaments : ils montrent comment une expérience nouvelle du corps vécu par le malade sous l'effet d'un traitement biologique peut jouer un rôle restructurant. Ces travaux du découvreur du premier antidépresseur méritent un détour minutieux.

Roland Kuhn a pris soin de préciser la dimension psychopharmacologique de la clinique psychothérapeutique ainsi que la place qui doit être accordée à la réflexion philosophique dans la démarche du chercheur clinicien en psychopharmacologie, si celui-ci veut aller au-delà de la découverte des effets d'une molécule et prendre en quelque sorte possession du pouvoir heuristique de celle-ci aux fins de création en psychopathologie.

Le chercheur doit faire en sorte que se conjoignent, la connaissance neurochimique d'une substance au sein des processus vitaux d'un organisme humain, et l'investigation phénoménologique des signes et symptômes psychiques souvent déplacés ou cachés qui sont produits dans l'histoire personnelle d'une existence singulière (**Kuhn R., 1990**). Kuhn parle de mise en mouvement des états psychopathologiques, il rapproche cette dynamique de celle de la cure analytique tout en précisant qu'elle s'avère insuffisante pour venir à bout des phénomènes pathologiques. Alors, peut-on se questionner sur la synergie possible de ces deux dynamiques sous l'effet de la psychothérapie ?

Enfin, l'école du Vinatier à Lyon propose une réflexion privilégiant une approche multi dimensionnelle des chimiothérapies. Lors du colloque du Vinatier en 1964 « La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques », sont exposés les différents aspects de la prescription médicamenteuse : dimension symbolique, clinique du prescripteur, dynamisme relationnel (**Lambert PA., 1965**).

Guyotat, Lambert et Racamier ont beaucoup réfléchi sur le dynamisme relationnel dans la prescription de psychotropes. Nous développerons cet aspect dans nos cas cliniques. Rappelons cette phrase : « La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne » (**Guyotat J., 1980**). Les réflexions de l'équipe de l'école de Lyon sont très riches cliniquement, elles ont apporté un éclairage sur les différents enjeux d'une prescription de psychotropes dans la relation médecin-malade. Ces équipes de clinicien ont utilisé la psychanalyse, non seulement pour donner une traduction de l'effet des psychotropes comme nous l'avons précédemment détaillé, mais aussi pour réfléchir au sens que prend cet acte dans la relation psychothérapeutique. Ces travaux soulignent les aspects psychodynamiques intervenant entre patient, prescripteur, et relation médecin-malade. Les aspects relationnels de la prescription ont probablement des interférences avec l'efficacité pharmacologique du médicament comme nous le verrons dans nos histoires cliniques.

3. Influence du psychique sur l'effet neuropharmacologique

Freud avait déjà questionné les modalités du traitement psychique. Si les mots sont bien l'outil essentiel du traitement psychique, une question importante reste de savoir comment la parole agit. Freud S. (1890) développe cette question : « la magie des moyens que constitue la parole doit être recherchée dans cette capacité d'action physique du psychique ainsi que l'hypnose a alors commencé à le prouver en témoignant largement de l'influence de la vie psychique sur le corps... ».

Les constatations de Racamier PC. et de Carretier L. concernant l'efficacité accrue des cures de Sakel grâce à l'accompagnement et l'étayage psychothérapique évoquaient déjà l'existence d'interactions entre psychique et pharmacologie (**Racamier PC., 1993 ; Racamier PC., Carretier L., 2002**). Ils ont montré que l'aspect relationnel des soignants a joué un rôle essentiel dans l'effet thérapeutique de la cure d'insuline. Sans la parole, sans la relation psychothérapique influençant le psychique du patient, la cure de sakel perdait tout son pouvoir thérapeutique. Il s'agissait par conséquent d'une première approche simultanée de la psychothérapie et de la méthode chimique.

Plus récemment, l'exemple de la pyridostigmine, utilisée lors de la guerre du golf, laisse également supposer de telles interactions : certaines études ont en effet montré que la pyridostigmine, administrée pour prévenir les effets neurotoxiques des gaz de combat, franchissait la barrière hémato encéphalique et provoquait des effets centraux alors que ce n'est pas le cas dans des conditions « normales ». Ainsi, dans des conditions de stress, l'effet d'un médicament peut profondément se modifier, aussi bien d'un point de vue biologique que pharmacodynamique (**Pignarre P., 2008 ; Barbier L., 2009**). Par l'action du psychique, une molécule peut voir son profil pharmacologique se modifier.

D'autre part, la plupart des études ont montré une supériorité de l'association psychothérapie-chimiothérapie sur chacune des techniques prises séparément et ce, quelle que soit la pathologie psychiatrique impliquée (**Georgieff N., Marie-Cardine M., 1991 ; Marie-Cardine M., 1996 ; Bensoussan M., 2004**). Remarque intéressante : cette association ne se résume pas seulement à une juxtaposition des connaissances de chaque discipline.

Cela laisse supposer une interaction synergique des deux méthodes de soin : la dimension relationnelle interviendrait donc dans l'efficacité d'une molécule et, vice-versa, la pharmacothérapie modifierait le processus thérapeutique. Il semble bien que ces outils thérapeutiques mêlent et échangent leurs effets pour obtenir un effet thérapeutique final.

Remarquons que certains psychiatres tel que André Bourguignon (**dans Marie-Cardine M., Sali A., 1984**) considèrent la psychothérapie comme un cas particulier de chimiothérapie, « puisqu'il est bien évident que ses effets se ramènent à des modifications physico-chimiques au sein de réseaux neuroniques ».

Kandel E.R. (**1999**) questionne les effets cérébraux, neuronaux, provoqués par la psychanalyse. Sur le modèle d'une modification du schéma cérébral représentatif de la main chez le musicien, il se demande de quels types de changements cérébraux structuraux relève la psychanalyse. Il évoque même la possibilité future d'évaluer les progrès de la psychothérapie au moyen de l'imagerie cérébrale.

Widlöcher D. (**1990 ; 2002**) émet également l'hypothèse de modifications neurobiologiques par la psychothérapie. « Le patient qui pense autrement qu'avant grâce à la psychothérapie doit présenter dans son organisation nerveuse de nouvelles connexions entre les systèmes neuronaux... ». Widlöcher D. suppose que l'efficacité de la psychothérapie est complémentaire de celle des psychotropes, d'un point de vue des mécanismes d'action, les deux agissant à des niveaux différents du cerveau et des neurones. La psychothérapie agirait au niveau de systèmes complexes de pensée, sous-tendus par des mécanismes neuronaux corticaux et sous-corticaux, impliquant des ensembles fonctionnels modulaires et intégrés, très riches en interconnexions mais très localisés. Les psychotropes agissent essentiellement au niveau de neuromédiateurs comme les monoamines (dopamine, sérotonine, noradrénaline) assurant le fonctionnement de voies neuronales longues et diffuses, et concernant des organisations nerveuses essentiellement régulatrices (**Widlöcher D., 2002**).

A partir de ces hypothèses, Widlöcher D. (**2002**) suggère différents types d'interactions possibles entre psychothérapie et pharmacothérapie, les systèmes cérébraux interagissant mutuellement et réciproquement l'un sur l'autre.

Il nous invite à renoncer à la vision simpliste selon laquelle le médicament opérerait par la seule voie d'un déterminisme biologique, et la psychothérapie par celle d'une libération de potentialités psychiques latentes. « Les pressions qui s'exercent entre réponse psychique et mécanisme neuronal d'exécution, entre systèmes modulaires d'action et de représentation, et mécanismes régulateurs de base, doivent être prises en considération dans toute stratégie thérapeutique combinant psychothérapie et médicament » (**Widlöcher, 2010**).

Il a tenté de créer une sorte d'interface entre les modèles biochimiques des médicaments psychotropes et leurs effets comportementaux sur l'individu, en étudiant notamment le ralentissement dépressif.

Selon Nicolas Georgieff (2009b), des interactions multiples existent entre prescription et psychothérapie : la psychothérapie est susceptible d'entraîner des modifications neurobiologiques interagissant avec les effets pharmacologiques et psychiques du psychotrope. Ainsi, l'action du psychique sur le biologique est au cœur de la compréhension des effets du processus psychothérapeutique. Cependant, ces modifications possibles du neurobiologique par le psychique n'intéressent pas le clinicien car elles n'ont aucune influence sur sa pratique clinique. Par conséquent, la pertinence de telles données neuroscientifiques reste posée, et quoiqu'il en soit, la biologie ne saurait être utilisée pour légitimer un type de pratique. Par contre, la connaissance des cibles cérébrales de la psychothérapie permettrait de mieux comprendre les interactions entre psychothérapie et psychopharmacologie. Ainsi, la question entre psychothérapie et prescription médicamenteuse pourrait être posée en fonction des interrelations entre mécanismes psychopharmacologiques et mécanismes neurobiologiques des psychothérapies.

Ces considérations ne sont pas dénuées d'intérêt. Cependant, Widlöcher D. n'assimile-t-il pas trop aisément cerveau et psychisme ? Ce n'est pas parce qu'une zone cérébrale est en activité que nous pouvons en déduire son implication systématique dans telle ou telle fonction. La complexité du fonctionnement psychique ne saurait en effet se réduire à une modélisation. Il est compliqué de cerner une zone géographique précise responsable de tel comportement ou reflétant une certaine pensée. Cette activité relève de l'intime et du singulier, et comme le rappelle F. Dagognet (1992), le cerveau accueille une fonction mais ne peut en aucun cas la déterminer.

Elargissons la question des modalités d'action de la psychothérapie. Pour Binswanger (**dans Fedida P., 1996**), cela passe par cette idée, « d'une animation de l'intérieur et par cette considération phénoménologique que sa vocation est de contribuer à reconstituer avec le patient une intersubjectivité fondatrice d'une subjectivité ».

Selon Fedida P. (1996), « le mérite de Ludwig Binswanger, est d'interroger le sens de l'action psychothérapeutique en restituant à sa pratique, les bases anthropologiques d'une compréhension de cette corporéité du psychique telle qu'elle se découvre à deux dans la psychiatrie ».

La notion de placebo corrobore, elle aussi, la possibilité d'une modification d'une action pharmacologique par le psychique. L'effet placebo se manifeste tout particulièrement en pathologie mentale y compris dans les psychoses. On aurait là, un modèle suggérant la possibilité qu'une modification de la neuro-médication puisse se produire sous l'influence de la vie psychique.

Le placebo lui-même serait doué d'une réelle activité pharmacologique sur certains neurotransmetteurs, ce qui ouvre de vastes perspectives sur le sujet des interactions psychique et neurobiologie (**Marie-Cardine M., Guyotat J., Terra J.L., 1989**). Ainsi, un patient croyant recevoir un médicament actif contre le trouble dont il souffre, ferait en sorte que se déclenche une action neuropharmacologique, sous-tendue par la prise d'un placebo. Cette action pharmacologique est alors directement en lien avec des mouvements psychiques mobilisés par la relation médecin-malade. Ainsi nous avons là un modèle d'influence directe du psychique sur l'action pharmacologique d'une substance.

Rappelons que l'action pharmacologique ne résume pas à elle seule l'effet thérapeutique, qui lui, est beaucoup plus complexe et multifactoriel. L'effet placebo d'un médicament est inhérent au médicament lui-même. Celui-ci ne pourra jamais être débarrassé des facteurs psychologiques inclus dans son effet thérapeutique. En effet, comme le remarque Guyotat J. (**1991**), l'action médicamenteuse se double toujours d'une action placebo (positive ou négative) qui va amplifier ou au contraire bloquer l'effet pharmacologique proprement dit. Ce qui différencie un médicament de n'importe quelle substance chimique est le cadre médical de sa prescription (**Marie-Cardine M., Sali A., 1984**).

De plus, comme le remarque Keller PH. (**2011**), l'effet placebo dépasse les seuls effets psychologiques, il dépend étroitement du dynamisme de la relation médecin-malade, véritable principe actif du phénomène placebo. L'effet placebo serait à la fois témoin et effet en quelque sorte, qu'une part du fait thérapeutique nous échappe (**Mounier B., Guyotat J., 1984**). Selon Nicolas Georgieff (**2009b**), l'effet placebo démontre la réalité des processus neurobiologiques et même pharmacologiques induits par une croyance.

4. La psychanalyse face à la prescription de psychotropes. Les Thérapies bifocales.

S'il est donc acquis que l'association psychothérapie-pharmacothérapie donne de meilleurs résultats thérapeutiques, comment cette association doit-elle se conduire ? Par un seul thérapeute qui serait également prescripteur, ou par deux thérapeutes distincts, dans le cadre d'une thérapie bifocale ?

L'idée communément répandue chez les psychanalystes était la séparation entre le psychothérapeute et le prescripteur auquel d'ailleurs on donnait le nom de chimiatre. (**Green A., 1966**)

Pour les psychanalystes, la situation était donc très claire : s'il y avait prescription de psychotropes, celle-ci devait être confiée à un autre thérapeute et cela se déroulait sur deux lieux distincts en général. De ce fait, l'acte de prescrire était dévalorisé, il passait comme la basse besogne, la tâche noble revenant au psychanalyste, qui lui, travaillait par l'écoute et la parole. Ces conceptions s'appuyaient sur le principe de neutralité et d'abstinence du thérapeute.

Le travail analytique se base en effet sur la non-intervention, par quelque moyen que ce soit, du thérapeute. Ce dernier doit bien se garder de donner quelques gratifications orales substitutives à son patient. La règle fondamentale posée est celle de la théorie du neutre et du silence. Cette posture implique de ne pas intervenir sur un mode explicatif dans la relation clinique avec le patient : conseils, réponses à des questions concernant la maladie, diagnostic psychiatrique, justification d'un positionnement, sont à éviter.

Nacht (**cité par Darge G., 2004**) précise : « Dans le cas d'une cure psychanalytique, c'est un praticien qui assurera la psychothérapie et un autre qui s'occupera du reste, ce reste étant indispensable et comprenant entre autres l'administration médicamenteuse ».

Widlöcher D. (**2002**) rajoute : « soit on intervient comme psychanalyste, soit comme prescripteur de médicament. Pourquoi ? Parce que l'effet du médicament porte sur des symptômes qui ne sont pas ceux que la psychanalyse écoute ». Il semble en effet que la symptomatologie telle qu'elle apparaît à l'analyste au cours du suivi n'a que très peu à voir avec celle que l'on connaît dans la consultation psychiatrique. La prescription peut être considérée comme une forme de passage à l'acte de la part du thérapeute et risque de venir parasiter la relation psychothérapeutique.

Fedida P. (1999) précise : « qu'il s'agisse de traitement analytique ou psychothérapeutique, l'analyste ne peut que gagner, dans son travail, à rester éloigné de toute représentation psychiatrique du cas et des symptômes ».

Cependant, nous pensons qu'une posture de clinicien intègre l'analyse dans la pratique.

Racamier PC. (dans Darge, 2009) évoque des situations d'angoisse et de rejet de la part du thérapeute l'incitant à adresser le patient à un autre psychiatre, prescripteur. En fait, il s'agit de situations relationnelles nécessitant d'introduire un tiers afin de préserver le lien transféro-contre-transférentiel, ou pour diffracter un transfert qui serait trop intolérable pour le patient. Dans ces cas, le traitement bifocal est pensé en fonction de l'évolution de la relation médecin-malade, mais ce sont plutôt les positions *a priori* posées comme règle qui nous interrogent.

Abstinence et acte de prescrire sont-ils donc définitivement incompatibles ? Il est évident qu'avec ces considérations, le psychanalyste n'est certes pas le mieux placé pour prescrire.

Roland Gori (2000) nous précise que le psychanalyste ne prescrit rien d'autre que lui-même. Prenant bien en compte les positions analytiques à propos de l'abstinence et de la neutralité du thérapeute, les thérapies bifocales suscitent néanmoins plusieurs interrogations : la séparation des fonctions ne va pas de soi, et le patient peut très bien solliciter le psychothérapeute à émettre un avis sur des traitements et, vice-versa, solliciter le psychiatre prescripteur à exprimer des interventions psychothérapeutiques.

De plus, que se passe-t-il dans la relation prescripteur-patient ? Il est bien évident que, même s'il ne s'agit que d'une délivrance de médicament, un lien se crée entre le prescripteur et le patient. Georgieff N. et Marie-Cardine M. (1991) nous rappelle en effet que le recours à une pharmacothérapie suppose toujours, même à l'insu du praticien et du malade, un certain type d'abord psychologique qu'il serait utile de connaître.

Et du côté du psychothérapeute ? Il ne peut pas adopter une attitude consistant à ignorer l'action d'une substance pharmacologique. Une telle posture serait en effet l'équivalent d'une dénégaration de sa part, ce qui aurait une incidence sur la relation psychothérapeutique elle-même. Imaginer que rien ne se passe en dehors de la délivrance de l'ordonnance est illusoire. De plus, ce serait considérer l'acte de prescrire comme un acte purement technique, en désolidarisant la prescription de toute parole et de toute relation. Il nous semble en effet difficile d'imaginer une relation thérapeutique épurée de la dimension relationnelle.

Geneviève Welsh (2009) parle de transfert latéral pour décrire la relation entre prescripteur et patient.

Le psychanalyste Gilbert Diatkine nous relatait lors d'un séminaire qu'il avait adressé l'un de ses patients à un psychiatre pour une prescription d'antidépresseur. Ce traitement a nettement amélioré son patient si bien que ce dernier s'est questionné sur le temps que son psychanalyste avait mis pour l'adresser au psychiatre. Le patient a pris alors la décision d'arrêter son travail psychanalytique pour poursuivre le suivi avec le psychiatre, déçu par son thérapeute.

La décision de séparer prescripteur et psychothérapeute pose également la question de surligner, d'insister, sur l'acte de prescrire en le désolidarisant de la clinique, et en le laissant apparaître comme un acte esseulé, extérieur au patient et à sa problématique. Ainsi ne risquons-t-on pas, en assignant à un thérapeute la seule tâche de prescrire, de vider de sens cet acte, qui pourtant devrait s'intégrer au travail psychothérapeutique ?

Maurice Bensoussan (2004) émet une réflexion pertinente : la divergence entre bi-thérapeute et thérapeute semble liée à l'idée que la pathologie guide toujours l'attitude clinique. Considérer que le point de départ n'est plus la maladie mais la relation, permet une réflexion radicalement différente.

Quant à la position d'abstinence de la psychanalyse, il nous semble précisément intéressant de l'analyser. Ce qui est visé dans l'abstinence est l'intervention extérieure d'un tiers. Il s'agit d'éviter de la part du patient comme de l'analyste tout apport de satisfaction substitutive venant effacer le symptôme par recouvrement, ou venant faire obstacle au travail psychique. C'est la connaissance de l'action thérapeutique par le psychique qui est inspiratrice du principe d'abstinence. Or, c'est justement cette connaissance qui est propre à déterminer selon quelles incidences intervient une action pharmacologique.

Les différents apports théoriques et historiques sur la question de la prescription de psychotropes dans le domaine de la psychiatrie méritent d'être revisités par l'expérience clinique. Le psychiatre clinicien se doit de dépasser certains clivages afin d'assumer son rôle composite. Le clinicien n'est-il pas, en effet, le mieux placé pour opérer un lien entre la neuropharmacologie et la clinique analytique ? Laissons-nous désormais enseigner par la clinique.

Comme le recommandait Freud S., le psychothérapeute ne doit jamais quitter l'observation psychopathologique. C'est donc à partir de rencontres singulières que nous allons questionner la prescription de psychotropes en espérant l'enrichir de notre propre expérience clinique.

VIII. LA PRESCRIPTION A L'EPREUVE DE LA CLINIQUE

A. Léa ou le temps d'une fracture

1. Histoire clinique

Léa a 17 ans lorsqu'elle vient à ma consultation. C'est l'infirmière scolaire de son lycée qui lui a conseillé de venir consulter au centre, en accord avec ses parents. A la première consultation, elle est tendue, ne souhaite pas trop me parler. « Parler ça sert à rien, et de toute façon vous ne me connaissez pas, je n'ai pas à vous raconter ma vie... ». Le décor était planté, une jeune fille défensive n'ayant aucune envie de se confier au premier venu. Je me trouve donc pris dans une situation extrêmement fragile. J'avance doucement, sentant bien qu'au moindre faux pas, la rencontre tournerait court. Léa se décrit comme une fille qui fonctionne dans les extrêmes, le tout ou rien : « avec mes parents ou ça va très bien ou ça va très mal, en ce moment c'est très mal ». Elle me donne l'impression de s'agiter sans cesse, de fonctionner à cent à l'heure. « Ils m'énervent, ils me prennent la tête avec le lycée, moi ça m'est égal tout ça... ». Elle s'emporte, s'énerve, se demande ce qu'elle fait ici. Elle semble effectivement exaspérée, à fleur de peau. Je lui propose d'essayer de l'écouter, de cheminer avec elle pour peut-être alléger un peu certaines de ses tensions intérieures. Elle me regarde et dit : « Pourquoi pas, mais de toute façon vous perdrez votre temps avec moi, je ne vous parlerai pas, tout ce qui est médical, j'aime pas... ». Je lui demande ce que ça lui évoque le mot médical. Elle me répond que médical signifie que quelque chose ne va pas comme on veut. Elle me parle de sa grand-mère maternelle décédée il y a deux ans. « J'y pense parfois, ça me rend triste, mon grand père maternel est très malade » Moi : « Médical, c'est qu'on peut mourir ? » Léa : « Ne parlez pas de ça, je m'en fous... ».

Je l'entends, et lui donne rendez-vous pour la semaine prochaine : elle accepte mais pas avant quinze jours. Elle arrive à l'heure. Plus détendue, elle me parle à nouveau de ses parents, me dit fumer du cannabis pour se détendre ou avec ses copains pour faire la fête. A noter que ses parents sont suivis dans notre centre par une psychologue, en parallèle du suivi que j'ai avec Léa.

Elle me parle de ses passions et notamment du skateboard. Elle adore se sentir glisser sur sa planche, « j'ai un peu l'impression de voler, ça me détend le skate, ça me défoule ». « En skate, je pense que je peux tout faire, j'ai toujours besoin d'adrénaline ». Parfois Léa prend des risques, elle fait des sauts, s'est déjà blessée à plusieurs reprises mais sans gravité. Elle a une façon de s'exprimer assez furtive, présente les événements de sa vie comme des fatalités, comme si elle n'y était pour rien. « Eh bien oui c'est comme ça ». Léa se présente comme un individu asexué, et ce qui lui plaît dans le monde des skaters, c'est qu'on est tous pareils, filles comme garçons, on a du mal à nous reconnaître ». La rencontre de personnes de l'autre sexe semble angoissante, elle préfère parler d'amitiés. Léa décrit ses relations amicales comme fortes et fragiles à la fois. « Moi je donne tout dans la relation, mais après je suis toujours déçue des gens ». Léa n'aime pas penser : « je ne vais pas me prendre la tête ». J'essaie de la questionner à ce propos. « Tout le monde pense à un moment, et pour vous ça semble compliqué de penser, ça semble faire mal ». « Moi, il faut que ça bouge, je zappe, je ne supporte pas de rester seule à rien faire, ça me rend folle, c'est comme ça, avec moi il faut que ça bouge ». Je lui fais remarquer que c'est sûrement pour cette raison qu'elle apprécie tant le skateboard. « Bouger pour ne pas penser alors, c'est un peu ça ? ». Elle acquiesce en souriant : « Oui, c'est tout à fait ça, ainsi tout va bien pour moi ». Après trois consultations, un lien s'est créé avec Léa, elle prend plaisir à venir me voir, et se met à parler d'elle très progressivement. En me racontant des histoires, sous formes d'anecdotes, elle tisse petit à petit sa propre histoire. La parole reste néanmoins difficile. Les mots sortent dans la douleur, par bribes.

Elle en vient à m'expliquer qu'elle se sent mal en elle, « comme l'année dernière ». Elle a déjà ressenti un tel mal-être venu sans raisons apparentes. « Je ne sais pas comment s'est venu, mais j'étais mal, tendue, je suis allée voir mon médecin généraliste qui m'a parlé de dépression ». Léa m'explique : « Je crois que c'est la même chose, mais cette fois-ci c'est encore plus fort ». « C'est-à-dire ? ». « Je n'arrive plus à aller en cours, je me sens nerveuse irritable, je prends tout pour moi, dès qu'on parle je me sens agressée, et du coup je suis agressive ; l'année dernière c'est venu subitement, j'étais mal, angoissée, des maux de ventre, des maux de tête, j'avais comme une boule dans l'estomac ». Elle rajoute : « Je me sens bizarre, un peu parano ». Je l'écoute, le contact est bon, Léa semble prendre plaisir à se raconter. Pour l'instant elle ne parvient pas à lier ce malaise interne à quelque chose. « Je ne sais pas pourquoi j'ai ça ». Sa façon de s'exprimer est directe, brute, elle décoche ses mots un peu comme des flèches. Lors du deuxième entretien elle me révèle s'être échappée de chez elle par la fenêtre de la salle de bains, « il fallait que je bouge, je n'en pouvais plus ».

Elle rajoute : « Ne le dites pas à mes parents, je peux vous faire confiance ? ». Ce moment est important dans la relation clinique. En fait, Léa me demande si je suis apte à recevoir sa parole. « Oui vous pouvez, ce que vous me dites ne sera en aucun cas répété, à personne, même à vos parents ». J'émet des hypothèses de façon très prudente, si ce que je lui dis lui semble à côté, elle m'interpelle immédiatement, en me disant que décidément je n'y comprends rien !

Je constate une jeune fille en forte tension psychique interne. Je perçois tout le danger que représente la parole pour Léa. J'ai l'impression que les mots la brûlent, et qu'elle ne peut s'exprimer que par à coups. C'est à moi de finir les phrases ou de poursuivre sa pensée. Tout fuse en elle, tout doit aller vite.

Après trois rendez-vous, Léa interrompt ses venues pour raisons de santé : elle s'est cassée une jambe en voulant faire le mur pour rejoindre ses amis. Elle revient donc trois semaines après, la jambe plâtrée, avec des béquilles.

Elle m'explique tout ce qui lui est arrivé. Elle supporte très mal cette immobilisation forcée, se montre tendue, agacée par cette situation, quasi mutique. Elle me semble épuisée, les mots sortent difficilement, on ressent une douleur morale forte. L'irritabilité est majeure, un rien l'agace. Je l'agace probablement moi-même. « Je m'ennuie, me dit-elle, je ne fais rien de mes journées, j'ai envie de rien, c'est insupportable, je vais péter les plombs ». Jusqu'à présent « je pensais que je pouvais tout faire, là je ne peux plus rien faire, c'est insupportable ». Elle s'effondre dans le bureau en larmes. Je me montre attentif à son état, réfléchis avec elle, je lui dis que je peux tout à fait concevoir que cette situation soit compliquée pour elle, surtout que « vous aimez beaucoup bouger, donc ça ne doit pas être simple ». Et pourtant, je poursuis en suggérant « C'est peut-être le moment de prendre du temps pour vous, de penser sur vous ». Elle n'est pas d'accord, ce qui lui importe, c'est de sortir de cette mauvaise passe au plus vite, et d'oublier tout cela. Certes, mais je lui fais remarquer qu'elle n'était déjà pas très bien, selon elle, avant cette fracture. Donc c'est peut-être le moment de réfléchir ensemble. Elle acquiesce mais sans grande conviction. L'important, c'est que je montre mon intérêt pour sa situation, que je m'inquiète pour elle. Léa vient maintenant régulièrement à la consultation, elle a stoppé sa scolarité pour l'instant. Lors d'une rencontre, elle m'exprime une souffrance psychique, elle me dit qu'elle n'en peut plus, que c'est trop dur, qu'elle n'y arrive plus. Elle utilise le temps de sa consultation pour me décrire ce qu'elle ressent au fond d'elle, ce ralentissement psychique et cette sensation de vide.

Je crois qu'il est important que j'écoute Léa me décrire toute sa souffrance et ses symptômes dépressifs. Je me laisse imprégner par ses affects. Je l'écoute. Elle ne sait plus où elle en est, tout est embrouillé dans sa tête. « Je m'en fous de la parole, il faut que ça agisse ». A la fin de cette consultation, elle me demande si je n'ai pas un médicament « vite fait » pour la soulager un peu. Je suis surpris de cette demande, et lui rétorque que nous verrons cela la prochaine fois. Je lui dis que des médicaments existent mais que je ne suis pas sûr qu'ils l'aident vraiment dans son cas. Elle sort du bureau. Léa semble dépassée par tout ce qui lui arrive, elle ne parvient plus à s'approprier ces changements.

Au prochain rendez-vous, Léa est toujours aussi mal. Elle ne s'intéresse plus à rien, ne supporte plus ses amis, ne veut voir personne. « J'ai même coupé mon portable, ça ne m'était jamais arrivé, je n'en peux plus ». Elle ne se lave plus, reste toute la journée dans son lit, rideaux tirés dans le noir.

Nous réfléchissons ensemble sur l'immobilisation à laquelle elle est forcée par la fracture. Je lui demande : « A quoi ça vous renvoie d'être immobilisée comme cela ? Que se passe-t-il pour vous en ce moment ? ». Léa me dit qu'elle réfléchit, elle pense à ses amis, les relations qu'elle a avec eux. Elle doute de ces relations, tout lui semble factice, artificiel. « Je suis dégoûtée ». Elle a le sentiment que plus rien ne tient autour d'elle. Je me demande si cette fracture ne vient pas l'interroger sur ses propres capacités à exister. Est-ce que ça ne vient pas mettre un frein au sentiment d'invulnérabilité qu'elle éprouvait ? Je lui dis « Eh oui, vous êtes cassable, votre corps, il n'est pas invulnérable, parfois vous le mettez à rude épreuve, non ? ». Elle me répond : « Oui, mais ce n'est pas grave, moi je suis invincible, c'est comme ça, je suis comme ça ». Léa rajoute : « Je change trop, c'est chiant », « avant, j'aurai fait comme si rien n'était ». Je perçois que cette fracture survient à un moment charnière de sa vie. Elle la renvoie à des changements corporels, psychiques, qui résonnent avec des bouleversements intérieurs. Elle me parle d'idées noires, dit qu'elle ne ressent plus rien, elle s'est légèrement tailladé le bras et me le montre en fin d'entretien. Elle, d'habitude si prompt dans le dialogue, est ralentie, sans entrain, le regard dans le vague. Sa pensée est comme engluée dans cette mouvance dépressive. Certes, Léa va mal, mais elle reste en lien avec moi. Elle vient même me voir deux fois par semaine à sa demande.

La patiente me parle à nouveau de cette souffrance psychique, « j'ai tout cassé dans ma chambre, je ne m'intéresse à rien, je ne lis pas n'arrive même pas à regarder un film, j'en ai marre de tout ça, c'est trop ». « Le cannabis me manque ». Elle est effondrée, dit que « ça pense trop dans ma tête », elle qui n'aimait pas penser.

Léa me redemande un médicament pour l'aider, car ce n'est plus possible. Elle pense que ça pourrait l'apaiser un peu. Je la questionne sur la connaissance qu'elle a des médicaments.

Elle m'apprend qu'elle a pris un antidépresseur pendant un mois il y a un an prescrit par son médecin généraliste. « C'est allé mieux, après je l'ai arrêté ». Je me questionne. Lui prescrire un antidépresseur ? Alors qu'elle élabore en s'appuyant sur la relation transférentielle, tout en vivant une période d'effondrement pas inintéressante pour elle. Cependant Léa s'énerve contre moi : « Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas m'aider. Vous voyez bien que je n'en peux plus, je souffre, écoutez moi, je vous dis que je n'y arrive plus, c'est insupportable. Je veux aller bien ». Il est vrai que l'élaboration est douloureuse et qu'elle éprouve des difficultés à s'approprier sa propre parole. Parler la soulage sur le coup mais sa souffrance psychique est forte, seule chez elle, cette souffrance la déborde.

Elle s'effondre à nouveau. Je lui dis que je vais y réfléchir, qu'on en reparlera au prochain rendez-vous. Il s'est donc passé trois semaines depuis sa première demande médicamenteuse. Je suis pris dans un dilemme : Léa, de par cette immobilisation forcée, souffre psychiquement. Elle présente un passage d'effondrement dépressif.

Pourquoi ne pas continuer à cheminer avec elle à travers sa parole ? Elle insiste aussi pour me dire qu'elle est mal, et ne comprend pas pourquoi je ne l'aide pas par un médicament qu'elle connaît. Aussi, ne pas lui prescrire pourrait être vécu comme une non-reconnaissance de ma part, de sa souffrance psychique.

Elle peut l'interpréter comme si je ne l'écoutais pas. De plus, la patiente est fortement tendue psychiquement, elle pourrait se mettre en danger par tentative de suicide, ou passage à l'acte suicidaire. Je crois que Léa est vraiment à bout, qu'elle est sur un fil, et j'opte pour une prescription d'antidépresseur, en me disant que son psychisme est apte à le recevoir. Le problème qui se pose à moi est que je ne m'étais jamais posé la question d'une prescription de psychotrope pour Léa, je ne l'avais pas envisagé d'un point de vue médical. Le travail de parole s'était amorcé, et je n'y voyais pas d'intérêt majeur. Et ce, d'autant plus que les conférences de consensus ne préconisaient plus d'antidépresseur chez l'adolescent en première intention mais la psychothérapie en tout premier lieu.

Léa revient, je lui expose mes réflexions. Elle me demande de lui faire confiance, elle est vraiment mal, épuisée. Je lui prescris donc l'antidépresseur à la fin de la consultation. Au prochain rendez-vous, elle ne va guère mieux mais je la retrouve un peu plus dynamique. Elle se dresse contre moi, « Ce médicament, ça ne m'a servi à rien, c'est nul ». Elle voit tout en noir, pense que rien ni personne ne pourra l'aider.

Je lui demande de continuer à prendre ce traitement et je lui délivre une explication pharmacologique sur le produit : je lui explique qu'il y a un délai d'action, et qu'effectivement, pour elle, le temps, attendre c'est compliqué. Elle bougonne un peu, mais accepte de continuer ce traitement. Elle se dévalorise : « J'ai le sentiment de n'être qu'une merde ».

A la fin de notre rencontre elle me parle d'un cauchemar : « On me pousse sous le métro, je pars en ambulance, je me souviens avoir mal, être seule dans l'ambulance, complètement seule, personne n'est là avec moi... ». Puis elle se réveille en sursaut. Ce que ce cauchemar lui évoque : Être seule, le lien avec ses parents ou plutôt l'absence de lien pense-t-elle. Sa condition humaine dramatique, la solitude de l'être humain, être seule avec soi même. Je lui fais remarquer que depuis cette fracture, elle est isolée, ne voit plus aucun de ses amis, et n'a que de brèves échanges assez tendus avec ses parents. Ce cauchemar la renvoie à sa propre fragilité, elle qui se pensait invincible ? A l'occasion de ce cauchemar, Léa me reparle de sa grand-mère, une dame très vieille et très malade, elle se souvient que sa mère était triste. Lorsqu'elle revient une semaine après, elle se sent un peu mieux, moins tendue intérieurement.

Nous en sommes à un mois de traitement médicamenteux. Lors du suivi, survient un drame pour Léa, un de ses amis proches s'est suicidé.

Elle arrive, effondrée, me parle de sa culpabilité par rapport à son ami car « je l'ai eu au téléphone la veille de son suicide, je n'ai rien remarqué, il m'a parlé comme si de rien n'était ». Elle me décrit un sentiment étrange, elle ne réalise pas vraiment que son ami n'est plus là. Je comprends tout à fait sa souffrance et sa tristesse par rapport à la perte de cet ami proche. Elle revient, me parle d'un autre cauchemar : « je n'arrive pas à crier, je ne peux pas parler, je suis entourée de gens mais personne ne me regarde, je ne peux rien leur dire ». « Que vouliez-vous dire ou crier ? ». « Je ne sais plus ». A la fin de l'entretien, comme pour une mise en garde, elle me fait remarquer qu'elle « m'a beaucoup parlé aujourd'hui mais que ça ne se passera pas toujours comme ça »... Je lui souris et lui donne rendez-vous la semaine prochaine. Léa va mieux cependant, elle est retournée en cours, dit que ça l'énerve mais parvient à nouveau à suivre les cours. Le traitement antidépresseur est toujours en cours, Léa le prend, elle pense que ça l'aide, se sent beaucoup moins tendue et surtout ressent à nouveau ses émotions, ses affects. Lors d'une rencontre, elle me dit qu'elle a un secret dont elle aimerait me parler. Je l'écoute. Elle me parle d'histoires de cœur et me dit être amoureuse d'une de ses copines. Léa me parle de son attirance pour les femmes, bien qu'elle ait déjà eu un petit copain.

Elle m'explique qu'elle a déjà eu des aventures avec des filles. Elle semble se chercher au niveau de son identité sexuelle. Elle me dit que tout cela est compliqué mais qu'elle se protège des relations affectives car « ça lui prend la tête et qu'elle préfère faire la fête et ne pas trop y penser ». Et puis j'ai mon bac à la fin de l'année. Léa n'a plus de plâtre, elle retrouve sa mobilité d'avant mais elle a changé. Nous envisageons, après quatre mois de traitement antidépresseur, l'arrêt du médicament, qu'elle accepte.

Elle revient me voir, m'apprenant que tout va mieux maintenant. Les relations avec ses parents se sont très nettement améliorées. Le temps de cette fracture, elle a grandi, elle a changé même si cela l'énervait fortement. « J'ai changé radicalement, mais ça va ». Elle décide d'arrêter le suivi à l'arrivée des vacances d'été. J'acquiesce tout en restant disponible pour elle si elle ressentait le besoin de venir me parler. Le traitement médicamenteux est arrêté depuis un mois.

2. Discussion clinique

L'histoire de Léa évoque assez bien la question d'une relation psychothérapique associée à une décision de prescription de psychotrope. Ce qui nous a semblé intéressant, est la façon dont l'acte de prescrire est venu s'insérer dans la relation clinique. Léa se plaint de symptômes dépressifs de l'adolescence, assez fréquents à cet âge, on parle même de dépressivité adolescente, ou d'ambiance dépressive à l'adolescence. Ces passages dépressifs ne nécessitent généralement pas de prescription d'antidépresseur. Classiquement, l'adolescence est assimilée à une période de pertes : perte de l'omnipotence infantile, perte de la quiétude infantile bousculée par l'irruption du pubertaire comme nous l'indique Philippe Gutton (1991). Léa nous semble en effet fortement ébranlée par le pubertaire qu'elle essaie de maîtriser par le biais de prises de risques multiples.

Dans le cas de Léa, notre préoccupation majeure était de ne pas perdre le lien thérapeutique, la relation étant difficile et complexe au début des rencontres. Nous sommes sur un fil, avec une adolescente en crise, crise existentielle, crise familiale. Une relation transférentielle s'est instaurée très progressivement, mais elle est perçue comme potentiellement dangereuse par Léa. Quand elle m'avertit qu'elle me parle mais que « ça ne se passera pas toujours comme cela », Léa me montre à la fois son désir de parler mais aussi son angoisse forte suscitée par la rencontre avec le thérapeute. Rappelons qu'à notre première rencontre, Léa me dit « Tout ce qui est médical, je n'aime pas » : c'est une façon de me mettre en garde et de tester le lien entre nous.

Elle se place d'emblée sur une position unique, et me prévient que je n'aurai rien à attendre d'elle. A priori, le sort de la rencontre est scellé d'emblée : Léa souhaite l'esquiver pour ne pas vivre l'angoisse d'une telle rencontre. D'ailleurs, lors de la première rencontre, Léa ne souhaite pas revenir et me dit que ça ne sert à rien de parler.

Je tiens une position ferme, en lui disant qu'il est important qu'elle ait un lieu de parole pour elle, qu'elle me semble porter beaucoup de choses compliquées en elle. « Réfléchir à deux c'est parfois plus apaisant ». Je lui donne donc rendez-vous quinze jours après.

Pour Léa, c'est aussi une manière de tester l'intérêt que je lui porte. En effet, les adolescents questionnent souvent : « Pourquoi vous vous intéresseriez à moi, vous n'êtes rien pour moi, alors lâchez moi ». Léa veut savoir quelle personne se trouve en face d'elle avant de parler. Suis-je assez fort ou fiable pour recevoir sa parole ? Ainsi, en lui montrant de l'intérêt, elle finit par me faire confiance et prend même plaisir à parler d'elle.

Progressivement, sans m'engouffrer dans les petites ouvertures qu'elle laisse entrevoir, Léa a pris le risque de me parler. Ce travail d'approche est un véritable travail d'appivoisement. En me montrant surpris, attentif à son récit, je suscite en elle le désir de m'apprendre ce qu'il lui arrive, de m'enseigner des choses sur sa vie. Le travail de parole est alors amorcé.

Les consultations précédant la fracture ont en effet été primordiales dans l'instauration d'un lien de confiance entre Léa et moi-même.

La survenue de la fracture est un vrai moment traumatique pour Léa. Cette fracture vient mettre un frein à son omnipotence et à son sentiment d'invulnérabilité. Léa est une adolescente présentant des conduites à risques, elle a besoin de se ressentir pour exister : « il faut que ça bouge, j'ai besoin d'adrénaline ». Les sensations physiques ne viennent-elles pas étouffer son monde émotionnel interne ? Léa s'agite pour ne pas penser, car penser est probablement trop douloureux ou dangereux pour elle. Parfois, elle a recours à des substances toxiques pour ne plus être présente au monde, s'évanouir en quelque sorte, comme le remarquait Serge Lesourd (2005). Sa passion pour le skateboard est aussi une façon d'être évanescence, de voler, d'être sur terre sans y être vraiment. Cela suggère d'importantes difficultés à exister en tant que sujet.

Léa n'assume pas encore un statut de sujet sexué. Les prises de risque sont également une manière d'effacer la différence des sexes, et Léa a d'ailleurs l'apparence d'un sujet asexué.

Son appartenance à une bande pratiquant le skateboard, des jeunes partageant une même passion, peut s'interpréter comme une tentative de renouer avec du fusionnel dans l'espoir de venir oblitérer une solitude mortifère. L'altérité semble un peu s'effacer au profit d'une identité de communauté et d'appartenance (Denans J., Ham M., 2008).

Léa ne semble pas concernée par le processus pubertaire, elle décrit son mal-être de l'année précédente comme survenu par surprise sans qu'elle puisse faire de liens. A cette période, le mal-être s'exprimait surtout par le corps et par des douleurs physiques variées.

Il est probable que ces douleurs physiques étaient des équivalents dépressifs, car on sait que l'adolescent parle souvent par son corps. Ce corps entraîné de se sexualiser devient embarrassant pour le jeune, voire parfois persécuteur. L'adolescent est souvent désarçonné par l'irruption du pubertaire. Parfois, la puberté survient presque à son insu, et c'est un peu le cas pour notre patiente : « C'est comme ça et c'est tout... ». Elle essaie d'éviter de penser à ce qui lui arrive, car c'est trop angoissant de réfléchir sur soi-même.

Je perçois Léa comme une jeune fille en extrême fragilité, comme si elle pouvait s'effondrer d'une minute à l'autre. Nous pourrions évoquer cette crainte de l'effondrement dont parle Winnicott DW. (1989), même si ce dernier entend par là un effondrement qui a déjà eu lieu.

Cette insécurité intérieure, cette fragilité narcissique, entraîne Léa dans un rapport particulier à la temporalité : elle vit sa vie dans l'immédiateté la plus directe.

En effet, assaillie par cette crainte d'effondrement narcissique, sa perception du temps est conflictuelle. L'adolescence est le temps de l'immédiateté, du tout, tout de suite ou jamais (Guillermain Y., 2011). Cela reflète l'irruption pulsionnelle notamment sexuelle et agressive. Les pulsions n'attendent pas, il faut les apaiser immédiatement. Léa se sent bien porteuse de paradoxes multiples : comment changer en restant la même ?

Elle vit une période de changements internes majeurs, psychiques et physiques, qui l'interrogent quant à ses capacités à exister. Lorsqu'elle me dit : « C'est chiant de changer », cela évoque son ressenti intérieur, ce « que m'arrive-t-il ? » en lien avec le pubertaire. Elle préfère se situer dans l'agir plutôt que de subir l'envahissement du pubertaire. Elle a ainsi l'illusion de reprendre le contrôle par l'action et les prises de risques. Cette fragilité narcissique s'exprime également par d'importantes fluctuations de l'humeur : elle passe des pleurs aux rires, se sent très instable affectivement, à fleur de peau. Sa façon d'investir massivement les relations amicales traduit également cette incertitude existentielle et ce sentiment d'insécurité intérieure. Pour Léa, point de demi-mesure, ou la relation fusionne ou elle se désagrège aussi vite qu'elle s'est amorcée, « ou tout, ou rien ».

C'est pourquoi, il est difficile de trouver une distance relationnelle suffisamment sécurisante pour elle : on est, ou trop près ou trop loin, mais en tout cas on ne se trouve jamais à la bonne distance. Cette insécurité intérieure est source de tension psychique interne, si bien que Léa est tentée par un accrochage perceptif extérieur pour pallier ce manque intérieur, comme le décrit Jeammet P. (1995).

C'est aussi le sens que prennent les conduites à risques : « Si je ne suis pas en sécurité intérieurement, alors c'est à l'extérieur de moi, par des stimulations extérieures, des sensations, que je me rassure sur mes capacités à exister ».

Or, la fracture de jambe vient faire limite, en l'immobilisant physiquement. Léa ne peut plus évacuer ses tensions internes par le mouvement. Ce corps qui est d'habitude son allié devient encombrant, d'autant plus qu'il est cassable. L'omnipotence dans laquelle elle était est sérieusement entamée. Léa précise : « Je pensais que je pouvais tout faire ». Il existe comme une nostalgie du passé, ce temps où elle était invulnérable. Maintenant tout lui pèse, tout devient lourd et lancinant. Il est important d'écouter ses plaintes dépressives, comme pour m'en laisser imprégner : au moins quelqu'un est là pour l'entendre sans la juger. Je suis apte à recevoir son discours dépressif.

La fracture survenant en pleine période de construction identitaire ébranle Léa au plus profond d'elle-même, en la précipitant dans un sentiment de quasi inexistence. « Je ne suis qu'une merde... ». Léa a l'impression de subir les événements, de ne plus rien maîtriser de sa vie. Nous sommes passés de « Je peux tout faire » à « Puisque tout peut m'arriver et que je ne contrôle plus rien, à quoi bon vivre ? ». Elle a vraiment le sentiment que plus rien ne tient autour d'elle. Cette fracture la renvoie à sa propre construction-déconstruction identitaire en cours.

Il s'ensuit un véritable effondrement dépressif. Brutal, il résonne avec la perte de l'omnipotence de Léa. Ce travail de perte est « normal » à l'adolescence mais ici il se trouve artificiellement précipité par la fracture physique de son corps. C'est à partir de la confrontation avec la réalité extérieure que se développe ce passage dépressif. Il est peut-être d'autant plus mal vécu qu'il est survenu brutalement. Léa est prise à son propre piège en quelque sorte. Avant la fracture, le mal-être, les questionnements existentiels étaient déjà présents.

Il est possible que l'accident, venant à un moment donné de son questionnement, ébranle et réduise à néant ses facultés de penser. Si cela lui arrive alors tout peut survenir, même la mort, et dans ce cas là « je ne maîtrise plus rien de ma vie ».

C'est pourquoi Léa plonge dans un profond désespoir, ne sachant plus comment retrouver le fil identitaire. Elle décrit très précisément son vécu symptomatique, cette sensation de vide dans sa tête, cette tension intrapsychique si forte qui l'épuise psychologiquement et physiquement. En outre, le traumatisme physique confronte Léa à son incapacité à se retrouver seule face à elle-même. Les prises de risques peuvent aussi se concevoir comme un signe d'une incapacité à être seule, problématique évoquée par Denans Julien et Mohammed Ham (2008).

Ils font notamment référence dans leur article à DW.Winnicott qui considère la capacité à être seul comme l'ensemble des signes les plus importants du développement affectif.

La demande médicamenteuse survient, un peu comme si, étant donné ce qui lui arrive, il fallait faire appel à une force extérieure pour la sortir de là. Léa exprimera souvent son désir d'aller mieux, de se sortir de cette mauvaise passe. On se trouve à ce moment précis, dans une faillite identitaire et parler lui fait trop mal, voire l'excède.

Ainsi, poursuivre ce travail de parole, déjà amorcé, sans rien changer, ne paraissait pas concevable pour Léa. Cela la renvoyait à un manque de considération à son égard par rapport à sa souffrance.

Il s'est passé plusieurs consultations au cours desquelles Léa m'exposait ses plaintes dépressives, dans un discours très noir, englué dans sa souffrance. L'écouter, me laisser prendre par cette souffrance était fondamental pour l'amorce d'une relation transférentielle. Prendre le temps de sa souffrance, cheminer au plus près d'elle.

Faire appel à un agent extérieur risquait de me discréditer dans mes capacités à recevoir sa parole chargée de souffrance. La question d'une prescription d'antidépresseur devenait donc complexe pour moi.

De plus, une question psychopathologique fondamentale se pose à moi : ce passage dépressif est très certainement maturatif et bénéfique pour Léa, en s'aidant d'un antidépresseur ne risque-t-on pas de supprimer cet état trop vite sans qu'il ait eu le temps de jouer son rôle ? Rappelons le titre du livre de Fedida P. (2003), « *Des bienfaits de la dépression* », livre dans lequel il nous indique que la dépression est profondément une maladie de l'humain. La fracture entraîne un changement d'état psychique net dans le sens d'un effondrement. Léa est alors prise dans ses pensées dépressives, tout semble se figer dans une souffrance en elle. Son psychisme semble comme pris dans les glaces, emprisonné. Dans cette situation, je n'ai peut-être pas perçu toute la dimension dépressive, car la symptomatologie clinique est clairement apparue après la fracture de jambe. Je me suis donc dit que nous étions dans un contexte réactionnel, et que cet effondrement dépressif ne serait que passager.

Pour moi, ce n'était pas clairement une maladie dépressive. Je ne m'inquiétais pas car Léa était entrain de changer psychiquement, et c'est probablement cela qui la déroutait et entraînait ce mal-être.

La dépression, quant à elle, impose plutôt un état psychique de non changement, un état psychique figé, fonctionnant au ralenti.

Il est évident que du point de vue de la temporalité, le contraste devait être saisissant pour Léa : passer d'un état d'hyperactivité, voire de fuite dans le mouvement en permanence, à un état de blocage et de ralentissement imposé, a de quoi perturber et dérouter psychiquement.

Une autre réflexion doit survenir à ce moment de notre exposé : Cette hyperagitation motrice n'était-elle pas une lutte contre une dépression sous-jacente ? Une façon de donner du mouvement à une intériorité menacée d'une vie inanimée ? L'adolescent, tout particulièrement, exprime ses affects dépressifs par une agitation motrice plutôt qu'un ralentissement moteur. Ici, l'agitation est assimilée à une sorte de survie. En tout cas, dans notre situation, l'hypothèse d'un état dépressif antérieur est plausible.

Ainsi, ce passage dépressif ne survient pas seulement après un événement traumatique mais il avait pris racine bien avant cet épisode. Enfin, cette tension psychique interne, cette violence psychique qu'exprime Léa, pourrait bien aller dans le sens d'une dépression même si l'agressivité, la pulsion agressive est forte à cette période de la vie. Rappelons que « grandir est par nature agressif » selon Winnicott DW. Tous ces éléments psychopathologiques m'incitent à la prudence, j'ai besoin de prendre mon temps, de voir comment évolue cet état dépressif.

Je fais donc le choix de ne rien décider lors de sa première demande médicamenteuse, je diffère, j'étire le temps avec elle, en étant au plus près de sa réflexion, en la positionnant en tant que sujet même si c'est justement cette place qu'elle ne peut pas tenir. Je lui dis que j'entends sa souffrance, que je suis là pour la recevoir et penser avec elle. Montrer que je me préoccupe d'elle est fondamental dans cet instant où Léa a le sentiment que plus rien ne tient. Je pourrais même parler d'angoisse que je ressens vis-à-vis d'elle : une angoisse de sous-estimer sa souffrance psychique, une angoisse d'un passage à l'acte suicidaire.

De plus, en différant la décision, Léa prend conscience que ce n'est pas le médicament qui mène la danse, tout ne dépend pas de lui mais c'est ensemble que nous décidons de la prise de ce médicament. Il s'agit là d'une création à deux, survenant après un cheminement dans la souffrance.

Il me semble important de respecter le temps de cet épisode dépressif qui a valeur de protection de son psychisme, protection contre des excitations internes que l'appareil psychique ne serait pas en mesure de supporter. Il prend sens en termes d'économie psychique. En se montrant à fleur de peau, Léa me signifie qu'elle est débordée par tout ce qui lui arrive, elle ne peut plus supporter toutes les sollicitations externes qui se transforment en tensions psychiques internes insupportables.

Partager ces moments de souffrance intense dans lesquels se trouve Léa est primordial et quelle que soit la décision prise par rapport à une prescription de psychotropes, elle l'est au sein de la relation psychothérapique. Ainsi, le médicament ne sera pas porteur d'une extériorité totale au sujet. Cela écarte le risque d'accorder les progrès à une pilule miracle.

Le danger de diminuer les velléités d'indépendance de Léa est également écarté car la décision de prescription est quasiment prise par elle. C'est presque elle qui est créatrice de l'acte de prescrire. Ce n'est évidemment pas totalement exact mais j'insiste sur le fait, que cette décision de prescrire, en la différant, en la questionnant avec Léa, en la pensant ensemble, prend valeur d'acte de création.

Il y a eu en quelque sorte un délai, un temps de préparation à recevoir cette molécule. En ne la prescrivant pas en tant que médicament « vite fait » comme le demandait Léa, ce traitement est venu faire sens dans la relation thérapeutique.

De mon côté, cet intervalle de temps m'a permis de prendre conscience de l'authentique effondrement de Léa. La percevant de prime abord sur un versant hystérique, avec un brin de séduction dans la relation à l'autre, j'avais en effet sous estimé sa souffrance psychique.

Si la prescription avait été imposée par le thérapeute, elle aurait pris valeur d'une blessure narcissique aggravant alors la problématique de Léa. Il était important de préparer l'action du médicament avant de le prescrire de telle sorte que le traitement ne prive pas Léa de ses affects dépressifs trop rapidement. Garel P. (1996) remarque d'ailleurs qu'une disparition trop rapide de signes cliniques démotiverait l'adolescent à s'engager dans un travail psychothérapique.

Accéder à la demande de Léa à un moment donné de la relation clinique, c'était reconnaître sa souffrance dans une période où tout se décomposait pour elle. Ce recours à une aide chimique extérieure pose néanmoins question : ne risque-t-il pas d'écraser la parole de Léa, déjà si fragile ? Je me suis effectivement longuement interrogé à ce sujet et c'est Léa qui m'a guidé dans cette réflexion et dans cette décision de lui prescrire ce médicament. En outre, en mettant un tiers entre elle et moi, je la rassure et lui permets de continuer à s'inscrire dans cette relation thérapeutique.

Etant donné l'état d'éclatement narcissique dans lequel elle se trouvait, il était peut-être insupportable pour Léa de continuer à me parler. Elle était trop chamboulée par cette fracture pour s'exposer en se racontant. Il est possible que la relation thérapeutique, la relation de transfert soit source d'excitations trop menaçantes intérieurement pour la patiente, si bien qu'elle se sentait trop envahie et débordée par toutes ces excitations.

Pourtant, je ressentais en Léa ce désir de me parler, même si cela l'effrayait terriblement.

C'est pourquoi, faire intervenir la prescription à ce moment là me paraissait acceptable, et ne mettait pas trop en danger le processus thérapeutique amorcé. Il est même possible que l'introduction d'un objet tiers la rassure, lui paraisse moins envahissant que la relation clinique pure, et lui permette ainsi de s'approprier sa parole et sa souffrance, qui jusque là était projetée à l'extérieur.

Le médicament psychotrope a joué le rôle de pare-excitation en représentant le bon objet étayant. Ce médicament a probablement pris une connotation maternelle sécurisante. Il a rassuré Léa dans sa capacité à exister et à ne pas s'effondrer. Il est venu lui procurer une certaine continuité existentielle.

Léa était authentiquement dans un effondrement dépressif qui la menaçait dans son existence toute entière. Cette crainte d'un effondrement m'a conforté dans la décision de prescrire un psychotrope. Mais c'était peut-être pour justifier mon acte de prescription que j'ai eu recours à des arguments diagnostiques très médicaux. Le risque de passage à l'acte suicidaire était néanmoins possible. C'est lors de montées de tension intrapsychiques fortes que le risque est le plus grand. Léa a recours aux prises de risques pour arrêter de penser, ce qui l'expose d'autant plus au passage à l'acte suicidaire sous antidépresseur. Elle a recours à l'agir pour éviter de penser.

Mon inquiétude quant à un passage à l'acte suicidaire a donc joué dans ma décision de prescrire ce traitement. J'ai même ressenti une certaine angoisse face à cette douleur que Léa m'exposait de façon brute. Cela m'a bousculé intérieurement. Cette inquiétude à son égard a probablement été déterminante dans la confiance que Léa m'a accordée. Cela lui a permis de déployer sa parole intime.

L'angoisse que j'ai ressentie était aussi empreinte de culpabilité : culpabilité d'avoir minimiser sa souffrance au début du suivi. La prescription symbolisait ainsi ma façon à moi de me rattraper. Elle me rassurait d'une certaine manière. Ainsi, prescrire un psychotrope était d'une part une réponse à ma propre angoisse suscitée par la rencontre avec Léa et sa souffrance exposée massivement, d'autre part, un acte témoignant de la prise en compte de sa souffrance. Le médicament prend donc une valence maternelle, en concrétisant le bon objet sécurisant et apaisant.

Ainsi, le psychotrope, dans cette relation clinique singulière, contient l'angoisse du clinicien faisant résonance à l'angoisse d'une mère. Cette dimension participe à la restauration narcissique à laquelle œuvre le traitement. L'apaisement procuré par l'acte de prescription et la prise du médicament a rassuré Léa dans sa capacité à prendre le risque de sa propre parole.

Le psychotrope véhicule une certaine part de non-maîtrise émanant du clinicien : il existe un doute quant à la pertinence de la prescription. Le médicament comporte également une certaine culpabilité du côté du thérapeute : culpabilité de ne pas avoir pris au sérieux la souffrance de Léa. Le médicament est aussi réparateur et rassurant pour le psychiatre. Le psychotrope transmet une part du ressenti intime de la relation transférentielle du thérapeute. Il livre des informations sur l'intimité du clinicien.

En outre, prescrire un psychotrope, c'est se placer en terrain connu pour Léa : elle a recours aux sensations pour « soigner » son insécurité intérieure. Le psychotrope entraîne des sensations corporelles, il la rassure sur sa force de vie. Dans un moment de grandes difficultés, s'accrocher aux sensations physiques d'un psychotrope est plus rassurant que s'exposer par sa propre parole, sans filets de protection. Se dire que la relation clinique, sa parole et mon écoute puissent avoir autant de puissance risque effectivement de la déstabiliser.

C'était un compromis acceptable pour moi-même : renoncer à la seule parole comme outil de soin nécessitait également un cheminement de ma part pour accepter la prescription de psychotrope. Cela me renvoyait à ma propre impuissance à soigner Léa uniquement par la parole. Léa a probablement perçu l'importance que j'accordais à la parole. En effet elle me dit : « La parole je m'en fous ». Elle insiste là où ça me fait mal... En m'agrippant au pouvoir thérapeutique de la parole, je me laissais entraîner dans une lutte de pouvoir entre nos deux conceptions d'aide possible. La parole risquait de perdre de son pouvoir thérapeutique en prenant valeur d'une extériorité imposée par moi, sans tenir compte de la parole de Léa. Cette parole serait devenue alors comme un objet technique imposé de l'extérieur du sujet.

Ainsi, introduire un objet de médiation par l'intermédiaire du médicament, créer un trépied relationnel, n'est pas si inintéressant que cela. Léa, dans sa demande de médicament, espérait trouver une façon de me parler sans se mettre trop en danger d'un point de vue relationnel. L'acte de prescrire survient vraiment au plus près de cette dynamique transférentielle, en gardant à l'esprit de préserver Léa en tant que sujet désirant et prenant des décisions. Cette prescription arrive après un tricotage à deux, pour parvenir à du sur mesure, aucunement préfabriqué d'avance. Ainsi prescrire prendrait valeur d'acte de langage, d'acte psychothérapeutique. Le fait « d'avoir bougé » dans mes positions, d'avoir accepté de prescrire reflète justement ma capacité à écouter Léa. J'ai remis en questions mes préjugés thérapeutiques pour m'ouvrir pleinement à sa parole.

Cela signifie qu'elle peut avoir un impact sur moi, que je ne reste pas campé sur mes positions. J'accepte de renoncer à une conception du soin en prenant le risque de la réinventer au gré des rencontres avec elle.

Cette prise de risques passera pour moi par l'acte de prescrire. Cet acte s'inscrit dans les mouvements transférentiels, il reste un acte vivant car animé par l'intériorité d'une parole et d'une relation. Dans cette prescription sont véhiculés mes questionnements, la demande de Léa, ses propres questionnements et ses attentes, la prise en compte de sa souffrance actuelle dont elle me parle. Le psychotrope contient également cette part de mouvement psychique émanant de mon intimité propre.

En prescrivant cette molécule, lorsque nous avons pris la décision ensemble, j'intègre l'efficacité antidépressive du traitement, même si je n'avais pas nécessairement pensé y recourir préalablement à la demande de Léa. Il y a même eu un vrai effet de surprise en prescrivant cet antidépresseur. Surprise car je n'avais pas prévu de le prescrire au début de nos rencontres. Je prescris après un cheminement personnel, qui m'amène à renoncer à la seule parole en tant qu'outil thérapeutique. De plus, en prescrivant le médicament, j'accorde une part d'aléatoire à la molécule en intégrant le fait qu'une partie de son action a un côté insaisissable, un versant inconnu. Cela lui permettra d'agir d'autant plus que je m'écarte d'un discours pharmacologique. Il est important que la parole entourant la prescription soit satellite de la relation engagée auprès de Léa. Le médicament ainsi prescrit contient ces différents aspects.

Prescrire ce traitement ne rentrait donc pas dans un protocole préétabli à la rencontre clinique, c'est au cours de la rencontre clinique que cet acte a fait sens. Ainsi, ce médicament était un nouveau traitement, unique en quelque sorte, car passé par le prisme de la relation médecin-malade. Il a donc supposé une préparation tant du côté du patient pour accueillir cette molécule que du côté du thérapeute pour passer à l'acte en prescrivant.

Finalement, d'une substance chimique anonyme, par le filtre de la relation clinique, par ce travail de parole, nous sommes parvenus à la création d'un médicament spécifique de la relation transférentielle et du travail clinique singulier.

La période précédant la prescription a fait en sorte que le psychotrope devienne celui de Léa, qu'elle se l'approprie réellement. C'est également devenu le mien, par les remises en question successives que j'ai traversées. Léa était prête psychiquement à recevoir et donner pleine efficacité à cette molécule.

La réaction négative du début de traitement, « votre traitement il ne me sert à rien » est plus une réaction d'opposition pour me signifier que je ne l'« achèterais » pas par une délivrance de médicament, quand bien même c'était elle qui le demandait. Nous pouvons également la penser en termes de résistance au traitement.

N'oublions pas que Léa est toujours très prudente pour faire confiance, elle doit s'assurer que la personne en face soit apte à recevoir sa parole. Tout comme elle ne me parle pas facilement, elle rejette dans un premier temps ce traitement car cela serait trop simple si tout s'aplanissait trop rapidement.

« Votre traitement ne sert à rien » signifie « Vous n'êtes pas tout puissant, vous médecin », elle me renvoie à la dimension incertaine de la relation humaine et évite d'être trop dépendante de moi et de mon pouvoir médical. Si tout s'arrangeait trop vite, elle n'aurait plus rien à me dire, je lui aurais coupé la parole en quelque sorte.

Par cette posture, Léa a le sentiment de garder la main, et c'est très important pour elle qui subissait passivement les transformations pubertaires. La guérison qui se profile ne sera pas uniquement due à l'effet du médicament, ni à ma capacité à l'écouter, mais elle viendra en partie d'elle-même et de ce travail de parole.

A ce moment du suivi, je m'autorise à lui donner des explications pharmacologiques sur l'antidépresseur et son délai d'action. Ce discours est intégré dans la relation transférentielle qui existe entre Léa et moi-même. Il ne prend donc pas valeur d'une extériorité s'appuyant sur un savoir pharmacologique exclusif. Mes paroles, tissées par la relation transférentielle, viennent faire sens et sont acceptées par Léa car je ne les lui impose pas. Ainsi, le discours que je lui tiens l'incite à poursuivre ce traitement car c'est finalement elle qui décide. Cela la place en position de sujet. Nous passons d'un savoir pharmacologique universel à une connaissance singulière et unique partagée à deux.

Ainsi, en relativisant l'effet thérapeutique, nous sommes tous les deux d'accord sur le fait que le thérapeutique ne se résume pas uniquement à une prise de médicament mais qu'il se déroule sur une autre scène. Nous continuons à cheminer ensemble, à petits pas, sur le chemin du désir.

L'effet antidépresseur survient un peu plus tard. Le médicament est très bien supporté étant donné que cette prescription est imbriquée dans la relation thérapeutique et guidée par elle. On peut supposer que cette efficacité anti dépressive a été d'autant plus grande que le traitement a été au préalable qualifié par la parole du thérapeute et de Léa pour en faire un authentique médicament spécifique.

Spécifique de la relation thérapeutique, spécifique de la patiente. Dans la prise de ce médicament, est contenu le vécu de la relation thérapeutique par moi-même et par Léa.

De plus, le fait que Léa me demande et accepte un antidépresseur relativise son omnipotence, elle reconnaît d'une manière implicite qu'elle ne peut pas tout maîtriser.

Toute l'attitude thérapeutique a été de consentir à cette prescription d'un côté, et de l'autre, à l'impliquer elle-même dans ce processus de guérison en poursuivant le travail de parole.

Je me trouvais donc sur un fil avec elle, car il fallait à la fois éviter de lui donner un médicament « vite fait » et laisser ouvert ce travail de parole. Léa est créatrice de sa propre guérison, et ce fait thérapeutique est fondamental dans la perspective d'une subjectivité naissante.

En lui donnant un médicament « vite fait », je me plaçais en miroir de son immédiateté et de ce rapport au temps *dans l'instant*, je ne l'aurais pas considérée comme sujet mais comme objet à réparer (**Guillermain Y., 2011**). Guidé par la relation transférentielle, j'ai évité ces pièges.

Prescrire dans ces conditions revient à ne pas me placer dans une position omnipotente de médecin, étant donné qu'en écoutant Léa, j'ai pu déqualifier cet acte, en lui ôtant son pouvoir médical et scientifique et en lui injectant des valeurs humaines.

Par cette relation thérapeutique, l'acte de prescrire perd de sa technicité et devient plus incertain dans son devenir. La relation thérapeutique rend le médicament plus à même d'agir spécifiquement en accentuant le pouvoir pharmacologique de cet antidépresseur. Léa et moi avons déconstruit symboliquement l'antidépresseur pour reconstruire une nouvelle molécule, innovante, et donc probablement plus puissante.

Ainsi, ce serait bien l'art de préparer la prescription, émanant du sujet et du thérapeute, qui jouerait un rôle dans le devenir de la molécule dans l'organisme.

Au moment où je décide de lui prescrire l'antidépresseur, Léa me parle de son cauchemar où elle se retrouve dans une ambulance après avoir été poussée sous le métro.

Le travail de psychothérapie, travail de parole, est bien ce travail de rêve. La parole du thérapeute s'inscrit dans ce travail de rêve du sujet. Selon Fedida P. (**2003**), le rêve est une des modalités de réanimation de la vie psychique venant de l'intérieur. On peut donc supposer que c'est par cette parole venue de l'intérieur que Léa qualifiera ce médicament en tant que molécule singulière. Dans ce rêve, attend-elle de moi que je sois cette personne à côté d'elle dans l'ambulance ?

En fait, Léa et moi avons déconstruit le concept d'antidépresseur pour le reconstruire sous l'égide de notre relation clinique. Le médicament ne serait-il pas ce médiateur représentant le thérapeute que Léa pourrait emporter avec elle ? Dans ce cas, elle se préserverait de ses angoisses d'abandon et d'anéantissement en emportant une petite part de moi avec elle. Ainsi le psychotrope irait dans le sens d'une aide à la restauration narcissique. La prise quotidienne du psychotrope rassure Léa dans sa continuité à exister. Dans ses doutes profonds, dans cette crainte d'effondrement, le traitement, par sa permanence, la rassure, en prenant peut-être valeur d'objet transitionnel entre l'absence et la présence du thérapeute.

Il est également question pour Léa d'une présence à soi-même que lui procure le psychotrope par effet d'apaisement. Le traitement prescrit est un soutien dans cette authentique capacité à être seule, fondatrice du développement affectif.

Le cheminement par la parole se poursuit tout au long de la prescription, et s'en trouve même me semble-t-il facilité. Pour Léa, le médicament, outre son action pharmacologique, devient le support du déroulement de sa parole et d'une mise en sens de son histoire.

Au niveau symbolique, donner un médicament qu'elle absorbe, peut être interprété comme nourriture ou béquille narcissique. Par la prise d'un traitement, la patiente parvient à poursuivre son processus de construction-déconstruction identitaire, en panne jusque-là.

Léa s'autorise, après sa fracture et après la décision de lui prescrire un psychotrope, à me parler de sa grand-mère décédée, une dame très âgée et très malade.

Elle aborde en effet à deux reprises le décès de sa grand-mère, et la façon dont elle en parle m'a donné l'impression que ce décès était comme une mort passée inaperçue. Léa ne peut rien en dire de plus, mais le fait qu'elle l'aborde dans notre relation clinique signifie qu'elle s'est appropriée cette mort. Cela résonnait-il avec l'expression « C'est chiant de changer » ?

Changer, c'est peut-être effectivement redonner du mouvement à la vie psychique et intégrer certains événements ou pertes du passé. Ainsi, par ce travail de parole, il semble que nous ayons mis à jour la mort de la grand-mère.

De plus, la fracture suggère la possibilité d'une finitude à la vie. Le cauchemar où elle est blessée et se trouve dans une ambulance relate bien ces fantasmes sur sa propre mort. La fracture ouvre la possibilité pour Léa de parler de sa propre mort. Elle en parle au travers de l'histoire de sa grand-mère décédée.

En apaisant ses angoisses d'anéantissement, le traitement et l'acte de le prescrire permettent une poursuite du processus de subjectivation. Loin de l'arrêter, la prescription a permis à la relation thérapeutique de se poursuivre dans des conditions acceptables pour le sujet, il y a eu synergie de la prescription et du travail psychothérapeutique.

Léa prend le risque d'aborder la question de la mort alors qu'elle est sous traitement. Elle se sent comme protégée par le médicament.

Les premiers signes d'amélioration clinique qu'elle rapporte sont un ressenti de ses affects et un allègement de sa douleur morale. Elle ressent du mouvement, une animation de l'intérieur. Lors de ce cheminement par la parole, Léa a peut-être réalisé un travail de deuil, deuil de la période omnipotente, deuil de ce sentiment d'immortalité, deuil de sa grand-mère.

Le traitement antidépresseur a probablement débloqué les affects dépressifs figés que Léa s'est appropriés et a mobilisés « positivement » dans la relation thérapeutique. Il a contribué à la relance du processus adolescent qui était figé.

Il est d'ailleurs tout à fait intéressant que Léa n'attribue pas directement l'amélioration de son état clinique à l'antidépresseur. Rien n'est dit dans ce sens, ni par moi, ni par elle. Cela montre à quel point ce médicament a été métabolisé par la relation thérapeutique. Il s'est placé en filigrane au sein de la relation clinique, au point que j'en avais moi-même presque oublié sa présence. En ne surlignant pas le rôle de ce médicament, nous lui laissons prendre son rôle de médicament spécifique. Nous nous dégageons d'une discussion peu intéressante pour le sujet sur l'objet médicament en tant qu'objet technique. En prescrivant le psychotrope de cette manière, nous lui redonnons une part d'incertitude, nous lui laissons une certaine liberté d'action de façon à ce qu'il s'adapte au psychique de la patiente.

Ce traitement est là sans être vraiment là de la même manière que Léa est présente au monde sans être vraiment là : le médicament présente donc en un sens des similitudes avec son psychisme. En fait, ce psychotrope et l'art de le prescrire sont le reflet de l'instabilité de Léa et de la fragilité de la relation thérapeutique.

Loin de s'imposer scientifiquement en dictant sa loi neuropharmacologique, le psychotrope est devenu un médicament humble aux pouvoirs thérapeutiques incertains. Nous avons perçu que l'efficacité antidépressive du médicament était largement dépendante de sa métaphorisation subjective.

Un autre aspect n'a pas encore été abordé : celui de la place des parents de Léa. Ceux-ci sont suivis psychologiquement dans notre centre, ils accordent ainsi leur confiance à Léa et à moi-même d'autant plus facilement. Cela est important car les parents ne s'opposent pas à la prise du traitement de Léa, ils la considèrent comme un sujet et non pas comme une enfant incapable de prendre des décisions. En accordant un lieu d'écoute aux parents, le processus thérapeutique se poursuit et la dynamique familiale évolue.

Il est primordial que Léa n'ait pas le sentiment que ses parents puissent intervenir au sein de son lieu d'écoute, voire « pilotent » les actes thérapeutiques. Ainsi, elle peut me faire confiance, son lieu d'écoute et sa parole sont protégés.

Lors de cette situation clinique, nous nous rendons compte de toute la fragilité de l'acte de prescrire. Plaçant le thérapeute sur une crête, cet acte peut être un véritable acte de langage comme le remarquait Monsonogo H. (1994). Durant tout ce travail de parole réalisé avec Léa, une difficulté a toujours été d'actualité : faire en sorte que la position de sujet soit toujours possible. J'ai le sentiment que Léa a toujours été sujet dans cette relation, et justement cette question de la subjectivité était centrale dans la relation clinique.

Cette constatation prend toute sa profondeur, si nous pensons au sentiment d'anéantissement dans lequel se trouvait Léa à un moment donné.

Prise dans son processus de refondation identitaire comme le dit Gutton P. (1991), Léa se trouvait en plein doute existentiel, et c'est à cet instant que le thérapeute est sur un fil : le moindre faux pas, une parole mal placée, et c'est l'effondrement. La demande de psychotrope est à mettre en lien avec ce gouffre d'anéantissement dans lequel elle se trouvait.

Dans ce cas, paradoxalement, faire intervenir un médicament, favorise la période de construction identitaire de Léa. Loin de la chosifier, l'acte de prescrire promeut en effet le processus de subjectivation. Nous percevons donc qu'il prenne deux valences opposées, celle de la déssubjectivation ou bien celle de la subjectivation.

C'est l'acte de parole qui attribuera le sens à la prescription. Ici, prescrire a soutenu la parole du sujet, car l'acte s'est intégré dans le cheminement par la parole. Léa a ainsi intégré le cap du changement en elle, elle est devenue sujet. L'étayage est passé à un moment par une prescription d'antidépresseur.

De même, l'arrêt du traitement a été décidé à deux, toujours dans l'idée d'une création à deux. Nous avons utilisé ce traitement pendant quatre mois, il a joué son rôle, maintenant « C'est en tant que sujet que vous allez vivre ».

L'arrêt du médicament s'est déroulé tout naturellement, ce qui nous montre là encore que la prescription était intégrée en filigrane dans ce suivi psychologique. C'est presque au même moment que nous avons tous deux envisagé l'arrêt du traitement. Cette manière de procéder a positionné Léa en tant que sujet menant sa vie.

C'est très différent que de lui donner l'ordre de continuer ou d'arrêter le traitement sans tenir compte de la relation clinique instaurée entre nous.

Il est vrai qu'arrêter le traitement a été plus facile pour moi, car je connaissais bien mieux Léa, j'étais imprégné de son histoire, et la décision est venue en moi, portée par sa parole.

Certains pourraient émettre des doutes quant à la posture du thérapeute face à un adolescent en crise existentielle et en pleine phase de refondation identitaire. En effet, on peut se demander si le fait de ne pas décider à sa place n'angoisse pas massivement l'adolescent. Est-ce thérapeutique de ne pas répondre clairement à ses questions et ses exigences ?

Pris dans un effondrement narcissique, ne doit-il pas avoir face à lui un thérapeute sûr de lui et ne doutant de rien ? Sinon, sur qui peut-il compter, sur qui peut-il s'appuyer ?

J'ai bien relaté que je n'avais pas pris seul la décision de prescrire ni celle d'arrêter la prescription. Mais cela ne signifie pas que je ne me sois pas montré apte à recevoir la parole de Léa. Au contraire, en prenant tout le temps de l'écouter, en m'intéressant à elle, je me suis dégagé d'une position de pouvoir sur elle.

C'est là toute la difficulté du thérapeute, se montrer fort et souple à la fois. Ainsi, en ne donnant pas d'injonction à Léa, sa place de sujet s'en trouve renforcée. Evidemment, cela n'implique pas d'accéder à toutes ses demandes ou toutes ses exigences. Il s'agit de trouver, d'inventer des compromis au gré de la relation clinique, et cela a commencé dès la première rencontre, moment où Léa ne voulait pas revenir à la consultation. En montrant que je serai là pour l'écouter, mais en acceptant de la revoir quinze jours après, en acceptant de prendre sur moi ma propre angoisse qu'il puisse lui arriver quelque chose tant elle me paraissait mal et inquiétante, je lui ai montrée que je pouvais entendre sa parole chargée de souffrance.

Enfin, j'ai accepté l'arrêt du suivi sans être dans un contrôle, cette posture m'a dégagé d'une éventuelle parentification. Je l'ai laissée partir sans lui demander d'explication, sans exiger quoique ce soit d'elle. Cela l'a mise en position de sujet.

B. Sophie ou un transfert sur ordonnance

1. Histoire clinique

Les premières rencontres avec Sophie, âgée d'une vingtaine d'années, sont brèves, furtives et empreintes d'une forte tension relationnelle. Cela remonte à cinq ans. Sophie apparaît inhibée, elle parle peu, la plupart de ses phrases sont ponctuées par un « je ne sais pas ». La parole est lourde, chargée, les mots sortent après de longs silences. Elle baisse la tête sans jamais me regarder. A chaque question, Sophie répond systématiquement par ce « je ne sais pas ».

Elle est accompagnée d'une infirmière, présence indispensable selon elle. « Il faut qu'elle soit là, mais je ne sais pas pourquoi, c'est comme ça ».

Sophie ne peut soutenir la rencontre avec moi plus de quelques minutes, sa voix s'éteint, elle semble disparaître comme prise d'un vertige d'évanouissement, comme si, en restant trop longtemps face à moi elle courait le risque de s'anéantir.

Elle abrège les premiers entretiens par un « Monsieur, c'est bon là, je m'en vais » et quitte alors précipitamment mon bureau. Les rendez-vous sont importants pour elle : « Je ne sors de chez moi que pour venir vous voir ». Elle me montre, par cette phrase, toute l'importance que j'ai pour elle, cela traduit également le fort investissement que Sophie met dans nos rencontres. Sa présence au monde me paraît d'un certain côté extrêmement fragile. De l'autre, je ressens une sorte d'emprise sous laquelle elle veut me placer, par l'intermédiaire d'une forte tension qu'elle fait régner pendant l'entretien. On la sent explosive intérieurement, comme si à tout moment elle pouvait s'embraser.

Physiquement, c'est une jeune fille repliée, inhibée, se recroquevillant sur elle même au cours de l'entretien. J'ai l'impression que le fait de parler d'elle lui coûte énormément et l'épuise. Sophie laisse voir de nombreuses traces de coupures sur son avant bras, qu'elle cache très vite : « J'ai honte de montrer ces marques, j'en ai terriblement honte ». Ces scarifications multiples témoignent de cette tendance auto-agressive. « Je ne sais pas pourquoi je fais ça, c'est plus fort que moi, ça me soulage ».

Ces attaques du corps remontent à quelques années, environ depuis l'âge de quatorze, quinze ans d'après elle. Lors des premières rencontres, Sophie accepte de revenir à la consultation à la seule condition d'être accompagnée par son infirmière.

Au début de nos rencontres, j'ai l'impression de devoir l'appivoiser, trop parler l'écrase et ne rien dire la renvoie à sa propre destructivité. La parole est lourde, source possible d'une mise en danger.

Nous sommes sur un fil, il faut aller chercher les mots, émettre des hypothèses « Parfois on a des choses si lourdes en soi qu'on ne peut plus rien en dire ». Elle hoche la tête mais ne dit rien.

Sophie me dit, lors d'une de nos rencontres « Je ne sais pas pourquoi je suis venue (me voir, au monde ?), j'aurais préféré ne pas être là, je suis tellement dégoûtée ». Je l'interpelle sur le mot « dégoûtée » : « Dégoûtée de quoi ? » « Je ne sais pas ».

Une deuxième phase s'annonce avec le départ de l'infirmière accompagnatrice : il semble bien qu'une relation de collage se soit instaurée entre elles deux, l'infirmière étant mise à la place de sauveuse exclusive. Place ô combien périlleuse, l'infirmière se trouvant envahie par les projections autodestructrices de Sophie, notamment par l'envoi de nombreux textos sur son téléphone privé au cours desquels elle lui annonce qu'elle va se suicider, qu'elle ne veut plus vivre.

Sophie reviendra un mois et demi après ce départ. Elle semble plus présente dans l'entretien. Désormais, il n'y a plus de tiers relationnel.

Sophie insiste sur l'aspect quasi miraculeux de sa présence devant moi : « Monsieur c'est déjà beau, vous vous rendez compte que je suis là devant vous ? »

Elle me demande en quelque sorte : « Êtes-vous fiable pour recevoir ma parole, soyez bien conscient que ce n'est pas rien ». Sophie parle davantage d'elle, elle se décrit comme déprimée, faisant semblant de vivre, « j'étouffe d'exister ». Au point qu'elle interrompe nos entretiens, comme prise de nausées, pour revenir quelques instants après. Je ressens une lourdeur dans les rencontres, lourdeur accentuée par ses silences et ce profond mal-être émanant d'elle. J'ai parfois le sentiment qu'un mot mal placé pourrait déclencher un cataclysme. Sophie semble terrifiée par sa propre parole. Il persiste toujours beaucoup de « Je ne sais pas » dans notre dialogue. A la fin de sa consultation hebdomadaire, Sophie me demande systématiquement des médicaments pour l'aider dans sa vie, « Je suis trop mal dans ma tête ». Je me montre toujours très surpris par cette demande et n'en comprends pas bien le sens pour l'instant. Je lui explique que je ne vois pas l'intérêt d'un médicament, que ça doit se réfléchir mais à cet instant, je ne lui prescrirai aucun traitement.

Elle s'emporte alors, à chaque séance, en me disant « Monsieur, vous n'allez pas me faire ça quand même, il me faut mon traitement ». Je reste sur une position ferme de ne pas prescrire, elle part, en général en colère, mais revient la semaine d'après comme si de rien n'était. Intuitivement, je pressens qu'il tenir le non face à cette demande médicamenteuse.

Y aller lentement, à son rythme, pas à pas, voilà les idées qui me guident lors de ces rencontres.

J'ai conscience du caractère potentiellement explosif de la relation qui s'est instaurée entre Sophie et moi. Elle semble se saisir de ce lien pour tout doucement se raconter. Elle est dans l'expectative de nos rencontres, attente forte, peut-être même dévorante.

En effet, Sophie ne supporte pas d'attendre, un jour où je la reçois en retard, elle est furieuse : « Je viens, il faut me recevoir à l'heure ».

Le lien avec Sophie se tend, le danger est qu'il se fige. « Si vous n'êtes pas là je vais péter les plombs Monsieur ou encore « Je ne sors que pour venir vous voir ». Elle s'attribue une place unique auprès de moi et m'accorde aussi une place unique auprès d'elle.

C'est peut-être pour ces raisons que je ne lui prescris aucun médicament, car la relation entre elle et moi me semble tyrannique, et prescrire dans ces conditions, sans savoir vraiment pourquoi, me semble particulièrement périlleux.

Sophie touche du doigt l'esquisse d'une relation transférentielle, elle interroge cette relation, se montre surprise, angoissée, et en même temps intéressée par cette relation qui se tisse progressivement entre nous. Ainsi, en quelques mois, nous sommes passés de furtives rencontres, rencontres visant à me tester, à une amorce de relation transférentielle toujours menacée par le basculement vers une relation passionnelle. Elle évoque également sa dépendance possible vis-à-vis du thérapeute, dépendance qui est source d'angoisse pour elle.

Sophie interroge constamment la distance relationnelle entre elle et moi. L'engagement dans ce travail de parole la met peut-être trop en danger.

Elle sera hospitalisée en service de psychiatrie suite à un passage à l'acte agressif contre elle-même. Elle s'est entaillée profondément le bras. Pendant son hospitalisation, elle me téléphone, généralement sur son horaire de rendez-vous pour me dire : « Ne m'oubliez pas, eh Monsieur ! »...

Menacée en permanence par le trop ou l'abandon, Sophie, une fois hospitalisée, vérifie la place qu'elle tient auprès de moi. J'entends bien : « Après toutes les fois que je suis venue vous voir, vous n'allez pas m'abandonner, hein ? ». Je la rassure quant à ma disponibilité pour recevoir sa parole à sa sortie de l'hôpital. J'ai l'impression qu'il est fondamental que Sophie puisse vérifier la permanence de la relation amorcée avec moi, elle doit se rendre compte de l'impact de son absence sur moi, voir comment je la vis. Sophie questionne cette relation tissée avec moi, comment est-ce possible que je m'intéresse à elle ?

Et même quand elle n'est pas là ! Qu'en est-il de ce lien ? Elle perçoit qu'une relation se crée entre nous mais elle est terrorisée à l'idée qu'elle s'interrompe. Elle la met à l'épreuve pour tester la fiabilité de ce lien créé.

Pendant l'hospitalisation, Sophie s'est vu prescrire un traitement psychotrope à visée anti-impulsive. Il faut dire que les passages aux urgences se multipliaient, et Sophie posait de nombreux problèmes institutionnels de par sa violence au cours de ces hospitalisations.

A sa sortie de l'hôpital, elle me demande de lui prescrire le traitement psychotrope en question. Après une vaine tentative de scinder psychothérapie et prescription, il est décidé que j'assure la prescription de ce psychotrope tout en poursuivant le suivi psychothérapeutique. Ainsi, à la fin de la consultation, je lui délivre une ordonnance.

Lors d'un entretien, elle me livre un lourd secret : elle a été victime d'un oncle pédophile de l'âge de onze à quatorze ans jusqu'au décès de celui-ci. « Dire que ça se passait chez ma grand mère, au début il disait que j'étais sa préférée, il m'achetait des cigarettes, il m'emmenait me promener puis après... et personne n'a rien vu, il passait des après-midis entières avec moi ». « Il me prenait par la main, il m'achetait des lingeries qu'il m'obligeait à mettre, m'attachait, me bâillonnait, il me filmait, il était fou. C'était l'horreur, subir cela dans sa propre famille, je ne pouvais rien dire ». Sophie était de plus en plus mal dans la famille, elle fuguait de l'école. L'oncle l'a violée plusieurs fois, il lui disait : « Je m'en fous, je vais crever. Si tu parles je te découpe en petits morceaux et je les envoie à tes parents ».

Elle a donc subi de graves sévices sexuels. Elle en avait alors parlé à une professeure à l'âge de quatorze ans, la mère de Sophie l'a appris plus tard mais aucune plainte n'a été déposée.

Sophie est surprise de m'avoir parlé, « Je ne sais pas pourquoi je vous ai raconté ça Monsieur, j'en ai parlé qu'une seule fois depuis que ça m'est arrivé, je ne sais pas, et en plus vous êtes un homme ». Elle a la gorge serrée, demande à partir. En larmes, elle me dit qu'elle n'aurait pas dû, que maintenant elle sera dégoûtée, dégoûtée de sa famille, de tout. « Je ne veux pas parler de ça à tout moment ». Sophie se sent coupable, coupable de ne pas avoir crié lors des tortures, coupable de n'avoir rien dit. « Je suis marquée à vie, j'ai des traces des brûlures infligées ».

Après ces révélations, Sophie met de la distance dans nos entretiens. Elle me sollicite par téléphone, en fin de journée, m'annonce qu'elle se met en danger : « Monsieur je saigne, ça ne s'arrête pas, j'ai pris des cachets, etc, etc recevez-moi tout de suite... » ou bien elle pose toujours la même question : « Vous vous en foutez de moi, hein ? ». Que se joue-t-il alors ? Sophie veut toujours savoir ce que je ressens pour elle, elle veut se rendre compte de l'impact de sa souffrance sur moi.

Je ne réponds pas du côté de l'urgence, mais je lui dis qu'elle me semble en difficulté, et je lui propose un rendez-vous. Elle finit par revenir à la consultation.

Elle n'aborde absolument pas tous ces épisodes téléphoniques, me demande, comme d'habitude, son traitement en fin d'entretien.

Il est vrai que depuis la sortie de l'hôpital, je lui prescris un traitement psychotrope, tant demandé auparavant. Peu de temps après la révélation, Sophie, après une consultation, m'appelle pour me dire : « Monsieur, votre traitement, je vais tout prendre d'un coup, je vais crever dans le caniveau, je ne suis rien, vous ne pouvez pas me faire confiance ». Elle est mal, très dure envers elle-même, implacable. Je lui réponds que je l'attendrai comme convenu à son prochain rendez-vous, que je la considère comme un sujet responsable. Elle raccroche. Sophie utilise fréquemment la menace de sa propre mort, elle met régulièrement la perspective de sa mort entre elle et l'autre.

Je la revois la semaine d'après, elle ne parle pas de ce coup de téléphone. Je suis pris d'hésitation quant à la poursuite de la prescription médicamenteuse, la poursuivre ou l'arrêter, vu l'usage qu'elle en fait ?

Etonnamment, je décide de poursuivre la prescription, Sophie argumente qu'on lui a prescrit un traitement donc elle en a besoin. Elle me fait remarquer que je ne peux pas la laisser sans rien, « qu'il lui faut son traitement ». J'ai presque l'impression que c'est le prix à payer pour qu'elle parle.

Ce traitement semble effectivement la rassurer, et après l'avoir retourné contre elle quelques fois, elle le prend plus régulièrement, tout en poursuivant cet engagement dans la parole. Sophie revient sur cette histoire de sévices sexuels, elle ressent de la haine contre sa famille, sauf pour son père qui n'était pas au courant et à qui elle voue une admiration sans faille.

Elle retourne parfois dans le foyer familial, plutôt lorsqu'elle se sent bien. C'est toujours compliqué pour elle, elle ressent à la fois des sentiments de haine et d'amour envers les siens. Mais Sophie ne peut pas aimer sa mère : « Elle n'a rien fait, elle savait... ». Elle exprime des sentiments de haine contre sa mère.

Sophie éprouve également de grandes difficultés à assumer sa vie de femme. Elle n'a pas une sexualité satisfaisante, elle est prise de dégoût et de honte lors de l'acte sexuel.

La honte est un thème récurrent : honte d'elle-même, de son histoire... Cette honte la paralyse dans sa vie quotidienne. Parfois Sophie me raconte un rêve, ou plutôt un cauchemar : elle est attachée par un homme, elle veut crier, mais aucun son ne sort de sa bouche, elle entend la voix de sa mère, à côté, puis plus rien... Ce cauchemar resurgit souvent.

Le suivi se poursuit jusqu'à une nouvelle hospitalisation longue cette fois-ci, hospitalisation dont le début coïncidait avec une absence de ma part.

A la sortie, Sophie revient me voir après une interruption de six mois environ. Le contact est plus léger, Sophie ne demande aucune prescription médicamenteuse.

Elle me dit qu'elle aimerait me parler d'un évènement précis mais n'y parvient pas. Je lui rétorque que rien ne presse, qu'il faut parfois prendre son temps.

Peu de temps après, Sophie commet un passage à l'acte dans un lieu public : elle a agressé un homme d'un coup de couteau dans un bar. « J'avais l'impression qu'il m'en voulait, qu'il allait me faire du mal ». Cet épisode précède plusieurs consultations au cours desquelles Sophie me disait qu'elle devenait folle : « Je fais des trucs de fous Monsieur, c'est pas moi, je ne me reconnais plus ». En fait, elle m'apprend qu'elle s'en est prise à son amie qui l'héberge, sans raisons apparentes, elle a essayé de l'étrangler. En la questionnant, Sophie me décrit des périodes hallucinatoires auditives. Elle a honte de me parler de ces voix, « Vous allez me prendre pour une folle ».

Des voix lui disent : « Défends-toi, il t'en veut » ou alors elles l'insultent. Ces phénomènes hallucinatoires semblent survenir au cours de périodes de consommations d'alcool mais pas uniquement, selon elle.

Je suis assez surpris de cette clinique, et, devant la persistance de ces hallucinations je lui propose un traitement antipsychotique pour l'apaiser. Elle accepte et demande à le prendre auprès des infirmiers toutes les semaines, comme cela ce sera plus facile à gérer pour elle. J'accepte ce fractionnement dans la délivrance du traitement.

Sophie vient me voir, mais un peu moins fréquemment, elle rate des rendez-vous depuis qu'elle est passée « chez les grands » c'est-à-dire depuis qu'elle plus de vingt-six ans.

Elle essaie constamment de me soutirer des rendez-vous l'après midi, prétextant qu'elle n'arrive pas à se lever. Je refuse fermement, en lui disant que ce n'est plus une adolescente, je consens à la recevoir à midi mais pas au-delà. Elle parvient à venir ou téléphone pour s'excuser de son absence. Le lien est plus souple qu'au début, nous cheminons ensemble depuis bientôt six ans. Sophie va beaucoup mieux hormis ce passage à l'acte, pour lequel la victime a finalement retiré sa plainte.

Survient une seconde révélation : Sophie me parle de ce secret dont elle voulait tant m'entretenir : lors d'une alcoolisation, elle a été abusée par un homme. Suite à ce viol, elle a été enceinte, et a avorté. Je l'écoute. Après cette révélation, elle remettra de la distance par rapport à ses venues. Peu de temps après, survient un sérieux accrochage institutionnel que j'aurais dû pressentir.

Sophie, lors d'un de ses rendez-vous, m'attend dans le couloir, m'interpelle avant d'entrer dans le bureau, en me disant : « Monsieur, faites moi mon ordonnance vite fait, et puis je peux m'en aller ». Et là, je la reprends immédiatement en lui expliquant qu'il n'y a pas que le traitement, sa parole et son temps de parole sont à respecter.

Et j'en rajoute : « D'ailleurs si vous ne venez pas à votre rendez-vous, les infirmiers ne vous donneront plus votre traitement ». La semaine d'après, elle rate son rendez-vous, mais se présente deux jours plus tard pour réceptionner son traitement auprès des infirmiers.

Ils me téléphonent pour savoir ce qu'ils doivent faire. Je leur demande de ne pas délivrer ce traitement mais de lui donner rendez-vous avec moi plus tôt dans la semaine. Il s'ensuit une véritable épreuve de force au cours de laquelle Sophie exige son traitement, « on n'a pas le droit de lui supprimer un traitement qu'elle prend depuis des mois ». Le ton monte, elle est très violente verbalement, et finit par demander ma présence. Etant donné le contexte, je considère qu'il est préférable de ne pas intervenir, mais l'équipe doit tenir ce non.

Finalement, grâce à la médiation de l'assistante sociale qu'elle connaît bien, Sophie accepte de quitter le centre de soins sans traitement. Je la reçois deux jours après, elle m'a appelé en début de matinée, en me précisant bien qu'il lui faudra son traitement. Elle me parle, s'excuse auprès des médecins et de l'équipe. Elle me reproche de lui avoir brutalement supprimé ce médicament dont elle a besoin. Elle ne comprend pas : ne pas l'avoir obtenu alors qu'il était prescrit par moi-même. Je conçois que cela a pu être difficile à accepter pour elle.

Suite à cet incident institutionnel, je décide avec l'équipe de ne plus associer la prise du traitement à ses rendez-vous avec moi. Sophie bénéficiera du traitement jusqu'à épuisement de l'ordonnance, qu'elle vienne ou non me consulter. D'un point de vue symptomatique, les hallucinations auditives ont disparu.

Nous arrêterons là la description de cette histoire.

2. Discussion clinique

Cette vignette clinique questionne le type de relation qui s'est instaurée entre le thérapeute et la patiente. Initialement, les premières rencontres donnent l'impression de contacts d'appropriations furtifs. Nous ressentons toute la difficulté de Sophie à soutenir une rencontre avec l'Autre. Un sentiment d'inexistence, d'inconsistance à être se dégage de ces premiers contacts.

Son regard est fuyant, Sophie donne le sentiment de s'anéantir ou de disparaître si je la regarde. Ce que j'évite d'ailleurs. Sophie se place souvent de façon à se soustraire à mon regard. Relation qu'il est fondamental de respecter au risque de devenir trop intrusif. Cette esquive du regard résonne avec ce sentiment de honte souvent exprimé par la patiente. Honte d'elle-même, de son physique, de son corps.

Nous pourrions nous référer à Serge Lesourd qui parle d'individu pris d'ivresse d'inexistence, en recherche d'évanouissement, de disparition (**Lesourd S., 2005**).

La tension, presque palpable lors des entretiens, est assez impressionnante, et parfois oppressante au point de devenir insoutenable pour moi. Sophie parle peu, me tient en haleine, elle m'accroche aux quelques paroles qu'elle prononce. Une sorte de relation d'emprise se crée, cela semble la rassurer. Peut-être même que Sophie joue de ce trouble suscité chez l'autre. Elle sait en effet qu'elle déroute l'autre qui est en face d'elle. Par sa façon d'entrer en relation, Sophie exerce une fascination, elle peut capter l'autre, le figer. Fascination de savoir ce qu'elle renferme comme secret, défi pour le thérapeute de la faire parler, d'aller voir derrière cette inhibition apparente.

Lors de ses premières venues, je pressens qu'un rien pourrait anéantir notre rencontre. Sophie oscille entre cette crainte de l'effondrement (**Winicott DW., 1989**) dans la rencontre avec l'autre, et une attitude de défi vis-à-vis de moi-même. Elle me mettait en quelque sorte au défi de la faire parler.

Au début de nos rencontres, la patiente se présente au centre avec son infirmière. Des liens fusionnels se sont tissés entre elles, mais là encore, il me semble que l'infirmière est sous l'emprise de Sophie. Elle est terrorisée à l'idée que Sophie se suicide, lui a donné son numéro de téléphone privé dont évidemment la patiente use et abuse, en lui disant à tout moment qu'elle va en finir avec sa vie. L'infirmière est vidée, épuisée par cette relation duelle, elle nous passe le relais.

Sophie, lorsqu'elle parle de sa mère, la décrit comme une mère défaillante, n'ayant pas su la protéger contre cet oncle dont elle a été victime. On peut se demander si Sophie n'avait pas positionné cette infirmière en lieu et place de cette mère primordiale défaillante ?

Les premières rencontres sont utilisées comme des manières de me tester : est-ce que je serai assez fort pour écouter sa parole, et supporter ses longs silences ? Est-ce que je saurai l'entendre malgré ses difficultés à élaborer ? L'entendre peut-être comme une mère, et la protéger. Il faut parfois que je parle à la place de Sophie, elle hoche la tête en guise de réponse. Elle est inhibée, dans le contact et dans la parole. Sophie doit éprouver une grande méfiance vis-à-vis de la parole de l'adulte étant donné son histoire. Je perçois que sa parole est lourdement chargée de douleur, de souffrance, Sophie doit s'en protéger. Ainsi, au début, Sophie est sur la défensive, et son attitude de mise au défi de la faire parler, de semi mutisme, est teintée d'une toute-puissance infantile. En effet, j'ai l'impression que Sophie se montre fermée comme si elle attendait qu'on vienne la chercher.

Elle prend plaisir à voir qu'on s'intéresse à elle, et en même temps, elle ne peut parfois pas supporter un tel intérêt. Elle oscille ainsi entre cette attente qu'on vienne vers elle, et la fuite dès qu'on l'approche. On a l'impression que les paroles prononcées par Sophie ne sont pas clairement articulées à l'autre scène, celle d'un inconscient sexuel. Sophie semble parfois en panne, de cette panne de la pensée dont parle Rastall J.J. (1999). Aucune énergie libidinale ne semble la soutenir. Sophie éprouve une difficulté très nette à secondariser, à temporiser et à élaborer un compromis qui donne place à la pensée au lieu de l'acte. Dans son histoire, Sophie s'est vu poser un interdit de parler par l'oncle maternel, si bien que cet interdit s'est transformé en une impossibilité de penser.

Il émane également d'elle, lors de ses rencontres, une tendance à la destructivité. Destructivité contre elle-même, les attaques contre son corps sont assez impressionnantes, mais aussi potentiel destructeur de l'Autre, de par l'emprise qu'elle exerce sur lui. La patiente a tendance à projeter son agressivité sur l'Autre. Elle semble garder un fort potentiel de violence en elle, on perçoit un excès de charge agressive intérieure. Cette agressivité a ici une valeur d'agressivité fondatrice. Cette agressivité ne vient-elle pas comme fonction réparatrice des violences subies dans l'enfance ? Sophie privilégie la décharge par l'acte, cela lui permet de court-circuiter la mentalisation.

Rappelons que Sophie a été victime d'un oncle pervers pédophile. Elle était devenue l'objet fétiche de ce pervers. Elle a subi les manipulations perverses de cet oncle et cela a influencé sa manière d'appréhender ses relations avec l'adulte.

L'adulte est essentiellement perçu par Sophie comme trompeur, abuseur. La parole de l'adulte n'est que tromperie et ne contient aucune part de fiabilité, elle ne fait pas limite.

Cette projection agressive, cette relation d'emprise, ces attaques sadiques et masochistes sont autant de moyens de se protéger de l'Autre qui représente une menace narcissique.

Bref, les premiers contacts suggèrent un sujet en forte tension, présentant une grande violence intérieure. En fait, on appréhende d'emblée des forces relationnelles intenses voire explosives, comme le disait Freud S. (**Freud S., 1912**). D'ailleurs Sophie ressent très certainement cette potentialité destructrice, elle abrège les consultations, pour préserver cette relation débutante.

D'un autre côté, je perçois de fortes attentes de sa part, elle semble intéressée pour venir me voir et me parler. Ces attentes sont si intenses qu'elles peuvent en devenir dévorantes, Sophie n'admettant pas que je puisse recevoir d'autres patients qu'elle. D'ailleurs, elle n'attend jamais en salle d'attente mais dans le couloir, lieu de passage. J'étais d'emblée mis en garde contre une éventuelle relation passionnelle qui pourrait s'instaurer, relation vampirisante comme celle établie avec l'infirmière accompagnatrice.

Je crois que Sophie est en telle insécurité intérieure, en tel chaos intérieur, qu'elle recherche une relation de collage, fusionnelle, pour se protéger d'une perte éventuelle.

Ce sentiment d'insécurité intérieure est tout à fait palpable lors du contact avec Sophie, et comme le décrypte J.J. Rassial (**1999, p62**), « La perte générale des mots, du monde, de soi-même, qui en constitue l'apogée, est alors articulée à cet état de peur généralisée devant l'existence ».

Pour se protéger, Sophie a besoin de placer l'Autre sous son emprise, au prix de se mettre en danger pour arriver à ses fins. Mais placer l'Autre sous son emprise c'est créer une relation de dépendance à l'Autre.

Dans la relation clinique avec Sophie, on ressent cette crainte générale devant l'effondrement dont parle Winnicott DW. (**1989**).

Les modalités relationnelles développées par Sophie ressemblent à un type de relation d'objet anaclitique. En nous référant aux troubles de la personnalité état-limite décrite par Kernberg O. (**1997**), nous percevons les enjeux de la relation avec Sophie : elle éprouve en effet de grandes difficultés à aménager une quelconque souplesse dans la distance relationnelle. Elle oscille entre fusion et fuite. La relation anaclitique consiste en une attente passive de satisfaction et une manipulation agressive du partenaire. Sophie confronte l'autre à son avidité affective jamais comblée.

Dès que le partenaire ne répond pas aux exigences de cette demande massive, se développent des réactions auto ou hétéro-agressives, la patiente étant renvoyée à ses angoisses d'abandon. Dans des moments d'angoisse, nous constatons l'actualisation d'une agressivité, hétéro et auto-agressivité, sadique et masochiste, à la fois à l'égard du corps propre et des objets de l'Autre (**Rassial J.J., 1999**).

Un lien fragile s'établit néanmoins, lien que la patiente n'a de cesse d'interroger, de palper, de mettre à distance parfois, d'étirer... Elle tisse entre elle et l'Autre des liens des plus archaïques. Elle présente des mécanismes projectifs dans l'Autre. Sophie a tendance à figer l'Autre dans la relation, à lui attribuer une place immuable en quelque sorte, ce qui la rassure sur la permanence de l'objet.

D'un point de vue psychodynamique, Sophie ne semble pas avoir passé l'épreuve pubertaire. Elle semble prise dans un état d'adolescence prolongée. Son corps ne paraît pas sexué, et Sophie n'a pas de vie sexuelle épanouie. Les attaques fréquentes contre ce corps signifient toute la difficulté pour elle d'accepter ce corps sexué. Le corps devient le réceptacle de l'agressivité. N'ayant pas intégré les limites avec un surmoi effondré, le corps devient l'ultime rempart pour Sophie, c'est lui qui vient faire limite. Lesourd S. (2006) décrit bien ces sujets sans repères, où seul le corps physique fait limite.

Nous pouvons nous questionner sur les demandes systématiques de médicaments à la fin des entretiens. Ces demandes ne sont pas présentes d'emblée mais surviennent après quelques consultations. Quels sens leur donner ? « Monsieur, il me faut mon traitement ». Est-ce l'équivalent d'un salaire venant la récompenser d'avoir parlé ? Est-ce une difficulté à se séparer, en fin de consultation, de façon semblable à un enfant, devant emporter un objet du thérapeute pour se préserver d'une angoisse d'abandon ? Traitement peut également s'entendre comme une négociation : de quelle négociation s'agit-il ici ? Une négociation de Sophie avec une partie d'elle-même, ou bien avec moi en tant que thérapeute ?

L'emploi systématique de « Monsieur » pour me désigner doit susciter une réflexion : Sophie ne distinguerait pas ma fonction, ni mon rôle. Je suis assimilé à la masse des hommes. Cela montre toute sa difficulté à rentrer en relation, à établir un contact avec moi. Nous pouvons d'emblée supposer que la relation est excessivement difficile pour Sophie. Elle est rassurée en me dénommant d'une façon anonyme comme si elle ne me rencontrait pas vraiment.

Demander un traitement revient peut-être à consolider cette relation de dépendance au thérapeute. Sophie s'assujettit à l'Autre en quelque sorte, elle ne peut pas s'en séparer.

Cette demande est exprimée sur un mode impérieux, celui du besoin. Sophie demande des satisfactions orales immédiates.

En répondant par une prescription, un don, je prends le risque d'invalider sa propre parole, de la faire disparaître par cette satisfaction orale. Accéder à sa demande médicamenteuse après qu'elle a parlé, ce serait en quelque sorte effacer tout le récit, ne pas lui accorder de sens.

Etant donné l'impériosité de cette demande, et la tendance destructrice de la patiente, répondre par le don reviendrait à se placer en miroir de son attente dévorante. L'abreuver de don oral comme pour la faire taire. Dans ce cas, ce ne serait pas la considérer en tant que Sujet mais la faire disparaître derrière sa propre problématique existentielle. Je crois que Sophie se met en danger en me parlant, elle veut donc annihiler le dévoilement provoqué par le déploiement de sa parole.

C'est pourquoi lui prescrire un médicament psychotrope à ce moment très particulier ne va pas dans le sens d'une poursuite d'un processus de subjectivation. Parler, pour Sophie, revient à aborder l'impensable, l'abominable de son histoire intime.

De plus, il me semble primordial de repérer le moment où survient cette demande : elle surgit juste après que Sophie a parlé. Y répondre par l'affirmatif, c'est vraiment lui dire : « Votre parole ne m'intéresse pas, et de toute façon, elle n'a aucune espèce d'importance ».

C'est la renvoyer au néant, au rien, au vide... En prescrivant à ce moment là, je prendrais la place de l'oncle abuseur, celui qui ne la reconnaissait pas en tant que Sujet mais en tant qu'objet fétiche. Je deviendrais ainsi celui qui l'abuse, la trompe.

La demande de traitement est alors assimilée à une demande de la faire disparaître en tant que Sujet. Ce serait se placer à l'opposé du cheminement de la patiente, se placer à contre-pied de sa démarche de soin.

Frileusement, Sophie se risque à parler, puis, prise d'une bouffée d'anéantissement, elle demande à ce qu'on tue dans l'œuf son désir de parler. Ce serait en quelque sorte une exécution par le bras armé de la prescription.

De plus, Sophie développe une certaine violence dans les rapports à l'autre, elle connaît bien ces modalités relationnelles, aussi, ne suscite-t-elle pas chez l'autre une violence en miroir de la sienne ? Elle place le thérapeute en posture de la violenter, ici par le traitement, comme si seule la violence existait dans les rapports humains.

Elle ne se respecte parfois pas en tant que Sujet et suscite l'irrespect de l'autre. Donc, je me retrouve sur une crête avec elle, ayant bien conscience que lui répondre non sera compliqué à admettre pour elle.

Non, par conséquent, je ne lui prescris pas de traitement. Je n'ai pas de raisons cliniques pour justifier d'une telle prescription médicamenteuse : pour soigner quoi ?

Je lui explique donc que je ne lui prescrirai pas de traitement. Immédiatement Sophie s'en sert contre moi. Elle me reproche de la maltraiter, « Vous n'allez pas me faire ça, Monsieur ! ». Je lui explique ma position, en m'appuyant sur l'importance de la respecter et qu'elle-même se respecte.

Il serait intéressant de réfléchir à cette demande médicamenteuse sous l'angle de la personnalité état-limite. Cette entité psychiatrique, très controversée, place le narcissisme au cœur de ce trouble. Nous entendons régulièrement parler de faiblesse du Moi, de manque de tolérance à l'anxiété, de manque de contrôle pulsionnel ainsi que de manque de différenciation des images du soi et d'objet.

En d'autres termes, il existe une carence narcissique fondamentale, entraînant un sentiment d'insécurité diffuse. Que signifie lui prescrire un médicament dans ce cas ?

La demande médicamenteuse se place dans une recherche de gratifications immédiates. Il y aurait, selon Kernberg O. (1997), tantôt un besoin d'établir une relation de dépendance à un objet magique idéalisé, et tantôt des fantasmes omnipotents avec agressivité et destruction de l'objet persécuteur.

Il me semble qu'à travers la dépendance à l'objet médicament, c'est une dépendance au thérapeute que tisse Sophie comme pour se préserver de mauvaises surprises telle qu'une séparation. Ainsi, Sophie, en me demandant un médicament, ne cherche-t-elle pas à me contrôler, ou à contrôler la relation instaurée entre nous par l'intermédiaire d'un contrôle sur l'objet médicament ? Comme le décrit Gosselin J.Y. (1977), certains patients très narcissiques réclament constamment une médication afin de perpétuer le transfert. Ces patients demeurent insatiables dans leur soif de gratifications et, bien sûr incapables de comprendre l'irrationnel de leur demande. Ils perpétuent la lutte pour le pouvoir et sont de ceux pour qui la médication sert de substitut pour tout, et ils mettront tout en œuvre pour satisfaire, par ce biais, tous leurs besoins de gratification.

Ainsi, Sophie, par le biais de la prescription médicamenteuse, s'assurerait de la permanence de notre relation. Elle ressent une grande insécurité dès qu'une relation s'instaure avec autrui. Danger d'être abandonnée, d'être abusée.

Elle aurait aussi tendance à faire de moi son réparateur. Il y a tout intérêt à ne pas occuper cette place, puisqu'on sait que les exigences de la patiente ne pourront jamais être satisfaites, et que nous risquons de tomber dans un abreuvage de dons oraux sans fin.

Sophie, menacée par un sentiment d'inexistence, attendrait de moi que je la rassure en la comblant d'un médicament. Il est sûr que l'engagement dans la parole contient un effet d'effraction et insiste sur ses failles narcissiques au point qu'elle se sente en grand danger intérieur. Ainsi, ne pas lui prescrire de traitement malgré ses exigences impérieuses la renvoie à ses capacités à exister, sans faire écho à son Moi grandiose. En n'y répondant pas, nous ébranlons son omnipotence et nous nous décalons de ses tentatives de manipulation agressive. Le danger est de passer à un rapport violent et agressif envers elle, mais la relation clinique instaurée semble suffisamment bonne et sécurisante pour que Sophie accepte ce refus.

Ne pas prescrire, c'est également prendre une position paternelle, le nom-du-père. Le surmoi de Sophie est inexistant du fait de son histoire. Ainsi, lui dire non, lui fait expérimenter une confrontation à des limites, des bordures. Elle peut m'investir d'autant plus que je prends une posture paternelle. Sophie vénère son père et l'idéalise car lui ne connaît pas son histoire, « si il savait, il les tuerait tous ». Elle préserve son père.

Par rapport à son histoire, cette prescription se serait parée d'une connotation sexuelle claire. La prescription est alors équivalente d'acte incestueux comme celui qu'elle a connu dans son enfance.

Est-ce que Sophie ne me teste pas comme pour être sûre que je ne profite pas d'elle comme son oncle pédophile ? Cet oncle qui l'appâtait en lui achetant des cigarettes et des bonbons. A ce moment là, je ne connaissais pas l'histoire des sévices qu'avait subis Sophie, mais, intuitivement, pris et imprégné par son être-au-monde, je pressentais qu'il était risqué de s'engager sur cette voie du don dans la relation psychothérapique. C'est donc guidé par la clinique que je décidai de tenir cette position de non-prescription ou de proscription.

Précisons de quelle clinique il s'agit : clinique de l'impulsivité, de l'attente dévorante comme si Sophie cherchait à combler un besoin insatiable. Elle est en quête de quelque chose : d'amour, amour toujours insatisfait. Elle semble également en quête d'une reconnaissance de sa souffrance, d'une reconnaissance de toute l'horreur de son histoire.

Elle se comporte parfois de manière très puérile : elle ne parle pas mais pense qu'on devine ce qu'elle veut nous dire. Sophie est à la fois dans une position de toute-puissance, omnipotente et dans une crainte permanente d'anéantissement. Son idéal-du-moi est puéril et gigantesque.

Le sentiment d'insécurité intérieure si fort en elle est projeté vers l'extérieur sous forme d'agressivité. Ce que Sophie ressent, cette menace intérieure, elle la retourne en menace contre l'autre, en agressant, en utilisant la menace de sa propre mort pour rentrer en relation. Sophie jouit de cette menace, elle jouit de mettre l'autre en difficulté face à cette menace de sa propre disparition.

On ressent cette force dans son rapport à l'autre, l'autre doit plier sous son emprise, elle a besoin de le maîtriser par manipulation parfois perverse. C'est une manière indirecte de se protéger de la rencontre avec l'autre. Sophie semble trouver une certaine jouissance à embarrasser l'autre par ses attaques auto-agressives. Elle s'est entaillé le bras à plusieurs reprises dans les lieux de soin, y compris dans notre centre.

Elle recherche des relations fusionnelles et a une vision manichéenne du monde. En développant une relation d'emprise, elle se rassure.

Sophie met parfois en avant sa propre souffrance pour alimenter son omnipotence face à l'autre. Elle a le sentiment qu'étant donné ce qu'elle a vécu, on ne peut rien lui refuser, tout lui est permis, même les attaques les plus violentes.

Cette problématique du type de lien existant entre elle et moi pose la question de la dépendance au thérapeute. Sophie recherche des relations de forte dépendance, il faut donc se méfier de glisser vers une relation aliénante. Et tout particulièrement parce que Sophie suscite des relations passionnelles ! Elle me questionne souvent sur l'intérêt que je lui porte : en effet, à de nombreuses reprises, elle me téléphone et termine son appel par « De toute façon vous vous en foutez, hein Monsieur ! ».

Quels sont mes sentiments pour elle ? Sophie se demande si elle peut me parler, si je suis apte à recevoir sa parole. Elle se préserve d'une relation de honte, honte d'être jugée par moi. Le sentiment de honte revient souvent dans nos entretiens, il est présent en permanence en trame de fond.

Le travail de parole consiste à aider le sujet à retrouver une liberté de penser. Les contraintes de la parole, comme l'énonce S. Lesourd (2005), n'appartiennent à personne, et à ce titre elles ne peuvent générer aucune aliénation à un autre, mais seulement à l'Autre du langage auquel nous sommes tous soumis du fait de notre appartenance à l'espèce humaine.

Par ailleurs, Sophie fonctionne dans le clivage, il y a le bon soignant et le mauvais, la bonne secrétaire et la mauvaise... Elle a une vision puérile du monde.

En fait, dans son rapport à l'autre, elle exige sans cesse de l'autre, si bien qu'à un moment cela explose : ainsi, s'engouffrer avec elle dans l'impasse orale comporte un réel danger de bloquer le processus thérapeutique. Le soignant doit se méfier de ne pas occuper la place où veut le positionner Sophie. Il doit en permanence s'en décaler au risque d'être figé (**Le Poulichet S., 1987**). Ainsi, accepter de lui prescrire un médicament reviendrait à occuper cette place omnipotente que Sophie voudrait m'attribuer. Place ô combien dangereuse car intenable ! Place qu'elle espère secrètement que je n'occupe pas. Sophie n'aurait plus alors qu'à m'en destituer en m'attaquant.

Sophie présente des failles narcissiques majeures avec cette pulsion d'anéantissement très présente en elle. Elle n'a pas pu se construire en tant que sujet sexué, en raison des violences sadiques subies dans son enfance.

On perçoit une instabilité et une grande impulsivité en elle. Le recours au passage à l'acte est fréquent et l'impulsivité infiltre l'ensemble de ses modalités relationnelles.

L'aveu de Sophie : il survient à la sortie de l'hôpital, peu de temps après que je lui ai prescrit le traitement psychotrope. Comment expliquer ce revirement de position de ma part, après le développement précédent argumentant tous les dangers d'une prescription médicamenteuse vis-à-vis de cette patiente ?

Tout d'abord, cette prescription a été initiée par un tiers, un autre psychiatre pendant l'hospitalisation de Sophie. Le fait que ce ne soit pas moi qui l'aie initiée est important. En effet, cela me soustrait d'une position omnipotente en miroir de celle de la patiente.

Il est très différent de prescrire en réponse à une demande de satisfaction directe, que de le faire dans une poursuite d'un traitement initié dans un autre contexte.

En prescrivant d'emblée, je suis trop imprégné d'une toute-puissance qui m'aurait paralysé et mis dans l'impossibilité de me déplacer au gré des mouvements transférentiels. La relation avec la patiente était trop forte à ce moment là, pour en plus venir y rajouter une molécule, un don oral, qui prendrait un caractère quasi incestueux.

Par contre, en me positionnant dans la continuité d'une décision médicale de prescrire, je me place dans une plus grande neutralité, importante pour la thérapie. Posture ici plus technique, servant à déssexualiser l'acte de prescrire en quelque sorte. Il s'agit de le dégager en partie de la relation transférentielle forte. Le psychotrope est ainsi destitué de sa position d'objet magique tout-puissant, en passant par une initialisation par un tiers, et donc probablement moins pris dans une relation transférentielle forte.

A ce compte là, me direz-vous, pourquoi ne pas privilégier une prise en charge bifocale, c'est-à-dire de séparer la prescription du travail de parole psychothérapique ?

En effet, nous y avons pensé et avons envisagé ce montage mais Sophie n'y a pas adhéré. Elle n'est jamais allée voir le psychiatre de l'hôpital, peut-être car il représentait pour elle le temps d'une crise, et que dès lors c'était compliqué d'effectuer ce retour en arrière. Dans ce cas, j'aurais pu tenir la même position clinique que précédemment : c'est-à-dire ne rien prescrire.

De plus, ayons à l'esprit que Sophie utilise le clivage comme mode de défense principal.

Ainsi, lui proposer une prise en charge clivée ne revient-il pas à recréer artificiellement sa propre problématique et à exacerber cette modalité défensive ? Si clivage il y a, ce sera le thérapeute qui en sera le réceptacle, il essaiera de travailler avec.

Dans cette situation clinique, il est important que le thérapeute soit également prescripteur afin d'aider la patiente à réaliser un travail d'introjection.

Enfin, entre les premières demandes et la situation actuelle, Sophie a cheminé, et ses modalités relationnelles se sont un peu assouplies. Donc ce qui n'était pas thérapeutique un temps pourrait le devenir à un autre moment de la relation clinique.

Ainsi, le contexte avait changé, Sophie était moins avide de don oral, elle n'était plus dans cette impériosité de la demande, nous avons cheminé ensemble, et la relation clinique était un peu plus apaisée. Dans ce contexte, l'acte de prescrire me posait moins de problèmes. De plus, le confrère avait pu poser l'indication en prenant le temps de voir évoluer Sophie pendant plusieurs semaines.

Ainsi, la poursuite de ce traitement psychotrope allait passer par moi, et ce n'était pas dépourvu d'intérêt. Je me trouve en effet investi par la patiente, et par ce fait, le médicament prendra de toute manière une connotation spécifique. Cette fois-ci, la prescription venait rassurer la patiente, elle n'avait pas à la demander rageusement.

Des mots ont donc été posés sur ce traitement. Le traitement prend vraiment un caractère de négociation, il devient l'interface des échanges entre Sophie et moi. En lui signifiant que je suis d'accord pour le lui prescrire, je donne une valeur de réparation à ce traitement, au sens de restauration narcissique. Le médicament fait peut-être sans cesse retour à l'objet archaïque de satisfaction.

Il est vrai que de prendre cette place de réparateur reste périlleux car il me semble important de garder une certaine négativité nécessaire du transfert. Ne faut-il pas justement rester sur la crête de l'agressivité en maintenant une certaine frustration chez Sophie ? Ces questions sont importantes à garder à l'esprit.

Le traitement semble important pour Sophie dans le sens où elle a le sentiment d'emporter une présence avec elle à la fin de chaque consultation. Le traitement représente le thérapeute, c'est une façon pour elle de se préserver de cette angoisse d'abandon. L'acte de prescrire vient gommer en quelque sorte la notion de perte. Il la confronte à l'angoissante rencontre face à elle-même en la renvoyant à sa capacité à être seule.

Le traitement procure à Sophie des bénéfices secondaires certains en plus de l'apaisement pharmacologique pur. C'est aussi une sorte de reconnaissance pour Sophie, reconnaissance de sa souffrance psychique et prise en compte de cette souffrance. Ce thème de reconnaissance de la souffrance psychique est primordial : en effet, sa famille n'a jamais voulu entendre son histoire, la parole a été étouffée, le secret est enfoui.

C'est pourquoi dans le rapport à l'adulte, Sophie exprime parfois une rage destructrice, traduisant son incompréhension face au silence familial, et notamment face à l'attitude de sa mère.

Sous cet angle psychopathologique, le traitement se place en réparateur, en restaurateur de cette faille narcissique. Il témoigne de l'horreur de son histoire, il symbolise cette reconnaissance venant du clinicien.

Sophie continue à venir me voir, à me parler. On peut même se demander si l'aveu ne survient pas parce qu'il y a ce support médicamenteux en trame de fond. En effet, elle parle des sévices qu'elle a subis alors que la prescription est en cours. Ici, le traitement n'a-t-il pas rendu possible la prise de risque de se raconter ?

En venant témoigner de la reconnaissance de sa souffrance, l'acte de lui prescrire un psychotrope a donné au thérapeute le statut de sujet apte à recevoir sa parole. Ce que Sophie n'a pu obtenir de sa mère, elle peut le rejouer avec le thérapeute, à travers cet acte de prescription. Le psychotrope devient l'interface entre le désir de raconter son histoire et la haine que Sophie éprouve vis-à-vis de sa mère. Le médicament absorbe ses projections agressives et préserve en partie le clinicien.

Le traitement a également procuré des effets de par son action pharmacologique, en diminuant les pulsions agressives de telle sorte que la patiente puisse parler de toute l'horreur de son histoire. Par ce biais, la parole devient moins destructrice pour Sophie, le médicament rendant possible son déploiement.

Ainsi, en lui prescrivant ce traitement, dans le cadre d'une forte relation transférentielle, les conditions de l'avènement d'une parole ont été réunies. Le traitement a fait en sorte que la parole, source de danger pour Sophie, soit moins destructrice et participe ainsi à la subjectivation. Réciproquement, le travail de parole dans lequel Sophie est engagée a changé la donne quant à une prise d'un médicament prescrit par moi-même. Ce cheminement dans sa parole, dans son histoire, a rendu possible l'action d'une substance psychotrope sans que celle-ci prenne un caractère d'effraction, ou soit trop intrusive pour elle.

En prescrivant ce traitement à ce moment là, j'apportais à Sophie la preuve de ma reconnaissance de sa souffrance psychique, je lui signifiais que je l'écoutais sans jugement aucun.

C'est donc la synergie de ces deux mouvements qui permet à Sophie de s'aventurer dans le déploiement de sa parole. Elle me livre son secret d'enfance. Elle est surprise par cet aveu « Monsieur, je ne sais pas pourquoi je vous ai dit ça ».

Prise dans la relation clinique globale comprenant la relation transférentielle mais aussi la délivrance d'un traitement, Sophie ose se raconter. Et cela lui coûte, elle en a la nausée. Elle raconte cela, puis elle repart avec le traitement, petite partie de moi qu'elle emporte.

Dans ces conditions, sa parole est moins destructrice, le traitement emporté la rassure quant à ma disponibilité pour elle. Il lui procure une sensation de continuité à exister, elle qui est souvent menacée d'effondrement. Le traitement fait donc le lit de la parole et du déroulement de son histoire.

Véritable béquille narcissique, à l'effet d'apaisement intérieur, en colmatant partiellement les failles narcissiques. Même si le sens symbolique du traitement est très important, même si son sens relationnel est primordial, on ne peut pas non plus en ignorer les effets pharmacologiques purs. C'est un médicament antipsychotique, il diminue les sentiments de persécution de Sophie, il apaise les pulsions agressives intérieures.

Le médicament devient le réceptacle de toutes les projections agressives de Sophie en les absorbant. Ce médicament est vécu comme venant de l'intérieur, la patiente lui a donné une place au sein même de son intimité.

La parole de Sophie a changé tout au long du suivi : nous sommes passés d'une parole explosive, lancée à l'état brut, non investie et sans articulation claire à un inconscient sexuel, à une parole liée, en lien avec une intériorité que Sophie s'approprie très progressivement.

Par ce fait, son histoire en devient moins déstructurante, le fait de se raconter prend un caractère renarcissisant.

Sophie devient porteuse de son histoire, elle a une histoire, elle qui au début semblait sans attache, sans amarre aucune. Elle renoue avec son histoire par la parole.

Ainsi, sa parole étant devenue réellement sienne, l'effet de parole pourra s'exercer sur le médicament et le laisser agir pharmacologiquement. Ce ne sera plus une molécule consommée sur un mode explosif et impulsif mais un médicament participant au processus de soin psychique en cours. La portée du médicament a changé : auparavant, le traitement aurait enfermé Sophie dans sa problématique de violence et d'agressivité, alors qu'à ce moment, il apaise cette violence interne, pour laisser s'ouvrir et découvrir de nouvelles modalités d'accès à soi.

L'utilisation agressive qu'elle en fait à un moment montre toute l'ambivalence que Sophie projette sur ce traitement.

En effet, elle l'utilise comme un médicament « coup de poing », contre elle et contre moi-même. Ce médicament, investi affectivement, devient l'objet centralisant toutes les ambiguïtés de la patiente. Le fait d'avoir parlé de son histoire terriblement violente est insoutenable pour elle, elle est intérieurement très bouleversée.

Cela la renvoie à ce sentiment d'anéantissement transmis par son oncle : « Tu n'es rien, si tu parles, je te découpe ». Le traitement peut être l'objet de projections agressives en étant perçu comme élément persécuteur, comme l'objet à détruire.

Dès l'enfance, Sophie a alors dix ans, la parole est censurée et interdite. Elle est assimilée à une faute lourdement sanctionnée. Seul le silence règne. En me parlant, Sophie a réussi à surmonter l'interdit, elle a trouvé une voie pour sa parole.

Bien sûr, cela ne peut se dérouler dans le calme et la tranquillité, car ce qu'elle a à dire est atroce. Ainsi, lorsqu'elle me téléphone pour me dire qu'elle a pris tout le traitement en une seule fois, elle m'exprime tout son désarroi, toute sa haine contre elle-même (« je ne suis rien »). C'est aussi une façon détournée de s'en prendre à moi parce que c'est le traitement prescrit par moi-même qu'elle retourne contre elle. Comme si elle m'en voulait de l'avoir engagée dans le récit de son histoire. Elle m'en tient en partie pour responsable, mais il est intéressant d'avoir un objet intermédiaire entre nous dans ce cas.

Sa destructivité ne porte pas directement sur le thérapeute mais sur elle, via le médicament. Il existe également une dimension masochiste certaine dans ce passage à l'acte.

De plus, lui prescrire un médicament, c'est-à-dire lui donner un objet, me place dans la position de la nourrir narcissiquement et symboliquement. Je prends une place maternelle, et l'on sait que Sophie éprouve des sentiments d'amour mais aussi de haine contre cette mère qui ne l'a pas protégée. Ainsi, occuper cette place de mère primordiale défailante, pour le thérapeute, est une étape dans la thérapie.

Le médicament est une sorte de médiateur entre sa violence et le monde extérieur, mais également un intermédiaire entre elle et sa propre violence. Finalement, on peut penser qu'il atténue la réaction agressive de Sophie après qu'elle a parlé. Il représente une sorte d'interface et évite peut-être une implosion psychique après cette révélation. S'il n'y avait pas eu d'objet tiers, Sophie risquait soit de se suicider, poussée par son impulsivité, soit de passer à l'acte de façon projective sur un autre ou sur moi-même. Passer à l'acte en consommant tout ses médicaments était une façon relativement souple de m'attaquer sans trop de casse.

Sophie fonctionne toujours sur un mode anaclitique, même si ces tendances agressives ont très nettement diminué. Passer à l'acte, c'est aussi me montrer qu'elle existe en tant que sujet souffrant, c'est sa façon pour elle de faire acte de langage.

Même lors de la prise massive de médicaments, elle reste en lien avec moi puisqu'elle m'appelle. Et en même temps on ressent la douleur et l'envie de Sophie de couper radicalement les liens avec moi, comme pour liquider la relation clinique, le thérapeute et elle-même en un seul mouvement.

Sophie fait l'expérimentation de la douleur de la parole. C'est en fait ici qu'opère toute l'alchimie imprévisible : Sophie n'aurait peut-être jamais abordé cette histoire sans ce support chimique externe. Il a constitué une sorte de trame, un filet de protection au cas où la prise de risque aurait été trop grande. Dans l'après coup, je me dis qu'effectivement, Sophie s'est construit une protection contre sa propre agressivité. Elle était écrasée par l'horreur de son histoire, mais éprouvait le désir de me la raconter.

De plus, en prescrivant, c'est-à-dire en prenant une posture maternelle, je lui offre la possibilité qu'en s'adressant à moi, elle raconte symboliquement son histoire à sa mère, sa mère qui n'a jamais voulu entendre la parole de sa fille. Lui prescrire un traitement m'attribue une valence maternelle intéressante pour le processus thérapeutique. En lui refusant la prescription au début, j'avais par contre une posture paternelle.

En oscillant entre proscription et prescription, je prends une place parentale symbolique auprès d'elle. Je réunis à la fois le mauvais objet qu'est la mère et le bon objet qu'est le père. Par l'acte de prescrire, je permets peut-être une intrication pulsionnelle via l'objet médicament.

Ainsi, on peut raisonnablement penser que l'effet pharmacologique du médicament a partiellement favorisé l'engagement dans la parole, de par la sécurité intérieure qu'il apportait. L'autre facteur ayant joué un rôle est la dynamique transférentielle, qui a tant surpris cette patiente depuis le début. Moi-même, j'ai été surpris par ce transfert massif, certes, mais moteur du déroulement d'une parole, aussi douloureuse soit-elle. Le dernier facteur impliqué est cette posture maternelle prise par le thérapeute en prescrivant. Ainsi, nous pensons donc que c'est une synergie de tous ces processus qui a permis d'aboutir à la révélation.

Il est probable que le psychotrope ait procuré des sensations physiques et psychiques internes que Sophie a pu s'approprier afin de les orienter vers un renforcement narcissique.

Une expérience somatopsychique en quelque sorte, que Sophie s'approprie de par ce travail de parole engagé avec le thérapeute. C'est aussi pour ces raisons que le médicament l'apaise.

Après le retournement du traitement contre elle-même en consommant massivement les psychotropes, quelle attitude adopter ? Je suis tenté de ne plus rien prescrire du tout.

Cependant, une telle attitude risque une nouvelle fois de se situer en miroir du fonctionnement de Sophie qui agit sur le mode du tout ou rien. Dans ce cas, je me montre violent, et la non-prescription serait certainement plus destructrice qu'autre chose. Cela la renverrait en effet au néant et à sa propre violence. En tant que thérapeute, je dois assumer ce rôle complexe de prescripteur psychothérapeute.

Je pense qu'une des attitudes cliniques possibles est celle de reprendre ce passage à l'acte de Sophie, en essayant d'y mettre des mots et de poursuivre la prescription de psychotrope. C'est, à mon avis, la meilleure façon de la considérer en tant que sujet responsable de sa santé. C'est ce que je lui réponds au téléphone quand elle m'apprend son geste auto-agressif. Malgré cela, je suis toujours là pour l'écouter, même si la vie n'est pas un long fleuve tranquille. Cette posture est la plus respectueuse du sujet. Elle lui laisse une liberté de mouvement, une possibilité de retourner le traitement contre elle, et au-delà contre moi.

Une autre attitude, adoptée par un de mes confrères, avait été, en mon absence, d'escorter, d'autorité, Sophie à la pharmacie par un infirmier du centre, de façon à contrôler directement le traitement. Je me suis opposé à cette attitude infantilisante et dégradante à l'égard de la patiente. C'était en effet la meilleure façon de la déconsidérer et de la déresponsabiliser. Il est vrai que Sophie exerçait un pouvoir de fascination sur les soignants et qu'il fallait bien se garder d'y succomber. Aussi pouvait-elle susciter des envies fortes d'agir à sa place pour qu'elle puisse mieux vous prendre à contre-pied ensuite.

Le traitement se poursuit donc, et Sophie continue à dérouler sa parole. Elle parviendra à aborder à nouveau son histoire, même si elle en souffre beaucoup après. Le récit de ce rêve où elle est maltraitée sans pouvoir parler, et où elle entend sa mère parler, révèle ce travail en cours au sein de son psychisme. Sophie me parle d'elle, de son intimité de ses difficultés à assumer sa sexualité : « Cela me dégoûte, je ne supporte pas qu'on me touche ».

Lors du suivi, progressivement, le traitement est moins utilisé comme une occasion de s'attaquer soi-même.

Parfois elle me fait remarquer qu'elle ne suivra pas directement la prescription, mais qu'elle aura tendance à prendre plus de comprimés au début, pour en manquer vers la fin de l'ordonnance. Je lui énonce clairement qu'il n'y aura de toute façon pas de represcription, ce qu'elle accepte parfaitement.

Le traitement reste d'une utilisation ambivalente, mais le cadre de la prescription étant posé, Sophie garde une certaine liberté de mouvement par rapport à la prescription. Il ne s'agit pas ici de la mettre sous contrôle chimique, et cette liberté de mouvement est essentielle pour que se poursuive le travail de parole.

Il n'est pas question en effet de vouloir aplanir sa vie par le biais de la prescription d'un psychotrope. Sophie est engagée dans un authentique travail de parole, elle a effectivement bien changé depuis ses premières venues, où sa parole la brûlait au point de la contraindre à fuir face à elle-même. Le suivi se poursuit donc, et Sophie m'annonce qu'elle voudrait me dire quelque chose de grave, mais pour l'instant elle n'y parvient pas.

L'épisode du passage à l'acte m'interroge. Sophie ose me parler de ses hallucinations auditives. Elle s'inquiète de mon jugement éventuel : « Vous allez me prendre pour une folle ». Il me semble qu'un épisode psychotique aigu probablement favorisé par des consommations d'alcool et de cocaïne se soit déclenché.

Mon cheminement pendant des années auprès de cette patiente m'a amené à envisager des hypothèses diagnostiques telles que personnalité état-limite, voire personnalité de structure psychotique.

La décision de lui prescrire un traitement à ce moment précis est plutôt guidée par une réflexion diagnostique. Sophie peut très bien présenter un épisode psychotique bref sur une personnalité état-limite. Comme nous l'avons vu, plusieurs éléments plaident en faveur d'une personnalité limite.

Sophie accepte le traitement, semblant dépassée par cette symptomatologie psychotique. Ici, au moment où je prescris, je mets transitoirement la subjectivité de la patiente entre parenthèses. Sans exercer de violence, la prescription est guidée par la symptomatologie et par un raisonnement plus médical. Il n'y a plus dans ce cas, les tensions relationnelles fortes comme celles du début du suivi. L'acte est plus neutre, plus technique cette fois-ci. Pourtant, les tableaux cliniques ne sont jamais évidents en psychiatrie. Sophie, si elle relève d'une personnalité dite état-limite, montre également une symptomatologie d'allure hystérique. A ce moment là, ce n'est plus la patiente qui demande le médicament mais le thérapeute qui le lui propose. Nous sommes passés sur un registre plus médical symptomatique.

Au cours du suivi, nous avons pu remarquer un glissement dans ses modalités relationnelles avec une érotisation de la relation thérapeutique. Sophie, lorsqu'elle vient à ma consultation, est apprêtée, beaucoup plus féminine qu'au début. Elle semble se faire belle pour moi et donne l'impression de se présenter à un rendez-vous galant. Le lien transférentiel est proche d'un lien amoureux comme le disait Freud S. (1915b) dans ses remarques sur l'amour de transfert.

Si nous tenons compte de ce point de vue, la période hallucinatoire peut également s'inscrire dans le concept de psychose hystérique ou encore être perçue comme une symptomatologie d'emprunt que me livre Sophie.

Ce serait comme un moyen de s'assurer de la permanence de la relation. Elle développerait en quelque sorte des symptômes pour être sûre de me garder. Il faut effectivement bien réfléchir sur ce point, car la question de la dépendance au thérapeute se pose et Sophie la pose à sa façon. Relation de dépendance qui irait alors à l'encontre du processus de subjectivation. Lui prescrire un traitement c'est d'une certaine manière la rendre dépendante de moi. Même si, parfois, cette étape de dépendance est un passage obligé dans la thérapie, il faut s'en méfier tout particulièrement pour ne pas retomber dans les pièges relationnels de Sophie. Il faut donc se dégager d'une prescription aliénante qu'aurait suscitée Sophie par l'apparition de ces symptômes psychotiques. Le soin psychique se complexifie dès qu'on réfléchit un peu et qu'il est abordé dans sa dimension relationnelle.

Laisser la prescription en périphérie semble primordial dans cette situation, pour ne pas lui accorder trop d'importance.

Il serait à présent intéressant d'aborder l'aspect institutionnel. Sophie, à un moment donné, demande à récupérer son traitement auprès des infirmiers pour éviter de « tout prendre d'un coup ». En instaurant un tiers supplémentaire entre le traitement et moi-même, c'est une façon pour elle de séparer en quelque sorte la prise du traitement et le travail de parole. Elle instaure une sorte de prise en charge bifocale à l'intérieur du service, même si c'est moi le prescripteur. Cette modalité est intéressante à réfléchir, elle nous confirme dans notre conviction qu'il n'y a jamais de prescription standard, mais que prescrire est réellement un acte de création.

Finalement, la patiente a trouvé son propre moyen de me détacher de l'acte de prescrire en demandant à prendre son traitement dans le service auprès des infirmiers.

Sans être clairement une thérapie bifocale, thérapie à laquelle j'avais songé à un moment, cette modalité de délivrance et de prescription issue de la relation clinique a un sens pour la patiente, c'est une manière de dissocier l'espace de parole et l'espace de délivrance du traitement médicamenteux.

Il est vrai que Sophie me parle, et a envie de me parler. Elle souhaite me livrer un secret. Il lui faut près de deux mois pour, par petites avancées, finir par me parler de cet avortement suite à un viol. Je suis toujours impressionné par l'effet de la parole. Peut-être trop. Après s'être confiée, Sophie met une fois de plus une distance entre elle et moi en ratant certains de ses rendez-vous.

Et à ce moment, n'ayant peut-être pas perçu cet aspect, pris dans un désir de l'écouter parler, survient « le piège ». Sophie m'interpelle dans le couloir et me demande de la recevoir rapidement.

Elle insiste sur la délivrance de l'ordonnance et rajoute comme par défi : « Donnez-moi mon ordonnance et je m'en vais ». Je me vois obligé de lui signifier quelque chose. Je me place en médecin tout-puissant qui lui explique comment se passe la thérapie. Alors, sans m'en rendre compte, je positionne le traitement et la prescription au centre de la relation. Paradoxalement, en lui annonçant que sa parole est plus importante, que le traitement ne sert à rien sans la parole, je provoque l'effet inverse. Le thérapeute doit éviter une position de savoir, surtout que la psychothérapie ne se décrète d'aucune manière que ce soit. En voulant expliquer à Sophie comment fonctionne une psychothérapie, je sors de mon rôle de thérapeute. L'attitude soignante aurait été de ne pas relever ce que Sophie m'avait dit.

En effet, sans le réaliser vraiment, en prônant la suprématie de la parole, je suis imprégné d'une posture contre-transférentielle et me place en miroir de l'omnipotence de Sophie.

C'est comme si je ne tenais pas compte de l'effet thérapeutique que lui procure le psychotrope ! Ainsi, presque à mon insu, je néglige l'effet pharmacologique du médicament, en prenant le parti pris d'ignorer cette action pharmacologique et en me plaçant en thérapeute tout-puissant.

En effet, en surlignant maladroitement la place du traitement et celle de la parole dans le soin, c'est comme si j'énonçais ma conception du soin en ne me préoccupant pas de Sophie. C'est lui prouver que je ne l'écoute pas car je ne tiens pas compte de sa révélation douloureuse et de cette nécessaire mise à distance qui lui fait suite. Sophie utilise le médicament comme soutien narcissique, il lui sert à soutenir sa propre parole. Parfois, on a le sentiment que la réalité psychique se réduit au lien exclusif au médicament. C'est une façon pour Sophie de se protéger lorsqu'elle s'aventure trop loin par sa parole. Le médicament joue un rôle dans son économie psychique.

Cette attitude peut être perçue comme violente car excluant le sujet. En tout cas, j'ai éprouvé le besoin d'expliquer le soin à Sophie qui ne m'écoutait pas car ce discours ne lui était pas vraiment adressé. En prenant ce rôle d'« enseignant », je perdais celui de thérapeute.

De plus, j'associe le traitement au fait qu'elle vienne me voir, ce qui va à l'encontre de ce que Sophie avait pu imaginer comme montage pour dissocier partiellement médicament et parole. En posant comme un diktat l'obligation de venir me parler, je vais à l'encontre de sa démarche psychothérapeutique. Je lui signifie que le traitement ne sera délivré qu'au prix de sa parole. Que se joue-t-il pour moi à ce moment ?

Je devais probablement réagir, coincé que j'étais dans une posture contre-transférentielle. Un contre-transfert négatif suscité par cette phrase de Sophie. Peut-être une angoisse de perdre subitement le fil psychothérapeutique?

Mon raisonnement était le suivant : comment, après toutes ces années de thérapie, cette patiente pouvait me traiter de la sorte, en minimisant la place de la parole, en attaquant et relativisant ma place de thérapeute ? Un sentiment d'avoir entrepris tout ce travail pour rien, comme s'il était anéanti, m'a alors envahi. Sophie veut peut-être me signifier que rien n'est jamais acquis. Elle attaque mon travail en me montrant qu'elle peut le réduire à néant et qu'il n'a aucune prise sur elle. En d'autres termes, elle m'invite à l'humilité... Nous avons toujours à apprendre des patients et à revoir nos positions thérapeutiques, même celles qui paraissent les plus stables et les plus cohérentes. La clinique psychothérapeutique n'est-elle pas justement une clinique du renoncement, renoncement au pouvoir médical par exemple ? En effet, le clinicien ne doit pas perdre de vue que la psychothérapie contient une part d'auto-guérison venant du patient.

Roland Gori (2000) nous rappelle que le thérapeute, en se privant de prétentions thérapeutiques de savoir, garantit les moyens qu'il se donne pour agir. La psychothérapie n'opère pas par le savoir.

De plus, Sophie m'amène sur un terrain qu'elle sait sensible pour moi : justement celui qui me préoccupe dans ce travail de recherche, celui de la place de la prescription et son sens dans la relation médecin-malade. En me disant : « Faites moi mon ordonnance, et je m'en vais », elle se doute probablement de ma réaction. Il est alors intéressant de penser que Sophie puisse introduire une part de jeu dans notre relation.

Sentant bien qu'il existe une relation transférentielle forte entre nous, elle suscite de ma part un contre-transfert à la mesure de cette force du transfert.

Ce jeu est source de mouvement et c'est moi qui ai en quelque sorte tendu le lien en m'arc-boutant sur une position de détenteur du savoir médical. Il est assez incroyable que je mette des conditions aux venues de Sophie. De même, en plaçant la prise du traitement sous conditions, je brouille les pistes et j'entraîne une confusion dans le travail de parole et d'écoute. En psychothérapie, rien n'est jamais acquis, chaque consultation contient son lot de surprises. Ainsi, j'ai voulu me mettre à l'abri de mauvaises surprises. En ayant le sentiment de tout reprendre comme au commencement, j'ai très certainement ressenti un certain découragement. De mon point de vue, le suivi ronronnait tranquillement, et c'est un rappel violent à la réalité auquel me soumet la patiente en me signifiant qu'elle est toujours là, insaisissable.

Effectivement, ce n'est pas parce qu'elle me parle qu'elle m'appartient et que je contrôle sa vie. Il faut se méfier aussi bien d'une prescription aliénante que d'une parole aliénante.

La parole peut également jouer d'un abus de pouvoir. Ainsi, en lui adressant un discours pour ainsi dire préfabriqué, j'exclus la patiente du processus de soin.

En lui énonçant la manière dont le soin se déroule, je sors de ma position psychothérapeutique. La suite ne s'est donc pas fait attendre ! Sophie ne se présente pas au prochain rendez-vous mais vient deux jours plus tard réclamer son traitement.

Nous nous trouvons dans un cas de figure qui devait inévitablement amener une situation de conflit. Comme pour me montrer le non-sens de cette injonction, Sophie demande avec force son traitement. Le refus de l'équipe infirmière la met hors d'elle. Elle se heurte à eux, et derrière, elle se confronte à moi. Elle ne comprend pas ce refus, hurle, si bien qu'à un moment la violence verbale est telle que l'équipe envisage d'appeler la police. Sans en avoir totalement conscience, j'ai créé une situation explosive.

Il n'était plus question d'effet pharmacologique, mais d'une lutte pour avoir deux comprimés jusqu'à son prochain rendez-vous. Positions fermées des deux côtés. J'avais envisagé cette situation en expliquant qu'il faudrait tenir le non, pour ne pas placer Sophie en situation de toute-puissance. L'impulsivité de Sophie peut resurgir à tout moment. C'est au niveau symbolique que cela se joue, et nous apprendrons par la suite que Sophie était particulièrement tendue ce jour là car elle s'était disputée avec son amie qui l'hébergeait et se retrouvait à la rue sans argent. En réclamant son traitement, elle demandait de l'amour, de la compassion, ou tout au moins de l'intérêt pour elle. Ce non signifiait une négation d'existence, une non-reconnaissance en tant que sujet, et une grande violence exercée contre elle.

Au-delà du traitement, se jouait autre chose sur une autre scène, c'est pourquoi nous pouvons considérer le traitement comme un outil de négociation, d'interface entre Sophie et le monde. Ainsi, dire non est parfois subjectivant, parfois pas ! Cette fois-ci, *a posteriori*, je crois qu'il eût été plus thérapeutique de lui donner ses deux comprimés antipsychotique qui représentaient à ce moment là beaucoup plus pour elle qu'un simple traitement médicamenteux. La dimension symbolique de ce traitement a pris ici toute son importance.

La relation thérapeutique ne s'est toutefois pas interrompue car Sophie a demandé à me parler au téléphone quelques jours plus tard. Elle me demande de la recevoir deux jours avant son rendez-vous, j'accepte. Elle s'excuse pour ses débordements, mais me dit qu'elle n'a pas compris ce refus institutionnel de lui donner deux comprimés. Elle rétorque qu'elle prend un traitement, qu'on ne peut pas le lui arrêter comme cela du jour au lendemain. Nous relativisons néanmoins tous deux l'importance de ce traitement.

Elle me parle à nouveau de ce viol, m'explique que pour elle cette période est toujours une source d'angoisse car elle correspond au moment de l'avortement. Ainsi, Sophie arrive à faire un lien avec sa tension, son agressivité interne et cet avortement. Elle élabore beaucoup en ce moment.

Cela me fait penser qu'elle a beaucoup cheminé, qu'elle n'aurait jamais pu me parler ainsi auparavant. Je réalise ainsi les places très diverses qu'occupe le traitement dans ce suivi.

Actuellement, alors que je l'avais prescrit sur une réflexion diagnostique psychiatrique, il ne me paraît pas si important que cela. Je crois que la thérapie se déroule sur une autre scène, même si parfois la scène pharmacologique, créée par la patiente et le thérapeute, est le lieu d'un authentique travail de parole, à condition d'avoir été inventée en quelque sorte par les deux protagonistes.

C'est effectivement ce qu'avait pensé Sophie en inventant un dispositif thérapeutique faisant intervenir les infirmiers comme tiers entre nous deux et le médicament. Cela évitait de me placer au premier plan dans tous les domaines, psychothérapique et chimiothérapique.

Après cet incident, je continue à prescrire le traitement, mais la délivrance est effectuée par les infirmiers, que la patiente se présente ou non à mes rendez-vous. Cela nous libère tous deux du poids de la prise du traitement. Nous avons, en quelque sorte, dissocié médicament et parole, tout en laissant la trame pharmacologique présente en filigrane dans l'espace de parole.

Il paraît clair que la prise du traitement est actuellement plus symbolique que pharmacologique. Si à un moment, le traitement a joué pleinement son rôle d'antipsychotique, il est plus en retrait aujourd'hui. La symptomatologie hallucinatoire a disparu, et le médicament est là, en fond, comme pour assurer une permanence, une sécurité narcissique. En ce sens, oui, il joue un rôle pharmacologique d'apaisement, et la patiente l'a positivement investi. Ce qui fait que les effets pharmacologiques n'ont plus qu'à se laisser guider naturellement par le psychisme et la parole de la patiente.

La place que ce médicament tient pour Sophie, personne ne peut la percevoir vraiment, elle seule le sait, et encore, plus ou moins consciemment. Il est indubitablement inscrit dans le travail de parole engagé depuis longtemps. Sophie commence même à songer à un moment où elle pourra l'arrêter mais ce moment n'est pas encore arrivé selon elle. Il s'agit vraiment d'un cheminement à deux, à travers une histoire qui fait sens progressivement. J'ai appris par Sophie qu'on ne devait jamais en arriver à expliquer ce qui se passe au cours d'une psychothérapie.

C'est la relation thérapeutique elle-même qui génère un pouvoir thérapeutique, et vouloir l'explicitier est justement un non-sens thérapeutique. Ainsi, ce pouvoir thérapeutique issu de la rencontre, s'associe au pouvoir pharmacologique d'une molécule.

La présence d'un traitement n'a pas empêché la poursuite du travail de parole. Elle l'a peut-être même favorisé à un moment. J'ai réalisé que la prise d'un traitement était parfois un prétexte pour Sophie pour se dire qu'elle venait voir un psychiatre. Cela la protégeait contre sa propre folie et la rassurait certainement quant à ses capacités à parler d'elle.

Le médicament et l'acte de prescrire ont vraiment créé un coussin de sécurité, faisant le nid du déploiement de la parole. Les interactions de ce trépied thérapeute-médicament-patient ont été multiples et pluridirectionnelles. Les effets pharmacologiques d'apaisement, de diminution d'angoisses archaïques ont probablement permis à Sophie d'oser raconter son histoire.

Mais cela, à la seule condition que ce traitement était pris dans la nasse transférentielle. La valence thérapeutique du traitement était guidée par cette relation transférentielle. Elle lui a permis de délivrer tout son effet thérapeutique.

Cela n'allait pas de soi, car dans cette situation clinique, la posture réparatrice pouvait tuer le processus thérapeutique. Or, il n'en a rien été. En fait, rappelons qu'au tout début, j'ai différé la prescription médicamenteuse demandée par Sophie. La demande était tellement empreinte d'impériosité, d'immédiateté, qu'il me paraissait fondamental d'étirer le temps. Cela a permis d'éviter une confrontation trop directe avec les exigences d'absolu de Sophie, exigences, nous l'avons vu, ne pouvant en aucun cas être satisfaites.

Ainsi, il était important pour que le processus thérapeutique se poursuive de faire ce petit pas de côté. Donc, dans cette situation, la temporalité de la prescription, au rythme de la psychothérapie, a été primordiale. Le sens d'une prescription est variable selon le moment où il survient dans le suivi thérapeutique.

On peut encore traduire cette constatation par le fait que le psychisme n'est pas toujours prêt à accueillir une molécule. Il faut un travail préparatoire, travail de mise en mots d'une histoire, d'appropriation d'une parole intime. A ce compte là, la parole pourra interagir de façon bénéfique avec le psychotrope. Ce travail préparatoire s'effectue également du côté du thérapeute : celui-ci doit se préparer à prescrire, par son propre cheminement interne, guidé par la relation transférentielle. Il persiste toujours des zones d'ombre au moment où le clinicien prend la décision de prescrire : qu'est ce qui le décide réellement à passer à l'acte ? L'acte de prescrire résulte en partie d'un mouvement venant de l'intérieur du psychisme du thérapeute.

Ce cheminement interne passe par un renoncement à la toute-puissance de la parole comme seul outil thérapeutique. Le thérapeute doit donc s'approprier l'acte de prescrire en reconnaissant que la molécule a également un effet thérapeutique à côté de celui de la parole. Ainsi, la molécule véhicule une certaine partie du contenu psychique du thérapeute en plus de son effet pharmacologique.

Le renoncement à la seule action de la parole peut être transmis par la molécule. Dans le cas de Sophie, il m'a fallu un temps préparatoire pour que je puisse lui prescrire un traitement. Ce temps a correspondu à un cheminement personnel, fait de renoncement à la toute-puissance de la parole, et à la recherche d'une alliance parole-médicament. Sophie m'a montré qu'un travail de parole était possible voire facilité par la délivrance d'un psychotrope. Il est vrai que dans son cas, la perspective d'une prescription m'effrayait. J'ai dû dépasser mes propres craintes et convictions par rapport à la toute-puissance de la parole, avant de lui prescrire le traitement. Donc le cheminement a bien eu lieu pour moi.

J'ai progressivement appris à connaître les modalités relationnelles de Sophie, la relation transférentielle a influencé mon propre psychisme. Parole et médicament ont des vertus thérapeutiques à condition qu'on ne cherche pas à expliquer leur modalité d'action. Nous avons pu nous rendre compte des conséquences désastreuses d'une tentative d'explication. Le thérapeute restera humble face à l'acte de prescrire et face à la psychothérapie.

Parallèlement, un cheminement s'opérait également pour Sophie : il lui a permis d'accepter la molécule et de la recevoir dans de bonnes conditions psychiques. Les influences sont donc réciproques et complexes : le psychisme de Sophie agit sur le mien et inversement, et la rencontre clinique a un effet sur nous deux.

Remarquons que Sophie a réussi à habiter sa parole. Elle me parle d'un rêve où elle est maltraitée : L'épisode de récit du rêve est certainement important dans cette appropriation de sa parole.

De plus, Sophie a baigné petite dans une sorte de violence fondamentale. On lui a interdit la parole, le fait de parler était assimilé à une faute irréparable. Une mise à mort en quelque sorte. Ensuite, sa mère n'a jamais pu ou voulu entendre sa fille au sujet des sévices subis.

Donc, Sophie a une expérience du monde des adultes comme d'un monde sans Loi, sans parole. Elle ne peut compter sur personne. Voilà pourquoi le lien thérapeutique créé ici est si fondamental pour elle. Il lui permet, peut-être pour la première fois, de mettre à l'épreuve sa parole à travers une relation à l'Autre. Nous sommes progressivement passés d'une pulsion d'anéantissement à une pulsion de vie. A ce titre, l'érotisation de la relation thérapeutique est un signe des avancées psychiques de la patiente.

Nous nous rendons bien compte qu'au cours de la clinique, les prescriptions de psychotropes prennent un sens et ont une action dépassant largement le seul effet pharmacologique. Le médicament prend une connotation spécifique dès qu'il entre en jeu dans la relation médecin-malade.

Ainsi, cette dimension relationnelle, ces enjeux symboliques, ne peuvent en aucun cas être détachés de la molécule, même si cela rend moins scientifique la prescription de psychotropes.

Ce cas clinique reflète toute la complexité de l'acte de prescrire et les différents sens qu'il peut prendre au cours d'un suivi.

De plus, la posture du clinicien oscillant entre proscription et prescription permet de jouer sur différentes valences symboliques des places que peut tenir le thérapeute : posture paternelle, instaurant des limites, réinstaurant une confiance dans la parole de l'adulte pour Sophie, posture maternelle d'une mère primordiale défaillante.

Ces différentes places ont permis une élaboration de l'histoire familiale par la parole. L'effet pharmacologique a lui aussi joué son rôle, effet étroitement intriqué aux effets de parole.

Le fait thérapeutique inclut la dimension relationnelle aussi bien que l'effet pharmacologique. Il nous semble important d'insister sur la dimension de mouvement incluse dans la prescription d'un médicament. Le médicament n'est effectivement pas un objet inerte, il faut le concevoir comme un objet en mouvance permanent, au gré des mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Il y a donc des oscillations permanentes dans l'acte de prescrire, oscillations reflétant les fluctuations de la relation médecin-malade.

Nous allons aborder, dans le prochain cas clinique, les dangers et les leures d'une prescription médicamenteuse au cours d'un suivi psychothérapeutique.

C. Denise ou la tyrannie de la passion

1. Histoire clinique

Denise a vingt et un ans quand elle vient me voir à la consultation. Elle est adressée par le médecin de famille pour anorexie et syndrome dépressif. Originnaire d'une autre région, elle vit à Marseille pour ses études. Elle se présente comme une grande jeune femme, longs cheveux blonds, visage dur et creusé, me regardant droit dans les yeux. Vêtue d'une longue jupe et de voiles multicolores, elle attire le regard, ne passe pas inaperçue. Elle dégage d'emblée quelque chose de fort, même sans parler. Denise laisse de longs silences dans les entretiens, silences que je respecte. Je me trouve presque suspendu à ses lèvres, l'écoutant parler très attentivement, comme capté par sa parole. J'insiste sur ce côté captivant émanant d'elle.

Je la trouve même fascinante : elle dégage à la fois une impression de force et d'extrême fragilité. « C'est moi qui ai fait cette démarche ». Elle me parle d'un mal-être qui existe depuis très longtemps (depuis l'âge de quinze ans), « un mal-être qui m'échappe ». Je lui propose d'essayer de mieux le cerner, de progressivement lui donner du sens. Elle me dit qu'elle est épuisée psychologiquement. Elle parle de « période où tout s'effondre, où plus rien ne tient ». Elle me signale qu'elle a pris de l'héroïne à l'âge de dix-huit ans, et qu'elle en a repris ponctuellement pour le Nouvel An, il y a sept mois.

Denise parle de son enfance, de sa déception de ne pas appartenir à une « vraie » famille. « Quand on partait en vacances, j'espérais tellement que les choses changent, j'étais toujours déçue ». Moi : « Déçue ? ». Elle : « je voulais changer de quotidien, depuis toute petite, j'ai ressenti que ma mère était malheureuse, elle voulait que je sois triste comme elle, je me levais la nuit pour voir si elle était en vie ». Une certaine angoisse de perte de sa mère est palpable lorsque Denise parle de cette situation. « Je pensais qu'en partant tous ensemble, l'ambiance familiale se transformerait ». « Partir, c'est le voyage, c'est également mourir. » Moi : « Et cette ambiance familiale ? » Elle : « Mes parents contrôlaient tout ce que je faisais, ma mère a toujours été très inquiète, mon père, je ne sais pas, mon petit frère de dix-huit ans a toujours eu ce que je n'ai jamais eu », « J'ai toujours eu le sentiment d'être la mauvaise fille, d'être la cause de ce qui n'allait pas dans la famille, on m'a attribué cette place... ». « Je ne correspondais pas au désir de mes parents ». Denise insiste sur le rabaissement constant de ses parents : « Tu n'es bonne à rien ». « Mon père n'a jamais montré qu'il m'aimait, il ne montre pas ses émotions, il ne disait jamais rien ».

En parlant de son père c'est d'elle qu'elle parle également. Denise semble ne pas se satisfaire de sa vie telle qu'elle est. A son contact, on ressent une tension explosive. J'avais le sentiment qu'elle aurait pu se lever, retourner le bureau et s'en aller.

Ces premières rencontres sont donc tendues psychologiquement, la parole est lourde, oppressante. Je pense que Denise doit prendre du temps pour s'approprier sa parole et son histoire.

Je m'arrête sur un moment particulier au cours de ce suivi : Denise vient très régulièrement à ces rendez-vous depuis deux mois. Elle arrive comme d'habitude à son horaire, mais ne dit rien. Un silence lourd pèse dans mon bureau. Elle est impressionnante. Je suis décontenancé et mal à l'aise. Ne rien dire et attendre ? Essayer de placer quelques mots pour rompre ce silence intenable ? Je ne sais pas trop comment l'aborder tant je ressens une tension forte en elle, mais aussi et surtout en moi. Je me hasarde au bout d'un moment : « Vous paraissez tendue. ». Elle : « Non, je vais très bien ». Survient à nouveau un silence, je sens qu'il faut accepter ce blanc. C'est à nouveau moi qui romps le silence. Je crois qu'elle me teste, qu'elle teste mes capacités à recevoir ses silences. En fait elle adopte une attitude défi, défi de la faire parler. Elle me place sous son emprise. J'ai le sentiment qu'elle retire une certaine jouissance à me mettre en difficulté, dans l'embarras. Se positionne-t-elle comme un enfant qui croit que l'adulte sait ce qu'il pense sans parler ?

Au bout d'une demi-heure, Denise se lève, furieuse, et me lance avant de partir : « Comment voulez vous que j'aie confiance en vous si vous me dites que je vais mal alors que je me tue à vous dire que ça va bien ? ».

Je lui donne rendez-vous la semaine prochaine à la même heure, elle ne répond rien et quitte le bureau. Cette scène ressemble justement à un épisode dramatique, peut-être en a-t-elle joué, elle qui pratique le théâtre ? Elle revient la semaine d'après. J'ai beaucoup repensé à cette dernière séance. Je craignais qu'elle ne revienne pas, je pensais avoir raté quelque chose de l'ordre d'une épreuve. L'entretien suivant, je reprends, lui expose mon empressement à rompre ses silences. Je lui parle de ma difficulté à saisir ce qui se passait en elle.

Elle me dit que justement elle en a par-dessus la tête de son entourage proche qui n'a de cesse de s'inquiéter pour elle en raison de son anorexie, « Mes amis ne me parlent plus que de ça, je les ai obligés à ne plus aborder ce sujet avec moi ». Je perçois chez Denise une radicalité extrême dans ses modalités relationnelles. « C'est comme avec mes parents, eux aussi ils s'inquiètent pour la nourriture ». Je lui demande ce qu'elle en pense. Elle : « Plus je me sens mal moins je mange, ça me procure du plaisir, ça m'apaise ».

Elle ne parle pas de son vécu corporel, elle coupe court au sujet lorsque j'aborde, surement maladroitement, la question des transformations pubertaires, de la sexualité, lors de son adolescence. Elle réplique fermement : « Ça n'a rien à voir avec l'anorexie ».

Denise décrit des relations affectives chaotiques. Elle aime séduire, attirer l'attention. Elle éprouve du désir avant que la relation ne s'engage, puis très vite cette relation se fige, Denise se montrant exigeante et tyrannique avec son partenaire. Elle est incapable de montrer la moindre émotion envers son compagnon, en souffre alors de plus en plus. Elle parle de cercle infernal qui la mène jusqu'à la rupture radicale. Elle n'éprouve aucun plaisir dans la sexualité qui la répugne. Elle me semble terrorisée par tout ce qui concerne la sexualité. Elle vit ses relations sur un mode très stoïque, et se montre très défensive dans la relation à l'autre, voire farouche.

A la fin d'une séance, survient l'oubli : Denise oublie, sur mon bureau, une boîte de médicaments que je ne connais pas. Elle abandonne cette boîte en partant de sa consultation. Ne connaissant pas ce médicament, je regarde précipitamment dans mon dictionnaire *Vidal* : il s'agit d'antalgiques morphiniques mineurs. Je dois dire que c'est avec une certaine excitation et curiosité que je suis allé chercher ce que représentait pharmacologiquement ce médicament. Je l'ai peut-être pris comme une offrande venant de sa part.

Sophie revient rapidement les chercher, je lui rends sa boîte, l'air triomphant, en lui faisant remarquer que ce n'est pas anodin, cet oubli. Elle sourit puis s'en va.

Lors de la séance suivante, je lui fais remarquer encore une fois que cet oubli me surprend. Elle sourit et m'explique qu'elle prend ces cachets depuis de nombreuses années, c'est devenu une habitude qui comble un manque depuis ses prises d'héroïne. Comme libérée d'un poids, elle parle beaucoup lors de cette séance, elle aborde l'histoire familiale, elle revient sur son sentiment d'avoir été une petite fille que personne n'aimait, mise au ban de la famille. Elle insiste sur ce frère qui, lui, est un brillant lycéen, fierté de la famille.

Je m'interroge : Denise ne m'a-t-elle pas testé à propos de cet oubli de médicaments ? Que voulait-elle me dire ? Est-ce un moyen de m'interpeller en tant que médecin ? C'était encore une fois à moi de trouver le sens, de deviner. En abandonnant cette boîte, est ce que Denise attendait que je la fasse disparaître comme pour résoudre en même temps la problématique qui lui était attenante ?

La position de clinicien n'impliquait-elle pas de ne pas chercher à savoir à tout prix ce qu'était ce médicament, en profitant justement de mon ignorance à ce sujet ? Une posture plus neutre pour ainsi dire. Denise est certainement venue m'interpeller sur le domaine médical.

L'oubli de cette boîte de médicaments semble marquer un tournant dans la relation thérapeutique engagée auprès d'elle.

D'ailleurs, peu de temps après, elle me demande une prescription d'antidépresseur devant, certes, des signes dépressifs nets : irritabilité majeure, dévalorisation, incapacité à se concentrer, insomnie avec réveils matinaux, angoisse matinale, ruminations psychiques incessantes tournant autour d'une dépréciation majeure.

Bref, elle présente une symptomatologie psychiatrique qu'on peut effectivement qualifier de dépressive. Rappelons que c'était le motif de consultation de la patiente. J'hésite quant à la prescription d'antidépresseur. En effet, son état dépressif ne me semble pas majeur au point d'appeler un traitement pharmacologique. De plus, je ne suis pas certain que cela soit une maladie dépressive, mais plutôt une dépressivité de l'adolescence.

Je lui expose ma réflexion, la mettant en garde des risques de « biologisation » de la relation psychothérapeutique. Je me lance dans des tentatives de justification alors qu'elle fonctionne sur un mode radical, sans compromis. Ces discussions ne doivent probablement pas l'intéresser. Elle insiste la séance suivante, et, surprise, je cède, mais sans conviction. Je prescris donc ce traitement sans indication claire pour moi. Est-ce que c'est un moyen d'éviter de la perdre en accédant à ses demandes ? Ce traitement est donc prescrit sans préparation préalable, et vient même faire irruption dans le travail de parole qui s'amorçait.

Dès lors, la relation clinique change, la parole étant beaucoup plus verrouillée. Je réalise très vite mon erreur par rapport à ma décision de prescrire, et j'essaie de mettre entre parenthèses le traitement médicamenteux, mais Denise ne l'entend pas de cette oreille et va même exercer une pression encore plus forte sur moi. Elle semble avoir gagné quelque chose par cette prescription, comme si c'était une victoire pour elle de m'avoir incité à prescrire. Je suis incapable de décrire réellement ce qui m'a décidé à prescrire, mais dans tous les cas, avec du recul, il ne me semble pas que ce soit l'état clinique de la patiente qui ait guidé mon acte.

Le traitement antidépresseur est mal supporté, Denise se présente même aux urgences pour des nausées et des vomissements. On lui laisse entendre que ce sont les effets secondaires de l'antidépresseur qui sont possiblement en cause dans son tableau clinique. Lors d'une consultation, elle se plaint du traitement que je lui ai prescrit. « C'est un mauvais médicament, il me rend malade, il ne fallait pas me le prescrire ». Je lui propose de l'arrêter mais elle ne veut pas, « C'est vous qui me l'avez prescrit, donc il faut le continuer ». Je sens le piège se refermer sur moi. Je suis en train d'apprendre à mes dépens qu'une prescription ne peut en aucun cas se faire à la légère, et surtout pas dans le but de satisfaire un patient.

La relation clinique se poursuit dans la fuite pharmacologique. Je constate en effet une escalade infernale dans les demandes de prescriptions. Denise arrive à une séance, livide, en manque. En manque ? D'héroïne qu'elle a consommée pendant plus de six jours de suite. Elle est pressante, impérieuse, dévorante dans sa demande. Je suis désarçonné car je n'avais jamais envisagé l'idée d'une prescription de substitution d'héroïne. Elle m'explique qu'il y a urgence, elle doit passer ses examens de théâtre pendant trois semaines, elle ne peut assumer le manque physique, elle sera obligée de reprendre de l'héroïne etc... etc., bref, je n'ai pas le choix, il faut impérativement que je fasse quelque chose pour elle. Je pense à un substitut des opiacés, le *subutex*, mais la prescription ne me semble pas adaptée. Evidemment, la décision doit se prendre tout de suite ou jamais, elle part pendant trois semaines. Or, avec ce genre de traitement, il faut prendre son temps, il s'agit plus de faire une prescription par rapport à une situation que de donner un médicament à proprement parler. Et là encore, j'accepte de prescrire le fameux traitement de substitution, à faible dose certes, mais je le prescris pour apaiser son manque d'héroïne, pour aller dans le sens de sa demande. Pourquoi ? Angoisse de la perdre ? Nous développerons ce questionnement dans la discussion clinique.

Ce passage à l'acte me questionne toujours : comment ai-je pu m'embarquer dans une telle prescription envers et contre tout ? La patiente a-t-elle perçu un intérêt de ma part pour les problématiques de drogues ou pour les addictions ?

J'ai le sentiment de perdre pied, tout ce travail de parole, d'écoute, semble progressivement voler en éclats, anéanti par la prescription médicamenteuse. Denise rate un rendez-vous, elle me demande au téléphone, exigeant de venir sur un autre horaire, elle est furieuse, elle me reproche maintenant cette prescription de *subutex* qui la rend dépendante, qu'elle ne peut plus arrêter. Elle vient au centre, je la reçois, j'essaie d'aborder ce qui se joue actuellement dans le suivi avec elle. Je crois que c'est trop tard, que les jeux sont faits et que le sort de la relation psychothérapeutique est scellé. Le dernier élément sera un retard de ma part à un rendez-vous. Denise est explosive, furieuse contre moi, elle doit partir pendant un mois chez ses parents pour travailler en tant que baby-sitter. Je lui donne rendez-vous à son retour. On retrouvera le carton de rendez-vous déchiré en petits morceaux devant la porte du centre. Je n'ai plus eu de nouvelles depuis ce jour.

2. Discussion clinique

Plusieurs interrogations se posent dans cette situation : c'est au moment où le processus psychothérapeutique s'est engagé qu'est apparue cette fuite en avant dans le chimique. Comment et pourquoi me suis-je engagé sur la voie pharmacologique avec cette patiente alors que la clinique ne le justifiait pas nécessairement, ou en tout cas, pas aussi rapidement ? Une des difficultés soulevées ici est celle du maniement du transfert. Dans ce cas, les mouvements transférentiels et contre-transférentiels ont été particulièrement intenses et déstabilisants pour moi. Comme le mentionnait Freud S. (**Freud S., 1912**), « le thérapeute doit laisser subsister chez le malade besoin et désirance, en tant que forces poussant au travail et au changement, et se garder de les apaiser par des succédanés ». Denise a investi massivement la relation avec moi selon ses propres modalités relationnelles. C'est à dire en plaçant l'Autre face à des exigences impérieuses, en infiltrant sa demande d'un besoin d'amour inflexible. Elle semble en effet fonctionner dans la radicalité la plus extrême. Jessica Choukroun et Mohammed Ham (**2009**) parlent de ravage qui s'actualise dans le transfert pour mettre à mal voire empêcher un transfert d'amour et pour faire perdurer cette passion.

« Ainsi le thérapeute est amené à travailler avec les forces les plus explosives et il faut la même prudence et la même scrupulosité que le chimiste pour manier cette relation transférentielle (**Freud S., 1912**) ». C'est peut-être cela qui m'a placé d'emblée sur cette position d'inconfort total face à cette patiente, ressentant bien que l'espace pour la parole était très étroit tant la relation avec elle était à flux tendu, proche d'une relation passionnelle. Le thérapeute devient peut-être l'objet de l'anorexique, qu'elle cherche à annihiler. Dans cette relation, le moindre mot vaut injonction au lieu de valoir interprétation.

Le moment où je décide, ou plutôt le moment où je suis amené à accepter de prescrire, appelle une analyse fine. C'est après des consultations difficiles, inconfortables et déstabilisantes que se déroule le passage à l'acte sous forme de prescription, précédé par l'oubli du traitement antalgique sur mon bureau.

Mon égarement dans les prescriptions médicamenteuses était probablement guidé par la crainte de cette relation explosive qu'il fallait recevoir sans être emporté. Cette demande médicamenteuse, tout comme l'oubli du médicament, était à interpréter comme un test vis-à-vis de ma capacité à recevoir sa toute la radicalité contenue dans sa parole. En fait, c'est au moment où s'amorce une relation transférentielle, moment où le thérapeute est engagé personnellement dans ce transfert, que survient la prescription. Celle-ci rassure le soignant dans son engagement transférentiel, elle lui donne bonne conscience pour ainsi dire.

La prescription a favorisé l'évacuation du thérapeute et de la patiente en tant que Sujet. Elle est venue disqualifier, dénommer le travail d'écoute.

Dans cette rencontre, tout était extrêmement fragile et intense d'un point de vue relationnel, si bien qu'une prescription médicamenteuse pouvait prendre fonction de détonateur, d'anéantissement de la relation psychothérapeutique engagée. Les résistances de la patiente étaient, à ce moment là, très fortes.

Résistant au transfert, la patiente a entraîné la relation transférentielle vers une relation passionnelle, modalité relationnelle qu'elle déploie dans sa vie de tous les jours. Face à sa demande impérieuse, à son intolérance au manque, il aurait fallu différer, quitte à prendre le risque de la perdre. Cette question de perte est importante, le risque d'interruption de ce travail m'angoissait-il ? J'ai peut-être voulu la satisfaire à tout prix pour être sûr qu'elle s'engage dans le soin, ou pour ne pas subir cette relation passionnelle. Cependant une satisfaction réelle par le don d'un médicament pris par voie orale ne saurait venir combler la demande de cette patiente, demande qui se place dans le registre de l'absolu d'amour, de l'inflexibilité et de l'impériosité. Plus la demande semble empreinte d'impériosité, d'attente dévorante, plus il faut oser différer, étirer le temps. Cette temporalité de l'immédiateté n'est en effet pas celle du sujet, mais plus celle de la désubjectivation, de la dévastation. En n'accédant pas à sa demande, je laissais entrevoir une autre modalité relationnelle que celle de la toute-puissance. Denise, quant à elle, n'était pas en capacité de dire non, c'est pourquoi c'était peut-être au thérapeute à lui signifier ce non, pour qu'elle se l'approprie par la suite. Tout le mouvement du travail psychothérapeutique consistait à l'orienter vers le consentement à la perte, chose à laquelle, Denise ne pouvait pas accéder : consentir à la perte revenait à penser à la mort possible de sa mère, et à sa propre fin, ce qui n'était pas pensable.

En lui prescrivant un médicament, je crée un effet miroir entre l'attente magique de la patiente et l'acte de prescrire en tant qu'acte bienfaiteur. Denise fonctionne sur un mode très puéril, elle attend de son interlocuteur qu'il devine ce qu'elle veut dire. Elle espère être comblée par ce traitement. Ainsi, en répondant par une prescription, nous ne plaçons pas cet acte comme un acte subjectivant s'inscrivant dans une relation psychothérapeutique, mais comme une action s'engouffrant dans les béances de la patiente. Prescrire ainsi n'a pas valeur d'acte de langage, c'est uniquement renvoyer la patiente à sa propre radicalité. Il s'agit donc d'une réponse thérapeutique relevant de l'injonction, une sorte de prescription « coup de poing » ne donnant pas de place au sujet en tant que tel. Une telle prescription ne fait pas limite à l'omnipotence de Denise, elle ne la renvoie qu'à sa propre violence, et lui signifie qu'elle est toute-puissante, sans manque aucun, sans faille aucune.

Elle la conforte dans sa quête effrénée de toute-puissance. Ainsi, l'acte de prescrire, sous cet éclairage psychopathologique, accentue les risques de passages à l'acte et démultiplie la rage narcissique de la patiente.

De plus, dans ce cas précis, gardons bien à l'esprit que la patiente présente une problématique anorexique, impliquant donc l'oralité. Que dire de cette anorexie ? Elle peut se lire comme une remise en jeu du corps au détriment de l'objet. Le corps serait le lieu de cet Autre-jour, il s'agit de se soustraire à la jouissance phallique. La sexualité de Denise semble inexistante, Denise donnant d'ailleurs l'impression d'un individu asexué. Toutes ses formes féminines sont effacées. Le corps est devenu le lieu privilégié de l'expression d'une souffrance psychique. Cette forme ultime du jeu avec la limite vitale du corps n'est que le signe de cette place du corps propre comme ultime lieu où incarner la limite.

Ainsi, l'acte de lui prescrire un médicament concerne directement cette problématique anorexique, c'est en quelque sorte la nourrir. Par cet acte, le thérapeute est ainsi replacé au cœur de la problématique de la patiente en prenant une position maternelle, de mère nourricière. L'acte même de prescrire contient une part de maternel. Toute la question est de savoir si occuper une place maternelle est thérapeutique pour cette patiente. Denise percevait sa mère comme une femme triste qui voulait que sa fille soit « triste comme elle » selon Denise. La patiente se levait la nuit pour vérifier que sa mère était toujours vivante. Être triste revient à se rapprocher de sa mère. Denise semble à la fois fascinée par sa mère et sa fragilité et haineuse contre elle. Donc, l'imaginaire maternel n'est pas très solide, il n'a pas été rassurant et structurant pour Denise. Occuper une place maternelle entraîne une réactivation de cette relation passionnelle entretenue entre elle et sa mère.

Le fait que l'antidépresseur, une fois prescrit, soit mal supporté voire rejeté par la patiente montre bien que cette prescription ne s'inscrivait pas dans la relation clinique. Elle venait en écueil à la relation psychothérapeutique. La patiente n'était pas prête à recevoir cet antidépresseur, d'où les effets particulièrement néfastes du médicament. On peut parler d'effet nocebo.

De plus, le psychotrope provoque des manifestations physiques corporelles. Ces manifestations somatopsychiques paraissent probablement intolérables car terriblement intrusives. La prescription risque de prendre un caractère de quasi viol de la patiente. Denise n'était pas en mesure de *qualifier* ces manifestations somato-psychiques procurées par le médicament. Ces manifestations ont donc pris un caractère intrusif, qu'elle a retourné contre moi. Elle m'en voulait en quelque sorte d'avoir cédé à sa demande médicamenteuse, et effectivement ce n'était pas là que se jouait la thérapie.

Ainsi, les effets psychiques de désinhibition du psychotrope n'ont pas pu être intériorisés par la patiente. Elle n'a pas été en capacité de se les approprier, mais elle a été dans l'obligation de les projeter violemment au dehors d'elle en direction du thérapeute. Ce dernier est devenu le mauvais objet.

En tant que clinicien, je n'ai pas pris le temps du cheminement intérieur avant de prescrire. J'utilise le médicament un peu comme une arme de défense sans aider au processus de qualification par la parole. La période préparatoire pour en faire un médicament inscrit dans la relation clinique a été escamotée dans cette histoire clinique.

Nous constatons que le psychisme de la patiente interagit avec la molécule, mais dans le mauvais sens, celui de l'intolérance et des effets secondaires. Le médicament reflète la tournure prise par la relation clinique : affrontement, fougue passionnelle et haine. Ainsi, l'effet pharmacologique passe au second plan, car rien n'est préparé pour qu'il puisse pleinement agir. Ici c'est plutôt le rejet qui prime. Les effets pharmacologiques sont écrasés par l'aspect conflictuel de la relation thérapeutique. L'intensité du rejet de l'antidépresseur résume l'intensité du conflit.

La demande impérieuse de traitement de substitution coïncidait avec une demande qui exige d'emblée la saturation par la satisfaction. Cette demande de substitution se place dans le réel, la patiente venant me demander la bonne clé (**Hassoun J., 1997**). En répondant à l'urgence absolue de sa demande, par rapport au manque physique évoqué, je prends la place du psychiatre de substitution à son désir. J'occupe toutes les places que la patiente souhaite m'attribuer, me laissant entraîner à combler un manque irréductible. Je relève ainsi le défi de tenir une place intenable, position ô combien bancale ! Je réponds à toutes ses sollicitations en lui confirmant qu'elle est sur la bonne voie, qu'elle pourra atteindre une jouissance totale en faisant l'économie de l'angoissante question du rapport à l'Autre.

Le traitement prend aussi une connotation sexuelle car c'est un médicament sensé pallier l'héroïne qui, elle, entraîne une jouissance chimique. C'est une façon de me mettre à sa merci, en place de dispensateur de jouissance chimique, demandée sous forme d'injonction à la combler.

Ainsi le thérapeute, par le biais de cette prescription, commet l'équivalent d'un déduit sexuel. Certes, la patiente a appelé à cette violence, violence par rapport à laquelle justement il fallait se décaler en ne répondant pas à cette demande. L'acte de prescrire a pris alors une connotation violente, en ne permettant aucune ouverture sur la parole mais en fermant et bâillonnant la patiente.

De plus, en lui prescrivant un traitement de substitution, je la rendais dépendante du traitement, et par la même occasion, dépendante de moi. Je m'assurais de sa présence dans la durée, pensant mieux la soigner en l'aliénant.

Mais un soin psychothérapeutique ne s'impose pas ni ne se décrète, il ne se balise pas non plus, sinon la relation psychothérapeutique ne s'engage pas. Un soin psychothérapeutique se vit au gré de la rencontre avec le risque permanent qu'il s'interrompe de façon imprévisible.

En prescrivant ce traitement de substitution, j'aliène la patiente, j'annule toute possibilité de perte car le médicament empêche la perte. Je propose donc une autre élaboration, ayant à voir avec la jouissance totale, sans manque. En prescrivant, j'empêche la patiente d'élaborer quoi que ce soit sur la notion de perte, élaboration qui pourtant semble essentielle, dans son cas. Rappelons en effet que la patiente, enfant, était terrorisée à l'idée de perdre sa mère. Donc non seulement l'acte de prescrire ne s'inscrivait pas dans une dynamique psychothérapique, mais il constituait un véritable obstacle à ce travail en obturant toutes les ouvertures qui semblaient exister à un moment donné. En prescrivant ce traitement, je me préservais également de l'angoisse de perte. Il est vrai que je me sentais obligé de réussir à soigner cette patiente, probablement pris dans une réaction en miroir avec la patiente et sa radicalité. Ainsi je me suis mis, moi-même, au défi de la soigner.

Donc j'utilise le même mode de fonctionnement que Denise, et l'acte de prescrire devient le bras armé de cette mise au défi. C'est pourquoi, il prend une connotation si négative dans cette situation.

Au cours du suivi, je percevais que la relation se tendait de plus en plus au risque d'éclater bruyamment, j'avais progressivement l'impression de ne plus exister face à elle, je ressentais une pression s'accroître sur moi. Je pressentais que ce suivi s'interromprait de manière radicale, comme un détachement brutal et violent, sans que je n'y puisse rien.

En répondant par la délivrance d'une ordonnance, est-ce que je ne reconnaissais pas là mon impuissance à soutenir cette relation passionnelle souhaitée par Denise ? J'espérais vainement étouffer cet embrasement, pensant le canaliser du côté d'une médicalisation rationnelle.

En saisissant au vol la voie pharmacologique proposée par la patiente, j'annihilais la relation passionnelle par peur d'être emporté par cette passion ravageuse. Et surtout, je me soumettais à sa toute-puissance, me laissant guider par ses injonctions. Son omnipotence m'angoissait probablement. La patiente a peut-être perçu mon angoisse, ce qui ne faisait qu'accentuer son sentiment de toute-puissance sans limite aucune.

En s'engageant dans la parole, Denise s'est exposée, et cette « mise à nu » progressive était source de danger, car annonciatrice d'une perte possible. Denise avait en effet commencé à parler d'elle, de sa vie. Cette expression de mise à nu me renvoie au terme de dévoilement que j'ai utilisé : Denise était en effet revêtue de longues jupes colorées lui donnant une allure princière. Ce dévoilement m'impressionnait, tant cette fille était belle et arborait à la fois une dureté sur son visage creusé. Qu'allais-je découvrir ? Fantasme d'un dévoilement, ma fascination était-elle là ? Se trouvait-elle dans les plis de cette longue jupe fripée ? Il est possible que Denise ait ressenti ma fascination, fascination qui la mettait probablement mal à l'aise. Cherchant à se protéger vis-à-vis de ses émotions, elle s'est alors orientée vers la voie du chimique et des demandes médicamenteuses, plus confortables pour elles car source de conflits et de rapports de force.

En « oubliant » cette boîte de médicaments sur mon bureau, Denise m'a engagé dans le domaine du médical, celui de la « psychotropisation » de la relation transférentielle. Elle a déplacé le centre de gravité de la relation transférentielle et, au lieu de parler d'elle, elle me fait parler du médicament. Nous assistons là à un retournement des rôles. Denise a su aiguïser ma curiosité par rapport au produit oublié, elle m'interpelle dans le domaine du médical en tant que médecin, ce qui est une façon de se rassurer. Elle me contrôle mieux sur ce terrain là. Cet acte manqué lui a permis de révéler son secret concernant la prise régulière d'antalgiques opiacés. La patiente pensait capter mon désir par le biais de la voie chimique. Elle introduisait un tiers dans la relation clinique, signe probable qu'elle se sentait narcissiquement en danger, signe aussi qu'elle était débordée émotionnellement par la relation transférentielle. Elle perdait pied, livrée trop brutalement à une béance dans la relation à l'Autre.

Je lui ai moi-même emboîté le pas, en accédant à ses demandes pour la satisfaire. Je me suis donc laissé entraîné dans le domaine pharmacologique car, inconsciemment, je me suis trouvé dans l'obligation impérieuse d'accéder à ses demandes de médicaments.

La prise régulière de comprimés antalgiques entretient son omnipotence, cela lui procure un petit plus de jouissance, et la rassure dans sa quête de plénitude narcissique.

Abandonner cette boîte dans mon bureau, revenait, peut-être sous le coup de l'émotion du transfert, à renoncer, inconsciemment du moins, à ce sentiment de toute-puissance. Cela incite à penser qu'une amorce psychothérapique était vraiment engagée. Le travail clinique engagé a peut-être, en effet, entraîné une effraction trop violente, de telle sorte qu'une angoisse d'anéantissement, d'intrusion l'a envahie.

Or, en répondant du côté du médical, après être allé rechercher dans le dictionnaire *Vidal*, ce qu'était ce médicament, je réplique par une posture drapée d'un pouvoir médical également tout-puissant. Cette attitude est très différente de celle consistant à lui donner la boîte de médicaments sans commentaires. En réagissant comme je l'ai fait, je la traite comme un enfant pris en faute. Je prends ainsi une position parentale, qu'elle ne supporte pas. Elle me le signifie pourtant clairement. Ainsi ma posture aura des conséquences sur l'évolution de la relation thérapeutique.

Denise, percevant tout le danger de l'engagement dans sa propre parole, a recours au chimique pour se protéger de ses émotions. En effet, en m'entraînant dans la voie du pharmacologique, elle me place sous son emprise, elle reprend les rênes après s'être dévoilée. Le piège se referme ainsi sur moi. Elle se prépare à un affrontement annoncé dans le domaine médicamenteux, domaine beaucoup moins risqué pour elle.

Le fait d'émettre des doutes auprès d'elle sur la pertinence d'une telle prescription et les répercussions négatives sur notre travail de parole a vite été balayé par Denise. Lui prescrire ce traitement discréditait ma capacité à entendre ce qu'elle avait vraiment à me dire. En fait, la demande de prescription lui permettait clairement de faire l'économie libidinale de son engagement transférentiel. C'était une façon de ne pas s'impliquer avec son désir dans le processus thérapeutique.

L'accrochage initial, l'engagement dans ce travail de parole m'ont incité à vouloir faire vivre ce travail psychothérapeutique coûte que coûte. Poursuivre ce travail de parole impliquait d'accepter le risque de la perte. En voulant « sécuriser » la relation par la prescription médicamenteuse, je me suis donc placé exactement en résonance de sa propre problématique relationnelle de recherche de maîtrise. En me plaçant en rivalité dans cette relation d'emprise, je ne faisais que renforcer son besoin de maîtrise.

Une attitude plus psychothérapeutique aurait été de prendre le risque de se perdre dans cette relation, d'abandonner le désir de contrôler la relation thérapeutique afin de laisser résonner son propre désir.

La patiente est clairement dans l'évitement de son propre désir, les conduites anorexiques, les demandes de prescriptions, dessinent la voie de l'incorporation orale s'opposant à la possibilité de vivre les aléas du désir, la satisfaction sexuelle étant effacée.

Lui prescrire un traitement est peut-être à entendre ici comme un équivalent de recherche de jouissance pharmacologique. Le fait même de prescrire m'a clairement fait perdre ma position de thérapeute, j'en ai été destitué.

Dès lors, la relation clinique engagée ne pouvait qu'être réduite en lambeaux, tout comme le dernier carton de rendez-vous déchiré, lacéré et abandonné sur le devant de la porte d'entrée. Prescrire a annihilé la relation transférentielle en la substituant par une dépendance réelle, par un accrochage à un appui réel. Cela a bousculé la dialectique de la demande et du désir pour mettre en scène l'ordre du besoin. Et le propre du besoin est d'atteindre l'objet et de s'épuiser une fois la satisfaction obtenue. La demande se déchire du besoin nous dit Jacques Lacan (**Lacan J., 1973**). Cette déchirure nous permet d'entendre que la demande relève d'une déclaration d'amour, d'une adresse à l'autre, d'un je-ne-sais-quoi qui représente un appel à la satisfaction que l'autre ne peut accorder que partiellement. Ce presque rien dessine une marge, c'est dans cette marge que se situe le désir. Le désir naît de l'écart entre le besoin et la demande. Il est irréductible au besoin car il n'est pas dans son principe relation à un objet réel, il est toujours rapport à la nature signifiante de l'objet, au manque qui en fonde l'articulation (**Lacan J., 1973**).

En se risquant dans le domaine de la parole, Denise s'est mise en danger face à moi, au point que la rencontre lui est devenue insupportable. C'est probablement ce qu'elle a voulu me signifier lors de cette consultation où elle est restée mutique. Cette attitude lui a permis de reprendre ses distances relationnelles.

Eprouver l'expérience de la parole remettait en cause son omnipotence, c'est pourquoi Denise se devait, pour ainsi dire, de reprendre la main. Le langage implique que les mots ratent la chose, ils renvoient à un autre mot et, à chaque fois, ce renvoi implique une perte, celle de l'adéquation du mot à la chose. Cette perte exige du sujet un travail de symbolisation pour pouvoir transformer cette perte en un manque, qui lui, laisse à désirer (**Lebrun J.P., 1997**).

Denise a quitté une économie psychique propre au langage pour une économie régie par le signe. Denise a cherché à contrôler et à attaquer l'objet avant que ce ne soit elle-même qui soit attaquée et détruite. En me ramenant dans le domaine de la prescription médicamenteuse, elle me mettait sous son contrôle, elle m'instrumentalisait tout en maintenant un état d'addiction.

Cela la protégeait d'une perte relationnelle en lui laissant l'illusion de la maîtrise totale de cette relation. Elle instaurait de la sorte une permanence de la relation à l'autre comme modalité d'évitement de la solitude pourtant toujours incontournable. Denise était effectivement très angoissée à l'idée d'être lâchée, abandonnée, c'est pourquoi, lors de ses relations affectives, elle devançait toute rupture en rompant de manière brutale et radicale, de façon à se protéger de quelque chose qui lui échapperait. Elle figeait la relation en la tuant dans l'œuf de manière à la maîtriser totalement.

En me demandant un traitement de substitution, elle s'assurait par là même une mise à distance de la relation transférentielle et un contrôle du thérapeute, le plaçant à la merci de ses exigences. Ne voulait-elle pas me convoquer en lieu et place de son Moi idéal jusqu'à y coïncider, jusqu'à le doubler ? En me sollicitant de manière pressante dans le domaine de la substitution, ne me somrait-elle pas de dire à sa place ce qu'elle ne pouvait articuler ? Il s'agissait peut-être bien d'une relation passionnelle indicible pour elle.

Denise fonctionnait sur un mode relationnel anaclitique, la façon dont elle parlait de ses relations affectives, son besoin de contrôler la relation, les exigences qu'elle avait vis-à-vis de son partenaire, cette tendance à l'idéalisation de la relation, tout allait dans ce sens (**Kernberg O., 1992**). Elle se plaçait dans une attente passive de satisfactions et dans une manipulation agressive du partenaire, la patiente ne pouvant aménager une quelconque souplesse dans la distance relationnelle. Denise a oscillé entre fusion et fuite vis-à-vis de moi, elle m'a confronté à son avidité jamais comblée.

Elle est ainsi passée sans transition de l'amour à la haine. Il s'est opéré une dérive passionnelle du transfert. J'ai peut-être pris la place d'objet anaclitique dont le moindre mot, le moindre geste vaut injonction au lieu de valoir interprétation. Comme le décrit J.J. Rassial, j'ai été pris d'une angoisse contre-transférentielle qui me paralysait devant la peur de mal faire et de mal dire (**Rassial J.J., 1999**).

Le traitement, vu sous cet angle d'objet anaclitique, ne pouvait en aucun cas tenir un rôle d'aide à la subjectivation. Il était pris dans la nasse de la radicalité relationnelle.

Ainsi, en répondant à sa demande d'amour par la prescription orale d'un traitement sensé remplacer l'héroïne, je me donnais l'illusion de pouvoir lui procurer tout ce qu'elle me demandait, je voulais la combler en répondant à cette demande aspirante. Or il n'existe aucun médicament pouvant répondre à cette demande.

Rétrospectivement, je me souviens que cette patiente tenait dès le début une place à part du fait qu'elle était étudiante en théâtre et que moi-même je pratiquais le théâtre en amateur. Elle a très certainement repéré cet intérêt que j'éprouvais pour elle, ce désir que j'avais de la guérir à tout prix. Cela a impliqué une relation forte d'emblée, qui l'a placée en situation de force et d'emprise sur moi. Ma position de clinicien, n'était-elle pas trop dictée par ce désir de bien faire à tout prix au mépris de la parole de la patiente ? Par manque de neutralité dans ma position, j'ai peut-être placé Denise dans une posture intenable en l'engageant dans une radicalité relationnelle.

En basculant dans le domaine de la drogue, Denise m'interpelle directement, elle me fait signe. Le signe renvoie à la chose. Le produit autorise un Autrejour qui la soulage de la douleur d'exister, de cette douleur de la disparité, de la rencontre, de la dissymétrie et donc de l'impossible et de la déception incluse dans les choses humaines.

La demande de substitut de l'objet drogue, placée sous le registre du besoin absolu, aurait dû entraîner de ma part une objection, objection au désir. En opposant une limite aux prétentions de cette demande, j'aurais permis à son désir de se relancer. Qu'est ce qui ferait objection au désir ? La passion qui tend à une coïncidence avec l'objet au point de soustraire du déduit amoureux la dimension de plaisir (**Lacan J., 1973**).

En osant lui dire non, c'est-à-dire en m'opposant à ses demandes médicamenteuses, je lui offrais la possibilité de réfléchir à la question de la perte et à celle du consentement à la perte, qui est une problématique majeure chez Denise. Ce non aurait clairement eu un effet thérapeutique.

En lui prescrivant le traitement demandé, le médicament ne tenait pas la place d'un objet tiers dans la relation clinique, car le fait même de prescrire était déjà pris dans la relation passionnelle engagée.

Une attitude de clinicien serait allée plus dans le sens de différer les demandes de la patiente, de ne pas répondre à ce besoin urgent de substitution en la renvoyant à elle-même. Accepter cette relation passionnelle pour tout doucement ouvrir d'autres modalités relationnelles est un exercice particulièrement périlleux. Le risque que le suivi s'arrête existait, mais c'est le risque inhérent à toute rencontre clinique et même à toute rencontre humaine en général.

C'est peut-être justement en osant la parole au moment où la patiente venait la soumettre à rude épreuve, que la relation psychothérapeutique aurait continué d'exister. En lui disant non, je lui offrais la possibilité de s'approprier ce non, et d'orienter le travail vers le consentement à la perte. Denise avait une incapacité à intégrer le non, elle refusait d'abandonner sa toute-puissance. Cela lui aurait peut-être permis d'entendre que le désir n'a pour maître ni la cruauté ni la plénitude, mais le manque (**Hassoun J., 1997**).

Recevoir le symptôme sans le saisir à la volée... Décoller de ce discours d'urgence et de besoin venait assurer la fiabilité du thérapeute, même s'il n'y avait pas de gratifications immédiates.

Il est intéressant de voir comment Denise a progressivement ramené la relation clinique sur le terrain des drogues et de l'anorexie, c'est à dire sur le terrain des addictions, pour amener sa demande de médicament. Ce mouvement progressif au sein de la relation avec son thérapeute lui a permis de tenir un discours plus conforme à celui d'une personne addict.

C'est précisément cette opération de désobjectivation qu'il ne fallait surtout pas valider. La patiente, en crainte d'effondrement, venait questionner sur sa capacité à exister, sur sa capacité à soutenir une relation. Ecouter ce qu'elle avait à dire sur ses consommations d'héroïne, sur sa conduite anorexique était par contre fondamental.

La prescription ne s'est pas alliée au soin psychique, elle a répondu violemment, en écho aux pulsions destructrices de cette patiente. Je me suis trouvé engagé dans une lutte terrible, voyant inexorablement la relation psychothérapeutique se désagréger, et qui plus est avec ma complicité !

Denise a tissé une relation de plus en plus fixée et tendue avec moi, une relation probablement passionnelle. Ainsi, progressivement, je dois « être à sa botte », elle devient de plus en plus tyrannique et exigeante envers moi. Voilà pourquoi elle n'a pas supporté mon retard au rendez-vous. Je percevais que cette relation devenait dévorante, qu'il fallait créer une limite à ce flamboiement. La patiente m'a façonné à son image, sans manque, sans faille, j'étais pour elle un personnage tout-puissant.

Denise se montre parfois radicale, féroce à mon égard. Cette férocité est liée à un étrange mélange de rejet, d'inquiétude et de fascination éprouvée à l'égard de l'autre. Lequel ne peut alors que se laisser capter par cette force d'inertie qui se suffit d'un rien, qui tente même de rencontrer ce rien soulageant pour ouvrir une brèche dans ce trop plein d'une complétude dérisoire (**Hassoun J., 1997**). D'où ce sentiment de malaise ressenti lors des entretiens, cette impression d'être sous son emprise.

Cette relation passionnelle n'est-elle pas venue en lieu et place de la relation transférentielle ? Olivier Thomas (**2006**) a montré que sous le couvert du transfert peut se dévoiler une passion : amoureuse, haineuse, véritable toxicomanie d'objet qui vient se substituer à la passion du toxique.

Questionnons-nous sur le côté jouissif pour la patiente de réduire le thérapeute à l'impuissance. Elle le prend au défi de ne rien pouvoir faire pour elle. Il est certainement dangereux de se placer sur le terrain du défi avec une telle patiente, elle qui n'existe que par une telle attitude. Recevoir ce défi, l'accepter, essayer de lui donner sens. Le défi pour ne pas s'effondrer, tout comme l'anorexie pour s'apaiser. Il s'agit pour Denise de mettre à distance et sous contrôle tout ce qui concerne le monde des émotions.

Et qu'en est-il du côté jouissif pour le thérapeute ? Consentir aux demandes de Denise en répondant à sa toute-puissance procure l'illusion de partager cette jouissance avec la patiente, dans une ambiance quasi incestueuse.

Le thérapeute doit bien se garder de l'envie d'occuper cette place, il doit rester sur le fil de la relation, position certes inconfortable mais essentielle pour que la parole advienne.

En se transformant en prescripteur, il occupe une place figée, mortifère. Il fait du coup l'économie de son propre inconfort, pensant soigner la patiente en la contrôlant. Le passage d'une position de thérapeute à celui de prescripteur violent est plus facile qu'on ne le croit. Et ce d'autant plus que nous sommes dans le royaume des passions. Les passions sont intraitables comme le mentionne si bien J. Hassoun (**Hassoun, J. 1993 ; Gori R., 2002**). L'attitude du thérapeute consisterait plus à céder le pas, suspendre l'attente, déplacer l'impatience et la ferveur. Ainsi le transfert cesserait de représenter un ludisme mortel ou une fureur magique-circonstancielle pour accéder au statut d'amour vivable qui permet à l'objet de s'élaborer. Déplacer l'attente, n'est-ce pas enfin ce qui pourrait s'appeler donner sa chance à l'amour, à l'amour aimable et non pas à celui qui, à l'instar du maternel ou du divin, serait cause de tout (**Hassoun J., 1993**).

La patiente, pour se protéger de la relation transférentielle, trouve comme parade le moyen de créer un lien chimique, plus facile à contrôler. Elle noue le thérapeute, par le biais de la prescription médicamenteuse, à elle-même. Ainsi, le clinicien devient son objet, sur lequel elle pourra projeter toute sa pulsion destructrice et agressive.

Par l'obtention d'une prescription médicamenteuse, elle introduit un néo-objet dans la relation duelle. C'est donc une manière de contrôler la relation clinique.

Dans cette histoire clinique, la prescription médicamenteuse n'a pas joué le rôle de synergie entre le travail de parole et la molécule, il n'y a pas eu d'alliance entre la molécule et la parole. Le moment de prescrire a certainement joué dans le sens d'une mésalliance. Comme nous l'avons laissé entendre, l'acte de prescrire se présentait trop comme une réponse à cette demande de satisfaction immédiate.

En différant cette attente, la prescription aurait pris un autre sens. Le temps de recevoir la parole de la patiente, de travailler avec elle au renoncement à l'omnipotence, aurait changé la donne. Il s'agissait en effet dans cette situation d'introduire du manque, des décalages, alors que Denise, prise dans ses angoisses d'inexistence, recherchait une certitude quant à sa plénitude, en demandant qu'on la remplisse sans fin.

En tant que clinicien, je n'ai pas pris le temps d'une période préparatoire à la prescription de manière à lui donner du sens et une possibilité de résonance avec la parole.

La relation clinique a donc glissé vers une relation médicamenteuse où la prescription venait en colmatage des failles narcissiques.

Ainsi, le clinicien engagé dans ce travail de parole se devait de résister à cette demande impérieuse de Denise, en acceptant de recevoir sa pulsion destructrice. Une fois opéré le décalage par rapport à cette demande, une prescription médicamenteuse, si le thérapeute estimait utile l'intervention d'une molécule, aurait pris un tout autre sens. Il est d'ailleurs intéressant de s'apercevoir que la patiente, inconsciemment, n'attendait pas cette prescription de psychotrope : en effet, aussitôt le traitement prescrit, elle le rejette et ne le tolère pas physiologiquement. La délivrance de l'objet médicament par le thérapeute et son incorporation orale, la déstabilisent davantage. La thérapie ne peut se jouer uniquement sur la scène pharmacologique.

De plus, l'acte même de prescrire au sein d'une relation aussi intense ne peut que démultiplier les mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Il place le thérapeute en une place intenable car figée par la tyrannie de la patiente. Le type de relation passionnelle engagée complique extrêmement l'acte de prescrire, car ce dernier est immédiatement incorporé dans cette relation passionnelle. Denise ne peut alors qu'exprimer toute sa fureur et sa rage contre le thérapeute qui ne lui a pas laissé la possibilité d'une autre réaction.

La passion ne rate pas son coup, elle ne cligne pas, elle est un regard fixe et médusé (**Hassoun J., 1993**). J. Lacan fait remarquer qu'entre la naissance et la mort, il n'est pas uniquement un déroulement diachronique linéaire, car l'inscription de la structure inconsciente pose la question du rapport du sujet au savoir et détermine les modes de surgissement du désir en ses avatars (**Lacan J., 1973**). D'où l'hypothèse suivante : la passion se joue au bord même où le désir se définit comme une demande d'amour dont serait soustrait l'appétit de la satisfaction.

Or, dans la passion, le désir tendrait à soutenir que la demande d'amour formulée dans une impatience ravageante tente de s'ajouter à l'appétit de satisfaction. Prétention inouïe, revenant à instaurer un rapport au savoir qui ne passerait que par l'impossible et l'ineffable.

Le thérapeute n'avait que très peu de marge de manœuvre dans cette relation clinique. Et j'ai peut-être été tenté d'introduire un tiers chimique tant je ressentais la violence des forces en jeu.

Effectivement, au moment de prescrire, le clinicien prend un statut omnipotent puisqu'il se rapproche très près de la patiente et de son intimité, à tel point que cela en devient insupportable et terriblement intrusif. En fait, prendre la décision de prescrire lui fait perdre tout crédit par rapport à sa parole et à son écoute, cela amplifie le phénomène d'aspiration et de disparition du sujet.

Interrogeons désormais l'importance de la perte et de l'absence dans l'histoire de Denise. La patiente nous parlait de « mal-être toujours présent qui lui a toujours échappé ». Comme si elle avait perdu quelque chose d'énigmatique, sans savoir justement ce qu'elle a perdu. Ainsi pour résoudre cette problématique de la perte, elle adopte une attitude défi, en niant toute perte, en la remplaçant par une omnipotence totale venant alors donner l'illusion qu'elle est sans manque, qu'elle n'a rien perdu. C'est à cet impossible qu'elle est confrontée. Denise semble terrorisée à l'idée de perdre sa mère, elle s'est toujours inquiétée de la permanence de celle-ci, et semble l'avoir idéalisée en une place fixe, intouchable. Elle exprime néanmoins des sentiments de haine contre sa propre mère, sentiments qu'elle projette également sur le prescripteur, qui prend une posture maternelle en prescrivant.

Cette relation à la mère renvoie à une dimension archaïque de mère primordiale. Ce sera l'objet primordial perdu à jamais, et d'une certaine manière jamais entièrement perdu puisqu'il s'agira toujours de le retrouver. Le principe de plaisir qui gouverne la recherche de cet objet le maintient toujours à distance. Les objets de satisfaction, les objets pulsionnels ne sont pas la Chose mais plutôt des leurres, des tenant-lieu (**Hassoun J., 1997**). La Chose représenterait la mère primordiale, archaïque, la mère visée par l'inceste. L'impossible de la jouissance incestueuse avec la mère est la condition même pour que subsiste la parole. La distance à la Chose est la condition même de l'existence du sujet parlant que Lacan nomme *parlêtre*. Ainsi, la drogue pour cette patiente viendrait prendre fonction d'objet drogue, sorte de fonction d'originel, objet drogue en lieu et place de l'objet interne dont le sujet n'a pu faire le deuil. La drogue serait une tentative de faire advenir de l'objet là où il n'y avait rien. En ce sens, ce ne serait pas même une perte, mais un défaut de nomination et de désignation possible de celle-ci. L'addiction ne remplace pas l'absence, elle vient paradoxalement tenter de défaire le sujet de l'énigme d'une absence, en lui donnant la consistance d'un objet ou d'un comportement qu'il érige en être de l'absence. Ainsi, la drogue devient prétexte à créer de l'attente à l'endroit même d'un signifiant absent (perte) (**Hassoun J., 1997**). Comment faire le deuil d'un objet qu'on n'a jamais perdu ? L'histoire de Denise soulève le lien possible entre ses addictions et la mélancolie. Ses silences rendent compte d'un trop plein représenté par l'objet qui, rapté chez l'autre, n'a pu se constituer dans son statut d'objet perdu et l'encombre jusqu'à l'étouffement.

Ainsi, prescrire, délivrer un objet médicament, entretient l'illusion de la permanence en gommant l'idée de perte. C'est comme si le psychotrope prenait valeur de cet objet perdu à jamais, valeur de la Chose au sens freudien.

De plus, en prescrivant ce psychotrope, le thérapeute, imprégné par l'impossibilité de renoncement à la perte de la patiente, valide lui aussi la possibilité d'une relation humaine sans manque. En quelque sorte, lui-même, à l'instant de prescrire, est pris dans ce basculement vers la fusion et le déni de toute perte. Il est probablement imprégné d'une omnipotence et d'un fantasme de jouissance totale sans perte, en écho avec l'omnipotence de la patiente. Ainsi, l'acte de prescrire, dans cette situation, efface toute distance relationnelle entre thérapeute et patient, il lie inexorablement les deux protagonistes d'un lien chimique mortifère où la parole n'a plus de place. Là où le thérapeute pouvait ouvrir des brèches, en écoutant la patiente, il a colmaté et verrouillé tout effet de parole par le chimique.

La décision de prescrire ne relève pas d'une élaboration interne du clinicien, elle surgit dans l'urgence de colmater une brèche ouverte au sein même de son psychisme par l'effet de la rencontre. Quelle est cette brèche ? Une crainte de mal faire, une angoisse de perdre cette patiente, un désir vis-à-vis de la patiente ? Le médicament rassure plutôt le thérapeute. Le traitement lui donne l'illusion qu'il va éteindre le feu de la passion en ramenant la relation dans le domaine du médical et du rationnel alors que la passion n'a rien de rationnel. Prescrire pour le clinicien cherchait plus à le conforter dans sa position de soignant et à le protéger d'une telle relation passionnelle. Prescrire pour ne pas rencontrer...

Dans notre histoire, la question de la prescription a été intégralement liée à la dynamique passionnelle en cours entre la patiente et le thérapeute. Nous comprenons que dans ce cas l'effet pharmacologique ne peut s'exercer tant les forces de rejet du psychotrope ont été fortes. Ainsi, un psychotrope ne peut en aucun cas posséder une action thérapeutique à lui seul. La molécule possède toutes les propriétés théoriques pour entraîner une action bénéfique, mais si l'organisme n'est pas prêt à la recevoir et à lui tracer un chemin intérieur, cet effet sera lettre morte voire sera transformé en son contraire.

Le psychisme possède donc la capacité de transformer l'effet d'une substance, dans un sens comme dans l'autre. Le sens que prend l'acte de prescrire pour le thérapeute intervient également dans l'effet thérapeutique. Dans le cas de Denise, le psychotrope prescrit a transmis une certaine incapacité du clinicien à renoncer à satisfaire la patiente. Le médicament véhiculait ainsi le sens d'un objet de jouissance pour le clinicien comme pour la patiente. C'est pourquoi la patiente n'était pas en capacité d'accepter ce traitement : il la renvoyait brutalement à ses difficultés relationnelles. Le médicament était une façon d'agir pour le clinicien alors qu'il aurait mieux valu ne rien faire dans le suivi avec Denise. La molécule transmettait aussi l'incapacité du clinicien à différer, et ce besoin d'agir en urgence.

Cette connotation d'urgence revêtait la substance d'un côté sexuel indéniable, car il s'agissait d'une urgence à combler une demande d'amour.

Encore une fois, nous ne pouvons que nous dégager d'une conception linéaire de l'action d'une substance, l'aspect dynamique, relationnel étant nécessairement lié à l'effet de cette substance. Ainsi, la façon de prescrire, le moment de prescrire, influencent l'effet pharmacologique dans un sens comme dans l'autre.

IX. DISCUSSION GENERALE

A. Ce que la clinique laisse entrevoir

Nous avons entrepris un cheminement guidé par la clinique pour complexifier la question du prescrire. La clinique nous a montré qu'à partir d'un acte n'ayant, *a priori*, rien de subjectivant en soi, un soin psychothérapique est néanmoins possible. Nos rencontres cliniques soulèvent une question : comment la position de sujet est-elle à nouveau possible tout en prescrivant un médicament ? Nous avons insisté sur toutes les ambiguïtés incluses dans l'acte de prescrire : ordre, mise entre parenthèses temporaire du sujet, affirmation d'un pouvoir médical absolu, etc....D'un autre côté, le psychotrope et la prescription constituent également un des moyens, comme nous l'avons vu, d'inscrire la rencontre dans la durée par le biais de cet échange entre le médecin et son patient. Bref, il existe deux mouvements discordants à l'intérieur même de la prescription. Le clinicien psychiatre doit recourir à des types d'intervention aussi opposés que l'eau et le feu, d'où une prescription presque affolée. L'introduction du médicament comme intermédiaire spécifique entre patient et médecin impose l'analyse et la compréhension de ses significations conscientes et inconscientes. Ces significations sont souvent liées à des effets surprenants freinateurs ou activateurs de l'effet pharmacologique. C'est ainsi que le médicament peut apparaître comme un acquis du côté d'une nouvelle gamme de bénéfices secondaires, comme une fuite ou une approche différente de la réalité voire comme un risque intolérable d'aller mieux. Il peut être ressenti comme démission par acceptation d'une passivité plus ou moins culpabilisée ou comme instaurateur d'une béatitude régressive. Bref, on retrouve toute la problématique du bon ou du mauvais objet (Reynaud M., Coudert A-J., 1987).

Si le fait scientifique est commun à tous les médecins, la manière d'en user est singulière à chacun. Le fait de prescrire un médicament modifie la relation clinique. A partir de cette nouvelle relation, de nouveaux éléments de connaissance sur le fonctionnement psychique viennent enrichir la rencontre thérapeutique.

La clinique souligne tous les rapports contradictoires existant entre psychothérapie et pharmacothérapie, elle suggère aussi un enrichissement mutuel des deux outils de soin.

La clinique nous incite, non à considérer ces outils de soin comme devant se succéder l'un à l'autre, mais bien à penser de façon conjointe psychothérapie et action pharmacologique d'une molécule. Les situations cliniques exposées nous laissent entrevoir de multiples interactions entre l'acte de prescrire et la psychothérapie : la prescription de psychotrope modifie en effet la relation médecin-malade, mais la relation médecin-malade elle-même modifie l'effet pharmacologique d'une molécule, si bien que nous constatons des interactions multidirectionnelles en mouvement permanent. Nous préciserons ces différentes interactions ultérieurement dans cette discussion.

1. Aspects relationnels de l'acte de prescrire

Les différentes situations cliniques exposées nous montrent toute la complexité de la prescription médicamenteuse en psychiatrie. Il nous semble évident que le clinicien ne peut espérer une action thérapeutique due au seul effet pharmacologique d'une substance. En effet, et notre chapitre sur la notion de remède l'a montré, il est totalement illusoire de penser que la délivrance d'un médicament ait un pouvoir thérapeutique d'emblée, préalablement à la rencontre clinique (**Dagognet F., 1998**). L'action pharmacologique n'est qu'un des aspects du problème. Un traitement pharmacologique est toujours inclus dans un processus thérapeutique interpersonnel soignant-soigné. Le médicament agit toujours dans un certain contexte relationnel, comprenant le malade, le thérapeute, mais également l'entourage du patient et l'institution (**Dibie-Racoupeau F., Ploton L., 2002 ; Guyotat et al., 1965**). Ainsi, le sens et la valeur de la prescription sont toujours à prendre en compte dans une réflexion sur l'effet thérapeutique des psychotropes. Nous parlerons d'effets psychodynamiques des médicaments psychotropes. Actuellement, le psychiatre a une identité plus complexe où il doit assumer l'approche par la parole couplée à celle concernant le médicament psychotrope (**Brenot JL., 2004**). Rappelons que « la prescription médicamenteuse est un des moyens les plus puissants dont nous disposons pour interférer avec le processus thérapeutique en lui donnant un élan fort ou au contraire en lui infligeant des dommages irréparables(**dans Kapsambelis V., 1999**). Balint M. (1957, p182) se demandait comment « un médicament réalise parfois ce que nous attendons de lui, parfois beaucoup plus et nous étonne, et parfois échoue lamentablement ».

Le psychotrope est un médicament à part car il présente un double statut : objet technique à l'existence rationnelle entraînant des effets psychiques avec un substratum neurobiologique, et objet magique capable de provoquer des effets bénéfiques ou délétères à travers le prisme de la subjectivité du patient et du médecin. Le psychotrope est en effet investi par le médecin et le patient non seulement comme objet technique, mais aussi comme médiateur. Il remplit une fonction d'aménagement relationnel à caractère défensif, mais cet aménagement présente encore une labilité et une mobilité. Il n'échappe à personne que le médicament possède une valeur symbolique.

Cette valeur symbolique devient tour à tour prépondérante ou dérisoire selon les circonstances, mais en tout cas, elle n'est jamais nulle. Le cas de Sophie nous montre toute l'importance du sens symbolique pris par le médicament. Le traitement occupe alors le devant de la scène thérapeutique : à un moment, Sophie « explose de colère » par rapport à deux comprimés psychotrope qu'elle réclame à corps et à cri, comme s'il s'agissait d'une question vitale pour elle.

Le médicament psychotrope fait partie des moyens de contenance qu'on peut proposer à un *moi* en menace d'être débordé ou en crainte d'effondrement. Cet effet de contenance est d'autant plus développé qu'il sera intégré dans la relation thérapeutique. Les deux premiers cas cliniques en témoignent : pour Léa, le médicament la rassure sur sa capacité à exister, en lui offrant un effet restaurateur, réparateur, et en lui procurant une certaine sécurité interne ; pour Sophie, le traitement, à un moment donné de la relation, représentait un permanent présent pendant les crises, rassurant là-aussi Sophie dans sa faculté à exister.

Nos cas cliniques montrent qu'il est essentiel pour le clinicien de repérer quelles sont les attentes inconscientes du patient lors d'une demande médicamenteuse, afin d'essayer d'amener le patient à se questionner en ce sens. Comme l'explique le psychanalyste Bernard Hubert (2006), à côté de l'effet pharmacologique, le médicament est investi d'une manière telle qu'il finit parfois par occuper une place bien particulière dans l'économie psychique. Ces aspects psychodynamiques font donc partie intégrante de l'effet thérapeutique. La décision de prescrire un psychotrope devrait relever d'une longue réflexion qui analyserait d'un côté l'histoire du patient, et de l'autre l'histoire de la pratique du psychiatre. Prescrire représente l'acte d'un instant où mon cheminement personnel est arrivé. A ce titre, toute prescription est en effet unique, elle reflète la singularité de la rencontre clinique. La dimension relationnelle mobilisée par l'acte de prescrire n'a-t-elle pas justement pour fonction d'articuler la notion de prescription standardisée basée sur des règles technoscientifiques et épidémiologiques à celle de prescription spécifique d'un sujet ?

La dimension relationnelle, intervenant au sein même du médicament, complique le devenir thérapeutique et l'arrache à un matérialisme élémentaire. En effet, le médicament, comme nous l'avons vu, est producteur d'effets particuliers non pharmacologiques : effets attendus ou tout au moins compréhensibles voire utilisables dans la dynamique du processus thérapeutique. De tels effets sont fonction de l'organisation psychique ou psychopathologique du patient.

L'acte de prescrire ne peut renvoyer à un concept autonome, comme si la prescription n'était que la concrétisation absolue d'un savoir scientifique pur, appliqué à un objet mis en abstraction (**Audisio M., 1988**). Cela ne plaît pas beaucoup aux scientifiques ni aux psychiatres partisans de la neuropharmacologie exclusive.

La prescription mobilise des enjeux imaginaires concernant le pouvoir, la maîtrise, le narcissisme du soignant, qui oscillent entre échec et efficacité thérapeutique à la hauteur des attentes. Croyances, convictions sans faille, sont convoquées, de même que l'illusion thérapeutique. Balint M. (**1957**) parle de fonction apostolique du médecin voulant convertir son patient à ses propres convictions sur les théories du soin et de la thérapeutique. Il faut en effet se méfier d'une « *furor nascendi* » dénoncée par René Diatkine (**1965**), véritable compulsion réparatrice dont le malade fait finalement les frais. De toute façon, le désir soignant est par essence insatisfait, surtout s'il tend vers un absolu thérapeutique, la guérison, rarement atteint (**Jovelet G., 2005**).

L'histoire de Denise, montre comment la patiente a su susciter l'envie de guérir auprès du thérapeute. Je me suis trouvé pris dans le désir de la soigner à tout prix, sans me rendre compte qu'ici, lui prescrire un traitement, correspondait à la combler, et n'allait pas dans le sens d'une subjectivation. J'ai donc occupé une place intenable, autant pour moi-même que pour la patiente.

Nos histoires cliniques laissent entrevoir toute la multiplicité des facteurs intervenant dans l'acte de prescrire : liens affectifs du thérapeute, moment du prescrire, représentation qu'il se fait du médicament, relation médecin-malade. Le trépied thérapeute-patient-médicament est donc complexe, lié au développement d'une histoire thérapeutique et relationnelle particulière. Il est illusoire de penser qu'un seul facteur soit à l'œuvre, indépendamment de tous les autres, dans le processus thérapeutique.

Le type de relation que le médicament instaure ou matérialise entre celui qui donne et celui qui reçoit a fait l'objet de nombreuses études (**Racamier PC., 1993**). Ce médiateur chimique peut être utilisé pour faciliter la relation médecin-malade.

En effet, à l'abri de la prescription, dans son aspect technique et manifeste, un champ relationnel plus latent et plus créatif s'initie et se déploie souterrainement, jusqu'au moment où il émerge pour prendre le devant de la scène et réinterroger la faillite initiale (**Frère-Artinian C., 2004**). Nos deux premières histoires cliniques suggèrent de tels rôles tenus par le médicament : pour Léa, il a pu permettre d'aborder son angoisse vis-à-vis de la métamorphose intérieure qu'elle subissait ; pour Sophie, à certains moments, le médicament a joué un rôle de pare-excitations par rapport à sa pulsion agressive, il a facilité la mise en mots de ses traumatismes infantiles. Par contre, dans le cas de Denise, le médicament n'a pas permis le déploiement d'une parole, il s'est trouvé englobé dans la violence de la relation.

Balint M. (**1957**) nous rappelle que l'acte de prescrire symbolise l'échange entre le malade offrant ses symptômes et le médecin qui, au travers des médicaments, se prescrit lui-même. Ainsi, les effets thérapeutiques obtenus, changent au gré de la relation thérapeutique, de la posologie, du cheminement, des moments où le médicament est prescrit. Claude Bernard (**1865**) avait déjà semé le doute en montrant qu'un même remède entraînait des résultats non superposables en fonction de la dose, du moment et de la nature de la préparation administrée. Nos cas cliniques montrent que le médicament, considéré sous l'angle psychodynamique, n'est pas un produit neutre car il est lié aux rapports plus généraux du sujet à l'objet lui-même. Le médicament fait sans cesse retour à l'objet archaïque de satisfaction.

L'acte de prescrire oblige le psychiatre à être à la fois un observateur attentif de l'autre et de lui-même tout autant qu'un thérapeute averti, engagé et à l'écoute (**Reynaud M., Coudert A.-J., 1987**). Le psychiatre, en prescrivant à un patient l'incorporation d'un objet du monde extérieur réputé avoir une action sur le fonctionnement psychique pour l'aider à accéder aux processus d'introjection, tient une place paradoxale (**Hayat M., 2004**). Les fonctions du psychotrope sont tout aussi paradoxales. Les entretiens psychothérapeutiques sont l'autre point d'ancrage. Cette bifocalité, comme le mentionne Hayat M. (**2004**), est ici tenue par le même thérapeute afin que les paradoxes qui lient le monde extérieur et l'espace psychique interne fonctionnent, permettant au patient d'acquérir la saine ambiguïté propre à toute vie psychique. L'histoire de Sophie a particulièrement mis en évidence toute l'importance de ce travail d'introjection, facilité par le thérapeute-prescripteur.

De plus, si prescrire s'intègre à l'action d'une guérison, refuser de prescrire un psychotrope, c'est-à-dire de tenir une position de proscription, face à un certain type de demande du patient, est tout autant thérapeutique, même si c'est plus inconfortable pour le thérapeute. Parfois, oser dire non à un patient a un effet thérapeutique structurant, bien plus qu'une attitude consistant à acquiescer à toutes les demandes.

Le clinicien essaie donc de repérer les enjeux d'une demande médicamenteuse : ceux-ci sont très divers et reflètent les liens transférentiels de la relation clinique : que ce soit une demande d'amour, ou une façon de créer une relation privilégiée avec le thérapeute, ou encore que cette demande ait une visée d'économie psychique, une demande médicamenteuse n'est jamais standardisée, elle véhicule toujours des attentes inconscientes du côté du patient.

L'acte de prescrire répond parfois à des angoisses ressenties par le prescripteur lui-même, face à la rencontre clinique. Il véhicule donc aussi des attentes inconscientes du côté du thérapeute telles que celles de ne pas perdre le patient, de l'aliéner, d'exercer un pouvoir sur lui. La prescription représente dans ce cas un écran face aux angoisses suscitées par la rencontre. Dans le cas de Denise, la relation a été rabattue du côté exclusif de la relation médicamenteuse pour éviter, de la part du thérapeute notamment, la relation transférentielle, teintée d'une relation passionnelle.

La demande médicamenteuse freine parfois le processus thérapeutique, le patient se réfugiant derrière la prescription devant le déploiement de sa propre parole. Le dévoilement par la parole, sorte de mise à nu, constitue effectivement une prise de risque, source d'angoisse et de tension intrapsychique parfois insupportable. La demande de médicament joue alors le rôle d'écran, de leurre, elle déplace la problématique sur un terrain plus rassurant pour le patient. Si le thérapeute a bien repéré l'enjeu de cette demande, en tolérant l'utilisation du médicament comme défense, il amènera tout doucement une réflexion conjointe avec le patient sur le rôle tenu par le traitement. Par contre, si cette dimension n'est pas perçue, la molécule risque de figer la relation clinique.

L'attitude du clinicien, imprégnée de la parole du patient, guide proscription et prescription. Le thérapeute essaie de trouver un espace sécurisant où la parole du sujet se déploiera. Cet espace se crée à la faveur de changements de posture du clinicien, rendus possibles par les oscillations entre proscription et prescription.

L'attitude de non-prescription est particulièrement soignante face à des demandes intempestives, interminables, nécessitant une bordure, une limite. De telles demandes sont empreintes, comme c'est le cas dans nos histoires cliniques, d'un sentiment de toute-puissance du sujet. Le clinicien se décale par rapport à ces demandes pour ne pas se placer dans une lutte de pouvoir face au patient. Ainsi, le thérapeute restera humble et acceptera un certain renoncement à sa toute-puissance médicale.

Au cours de ces histoires de prescription, le psychotrope a pris différentes fonctions d'objet. Le médicament, en tant qu'objet thérapeutique, a une fonction complexe. Au sens étymologique, objet vient d'*objectare* : ce qui est placé devant, aussi bien support imaginaire dans la relation d'objet, qu'objet pharmacologiquement actif et bien réel.

Le médicament tient un rôle dans la relation d'objet que développe le patient. Cette relation d'objet varie en fonction de la structure psychopathologique sous-jacente.

Le médicament reçoit de la part de celui qui le prend mais aussi quelquefois de celui qui le prescrit, des projections qui peuvent être aussi bien positives que négatives. Il est investi de significations et de sens liés à son pouvoir comme à sa fonction.

Le psychanalyste Bernard Hubert (2006) suppose que le degré d'investissement est proportionnel à l'importance du remaniement entraîné par l'effet pharmacologique, à condition que ce remaniement puisse être repris positivement par le sujet.

Georges, ce patient schizophrène précédemment cité (p75), était attaché aux fortes doses de neuroleptique sédatif. Ce traitement entraînait des effets physiques et psychiques qui lui procuraient un sentiment de réunification corporelle. Georges appréciait paradoxalement la sensation de jambes coupées. Il avait remarqué fort justement qu'en ne prenant pas le psychotrope, il avait un regain d'énergie psychique. Cependant, ce surplus énergétique le dépassait rapidement, et il reprenait son traitement afin de s'apaiser. Ainsi, Georges dosait parfaitement la balance entre énergie et économie psychique. L'accrochage aux sensations corporelles lui procurait le sentiment d'exister. Georges recherchait particulièrement l'effet pare-excitations du neuroleptique.

Par contre, dans notre dernière histoire clinique, Denise a rejeté massivement le médicament, les remaniements physiques provoqués par la molécule lui ont été insupportables. Le médicament prescrit a été vécu comme une intrusion trop violente.

Que ce soit pour le thérapeute ou pour le patient, le médicament est investi, outre sa fonction propre, de tout ce qui ne s'adresse pas au partenaire tout en lui étant destiné (**Racamier PC., 1993**). Le cas de Sophie illustre cette idée de manière magistrale.

Une part parfois importante des besoins, pulsions et défenses du patient, se trouve engagée et comme enfermée dans le médicament et ce qu'il représente. Tantôt au service de la défense contre la verbalisation, contre l'expression des affects ou des besoins personnels, contre le rapprochement relationnel avec le thérapeute, tantôt servant de moyen de nourrissage oral passif, tantôt de moyen d'agression détournée (**Racamier PC., 1993 ; Pradère J., 2009**).

Hayat M. (2002) nous incite à considérer le médicament psychotrope prescrit en termes d'un lien durable et constant assurant la continuité du processus de soins, au-delà des crises. Ce lien pourra être « trouvé » par le patient comme un des dépositaires de son sentiment continu d'exister. C'est précisément le cas pour Sophie, qui, malgré les crises entre elle et moi, et malgré les conflits entre elle et l'institution, se représente à la consultation en demandant son traitement comme si rien ne s'était passé. Le médicament, en tant que présence permanente, a valeur ici de réassurance pour Sophie dans sa capacité à exister.

Dans l'histoire clinique de Léa, le médicament psychotrope est assimilable à un objet transitionnel au sens de Winnicott DW. (1969). Sorte d'objet créé à deux, par la patiente et par le thérapeute, il a joué le rôle d'un support au déploiement de la parole par le biais d'une reconnaissance de la souffrance psychique que le psychotrope a véhiculée. Cet aspect de reconnaissance de sa souffrance a été important pour que Léa puisse m'accorder sa confiance. Le médicament, délivré par le thérapeute, a pris valeur du bon objet étayant, objet maternel sécurisant et apaisant. Il a joué le rôle de pare-excitation au monde émotionnel de Léa, et il a montré la disponibilité du thérapeute. Le psychotrope est venu la rassurer dans sa continuité à exister. En emportant l'ordonnance, Léa emmène avec elle une petite partie du thérapeute. Cela la conforte par rapport à des angoisses d'abandon, de perte. Le médicament en tant qu'objet transitionnel, permettra justement à Léa de travailler sur les pertes qu'elle a vécues : celle de sa grand-mère et celle de son copain.

Dans l'histoire clinique de Sophie, la réalité psychique semble parfois se réduire au lien exclusif aux médicaments. Dans ce cas, la relation clinique est très tendue et le clinicien instaure du mouvement dans l'acte de prescrire en se décalant par rapport aux attentes impérieuses de la patiente. Dans cette histoire, le médicament a probablement joué le rôle d'objet partiel au sens psychanalytique. Ce qui caractérise la relation objectale aux objets partiels, c'est l'ambivalence. Par ce statut d'objet partiel, le médicament devient également ambivalent, et par-delà le médicament lui-même, la personne du médecin (**Reynaud M., Coudert A.-J., 1987**).

D'autrefois en revanche, grâce au travail de parole, le médicament prend la place d'un objet métonymique, au sens où l'entend Lacan J. (1973), le médicament faisant alors métaphore. Rappelons que toute demande est une demande inconsciente d'amour. Métonymie s'entend comme une opération propre au désir en général : ce désir ne s'exprimerait jamais en désignant son objet original perdu, mais par le biais de la demande d'objets substitutifs qui sont eux-mêmes unis entre eux dans des connexions signifiantes. Pour Sophie, il est possible que le médicament ait tenu le rôle d'objet métonymique à certains moments de la relation.

La demande de Sophie : « Il me faut mon traitement », montre bien son accrochage à ce traitement comme à une bouée de sauvetage. Sophie a développé une dépendance narcissique à l'objet médicament. Elle a instauré des mécanismes d'emprise, au détriment de la relation de satisfaction comme le décrit Jeammet P. (2002). Le médicament devient parfois pour Sophie, un objet d'agrippement. Il est alors évident que la non-prescription du traitement peut être interprétée comme un abandon, une indifférence du thérapeute à son égard.

Dans cette situation clinique, la prescription du psychotrope a peut-être réactivé quelque chose de l'histoire personnelle de Sophie. Nous avons évoqué qu'à un moment de la relation clinique, le don d'une prescription pouvait résonner avec son passé, où son oncle lui offrait des cigarettes et de l'argent pour mieux l'abuser. Ainsi, la délivrance de ce traitement a très bien pu réactiver ce passé douloureux, ce qui a permis à Sophie d'élaborer son histoire et de se l'approprier, au sein de la relation psychothérapique.

Le médicament a, en plus de son effet pharmacologique, un effet d'histoire (Reynaud M., Coudert A-J., 1987).

Pierre Benoit (dans Reynaud M., Coudert A-J., 1987, p114), « va jusqu'à poser que face à l'impuissance du verbe, donc des mots, à énoncer cette histoire de l'être (et surtout lorsque l'angoisse et l'on pourrait dire le désordre intérieur de la maladie mentale aidant, il n'y a pas de moyen d'expression possible) il est imposé au sujet de se la faire en quelque sorte « administrer ». Dans ce cas, l'acte de prescrire serait susceptible de raconter au patient son lien à l'objet, inaccessible au monde de la représentation. Le médicament est un support particulier aux fantasmes individuels ».

Un aspect important, repéré dans certaines de nos histoires cliniques, est celui d'une reconnaissance par le clinicien, d'une souffrance psychique, véhiculée dans l'acte même de prescrire. Le patient reçoit la prescription comme un témoignage de l'authenticité de sa maladie et de sa souffrance psychique. Il a le sentiment d'être pris au sérieux, d'être entendu. Dans le cas de Léa, la patiente insistait sur sa souffrance psychique, et à un moment, l'acte de prescrire a témoigné de ma reconnaissance de cette souffrance.

Parfois le patient s'accroche au médicament ou plutôt à l'acte de prescrire comme acte ultime de reconnaissance en tant que sujet en souffrance. Pour Sophie, le médicament témoigne de l'authenticité d'une reconnaissance de sa souffrance psychique. Cet aspect est très important dans cette relation clinique. Le médicament symbolise l'attention du thérapeute face à sa souffrance. L'attachement fort, voire désespéré, de Sophie à son traitement, laisse à penser que ce médicament est investi au point qu'il représente parfois pour elle l'ultime preuve d'existence, notamment lorsqu'elle est prise d'angoisse d'anéantissement.

L'acte de prescrire permet donc parfois de soutenir le processus de subjectivation, par contre, à d'autres moments de la relation thérapeutique, la prescription, si elle avait eu lieu, aurait pris valeur de désobjectivation, renvoyant Sophie à son sentiment d'inexistence.

Dans notre dernière histoire clinique, l'acte de prescrire a pris plutôt sens d'une non-reconnaissance de la souffrance psychique de Denise.

La prescription procure parfois au patient un statut de malade qu'il est venu chercher... et au psychiatre la légitimité de sa fonction (**Balint M., 1957 ; Martin A.J.D., Kipman S-D., 1994**).

La prescription, l'usage des médicaments psychotropes, l'interprétation de leurs effets, renvoient à une théorie du soin, ou mieux, à une représentation que l'on se fait du soin et de la maladie (**Guyotat J., 1996**).

Dans certains cas, la posture clinique consiste justement à ne pas valider ce statut recherché de patient, il s'agit pour le clinicien de se dégager de cette scène où l'entraîne le patient.

Je relaterai une histoire courte : une jeune femme vient à ma consultation alléguant des consommations d'alcool excessives. Au cours de l'entretien, elle m'apprend qu'elle avait consulté dans un centre spécialisé dans le diagnostic des troubles bipolaires, elle a passé toute une batterie de tests pendant deux jours... et doit recevoir le résultat par courrier. De plus, elle m'apprend être suivie par un psychologue depuis peu de temps. En l'écoutant, en la laissant parler de son histoire, à un moment, elle réalise qu'il n'y a pas de traitement miracle, qu'elle attendait peut-être ce diagnostic de trouble bipolaire venu de l'extérieur comme une façon d'éviter de penser sur elle-même. J'ai vraiment eu l'impression qu'à un moment de notre rencontre, elle a touché quelque chose en elle, comme une révélation : c'est de l'intérieur d'elle que venaient des ouvertures à ses questions. En fait, j'ai compris, en fin d'entretien, qu'elle attendait de moi, en tant que psychiatre, que je lui confirme ce diagnostic. En n'y répondant pas, en faisant un pas de côté, je l'ai renvoyée à elle-même et à son histoire intime. Ainsi, elle m'a dit, à la fin de notre rencontre qu'elle reprendra rendez-vous avec son psychologue. Elle ne souhaitait pas d'autre rendez-vous avec moi, et je ne lui en ai pas proposé. Nous voyons bien les dérives actuelles du système de soin, basées sur une évacuation pure et simple de la dimension de sujet.

Remarquons que tout patient en souffrance psychique, est amené presque naturellement à demander un objet de la part du médecin, et le médecin peut être tenté de répondre spontanément, que ce soit par des conseils, un réconfort, une réassurance, ou une délivrance médicamenteuse. Or, le psychiatre qui ne prescrit pas, ou pas immédiatement, peut se voir beaucoup plus investi que s'il avait donné trop rapidement (**Racamier P.C., 1993**).

Balint M. (1957) estime que toute maladie est le véhicule d'une requête pour obtenir de l'amour et de l'attention. Il se demande si la prescription ne représente pas l'échec dans la façon dont le psychiatre s'est proposé comme objet à son patient. Le médicament semble être le médiateur des désirs communs du médecin et du malade, d'une guérison rapide.

Le soulagement ressenti par le malade grâce au médicament prescrit conditionne l'image de la compétence du médecin et la relation à celui-ci.

Les aspects dynamiques et relationnels de la prescription ont très bien été décrits par l'équipe de Lyon avec, notamment, Lambert PA. (1965) mais aussi par Racamier PC. (1993). Le sens symbolique de la prescription ne peut en aucun cas être retiré de l'effet thérapeutique.

Nous admettons que le médicament joue un rôle thérapeutique précisément parce que ses effets pharmacologiques sont imbriqués aux effets psychologiques entraînés par la dynamique de la relation médecin-malade. Il semble bien qu'il s'agisse d'interactions réciproques, c'est-à-dire que le médicament, de par l'effet pharmacologique procuré, permet au patient de mobiliser sa parole. En retour, cette mobilisation de la parole, cette animation de la parole, exerce un effet sur le médicament.

Dans la séquence d'une rencontre entre un patient et un thérapeute, depuis le point de vue qui considère la demande jusqu'à l'intention qui en détermine la réponse, prescrire est bien une prise de lien, par laquelle se crée une implication réciproque. Comme l'explique Audisio M. (1988), l'acte de prescrire s'inscrit dans un jeu échangiste. En prescrivant, nous créons un nouage chimique entre nous-mêmes, thérapeute, et le patient. Comme nous l'ont suggéré nos histoires cliniques, l'appropriation des effets d'un traitement ne relève pas d'une linéarité sans faille. C'est le nouage entre la relation thérapeutique et les effets des psychotropes qui est en jeu : de quel autre me vient ce médicament qui a des effets sur moi ?

Ce lien met en exergue la relation tissée entre le thérapeute et le patient qui peut aller jusqu'à entraîner, comme dans le cas de Denise, une tension psychique insupportable pour le patient. Le lien chimique, rapproche donc thérapeute et patient. Le médicament expose beaucoup plus le thérapeute en lui faisant perdre sa neutralité, en le plaçant du côté d'une intervention réelle. Prescrire se situe en effet dans le réel. Des forces intenses sont mobilisées par l'acte même de prescrire. Le clinicien se trouve ainsi à une place très inconfortable, il se situe au plus près de son patient, en posture instable. Le fait de prescrire un psychotrope le fragilise et lui fait courir le risque de se discréditer dans sa posture d'écoute. Nous voyons se dessiner, sous prescription, une relation extrêmement fragile, une relation dont les mouvements transférentiels et contre-transférentiels seront renforcés, comme le souligne Diatkine R. et Paumelle Ph. (1965), exposant encore plus le thérapeute en le plaçant sur une crête.

La prescription mobilise des enjeux imaginaires sur le pouvoir, la maîtrise, le narcissisme du soignant qui oscille entre échec et efficacité thérapeutique (**Jovelet G., 2005**). Le thérapeute risque parfois d'en oublier le patient en tant que sujet, pris par son désir de guérir à tout prix. La prescription peut alors être perçue comme un acte violentant le sujet.

Certains de nos patients savent susciter cet envie d'agir du côté du thérapeute, en donnant à voir toute l'horreur de leur vie. Mais en se laissant prendre par ce nuage de fumée, le clinicien risque d'agir avant d'écouter, comme s'il ne voulait plus rien entendre du sujet. Benjamin Jacobi (**1995**) remarque fort justement que la sollicitation directe suscite la sollicitude et risque d'abolir l'écoute. Il rajoute : « Quand les agissements pour sauver opèrent, les mots pour dire la souffrance sont exclus de l'entretien. La décadence du dire peut alors être reliée à un renoncement à l'écoute d'un sujet » (**Jacobi B., 1995, p111**).

L'acte de prescrire risque également de devenir un agir du soignant en réponse à la violence et aux passages à l'acte du patient. Racamier PC. (**1993**) décrit les « significations agissantes » dont est investi le médicament : « médicament-lait, médicament-écran, médicament-béquille, médicament-coup de poing ».

Cela en fait le principal élément transféro-contre-transférentiel de la relation psychiatre-patient. Guyotat J. quant à lui, décrit le médicament apaisant, le médicament trouble-fête, le médicament servant à l'exclusion du patient, le médicament support des échanges agressifs à l'intérieur de l'institution, le médicament sanction thérapeutique (**dans Pradère J., 2009**).

L'ensemble de ces travaux insiste sur l'investissement psychique du médicament par le patient et par le prescripteur.

Comme nous l'avons évoqué dans notre dernière histoire clinique, le médicament est perçu comme hostile, persécuteur voire abuseur. La patiente l'a rejeté en ne gardant de lui que les effets secondaires insupportables. Dans le cas de Sophie, le médicament prend différentes valences en fonction de la relation clinique : médicament facilitant parfois la relation, ou médicament constituant un blocage. Le clinicien, s'il prescrit dans l'écoute et dans la parole, convertira cet acte en acte psychothérapeutique à part entière.

Les situations cliniques exposées montrent à quel point la prescription peut mener à une relation explosive, au point de faire avorter la relation psychothérapeutique.

Par contre, si le clinicien conserve une posture de prescrire sur la crête, il laisse une ouverture sur la parole, il permet du mouvement psychique.

Tout comme Audisio M. (**1988**), éclairés par la clinique, nous soutenons que chaque prescription est unique, prescrire est en effet une création à chaque fois à réinventer, à recréer à deux dans la relation médecin-malade.

D'autre part, même si la souffrance s'exprime corporellement, même si la demande fait état d'une information sur le fonctionnement du cerveau, le clinicien manquerait l'essentiel de la rencontre à ne répondre qu'à partir de son seul savoir sur le cerveau. Il peut être tenté de répondre du côté du savoir et du pouvoir médical car cela lui donne une assise et un sentiment de contrôler son patient et les aléas de la rencontre clinique. Toute praxis trouve son efficacité dans la prise en compte de l'écart, dans l'art mis à articuler le registre du savoir avec le vécu de la rencontre, sur une scène double où les imaginaires vont travailler plusieurs niveaux de symbolisation.

Si nous évoquons à nouveau la vignette clinique de la patiente venue demander une confirmation diagnostique de trouble bipolaire, il est bien évident que le médecin répondant par une prescription de régulateur de l'humeur, en confirmant ce diagnostic, serait passé à côté de la rencontre proprement dite, ne retirant aucun enseignement de l'évènement rencontre. Il aurait écrasé les questionnements de cette patiente en ne l'entendant pas vraiment. L'art clinique a consisté justement à se décaler de cette question technique concernant le trouble bipolaire, pour écouter la parole de la patiente, parole chargée de doute, d'émotion.

En fait, la façon dont le thérapeute aborde le patient, guidée en partie par sa conception du soin psychique, de la maladie mentale et de la souffrance psychique, influence directement la relation médecin-malade. Si le clinicien se place dans une optique médicale qui le rassure, mettant en lien direct corps et médicament, il abordera le patient en le réduisant à des symptômes mais ne recevra pas sa parole. Audisio M. (1988) remarque d'ailleurs que l'échec du psychiatre en quête de disparition du symptôme psychique l'interpelle dans la conception même qu'il se fait de ce symptôme.

Au contraire, dans un abord psychothérapique centré sur la parole, le patient est considéré en tant que sujet parlant et c'est bien un sujet que le clinicien rencontre alors.

Un autre aspect de l'acte de prescrire réside en la jouissance qu'il entraîne pour le thérapeute : jouissance par cet acte en procurant une illusion de maîtrise (Henry A., 1995). L'histoire de Denise montre bien comment le clinicien est sommé de répondre à tous les besoins de la patiente par le médicament. Ainsi se crée l'illusion d'une stricte complémentarité entre lui et la patiente. L'acte de prescrire donne le sentiment de répondre parfaitement à la demande.

Le thérapeute pense procurer une jouissance infinie à la patiente en la comblant parfaitement, dans un fantasme de jouissance à deux, par le biais de la prescription médicamenteuse. La prescription risque de prendre le caractère d'un déduit.

Cette position, comme nous l'avons montrée, est intenable pour les deux sujets, elle entraîne le risque de leur disparition pure et simple.

Posséder le patient en prescrivant peut également constituer une source de jouissance pour le thérapeute : jouissance de manipuler à souhait le patient devenu objet soumis. Jouissance de devenir l'objet de plaisir du patient, par l'acte de prescrire.

Lors d'une prescription de remède psychiatrique, sur un plan plus profondément inconscient, d'autres bénéfices secondaires sont satisfaits, comme la réception passive d'une nourriture magique dont la bénéfique absorption fait retrouver le sentiment d'une plénitude perdue (**Green A., 1961 ; 1966**). Prescrire c'est aussi remplir, c'est entretenir l'illusion que tout manque peut être comblé. C'est parfois répondre à ce besoin insatiable de gratifications qu'ont certains patients (**Gosselin J.Y., 1977**). En répondant immédiatement à une telle demande médicamenteuse, le thérapeute signifie au patient qu'il est sans manque aucun.

Pour poursuivre la réflexion, l'histoire de Sophie pose la question du rapport passionnel à l'acte de prescrire. La patiente englobait sa demande médicamenteuse dans la relation passionnelle qu'elle tissait avec moi. Le clinicien, en prescrivant, entretient alors ce rapport passionnel, et rigidifie les liens relationnels entre lui et sa patiente, jusqu'à les rendre insoutenables. En optant de ne rien lui prescrire tout en l'écoutant, je donnais du mouvement à la relation clinique. En refusant d'occuper la place de distributeur de jouissance immédiate, le thérapeute gagne en liberté et permet également à la patiente de développer d'autres modalités relationnelles.

Par contre, à un autre moment du suivi thérapeutique, la prescription joue un rôle d'interface entre clinicien et patiente. Nous pouvons même dire que la prescription a permis, à travers la relation médecin-malade, un aménagement honorable des débordements affectifs de Sophie, en jouant un rôle d'éponge par rapport à ces derniers.

Un autre aspect relationnel visible dans l'acte de prescrire réside en la question de l'effacement de la perte par la permanence de l'objet-médicament, et au-delà par la permanence du thérapeute. Nous avons en effet déjà remarqué dans nos histoires cliniques que l'acte de prescrire était perçu par le patient comme un moyen d'effacer la perte. En prescrivant, le thérapeute se donne l'illusion d'être omnipotent, de hanter par son omniprésence l'intérieur du sujet. En emportant l'ordonnance écrite par son médecin, le patient a l'impression d'emporter une partie du soignant avec lui. Cet effacement de la perte, du manque, renvoie à la notion d'individu sans manque, sans faille, un individu substitué ne pouvant pas accéder au signifiant *perte*.

Dans ce cas, l'acte de prescrire participe au collage fusionnel du clinicien à son patient. Cette situation ne laisse pas de place à une élaboration à partir du manque, élaboration pourtant essentielle pour aborder la question du désir.

Là encore le clinicien est pris dans un paradoxe : la parole et le langage impliquent justement un décalage et un manque inhérent au fait même de parler. En prescrivant un traitement, il effacerait pour ainsi dire ce travail de parole, les deux processus cheminant en sens contraire. Ainsi, une des raisons poussant parfois le clinicien à prescrire serait de ne pas prendre le risque d'une séparation entre lui et son patient.

Par contre, ce rôle de bouchage joué par le médicament, peut permettre une élaboration progressive sur le manque, à condition que le thérapeute se dégage de la relation de collage souhaitée par le patient. Il amènera alors un questionnement venant du patient sur sa propre difficulté à parler de la perte.

Par ailleurs, nous avons vu, parfois, que cette continuité dans la présence du thérapeute, représentée symboliquement par le don d'une ordonnance, permet au patient de surmonter des crises d'effondrement narcissique. Nos histoires cliniques, ont en effet, particulièrement insisté sur cet aspect.

Nous allons maintenant évoquer les dangers d'une prescription médicamenteuse, dangers déjà esquissés dans ce chapitre mais que nous développerons davantage.

2. Les dangers de la prescription : prescrire pour ne pas se rencontrer

Si la prescription de psychotropes représente un puissant outil thérapeutique, l'acte de prescrire peut néanmoins se transformer en un processus aliénant le patient. Prescrire pour faire taire le sujet... Le psychiatre prescripteur affirme alors un pouvoir sur son patient en insistant sur l'aspect technique de la prescription. L'acte de prescrire perd de son potentiel psychothérapeutique en se détachant du patient et de la relation médecin-malade. Il se crée l'illusion de soigner sans recours à la relation, par le seul pouvoir thérapeutique du médicament et du médecin prescripteur, transformé en un personnage tout-puissant.

Nous avons en effet perçu tous les dangers contenus dans l'acte même de prescrire : impasse relationnelle guidée par un don oral sans fin, se placer en miroir de la problématique du patient et donc favoriser l'évitement face à la problématique intrapsychique, aliéner le patient en le rendant dépendant, ou encore lui attribuer une place infantile confortant la toute-puissance du thérapeute mais écrasant le moi du sujet.

Au tout début de la rencontre avec son patient, il est plus confortable pour le clinicien d'adopter une posture de prescripteur, car cette position lui procure d'emblée la place du bon objet, et lui donne une satisfaction immédiate. Lors des premières rencontres avec le thérapeute, le patient teste ce dernier en demandant diverses choses, il déstabilise le thérapeute par des plaintes multiples, des demandes impérieuses. Bref, la rencontre clinique se place sous le signe de l'inconfort pour le thérapeute. Mais c'est aussi à partir de cet inconfort qu'une dynamique de soin s'engage. Or, si le clinicien se replie sous l'étendard pharmacologique pour se protéger de ces sensations d'inconfort, il étouffe le soin psychique émergent. Nous supposons même que plus la rencontre se place sous le signe de l'inconfort pour le thérapeute, plus celui-ci doit se méfier d'une prescription hâtive, résonnant plus avec sa propre difficulté à faire face à cette rencontre qu'à une décision thérapeutique. La décision de prescrire le concerne plus lui-même que le patient. Pour ainsi dire, le thérapeute doit se préparer psychiquement à l'acte de prescrire.

En prescrivant d'emblée, en répondant aux attentes du patient, le praticien évite d'être confronté à son propre désir comme à celui du patient. L'acte de prescrire lui permet de faire l'économie d'un engagement émotionnel et transférentiel. Le clinicien camoufle alors son angoisse par une attitude d'auto proclamation de son pouvoir médical, en adoptant une posture apostolique comme le remarquait Balint M. (1957).

Cette façon de prescrire constitue un rempart à l'instauration d'une authentique rencontre clinique. Le clinicien peut donc être tenté par la voie pharmacologique car elle lui procure réassurance et protection.

Dans l'histoire clinique de Denise, la réponse médicamenteuse face aux demandes impérieuses de la patiente est à interpréter comme une non-réponse ou une réponse à côté de la problématique de la patiente. L'escalade médicamenteuse, préparée par l'oubli de la boîte de médicaments dans le bureau, est le témoin qu'une demande vient au devant d'une réponse. Cette histoire montre que le médecin devient aussi infidèle à ses médicaments que le patient à ses prescriptions. Je me suis contenté de regarder Denise sous le seul aspect de sa symptomatologie dépressive, je me suis donc rabattu du côté du symptôme médical pour éviter d'être confronté à la relation avec Denise, relation qui se plaçait du côté de la passion. J'ai donc opéré une certaine réification de cette patiente en me focalisant sur sa symptomatologie dépressive et en essayant de l'évacuer en tant que sujet.

Comme nous l'évoquions déjà dans notre travail, la question de pourquoi et pour qui prescrire doit toujours rester à l'esprit du clinicien.

Le thérapeute devrait plutôt se laisser guider par la question de la subjectivation. Sa réflexion doit prendre en compte en permanence la place du sujet. Qu'est-ce qui fait qu'une action sera subjectivante et une autre pas ?

Un autre point incite parfois le thérapeute à prescrire rapidement : celui de s'octroyer une position de thaumaturge face au patient. Le médecin peut très bien tenir ce rôle de personnage surpuissant, ou au contraire, s'en dégager progressivement par une posture clinique, garante d'une certaine éthique. Il est bien évident que le psychiatre prescripteur peut être séduit par l'idée d'une guérison chimique voire d'une jouissance chimique prescrite par lui-même. Cela lui évite un engagement personnel et affectif dans la relation avec son patient. Il prend alors la place d'un thaumaturge faisant l'économie de toute la dramatique de la rencontre humaine. Le patient psychiatrique n'est alors plus rien ou presque, puisque le voilà débarrassé à son insu, hors de sa volonté, sans aucun appel à sa problématique personnelle, d'un trouble qui, pour être aberrant dans son expression, n'en est pas moins intime (**Le Poulichet S., 1987**).

En outre, le médecin, qui réussit et qui guérit, est inaccessible par sa toute-puissance, puisque le soulagement qu'il apporte n'est pas le fruit d'une rencontre, d'un apaisement, du déchiffrement d'une signification qu'il a reconnue derrière le signe morbide par lequel le sujet semble s'écarter de la normalité (**Green A., 1966**).

Nous nous trouvons donc dans une situation de non-rencontre ou chacun des protagonistes fait l'économie de l'angoisse d'une rencontre avec l'Autre. Michel Audisio (1988) nous conforte dans ce sens en remarquant que l'acharnement thérapeutique dans lequel se lance le praticien témoigne d'une dénégarion d'un discours de la folie, venant signifier que le praticien se trompe de science. La relation thérapeutique ainsi amorcée est un leurre. Il semble évident qu'à un moment donné ce type de relation ne peut que tourner court. Si le patient amène le thérapeute à répondre de telle ou telle manière, s'il l'amène à occuper une place que celui-ci devrait pourtant bien se garder d'occuper, le patient espère secrètement, que le clinicien ne répondra pas à cette injonction. Ainsi, le dernier cas clinique, celui de Denise est parlant : la patiente m'a amené à répondre par une prescription alors même que je savais qu'il ne fallait pas lui prescrire ce qu'elle demandait de manière si impérieuse. En agissant de la sorte, je lui ôtais toute possibilité de déployer sa parole. Il s'agissait d'une façon de tester le thérapeute dans ses capacités à recevoir le tumulte du patient. Donc, si le praticien se dérobe lors d'une première rencontre, il se discrédite dans sa fonction d'écoute et dans ses capacités à recevoir la parole du patient. Le patient n'aura plus qu'à attaquer la relation ainsi créée en se plaçant sous l'angle du « demandeur fou ». Ces demandes impérieuses, nous l'avons cerné dans les situations cliniques, sont des demandes d'amour. Les médicaments n'auront pas d'efficacité car ils ne sont pas prescrits pour agir sur une symptomatologie psychiatrique mais jouent uniquement un rôle écran dans la relation transférentielle.

La prescription risque de constituer une réponse en acte à la demande du patient qui va alors se figer, devenir plainte et même complainte (Monsonogo H., 1994).

La relation sera donc une relation médicamenteuse, le clinicien étant pris à son propre piège. En se prenant pour un thaumaturge, il est obligé de répondre par des prescriptions de plus en plus lourdes, traduisant son incapacité à faire limite. De plus, il est mis en demeure d'apparaître comme un individu sans faille, complet, omnipotent. Cette omnipotence se place souvent en miroir de celle du patient, comme c'est le cas dans l'histoire de Denise. La prescription n'a alors plus aucune liberté de mouvement, la molécule ne servant qu'à combler les béances narcissiques du patient et peut-être celles aussi du thérapeute. Le psychiatre se sent alors entraîné dans une obligation de résultats, une obligation de satisfaire immédiatement son patient. En répondant de la sorte, il perd de vue la relation psychothérapeutique.

Dans la dernière histoire, l'acte de prescrire n'a pas trouvé de liberté de mouvement, il a été pris et enfermé dans un rapport passionnel aussi bien du côté de la patiente que de celui du clinicien. Ce dernier n'a pas su renoncer à l'illusion de procurer une jouissance à la patiente. Le médicament a suturé irrémédiablement la problématique du désir. Ici, la prescription n'a pas permis de dessiner une scène thérapeutique apaisante de manière à mettre en mots les affects. Tout mouvement relationnel était ramené du côté de la prescription médicamenteuse. Dans le cas de Sophie, la prise médicamenteuse a pris une telle importance symbolique du fait de l'implication du non-dit qu'elle suppose, qu'elle a occupé quasiment tout l'espace relationnel de langage. A la limite, le médicament prescrit est apparu, à un moment du suivi thérapeutique, comme un symptôme, celui d'une relation bloquée où la contre position du thérapeute devient symétrique mais aussi complice, et mieux, otage de la position pathologique du patient. Les deux se complètent, s'entraînent et s'entretiennent tout en se renforçant mutuellement.

Selon l'expression de Racamier PC. (1993), les échanges ne se font plus qu'à travers et à propos du médicament, objet central adoré ou abhorré dont prescripteur et patient ne sont plus que des satellites. Il semble donc tout à fait possible qu'une relation médicamenteuse, ou une relation chimiothérapique au sens de Green A. (1961) se soit instaurée, par moments, entre Sophie et moi-même.

Nous entendons donc par relation médicamenteuse le cas où la relation médecin-malade est centrée autour du médicament : le thérapeute accorde alors une action thérapeutique essentielle au psychotrope, en le surinvestissant. Le patient a tout le loisir d'accepter cette conception, en se rangeant du côté du savoir du thérapeute qui prend alors une place de thaumaturge. Le médicament se revêt d'un aspect magique, soumettant médecin et patient à la vérité pharmacologique. Ainsi, thérapeute et patient sont sous le joug d'une relation médicamenteuse exclusive. Le surinvestissement du médecin vis-à-vis du médicament n'est-il pas un l'aveu d'une certaine impuissance à soutenir la relation psychothérapeutique et son tumulte ?

Racamier PC. (1993) dénonce les dangers d'une fuite conjointe du médecin et du malade sur le cheval pharmacologique par l'intermédiaire de la « pilule biberon ». Le terme de pilule biberon évoque la position maternelle jouée par le thérapeute prescripteur. Celui-ci, en donnant un traitement oral, a un rôle gratifié par le patient. Comme entre l'enfant et la mère s'établit un système de gratification mutuelle, une relation similaire peut se mettre en place entre le thérapeute prescripteur et le patient.

Mais une telle relation ne peut pas persister longtemps sauf à entraîner la disparition du *moi* du patient dans celui du médecin ou à aboutir à la négation radicale de l'autre (**Marie-Cardine M., Guyotat J., Terra J.L., 1989**).

Dans certains cas, la réponse médicamenteuse met le patient en demeure d'incarner le fantasme médical de toute-puissance, gommant tout questionnement sur le désir de l'autre. De telles prescriptions, quelle que soit la pathologie psychiatrique en jeu, perdent de leur pouvoir thérapeutique car elles sont prises dans un rôle qui n'est pas le leur : celui de combler l'incomblable, d'assouvir totalement le désir...

Le patient ne sera pas prêt à recevoir le psychotrope, aucun travail préparatoire n'ayant opéré. De même, le psychiatre qui prescrit immédiatement, saisi par l'intensité de la relation clinique, ne sera pas imprégné de l'histoire de son patient, il prescrira pour ainsi dire à vide, sans ancrage dans la parole. Dans ce cas, le lien exclusif au produit médicamenteux ne ménage aucune ouverture, il réalise plutôt un bouchage. La prescription, dans une telle situation, est détachée de la relation médecin-malade, elle n'est que le reflet de l'angoisse du clinicien débordé par le vacarme de la rencontre clinique. La molécule ne prend pas sens par rapport à une intériorité du patient. Elle arrive comme étant totalement extérieure au patient, elle sera donc perçue comme potentiellement violente et déstabilisante. Le traitement ainsi prescrit a toutes les chances d'être rejeté par ce dernier. De plus, le psychiatre prescripteur ne sera pas porteur d'une parole en prescrivant, il n'aura rien à dire sur le traitement si ce n'est délivrer une parole scientifique, pharmacologique. Le médicament ne véhiculera pas l'intimité du thérapeute, la molécule sera prescrite sur un mode standard et technique.

Dans le dernier cas clinique, le traitement a pris une connotation tellement négative, que seuls les effets pharmacologiques indésirables du médicament ont été retenus par la patiente.

« Quand les médicaments prennent la place de la relation, non seulement les patients souffrent des effets latéraux de médicaments agressifs, mais ils perdent le pouvoir curatif de la relation (**Luhrmann T., cité par Bensoussan M., 2004**) ».

Le manque de préparation, du côté du thérapeute tout comme du côté de la patiente, n'a pas permis au psychique d'accueillir la molécule prescrite. Le psychique a orienté le médicament dans le seul sens des effets indésirables néfastes. Cela évoque bien une influence du psychique sur l'effet du médicament.

Cette préparation du psychique résulte à la fois d'une préparation interne venant du patient mais aussi d'une préparation de la part du thérapeute. En effet, lui aussi doit se préparer à prescrire, intérieurement, son psychique étant transformé par la rencontre avec son patient.

Dans le cas de Denise, c'est comme si le psychique avait retiré le principe actif de la molécule ou l'avait neutralisé pour en garder uniquement les mauvais effets qui reflèteraient alors l'intensité relationnelle potentiellement dévastatrice.

De toute façon, dans cette histoire clinique, la question de la pertinence de la prescription reste entière car avec du recul, je me dis que je n'aurais certainement pas dû prescrire un antidépresseur face à sa demande pressante : l'état dépressif ne justifiait pas, à ce moment précis de la relation, la prescription d'un antidépresseur. La relation thérapeutique n'était pas assez établie pour qu'une prescription fasse sens.

Par ailleurs, il existe une part qui échappe au thérapeute dans la décision même de prescrire un psychotrope. Et la fameuse question nous revient à l'esprit : pour qui et pourquoi le clinicien prescrit-il ? Cet acte n'est pas uniquement guidé par un raisonnement clinique et pharmacologique, mais il relève aussi d'une part d'irrationnel (**Durieux MJ, 1993**). Ce côté irrationnel est récupéré par le patient, et par la dynamique transféro-contre-transférentielle. Il est donc primordial pour le clinicien de ne pas occuper une place omnipotente. Le thérapeute devrait au contraire laisser percevoir un champ de non-maîtrise permettant au patient de placer sa propre parole.

Le fait de prescrire, sans prétention de rétablir l'ordre, en respectant la parole du patient, en sachant l'écouter, permet à cet acte de s'intégrer dans le travail psychothérapeutique.

En fait, c'est parfois malgré eux que clinicien et patient prennent la décision d'une prescription d'un médicament. Mais alors que se passe-t-il au moment précis de prescrire ? Quels rapports intimes le psychiatre clinicien entretient-il avec la prescription ?

Il semble parfois que le clinicien suive des voies personnelles sans rapport avec la pharmacologie. Durieux MJ. (1993) suggère qu'il n'y a aucune réponse objective possible déterminant la décision de prescrire. Pour Denise, j'ai été amené à raisonner en termes de symptômes psychiatriques pour voiler ma crainte inconsciente de la perdre.

Durieux MJ. remarque également que l'acte de prescrire engage aussi bien la relation singulière au patient que le cheminement personnel du psychiatre. Ainsi la prescription, dans le cas de Denise, ne vient-elle pas pallier mon propre sentiment d'échec de la relation thérapeutique ? Dans ce cas, la prescription deviendrait un moyen de s'assurer de l'appartenance du patient au thérapeute par un phénomène d'aliénation.

De toute manière, la prescription médicamenteuse risque à tout moment de basculer en un acte aliénant et destructeur pour le patient. Arthur Tatossian (1994) incite le clinicien à refuser un usage de la prescription qui aurait un effet d'aliénation.

L'acte de prescrire s'inscrit dans une clinique du renoncement, renoncement du clinicien à posséder le patient et à lui procurer une jouissance totale. De toute façon, si le clinicien occupe une telle place, il en sera, à un moment donné, violemment destitué. Le thérapeute, en prescrivant dans l'idée de procurer une jouissance à son patient, cherche par là même à s'octroyer lui-même un plaisir, une jouissance. Il s'agirait là d'une tâche aveugle du thérapeute. Nous avons souligné le caractère parfois incestueux de l'acte de prescrire.

Donc, si le clinicien utilise la prescription médicamenteuse pour combler ses failles et éviter les prises de risques, il positionne l'acte de prescrire comme antagoniste du soin psychothérapeutique. Sous couvert d'être le bon médecin accédant aux demandes du patient pour son bien, le clinicien deviendrait le fossoyeur de la rencontre clinique naissante en n'écoutant pas la parole du patient. Le processus thérapeutique, loin d'être favorisé par la prescription, s'engage dans une impasse.

De plus, il est bien évident qu'une telle prescription est perçue comme violente par le patient, car inconsciemment elle va dans le sens de le faire taire. Elle exclut le patient en tant que sujet au profit de la seule jouissance du thérapeute. Dans le cas de Denise, la prescription se plaçait en écho de la propre violence de la patiente, elle servait d'arme dans un affrontement à deux.

De même, pour Sophie, l'acte de prescrire aurait été violent s'il s'était déroulé à la toute première demande de la patiente. Il aurait également contenu le désir du thérapeute d'entraîner par cet acte, une jouissance pharmacologique prescrite médicalement. Cet acte aurait aussi pu transmettre toute l'agressivité inconsciente du thérapeute, suscitée par la violence de Sophie.

Ainsi, le moment de prescrire, et nos histoires cliniques nous le montrent, est primordial vis-à-vis de l'effet thérapeutique attendu.

3. Temporalité de la prescription

La temporalité de l'acte de prescrire est intéressante à explorer : Durieux MJ. (1993) dégage une réponse des psychiatres : « A l'instant même ou je prescris, je ne sais pas ce qui détermine ma décision ».

Balint M. (1957), invite le médecin, à chaque prescription, à se poser la question : quand est-il licite de prescrire ? Durieux MJ. (1993) indique, à notre grand étonnement, que la prescription dépend presque uniquement du travail et du cheminement personnel du psychiatre, elle ne dépend que très peu de l'état clinique du patient ! Nous pouvons alors nous questionner sur le fondement de l'acte de prescrire. Relève-t-il d'une croyance du psychiatre ? N'est ce pas alors le psychiatre lui-même qui doit se préparer à prescrire, par un cheminement intime ?

La prescription semble être un point d'aveuglement de l'activité du psychiatre. Comme le rappelait Balint M. (1957), le médecin prescrit souvent plus pour se rassurer lui-même, se préserver de ses angoisses suscitées par la rencontre avec le sujet malade, que pour apaiser son patient. Pourtant il serait logique de penser que l'acte de prescrire survienne après un cheminement clinique, une démarche diagnostique concomitante de la rencontre avec le patient.

Les différentes situations cliniques exposées suggèrent que le moment du prescrire est très important quant au sens de la prescription pour le patient et pour le thérapeute. La prescription, en effet, est inscrite dans une histoire (Audisio M., 1988). La décision de prescrire intervient à un moment donné de la relation clinique. Nos histoires cliniques ont montré des situations variées où la demande médicamenteuse survient à des moments différents de la relation médecin-malade : au cours de l'évolution de la relation psychothérapeutique, et c'est parfois une manière de se protéger de la relation de parole ; ou d'emblée, dès la première rencontre avec le psychiatre, et c'est une manière de s'afficher face au thérapeute.

Ainsi, la façon dont est amenée la demande médicamenteuse vient dire quelque chose du patient, de sa vie, de son histoire, de son psychique.

Les mots employés sont intéressants à analyser : « Vous n'avez pas un médicament vite fait ? Il me faut mon traitement, Monsieur ». La première demande est à entendre comme un aveu d'impuissance de la part de la patiente qui s'en remet à la toute-puissance du médicament et du thérapeute. Elle se donne à lui, en quelque sorte, en lui demandant de faire quelque chose pour elle, elle se place en position passive d'attente magique. L'expression « vite fait » suppose une certaine urgence à apaiser sa souffrance, Léa attend un effet thérapeutique rapide. C'est aussi une manière de s'extraire en tant que sujet en attendant passivement une solution extérieure à soi pour résoudre ses conflits. Le travail du clinicien consiste justement à ne pas répondre immédiatement à cette demande mais à la laisser en suspens pour qu'elle prenne sens dans la relation médecin-malade. J'ai insisté pour replacer l'acte de prescrire au plus près du cheminement psychothérapeutique. « Un médicament, vite fait » évoque également l'idée de prescrire « l'air de rien, sans prétention », comme si Léa incitait à une création à deux, à une invention.

Dans le cas de Sophie, par exemple, la demande médicamenteuse s'est d'emblée mêlée à la rencontre clinique. Elle est imprégnée d'une impériosité : « il me faut » montre tout le désarroi de cette patiente ne sachant plus à quoi s'accrocher. Il était primordial pour le clinicien d'insérer de la durée, d'étirer le temps de la rencontre pour ne pas le réduire à celui du chimique, qui lui, est instantané. La prescription est survenue à un moment particulier de la relation thérapeutique. Elle a été précédée par ce refus de prescrire qui a duré un long moment. Cette période de proscription a mieux préparé le moment ultérieur de la prescription. Nos histoires cliniques dessinent ainsi des valences différentes voire opposées de l'acte de prescrire selon le moment où il survient.

Dans ces deux cas, même si d'un point de vue psychopathologique les deux patientes n'ont rien en commun, la temporalité de la prescription, le fait de la différer par rapport à la demande, a injecté une dimension thérapeutique à la prescription médicamenteuse. Cette dimension temporelle a donc une réelle incidence sur l'effet thérapeutique.

Pour Léa, étirer le temps, lors de ce moment d'effondrement, a été fondamental. Cela lui a permis de s'approprier sa parole ainsi que d'engager un travail sur la perte. Perte de son omnipotence infantile notamment.

Pour Sophie, le moment de prescrire a coïncidé avec le déploiement de son histoire douloureuse. Elle a pu s'approprier son histoire grâce, peut-être, à ce support médicamenteux, survenu après une période de non-prescription. En différant, le clinicien a relativisé l'effet magique du médicament.

Différer, c'est replacer Léa en tant qu'actrice de sa vie et de sa souffrance psychique, c'est refuser de la laisser dans ce rôle passif ou elle subirait une guérison miraculeuse sans être elle-même impliquée dans le processus thérapeutique.

L'art thérapeutique a consisté à lui redonner progressivement la parole, dans un climat sécurisé. La prescription a joué alors le rôle d'étayage sur lequel elle a pu s'appuyer.

Le rôle du clinicien est d'instaurer une certaine temporalité du médicament afin d'éviter de lui attribuer, par exemple, un caractère magique. En se fiant à la relation médecin-malade, le thérapeute saisit le moment du prescrire le plus proche du processus thérapeutique engagé.

Ce moment correspond également à un cheminement interne du thérapeute. Ce dernier prescrit lorsqu'il se passe quelque chose dans son propre psychisme.

Le moment de prescrire relève donc d'une préparation du thérapeute : à un certain moment, la rencontre clinique l'imprègne et guide sa décision.

La dernière histoire clinique, celle de Denise, nous a montré tous les dangers d'une prescription rapide, ne tenant pas compte de la relation médecin-malade mais répondant plutôt à une angoisse du clinicien suscitée par la rencontre elle-même. Il s'agissait de combler la patiente le plus vite possible afin de la faire taire, afin de ne pas entendre son désir. L'effet pharmacologique de la substance prescrite a été, pour ainsi dire, tué dans l'œuf.

Un bref fragment clinique abonde dans ce sens : une patiente que je suis se plaint de symptômes dépressifs. Elle se trouve dans un état dépressif depuis plusieurs années. Elle éprouve des difficultés à exprimer ses émotions et se plaint de ne plus rien ressentir à l'intérieur d'elle-même. Cette femme est séropositive depuis quinze ans environ, traitée par trithérapie. Ecouter sa plainte dépressive fait partie du cheminement clinique dans lequel je suis engagé avec elle. Elle demande souvent des changements de traitements antidépresseurs, tout en déplorant de ne pas réussir à parler avec moi, et me reprochant d'être là uniquement pour lui délivrer son ordonnance d'antidépresseur. Il a été très difficile de se dégager de ce discours médicamenteux, qui lui sert d'écran par rapport à sa propre parole. Néanmoins, en me disant qu'elle attend autre chose de moi qu'une seule prescription, en se plaignant des médicaments tout en en réclamant en permanence, elle me parle d'elle.

En mon absence, elle consulte un médecin généraliste, se plaint de symptômes dépressifs comme à son habitude. Celui-ci, sans hésiter, lui augmente le traitement antidépresseur en se basant sur l'analyse des symptômes, tels que, notamment, le ralentissement psychomoteur. A mon retour, je la questionne sur le sens de sa démarche auprès du généraliste : elle voulait que les choses changent, que ça bouge intérieurement. Je lui propose de prendre le temps de réfléchir à cette modification de traitement qui suit son cours.

Deux semaines après cette augmentation d'antidépresseurs, la patiente se sent tendue psychiquement, excitée, nerveuse. Elle ne semble pas en mesure de s'approprier ce surcroît d'agitation psychomotrice, provoquée par l'augmentation de l'antidépresseur.

De ce fait, progressivement, le contact avec elle est moins bon, elle finira par être hospitalisée pour un accès maniaque franc. Je la revois depuis la sortie de l'hôpital, nous avons pu reparler de cet état d'excitation psychique dans lequel elle se trouvait au moment de cet accès maniaque. Elle était débordée par une agitation tourbillonnante qui la perdait par rapport à elle-même.

Ce fragment clinique montre comment une prescription non inscrite dans une relation clinique peut être dangereuse. L'augmentation d'antidépresseurs par le généraliste, à un moment où la patiente allait peut-être aborder son histoire, a balayé toute subjectivation en procurant des effets psychiques de désinhibition dont la patiente n'a rien pu faire. Nous pensons que des effets pharmacologiques purs détachés de la relation médecin-malade sont destructurants pour un sujet. Cette prescription du généraliste n'était pas en résonance avec la temporalité de la patiente. Le temps de la molécule n'a en effet rien à voir avec l'historicité du sujet. Le médicament est ici extérieur à la patiente et à son histoire, il s'agit d'une prescription atemporelle, sans parole. Le médecin généraliste a chosifié la patiente en la considérant comme un conglomérat de symptômes dépressifs qu'il fallait éradiquer. Il a voulu traiter trop vite en séparant la maladie dépressive du sujet. Remarquons que la patiente a très bien su susciter ce désir de guérir émanant du médecin consulté. Cette décision d'aller consulter le généraliste reflète peut-être une incapacité à soutenir une relation de parole avec moi. Elle s'est ainsi rabattue du côté du médicament dans le but d'éviter d'aborder ses conflits internes qui commençaient justement à émerger.

Les différences des situations cliniques résident dans le moment où s'inscrit la prescription, et la manière dont elle est amenée par rapport au travail de parole. Comment est qualifié, par la parole, l'acte de prescrire ? Cette question est essentielle pour apporter des éléments de réflexion sur l'association psychothérapie et prescription.

Ainsi, à partir de ces premières constatations, nous concevons l'acte de prescrire non pas comme un acte figé, mais plutôt comme un acte animé de mouvements permanents dus à la relation clinique.

Ces mouvements sont en effet le reflet de la relation médecin-malade, et notamment, des mouvements transférentiels et contre-transférentiels.

Ainsi, du fait de ces mouvements permanents, la prescription n'a pas le même sens selon qu'elle se situe à un moment donné de la relation thérapeutique. Le médicament n'a pas non plus le même effet pharmacologique.

Nous concevons donc l'acte de prescrire comme un acte s'inscrivant pleinement dans les dynamiques transférentielles. Cette part de mouvement est due au travail de parole. C'est la parole, venant de l'intérieur du sujet, qui anime l'acte de prescrire et donne une certaine orientation à la molécule. Les mots qui entourent la prescription, émis par le thérapeute, sont également essentiels quant au devenir de la molécule.

La prescription médicamenteuse est d'autant mieux acceptée par le patient que celui-ci est prêt à la recevoir. C'est-à-dire que sa propre parole a déjà eu un effet de cheminement à l'intérieur de lui. De même, le clinicien, lorsqu'il prescrit, accompagne cet acte d'une parole qui est imprégnée de la relation psychothérapeutique engagée auprès de son patient. Le clinicien chemine également à travers sa parole, transformée par la rencontre clinique. Cette parole, à un moment donné, rentrera en résonance avec celle du patient. L'acte de prescrire est donc également qualifié par la parole du clinicien.

Il s'agit d'échanges bi-directionnels entre le patient et le clinicien, au sein desquels s'inscrit le médicament. Selon le moment où il survient, l'acte de prescrire démultipliera les mouvements relationnels, ou les freinera en devenant l'interface des conflits entre patient et thérapeute.

Parfois, le patient, percevant tous les dangers de sa parole et de son déploiement, est tenté d'esquiver cette source d'angoisse en demandant un médicament et en orientant le soin vers une prescription médicamenteuse écran. Cet aspect est plus rassurant pour lui que de s'exposer par sa propre parole. C'est alors au clinicien d'être vigilant sur ce qui est en jeu dans la demande de prescription : à l'écoute de son patient, quelle que soit la décision prise, prescrire ou proscrire, cette décision conserve alors son caractère psychothérapeutique. Le psychotrope constitue en fait un objet porté par le discours du clinicien et par celui du patient. Parfois patient et thérapeute s'engagent tous deux dans un discours scientifique technique sur le médicament. Pourtant, le clinicien a tout intérêt à se démarquer de ce discours en montrant qu'il n'est pas dupe, sans pour autant, vouloir convaincre à tout prix. Il se décale face à ce discours médicamenteux, de façon à replacer l'acte de prescrire en périphérie.

Parfois, comme dans le deuxième cas clinique, le clinicien accepte et respecte en partie le repli médicamenteux du patient. En effet, ce dernier éprouve par moment, le besoin de se protéger de sa propre parole tant elle est source de souffrance psychique.

Nous avons perçu le caractère parfois impérieux de ces demandes médicamenteuses. Les patients savent très bien susciter auprès du soignant le désir d'agir, de passer à l'acte. Ainsi, en intervenant par le passage à l'acte de la prescription, le médecin ne laisse pas vivre le temps de la demande. Il se doit en effet d'étirer ce temps en ne mêlant pas la prescription au temps pulsionnel, c'est-à-dire à l'immédiateté.

Ces demandes sont d'autant plus pressantes que ces patients ont une incapacité à différer la satisfaction pulsionnelle, le privilège étant accordé à l'oralité comme modalité relationnelle qui fait l'économie du détour par l'Autre.

Le moment de prescrire au cours du travail psychothérapeutique est important. C'est parfois le clinicien lui-même, comme l'a montré le cas de Denise, qui prescrit le traitement pour se donner l'illusion de maîtriser la relation avec le patient, surtout dans le cas d'une relation passionnelle. Il utilise alors le traitement pour venir suturer cette brèche créée par la rencontre, et verrouille ainsi tout mouvement identificatoire venant du sujet, il risque de prescrire pour faire taire la parole du sujet.

De plus, les temporalités du médicament et du psychique sont différentes : la molécule procure souvent des effets immédiats dus à son ingestion, à son incorporation dans l'organisme. Ces effets pharmacologiques, s'ils sont filtrés par la parole, vont acquérir une autre temporalité, plus proche du temps psychique du sujet.

La parole permet donc de modifier la temporalité pharmacologique du médicament de manière à ce qu'il soit mieux accepté. Une prescription instantanée par rapport à la demande, ne s'inscrivant pas dans la parole du patient, provoque un effet pharmacologique trop rapide et trop brutal qui crée du chaos intérieur et insécurise le psychique du sujet. En revanche, le psychotrope, prescrit en alliance avec la parole, agit « en douceur », en harmonie avec le psychique. Une action brutale et abrasive du médicament dépossède en effet le sujet de son trouble intime. Comme le suggérait Georges Canguilhem (2002), il est important d'intégrer la conception ontologique de la maladie dans le soin.

A ce stade de notre exposé, il nous paraît pertinent de nous tourner vers le paradigme du *pharmakon*, développé par Jacques Derrida (1968) dans sa lecture du « Phèdre de Platon », publiée sous le titre « La Pharmacie de Platon ». Ce détour par le *pharmakon* enrichira notre réflexion sur l'association entre parole et médicament.

B. Le paradigme du *pharmakon*

A l'origine de la médecine occidentale, le *pharmakon* désigne le poison et son antidote, le mal et son remède et en général toute substance capable d'exercer une action bénéfique ou maléfique selon les cas, les circonstances et les doses employées (**Platon, 385-370c av. JC.**). Notons d'emblée qu'il existe une ambiguïté sémantique foncière du *pharmakon*. Un poison à faible dose peut devenir un médicament, un médicament peut se révéler un poison dangereux. Dans « La Pharmacie de Platon », Derrida J. (**1968**) montre comment Platon fait le parallèle entre l'écriture et le *pharmakon*. Platon compare le médicament à l'écriture : tout comme l'écriture met en sommeil le texte, relayant la « mnésis » par « l'hypomnésis », le médicament prend figure de « suppléant physique du psychique absent » (**Derrida J., 1968**). Tous deux s'affirment comme des suppléances, des tenant-lieu. Platon dénonce ces puissances occultes, séductrices, trompeuses, qui jouent de leur double face : remède et poison. Ainsi le *pharmakon* abrite en lui-même la complicité des valeurs contraires.

Les feuillets d'écriture agissent comme un *pharmakon* qui pousse ou attire hors de la cité celui qui n'en a jamais voulu sortir. Ils le font sortir de soi et l'entraînent sur un chemin qui est proprement celui de l'exode. Selon Platon (**385-370c av. JC.**), l'inventeur de l'écriture est le dieu Thot ou Theuth. Pour argumenter en faveur de l'écriture devant le roi, Theuth explique que « l'écriture procurera aux Egyptiens plus de sciences et de souvenirs, car le défaut de mémoire et le manque de science ont trouvé leur *pharmakon*. Le roi répond que cette invention, en dispensant les hommes d'exercer leur mémoire, produira l'oubli. Mettant en effet leur confiance dans l'écrit, c'est du dehors, grâce à des empreintes étrangères, et non du dedans, grâce à eux-mêmes, qu'ils feront acte de remémoration. Ils se croiront compétents en une quantité de choses, mais au lieu d'être savants, c'est savants d'illusion, qu'ils seront devenus ». (**ibid., p178**). Ainsi l'écriture oblige à trouver en dehors de soi ses propres souvenirs. Elle conduit les hommes à chercher la connaissance au-dehors et non pas en eux-mêmes. Sous prétexte de suppléer la mémoire, l'écriture rend encore plus oublieux : loin d'accroître le savoir, elle le réduit (**ibid. ; Derrida J., 1968**).

Les *biblia* ou les *pharmaka* sont encore associés dans une intention malveillante ou soupçonneuse. « Le livre, le savoir mort et rigide enfermé dans les *biblia*, les histoires accumulées, les nomenclatures, les recettes et les formules apprises par cœur, tout cela est aussi étranger au savoir vivant et à la dialectique que le *pharmakon* est étranger à la science médicale » (**Derrida J., 1968, p90**).

Le dieu de l'écriture est donc un dieu de la médecine. De la médecine, à la fois science et drogue occultée. Du remède et du poison.

Nous avons déjà évoqué le fait d'accorder au *pharmakon* cette bivalence de remède et de poison. J. Moreau de Tours présentait aussi le *pharmakon* comme un agent de rêve et de folie pouvant se retourner en agent thérapeutique. Au XVIII^{ème} siècle, un pharmacologue du nom de Cullen avait déjà élaboré un ensemble de propositions sur l'ambiguïté du *pharmakon*, ouvrant ainsi le chemin à une nouvelle pensée sur le pharmaceutique : « L'opium abrite, comme bien d'autres, le plus et le moins, il est à la fois un stimulant et un sédatif. Lorsqu'on l'administre, à nouveau le positif s'inverse et se négative. La médication est donc une résonance, elle crée un double courant » (dans **Le Poulichet S., 1987, p23**). Le répugnant ou le toxique se convertissent en délicieux et en désirable. Cullen tentait d'arracher la réflexion pharmaceutique à un matérialisme élémentaire.

Pharmakos vient du grec ancien : celui qu'on immole en expiation des fautes d'un autre. Il désigne la victime expiatoire dans un rite de purification.

Pharmakos signifie sorcier, magicien, empoisonneur. Le mot a fini par prendre en grec, à l'époque classique, la signification de malfaiteur.

Afin de combattre une calamité ou de chasser une force mauvaise potentiellement menaçante, une personne, parfois revêtue de vêtements sacrés, ou un animal, était choisi et traîné hors de la cité, où il était parfois mis à mort. Cette victime sacrificielle, innocente en elle-même, était censée, comme le bouc émissaire hébreu, se charger de tous les maux de la cité. Son expulsion devait permettre de purger la cité du mal qui la touchait, d'où l'ambiguïté du terme grec qui pouvait signifier aussi bien remède, drogue, philtre, que poison ou venin.

Pharmakon signifie remède mais aussi peinture, couleur, teinte artificielle, teinture chimique qui imite la chromatique donnée dans les choses, poison, maquillage, toutes ces choses qui sont supposées venir de l'extérieur pour induire en erreur.

Derrida J. (1968) concède que *pharmakon* est présenté par le dieu Theuth sous le plus rassurant de ses pôles : celui de la médecine bénéfique qui répare, remédie, augmente le savoir et réduit l'oubli. *Pharmakon*, au sens de remède, dit la rationalité transparente de la science, de la technique et de la causalité thérapeutique.

« L'essence du *pharmakon*, c'est que n'ayant pas d'essence stable, ni de caractère propre, il n'est, en aucun sens de ce mot (métaphysique, physique, chimique, alchimique) une substance (...).

Cette non-substance pharmaceutique ne se laisse pas manier en toute sécurité, ni dans son être, puisqu'elle n'en a pas, ni dans ses effets, qui peuvent sans cesse virer de sens. Ainsi l'écriture, annoncée par Theuth comme remède, comme une drogue bénéfique, est ensuite retournée et dénoncée par le roi, puis, à la place du roi, par Socrate, comme substance maléfique et philtre de l'oubli. Inversement, la ciguë, cette potion qui n'a jamais eu dans le Phédon d'autre nom que *pharmakon*, est présentée à Socrate comme poison mais elle se transforme, par l'effet du *logos* socratique et la démonstration philosophique du Phédon, en moyen de délivrance, possibilité du salut et vertu cathartique » (**Platon, 385-370c av. JC. ; Derrida J., 1968, p157**).

Platon était réticent devant l'usage de remèdes ou de drogues pour se soigner. Selon lui, le corps évolue de manière autonome, endogène. Le remède est inquiétant en soi. Il n'y a pas de remède inoffensif et le *pharmakon* ne peut jamais être simplement bénéfique. Le remède pharmaceutique est essentiellement nuisible parce qu'artificiel (**Platon, 370-347b av. JC.**).

En cela, Platon suit la tradition grecque. Le *pharmakon* contrarie la vie naturelle tout autant que la vie malade. Platon croit au développement normal de la maladie et aux facteurs de résistance de l'organisme contre elle. Le *pharmakon* est donc l'ennemi du vivant en général, qu'il soit sain ou malade (**Derrida J., 1968**).

Ainsi, préférer ces drogues par facilité ou paresse, sans respecter la « composition de la maladie » qui ressemble à la nature du vivant, n'est ce pas faire courir le risque que la drogue irrite le vivant en arrêtant la maladie avant son terme naturel (**Platon, 370-347b av. JC.**) ?

Platon (**370-347a av. JC.**) démontre que parmi les mouvements du corps, le meilleur est le mouvement naturel, celui qui, spontanément, du dedans, « naît en lui par son action propre ». « Celui qui est provoqué par une autre cause est plus mauvais, mais le plus mauvais de tous est celui qui meurt partiellement, par l'action d'une cause étrangère, un corps qui gît et se repose » (**Derrida, 1968, p 125**).

Le *pharmakon* est ce qui, survenant toujours du dehors, agissant comme le dehors lui-même, n'aura jamais de vertu propre et définissable (**Platon, 390-385 av. JC**).

Le privilège accordé à l'*endon* a, pour ainsi dire, valeur de règle de méthode clinique : si le mouvement le plus favorable à l'évolution d'un individu est celui qui vient du dedans et qui naît en lui par son action propre, l'art thérapeutique ne consiste-t-il pas à reconnaître chaque fois singulièrement cette nécessité de la maladie dans sa définition allergique, c'est-à-dire de défense à des facteurs étrangers, et à ne faire intervenir la substance pharmaceutique qu'en étroite alliance avec la parole qui est cette animation endogène de la vie lorsque cette parole peut de l'*intérieur* reconnaître la substance et pour ainsi dire interioriser son action ?

Platon (385-370c av. JC.) privilégie la parole vive. Selon lui, la vérité ne se trouve pas dans des livres morts, mais s'acquiert par la discussion rationnelle, celle du *logos*. La voix pénètre l'intérieur de l'âme et du corps. Par l'intermédiaire du *logos* socratique, la drogue est transformée en remède. Ainsi, dans la « Pharmacie de Platon », le *pharmakon* est en effet dans cette position de pouvoir être le paradigme de la mémoire retenue par l'écriture et encouragement à l'oubli de soi ou encore être le modèle d'une action qui, pour devenir bénéfique, doit s'allier étroitement avec ce qui vient de l'intérieur. L'opération platonicienne telle que la dégage Jacques Derrida consiste en cette déqualification du *pharmakon* comme substance et en sa requalification par la parole, si celle-ci est formée de l'intérieur et attribuée à soi une mémoire qui ne saurait reposer sur l'artifice d'une extériorité (Fedida P., 1996).

Toute l'ambiguïté et la complexité du *pharmakon* ne tient pas seulement à ce qu'il désigne des pôles opposés de remède et de poison, mais aussi dans cette faculté à lui accorder une subtile variation de valeur selon les conditions dans lesquelles il s'impose. Ainsi, la façon dont le sujet accueille la molécule aura une influence sur l'effet de cette molécule.

« Le paradigme du *pharmakon* ne signifie pas en soi le remède ou le poison mais sa bivalence toujours mobile, tient aussi bien à une qualification de ce qui le rend ainsi dans l'usage, par sa ressemblance avec le psychique (Fedida P., 1996) ». Ainsi, selon Pierre Fedida (1996), il est tout à fait concevable de penser le psychique par les moyens du paradigme du *pharmakon*, tout autant que le contraire.

Fedida P. (1996) incite à éviter d'opposer un intérieur absolument bon qui, de lui-même et tout seul, pourrait de façon cathartique et dépuratoire se délivrer métaboliquement des éléments étrangers menaçants, à un extérieur mauvais (nécessairement *pharmakon*).

C'est finalement l'acte de prescrire qui assigne au *pharmakon* son identité en traçant la ligne de séparation entre remède et poison. Si l'acte de prescrire est inscrit dans la parole, du sujet, du thérapeute, parole venant de l'intérieur, alors cet acte prendrait valeur d'acte psychothérapeutique. Les oscillations du *pharmakon*, cette bivalence et l'ambiguïté de cette substance, créent en quelque sorte un espace où la parole peut s'immiscer.

La parole joue pleinement son rôle, en s'imbriquant dans les oscillations du *pharmakon*. Des interactions parole-*pharmakon* sont possibles, elles sont multidirectionnelles. En effet, les conditions dans lesquelles il s'impose attribuent au *pharmakon* un certain effet thérapeutique. Il se recouvre alors d'une intériorité lui donnant une action psychothérapeutique.

Selon Fedida P. (1996), la parole elle-même peut mentir ou tricher et équivaloir à une substance irritative assimilable à un corps étranger. La personne du médecin se qualifie comme *pharmakon* par l'excès de sa puissance sur le malade.

Le praticien produira en effet une sorte de leurre, accompagné chez le malade d'un détournement ou d'un oubli de soi. Ainsi le clinicien, en assénant au patient sa parole comme parole vectrice de son pouvoir médical et de son savoir, exerce une certaine violence sur le patient, ne le considérant pas en tant que sujet source de connaissances uniques. Cette parole venant de l'extérieur est effectivement assimilée à un *pharmakon*, elle utilise son pouvoir de suggestibilité sur le patient.

« Normalement », la parole est censée garantir plus sûrement l'*anamnesis* de soi et l'autochtonie des affects propres, rien ne saurait effectivement empêcher qu'à tel moment cette parole se fasse oublieuse de cette *Erinnerung* (qui approprie l'intérieur), au profit d'une extériorité autosuggestive de la parole elle-même, devenant alors faussement thérapeutique et déclenchant après coup le chaos intérieur (**Fedida P., 1996**). Pour en revenir à Theuth qui essayait de convaincre le roi des bienfaits de l'écriture, « faudrait-il alors prétendre qu'à la manière du Roi, le thérapeute serait celui qui refuse à son patient l'accès à cette mémoire paresseuse de l'écrit, de la parole comme si elle était déjà écrite, et qui ne saurait céder sur l'exigence de *dire* et non pas seulement de *se raconter* (**Fedida P., 1996**) ».

Ainsi, l'impact de la parole peut être plus violent que celui de l'écriture, son effraction est plus profonde, plus pénétrante, plus diverse, plus sûre.

En tant que *pharmakon*, le *logos* est à la fois bon et mauvais. Gorgias (**Platon, 390-385 av. JC.**) se sert de ces mots pour qualifier la puissance du discours : « Les enchantements inspirés des dieux à travers les paroles amènent le plaisir, remmènent le deuil. Ne faisant bientôt qu'un avec ce que l'âme pense, la puissance de l'enchantement la séduit et persuade et change par une fascination... La parole, celle qui persuade l'âme, celle qu'elle a persuadée, elle la contraint et à obéir aux choses dites et à consentir aux choses en cours ». L'éloquence persuasive est le pouvoir d'effraction, d'enlèvement, de séduction intérieure, de rapt invisible. La parole possède ainsi une grande ambivalence et aussi un grand pouvoir. La persuasion entre dans l'âme par le discours. Dans ce cas, le *logos* est un supplément pénétrant, un *pharmakon*. Et de citer Gorgias (**ibid.**) : « La puissance du discours a le même rapport à la disposition de l'âme que la disposition des drogues à la nature des corps ».

Roland Gori (**2000**) évoque également ce pouvoir de séduction de la parole : séduction sexuelle ou pouvoir d'influence. « La science a besoin de la rhétorique pour assurer la transmission et le pouvoir d'action de ses découvertes (**Gori R., 2000, p50**) ».

L'ironie socratique renverse le pouvoir et retourne la surface du *pharmakon*. Le propre du *pharmakon* consiste en une certaine inconsistance, une certaine impropriété, cette non-identité à soi, lui permettant toujours d'être contre soi retourné. Ce degré de non-substance contenu dans le *pharmakon* rend possible l'action d'une parole venue de l'intérieur.

Une alliance parole-*pharmakon* donnerait une certaine consistance à ce dernier. Il serait en quelque sorte façonné, sculpté, par l'effet de parole.

L'usage socratique du *pharmakon* ne vise pas à assurer la puissance du *pharmakon*. Il implique une certaine éthique du renoncement. La nudité du *pharmakon*, la voix dégarnie (*psilos logos*) confère une certaine maîtrise dans le dialogue, à la condition que Socrate déclare renoncer à ses bénéfices, au savoir comme puissance, à la passion, à la jouissance. En un mot, que Socrate consente à recevoir la mort (**Derrida J., 1968**).

Se soumettre à la recherche mutuelle, chercher à se connaître soi-même par le détour et le langage de l'autre, telle est l'opération que présente Socrate comme antidote.

Ainsi, le clinicien ne doit-il pas renoncer au savoir absolu, au savoir en tant que pouvoir sur l'autre, afin d'être dans une authentique relation clinique avec le patient ? Ce renoncement implique de relativiser l'effet pharmacologique pur d'une molécule afin de réduire l'extériorité exclusive du médicament. Dans ce cas, la substance prescrite prendrait un caractère plus singulier, imprégné de la relation clinique, du psychique du patient et de celui du médecin.

La vraie science est l'anamnèse au sens où la question qui s'adresse au malade entraîne ce ressouvenir que porte avec elle la parole en parlant (**Fedida P., 1996**). Fedida précise que la question se forme par intériorisation empathique du *thérapeute*. Avec le médecin Eryximaque dans le banquet de Platon (**385-370a av. JC.**), on sait que l'attribution d'un bienfait par l'art thérapeutique consiste, comme avec la musique, dans cette pratique de la mesure et de la proportion entre plein et vide.

Il faudrait dire alors que le *pharmakon* devient substance altérante par dé-mesure et méconnaissance de la *proportion* juste ou encore par dérèglement de cette proportion lorsque le thérapeute néglige de faire venir en sa pensée la composition de la drogue en accord avec la composition et le développement temporel de la maladie de son patient (**Fedida P., 1996**).

Ainsi, le thérapeute, en prescrivant un psychotrope, intègre la pharmacologie de ce remède, son effet pharmacologique, en filigrane de la relation psychothérapeutique.

En prescrivant un traitement, le clinicien intègre ces données pharmacologiques et les laisse rencontrer la maladie dans ses aspects développementaux et temporels. Il y a en quelque sorte coïncidence entre l'effet qu'opère la maladie psychique sur le thérapeute, l'effet de rencontre patient-thérapeute et le moment du prescrire. Ce moment implique donc que le thérapeute ait intégré en lui les effets pharmacologiques du médicament.

Les intégrer en lui ne signifie pas être persuadé que l'effet pharmacologique soit seul en cause, mais au contraire incite à laisser une certaine liberté de mouvement à la molécule, de manière à ce qu'elle s'inscrive dans la parole. Cela sous-entend un certain renoncement du thérapeute, renoncement à une causalité biologique exclusive, renoncement à une posture de toute-puissance dans laquelle il peut se draper.

Le paradigme du *pharmakon* nous permet de revisiter le principe d'abstinence dans la psychanalyse. En effet, la règle de l'abstinence, c'est-à-dire celle qui consiste à éviter, de la part du patient comme de l'analyste, tout apport de satisfaction substitutive venant effacer le symptôme par recouvrement ou venant faire obstacle au travail psychique, vise clairement la production d'un *pharmakon*. Et ce, quelle que soit la forme que prend le *pharmakon* : compensation alimentaire, passage à l'acte sexuel, parole ou geste de réassurance et, bien sûr, absorption de médicament. Le *pharmakon* est non seulement cette substance ajoutée mais aussi et surtout l'intervention d'un tiers, fût-il la personne du thérapeute lui-même (**Fedida P., 1996**).

Fedida P. (1996) développe sa réflexion sur le principe d'abstinence en psychanalyse : la connaissance de l'action thérapeutique par le psychique est inspiratrice du principe d'abstinence ; paradoxalement, c'est cette connaissance de l'action thérapeutique par le psychique qui serait propre à déterminer selon quelles incidences intervient une action pharmacologique. Ainsi, nous nous interrogeons sur les conditions dans lesquelles la parole en psychothérapie peut ou non qualifier le médicament.

Les thérapeutes prenant le parti d'ignorer l'action d'une substance chimique ou de méconnaître l'intelligence chimique du psychique se privent de tout un champ d'élaboration psychanalytique.

Augustin Jeanneau (2007) ose même penser que la psychopharmacologie constitue un important stimulant de la théorie psychanalytique, et que celle-ci, inversement, révèle des capacités jusqu'alors impensables de diriger la prescription.

De plus, en accordant une croyance totale en la toute-puissance du psychique en tant que thérapeutique, les psychanalystes tendent alors vers une extériorité de l'effet de parole. Comme le remarque Fedida P. (1996), une telle croyance équivaut à celle d'un *pharmakon*.

Ainsi, méfions-nous d'une idéalisation de la parole prônant une libération de l'aliéné en oubliant que la désaliénation vient aussi du sujet lui-même et que nous nous contentons de lui en proposer les moyens.

Le paradigme du *pharmakon* laisse supposer qu'une alliance avec la parole est possible. Nos cas cliniques renforcent cette hypothèse.

Nous allons donc essayer de préciser comment cette alliance peut se créer.

C. La parole et le *pharmakon*

Dans la « Pharmacie de Platon » : « ... Me sachant le possesseur du remède, il me demanda si je connaissais le remède contre le mal de tête... Je lui répondis que c'était une certaine plante à laquelle s'ajoutait une incantation, et que l'incantation jointe au remède le rendait souverain, mais que sans elle il n'opérait pas » (Derrida J., 1968, p155).

Nos histoires cliniques ont montré à quel point la relation médecin-malade intervenait dans l'effet pharmacologique d'une substance prescrite. En nous appuyant sur le paradigme du *pharmakon*, nous poursuivons notre réflexion afin d'envisager l'articulation de la psychothérapie et de la chimiothérapie. Nous pouvons désormais esquisser les points d'ancrage de la prescription de psychotrope et d'un travail psychothérapique. Comment élaborer d'une pensée commune ce qu'*a priori* tout éloigne ?

Nous avons laissé entendre que le patient devait être apte à recevoir la molécule prescrite. Cette préparation psychique interne est en lien avec le travail de parole engagé entre lui et le thérapeute. Nous supposons, et c'est ce que nous suggère la clinique, que l'effet pharmacologique sera d'autant plus efficace que l'acte de prescrire la molécule sera intégré dans le cheminement par la parole.

Cela implique que le thérapeute ne se trouve pas amené à surligner l'acte de prescrire, à le médicaliser ou à le techniciser. Il évitera de le justifier par un discours scientifique détaché de sa parole propre. Rappelons que le thérapeute, en se privant de prétention thérapeutique, garantit les moyens qu'il se donne pour agir (Gori R., 2000). Il s'agit de renoncer au savoir comme puissance exercée sur le patient. En effet, si le clinicien se lance dans des justifications techniques concernant l'acte de prescrire, celui-ci prendra un caractère d'extériorité, il sera alors désolidarisé de la relation médecin-malade.

Par des explications trop rigides, trop neuropharmacologiques, il chosifie le patient en le réduisant à un récepteur de molécules. Ce dernier risque d'être abordé comme un cerveau à réguler...

Un discours uniquement technique sur le psychotrope supprimera cette incertitude, ce côté insaisissable de la substance. Or, ce versant qui échappe à la rationalité scientifique est essentiel à l'effet thérapeutique.

La parole qui accompagne la molécule a une grande importance sur le devenir et l'effet du médicament. Prescrire sur un mode technique renvoie à l'illusion de parfaite maîtrise du traitement par le thérapeute. En se positionnant de la sorte, le clinicien diminue paradoxalement l'effet thérapeutique de la molécule.

Au contraire, l'idée de prescrire dans la parole s'entend plutôt comme une démarche clinique intégrant les différents facteurs qui interviennent dans la prescription. Prescrire en périphérie de la relation thérapeutique, en quelque sorte. La molécule est portée par la magie des mots. Elle s'intègre dans la relation clinique, elle s'incorpore dans la parole du thérapeute, déqualifiée puis requalifiée par cette parole afin de devenir une molécule spécifique.

Cela ne signifie pas que l'on sous-estime l'effet du médicament ou qu'on prescrive un médicament faute de mieux. Le thérapeute peut passer à l'acte en prescrivant, à condition que cet acte soit en harmonie avec l'évolution de la psychothérapie, du processus thérapeutique et de la pathologie impliquée. Ainsi, la prescription et la molécule administrée perdent de leur effet purement *pharmakon* pour gagner en valence subjective interne. Loin de ne posséder que des effets d'extériorité, le médicament se modifie au contact de la relation thérapeutique. La relation clinique donne donc la teinte principale au médicament. Sans elle, le médicament se retrouve pour ainsi dire orphelin, il est comme un électron libre, un objet inerte sans guide. Cette notion de mouvement issu de la relation transférentielle participe à cette connotation spécifique du médicament. La molécule n'est donc pas qu'une matière inerte possédant des effets constants. Par l'effet de parole, nous dépassons la seule action symptomatique de la substance pour permettre une action au de-là du symptôme. Le médicament prend alors du relief, ce n'est pas seulement un médicament de surface, mais il devient un traitement spécifique, porteur d'une histoire et d'une relation thérapeutique singulière.

Le thérapeute, au moment de prescrire, s'est préparé par un cheminement intérieur. Cette préparation, nous l'avons déjà évoqué lors de l'histoire de Sophie, passe par l'appropriation de cet acte, et par l'acceptation des effets thérapeutiques provenant des propriétés pharmacologiques de la molécule. La prescription renvoie à un mouvement interne au psychique du clinicien. Celui-ci renonce à la toute-puissance de sa propre parole comme seul outil thérapeutique.

Parallèlement, son discours ne doit pas se rabattre sur le tout médicament, car dans ce cas, le thérapeute accorde une toute-puissance au traitement en s'évacuant en tant que sujet. Le médicament serait alors prescrit par dépit pour compenser le manque d'effet thérapeutique de la parole. Le discours technique entourant l'acte de prescrire ne fera que renforcer le caractère d'extériorité de la molécule.

Le thérapeute devrait laisser venir en lui, en même temps, l'effet pharmacologique du traitement et un certain degré d'inconnu inhérent à la molécule elle-même. Ainsi, la molécule véhicule une certaine partie du contenu psychique du thérapeute en plus de son effet pharmacologique. Dit autrement, la molécule vient dire quelque chose à propos du clinicien, quelque chose sur sa subjectivité. C'est pour cette raison que le médicament n'est pas un objet neutre. Le psychiatre qui prescrit dans ces conditions augmentera l'effet thérapeutique de la molécule en permettant une combinaison parole-médicament. En s'éloignant d'un discours purement pharmacologique, le thérapeute donne plus de liberté à la molécule en acceptant une part de non-maîtrise du médicament. Paradoxalement, ce renoncement permettra au médicament d'être d'autant plus efficace.

Prescrire au-delà de la molécule implique ces aspects de l'acte du prescrire. C'est donc en se décalant d'une rationalité pharmacologique, que le thérapeute prescrira au plus près de sa parole et de la relation clinique. C'est en effet en renonçant à toute idée d'une maîtrise totale du psychotrope qu'il accordera tout le loisir au médicament de s'adapter au mieux au psychisme du patient. Ainsi, plus la molécule possède une certaine liberté de mouvement dans son devenir au moment de rencontrer un organisme vivant, plus elle s'adaptera de façon à devenir un médicament spécifique de la relation clinique. Le clinicien, en prescrivant, dépassera donc le seul effet pharmacologique de la substance, dans un mouvement presque transcendantal. En prescrivant de la sorte, il injecte dans l'acte même de prescrire une part de renoncement : renoncement au pouvoir de guérir le patient par sa seule parole, renoncement à la place de thérapeute omnipotent s'appropriant le patient, renoncement à la maîtrise pharmacologique.

Donc, nous avançons l'hypothèse que la prescription implique une préparation du psychisme du patient de manière à recevoir le médicament mais aussi une préparation du côté du psychisme du thérapeute afin d'amener l'acte du prescrire. Ces deux mouvements préparatoires rentrent en harmonie grâce, notamment, à la relation médecin-malade. L'art de prescrire consiste alors en une orchestration de ces mouvements psychiques, en se plaçant au-delà du médicament.

Prescrire au-delà de la molécule suppose de déborder le médicament en tant que substance inerte, en le concevant comme une matière malléable par la parole, et en lui accordant une part d'inconnu et de non contrôlable dans son devenir. Le médicament est alors porteur en son sein d'une certaine historicité : il est imprégné de l'histoire singulière du patient et de celle du thérapeute. La parole habille la molécule et s'intègre à l'essence même du médicament.

Par contre, toute explication purement scientifique à propos du traitement ne fera que réduire les possibilités thérapeutiques de la molécule. L'effet pharmacologique est posé d'emblée, préalablement à tout travail de parole. Le cheminement intérieur, tant du côté du thérapeute que de celui du patient n'est pas pris en compte dans l'effet thérapeutique. La molécule est alors perçue comme un médicament standard ne disant rien du thérapeute, ne résonnant pas avec son intimité propre. Le traitement est juste enrobé d'un discours de savoir pharmacologique faisant l'économie, pour le thérapeute, d'une parole intime. La seule parole délivrée est issue du discours de la science, c'est une parole anonyme, vidée de toute subjectivité.

En revanche, prescrire dans la parole, au-delà de la molécule, injecte de l'intime et de la subjectivité au sein même du psychotrope. La substance est filtrée par le prisme de la subjectivité du thérapeute. Cette parole, chargée d'un renoncement, empreinte de la relation transférentielle, redonne une identité singulière à la molécule.

Les interactions entre psychique et médicament sont réciproques et multidirectionnelles : le médicament prescrit exerce une action neuropharmacologique sur le psychique, et cette action modifie les modalités relationnelles du patient. La relation médecin-malade est donc elle aussi modifiée par le psychotrope. Vice-versa, le psychique transforme la molécule, notamment par le travail de parole. La façon dont le psychique accueille la molécule a une influence sur l'effet pharmacologique. En fait, il existe des oscillations permanentes entre psychique, molécule et parole. Ces oscillations résonnent entre elles, elles permettent de mobiliser une sorte de réserve thérapeutique du médicament. L'art de prescrire consisterait à inscrire et harmoniser la prescription en l'intégrant dans les mouvements du psychique et de la molécule.

Dagognet F. (1964 ; 1998), Fedida P. (1996) ont insisté sur l'aspect mobile de la molécule. Nous pensons cette mobilité sur le modèle du *pharmakon* et de sa bi-valence de remède et de poison. Un remède possède toujours une part qui échappe, une part insaisissable. Ce côté insaisissable ouvre un espace où la parole agirait. Ainsi, une molécule véhiculerait en elle un certain effet de parole.

A ce titre, un regard sur les travaux de Roland Kuhn (1990) nous apporte de nouveaux éléments allant dans le sens d'une spécificité de la molécule pharmacologique. Kuhn a découvert les antidépresseurs en 1952 au cours d'une recherche patiente associant réflexion psychopathologique et réflexion pharmacologique. La première publication ouvrant la voie à de nombreux travaux psychiatriques et psychopharmacologiques a eu lieu en 1957.

Nous avons déjà esquissé quelques éléments de cette recherche dans notre exposé, mais nous y revenons à nouveau pour mieux cerner tous les enseignements de la recherche de Kuhn.

Celui-ci a insisté sur la dimension psychopharmacologique de la clinique psychothérapeutique, ainsi que sur la place devant être accordée à la réflexion philosophique dans la démarche du chercheur clinicien en psychopharmacologie, si celui-ci veut aller au-delà de la découverte des effets d'une molécule et prendre en quelque sorte possession du pouvoir heuristique de celle-ci aux fins de création en psychopathologie (Kuhn R., 1990).

Fedida P. (1996), à partir de l'article de Roland Kuhn, constate que le « chercheur doit faire en sorte que se conjoignent la connaissance neurochimique d'une substance au sein des processus vitaux d'un organisme humain et cette investigation phénoménologique des signes et symptômes psychiques souvent déplacés ou cachés qui sont produits dans l'histoire personnelle d'une existence singulière ». Ainsi le clinicien, tout comme le chercheur clinicien, doit-il par cette conjonction, inventer l'entité morbide pour laquelle une substance peut être un médicament spécifique.

Nous avons envie, tout comme le pense M. Girard (2005) au vu de cette expérience clinique, de défendre l'originalité de la psychiatrie et sa spécificité en nous appuyant sur une recherche centrée sur la clinique, et en aucun cas de nous limiter à la dimension biologique.

Nos histoires cliniques nous ont montré que les notions de créativité et d'invention dans l'acte de prescrire sont primordiales. De ce fait, le clinicien, en prescrivant, ne sait jamais quel sera l'effet de sa prescription. Nous avons insisté sur la notion de création à deux qui interviendrait dans l'acte de prescrire. C'est effectivement en le créant à deux que cet acte prend un caractère spécifique et thérapeutique.

Une relation véritablement thérapeutique, comme le relève Jacques Schotte (2008), doit laisser apparaître la dimension créative dans toute sa potentialité.

De plus, la prescription d'un psychotrope modifie la relation médecin-malade par un triple effet : d'une part, action pharmacologique directe sur le patient influençant sa présence au monde et ses modalités relationnelles ; d'autre part, aspect psychodynamique de l'acte de prescrire intervenant sur la relation médecin-malade et son dynamisme relationnel ; et enfin, impact de l'acte de prescrire sur le thérapeute lui-même.

La rencontre ainsi créée est source d'enseignements nouveaux pour le patient comme pour le thérapeute. Ce puits de connaissances issues des modifications de la rencontre médecin-malade participe à la créativité. Le thérapeute se laisse ainsi enseigner par le patient et par le devenir du traitement à l'intérieur du psychisme du patient.

Aussi, loin de concevoir la prescription comme un acte figé, établi préalablement à la rencontre clinique, nous défendons l'idée, de par nos rencontres cliniques, d'instaurer du mouvement dans cet acte. Donner en quelque sorte vie à la molécule, l'animer par la parole.

L'idée d'imbriquer parole, médicament et acte de prescrire implique l'imprévisibilité et l'instabilité du statut du médicament, ce qui n'invalide pas pour autant la pertinence des données psychopharmacologiques. Cela laisse la place à la surprise au sein de la relation médecin-malade.

Nous proposons une prescription au-delà de la molécule, c'est-à-dire au-delà des seuls effets pharmacologiques. En fait, le médicament est déqualifié en tant que substance par la parole puis requalifié par cette parole pour devenir un médicament spécifique. Cette opération se déroule dans et par la relation clinique. Ainsi, le clinicien participe à cette entreprise de déconstruction du médicament en tant qu'objet standard technique, par le travail de parole et d'écoute, pour, en un sens, dépouiller la substance de ses attributs pharmacologiques de façon à ce qu'elle devienne une molécule singulière et unique. En d'autres termes, la parole habille spécifiquement la molécule.

En s'appuyant sur l'incertitude du remède, cette substance et aussi cette non-substance, en s'appuyant sur l'ambiguïté du *pharmakon* ne possédant pas d'essence propre, clinicien et patient sculptent la molécule par leur parole.

Comme nous l'évoquions déjà précédemment dans notre travail, la similitude du remède avec le psychique permet cette création. Ainsi, le psychique a beaucoup à apprendre du chimique, et le clinicien a lui aussi à se laisser surprendre par ce chimique.

Kapsambelis V. (2006), a développé l'hypothèse d'une alliance entre parole et effets du médicament. C'est dans le dialogue interne et externe avec un autre humain que l'être humain continue tout au long de sa vie à qualifier l'expérience corporelle que diverses situations, dont la prise de psychotropes, produisent en son intérieur. Les qualifications apparaissent et s'établissent chez l'être humain à travers la parole qualifiante d'un autre humain.

Cette conception de la prescription de psychotrope en psychiatrie décrite par Kapsambelis rejoint en partie nos hypothèses de créativité et d'invention contenues dans l'acte de prescrire. Le processus de qualification de l'effet pharmacologique par la parole du thérapeute et par la relation transférentielle semble primordial dans l'efficacité globale pharmacologique.

Kapsambelis V. (2002) insiste plus sur les effets somato-psychiques procurés par le psychotrope et sur la manière dont ils seront qualifiés, c'est à dire inscrits psychiquement selon la variable plaisir-déplaisir.

Nous dépassons ce point de vue en complexifiant encore un peu plus la question de la prescription. Les interactions sont multiples et pluridirectionnelles. L'effet du médicament dépasse l'expérience somato-psychique décrite par Kapsambelis, son action est intimement liée à la manière dont le sujet va recevoir la molécule en son intérieur, dans son psychique. Comment le psychique accueille-t-il la molécule ? Nous nous intéressons plus à la manière dont la parole qualifie la molécule dans la relation psychothérapique.

L'effet somato-psychique est l'un des aspects entrant en jeu, mais d'autres facteurs interviennent pour qualifier la molécule en tant que molécule spécifique.

Ainsi, la parole du thérapeute est porteuse, jusque dans la voix qui l'énonce, de la relation transférentielle engagée. Elle est imprégnée de la rencontre du sujet et du thérapeute. Notre réflexion s'oriente sur les intrications possibles entre cette parole et la molécule.

Nous évoquons l'acte de prescrire en tant qu'acte de création à deux, supposant une préparation à la prescription aussi bien du côté du patient que de celui du thérapeute.

Le moment du prescrire contiendra toujours une part qui échappe, un certain degré d'irrationalité. La prescription renvoie en effet le clinicien à des ressentis intimes, au vécu de la relation transféro-contre-transférentielle. S'il est à l'écoute de son patient, l'acte de prescrire ne relève pas que de la seule décision du thérapeute mais d'une décision commune au patient et au clinicien.

Le premier cas clinique, celui de Léa, illustre cette création à deux. Création où le clinicien accepte de ne pas tout contrôler, où il accepte de se laisser enseigner par la patiente.

La créativité dans la prescription implique, en effet, un renoncement au pouvoir médical et à une rhétorique du tout biologique.

Prescrire dans la parole implique paradoxalement de prendre le risque d'oublier la rationalité de la molécule d'un point de vue pharmacologique, le temps de la rencontre clinique, afin de la laisser s'inscrire dans cette relation de parole.

Les effets pharmacologiques sont intégrés par le clinicien, il s'y réfèrera sans les placer au devant de la scène thérapeutique. L'alliance entre parole et médicament est une alliance douce, une harmonie orchestrée subtilement. Evoquons dans ce sens, la pratique de la médecine dans « Le banquet » de Platon (385-370a av. JC.) décrite par le médecin Eryximaque.

Freud S. (1890), quant à lui, dans son article « Traitement d'âme », évoquait la molécule guidée par la magie des mots. Le fait thérapeutique serait en fait une alchimie entre cette magie des mots et la molécule transformée par cette magie.

Ainsi, l'idée d'une prescription dans la parole nous éloigne d'une conception purement technique de l'acte de prescrire. Nous y introduisons une dimension poétique indispensable à la vision de l'acte de prescrire en tant qu'acte de parole.

Selon Augustin Jeanneau (1993), « c'est en laissant travailler son ignorance non pas des mécanismes neurochimiques ou des effets cliniques repérables et manifestes, mais de « ce qui renaît ou se rétablit au-dedans » que le prescripteur s'engage dans un travail psychique avec son patient au point d'inconnu où s'opère pour ce dernier son propre travail psychique à partir de la substance, c'est-à-dire peut-être à l'endroit matriciel de la vie pulsionnelle ».

Comme nous l'avons déjà évoqué, les chimiothérapies apparaissent liées à la notion de pulsion et aux concepts d'économie psychique utilisés dans la métapsychologie freudienne. La psychothérapie est liée à la notion de relation d'objet et à ses aléas (Kapsambelis V., 2003).

Jeanneau A. (2007), en partant de ses hypothèses pulsionnelles pour penser l'effet des psychotropes, nous incite à nous dégager d'une causalité directe de la molécule au symptôme. « Il faudrait apercevoir ce qui se démarque, au contraire, de la répétition : les décrochages imprévus, les régressions nécessaires, les afférences rénovatrices ... C'est toute une élaboration inconnue qu'il faudrait savoir débusquer, pour comprendre ce que la modification synaptique induit de données nouvelles dépassant, de loin, cette seule action physiologique. Elle offre à la psyché des possibilités inattendues, dont le métabolisme se fera, cette fois, sur le registre de ses propres lois et, sinon dans une liberté retrouvée, pour le moins et c'est peut-être davantage, dans l'aisance et la souplesse de la singularité et de l'aléatoire » (Jeanneau A., 2007).

En suivant la théorie de Kapsambelis V. (2003) à propos du phénomène de *qualification* chez l'être humain, le psychotrope prescrit entraînerait des mouvements de matière organique, ces mouvements étant en partie dépendants de la relation médecin-malade qui, elle-même, susciterait des changements d'état de matière organique.

L'accueil d'une molécule, préparée par les mouvements intrapsychiques induits par la psychothérapie, sera fonction de ces interactions entre différents mouvements de matière.

Plus récemment, Georgieff N. (2009a), évoque l'action du psychique sur le biologique, notamment, par les effets neurobiologiques de la psychothérapie.

Il imagine la possibilité d'interactions synergiques psychothérapie-pharmacothérapie par le biais de systèmes neurovégétatifs partiellement communs impliqués par la psychothérapie et par l'action des psychotropes.

Kapsambelis V. (2003 ; 2006), quant à lui, évoque l'hypothèse d'expériences somatopsychiques nouvelles créées par le psychotrope, ainsi que de nouveaux processus de qualification. Ces expériences et processus nouveaux sont qualifiés par le travail de parole psychothérapique. Ainsi, le clinicien participe à ce phénomène de qualification. Nous intégrons, dans l'effet thérapeutique du psychotrope, ces mouvements de matière organique.

Nous concevons cette réflexion en termes d'échanges et de mouvements permanents de la matière organique cérébrale. De ce point de vue, la parole jouerait un rôle de guidance au changement de matière, son action serait solidaire de l'action du psychotrope. Les interactions psychotrope-parole iraient dans les deux sens : chacune s'influencerait réciproquement pour produire un effet thérapeutique étroitement lié à la relation psychothérapique. La parole, en psychothérapie, entraînerait des changements neurobiologiques, lesquels influenceraient l'effet pharmacologique du psychotrope. Vues sous cet angle, les interactions parole-médicament deviennent donc excessivement complexes.

Notre réflexion nous oriente vers une déqualification-requalification ou plutôt une déconstruction-reconstruction du médicament par la parole sécrétée par la relation thérapeutique.

Jeanneau A. (2007) a envisagé une réflexion métapsychologique sur les effets des psychotropes. Il exprime sa conception de la prescription : « Il s'agirait de s'abstenir de répondre exactement à la plainte de ce patient (...). On souhaiterait plutôt que la prescription la plus éclairée se retienne d'en savoir plus, dans l'attente d'une réponse inconnue de lui-même et du sujet ».

Nous évoquons nous-mêmes cette idée de ne pas surligner l'effet d'un psychotrope dans la relation thérapeutique, en le laissant devenir une molécule spécifique.

Notre réflexion suppose des connaissances pharmacologiques des substances, pour mieux s'en démarquer, les déconstruire, les déqualifier et leur redonner une valence singulière. Prescrire au-delà de la molécule...

L'effet pharmacologique existe en trame de fond, il ne s'impose pas au clinicien mais il est intégré et reconnu par lui. Celui-ci transmet cet effet au patient via la relation psychothérapeutique. Tout l'art thérapeutique réside en ce maniement fin des molécules.

Le thérapeute peut aisément être tenté par des sirènes pharmacologiques en les mettant tout de suite en avant, afin de les vénérer et de leur réserver une place omnipotente. Mais ce savoir technique consacre la toute-puissance de la substance et annule la perspective d'une position de sujet.

La dernière histoire clinique (Denise) nous a montré comment cette consécration de la molécule au détriment de la parole a fait basculer la relation en un affrontement, un conflit médicamenteux. Dans cette situation, la prescription ne s'est jamais déroulée en harmonie avec la parole, elle est survenue de manière inopinée ou précipitée pour faire écran face au sujet, et à l'intensité de la relation engagée. Le clinicien l'a positionnée au centre pour se protéger de la relation et de la parole de la patiente. Cette parole était-elle trop dangereuse, car trop chargée de séduction ? Roland Gori nous parle de cette séduction par la parole. « Ce n'est pas le patient qui nous séduit ou nous qui le séduisons mais les paroles et leur pouvoir évocateur » (Gori R., 1995, p58).

Il s'agit peut-être de ce pouvoir de séduction de la parole elle-même que le clinicien et la patiente ont voulu faire taire.

L'alliance parole-médicament, à ce moment là de la relation clinique, n'était pas possible. L'acte de prescrire n'était pas guidé par la parole mais au contraire il venait s'opposer à une parole séductrice.

Le médicament ne pouvait qu'être rejeté, expulsé par la patiente, tant il avait une origine extérieure à elle. Il ne pouvait qu'être persécuteur et intrusif.

Tout comme Roland Kuhn invitait le chercheur clinicien à inventer l'entité morbide pour laquelle une substance est un médicament spécifique, nous pensons que la relation médecin-malade a la possibilité, par la parole, de rendre une molécule spécifique de la relation thérapeutique.

Le côté créatif de la prescription médicamenteuse est la plupart du temps ignoré des psychanalystes, or c'est bien d'une telle pratique d'invention que devrait procéder une psychopathologie rigoureuse. En effet, le médicament, c'est-à-dire la substance qualifiée par la clinique thérapeutique, est tout autant que le symptôme une extraordinaire ressource de compréhension des processus psychiques.

Jeanneau A. (2007) précise : « ce que le symptôme a piégé dans la forme obligatoire de l'investissement objectal, le psychotrope pourrait bien en être ainsi le facteur libérateur ».

Les interactions perpétuelles psychique- médicament et leurs effets nous livrent des éléments intéressants pour la thérapie et le fonctionnement psychique du sujet. Roland Kuhn (1990) avance l'idée que l'éclairement des structures existentielles de la vie psychique par la psychopharmacologie clinique crée de nouvelles conditions pour la psychothérapie et pour la compréhension psychodynamique du rapport entre thérapeute et patient.

Il apparaît clair désormais que l'effet d'un médicament ne peut se réduire au seul effet pharmacologique. Ce médicament contiendrait une réserve thérapeutique mobilisable par le dynamisme clinique de la relation médecin-malade (Fedida P., 1996).

Ainsi, la parole émergeant au cours du travail psychothérapique, contribuerait à l'augmentation de l'efficacité thérapeutique du médicament, en mobilisant cette réserve thérapeutique de la substance. On pourrait imaginer que la magie psychique des mots permet à la molécule d'acquérir la pleine capacité de son intelligence.

La parole transformerait un médicament standard en une molécule ayant une plus grande adéquation avec le psychique du sujet. Cette transformation renvoie à la façon dont le psychique accueillera la molécule.

Selon la préparation de ce psychique par le travail de parole, la molécule agira plus facilement comme stimulée par cet accueil. Ainsi, un travail préparatoire à la réception d'une molécule est nécessaire pour parvenir à la plus grande efficacité. Le thérapeute est également transformé par la rencontre clinique : l'acte de prescrire a un impact sur son propre psychique et sur la façon de vivre la relation médecin-malade.

La réserve thérapeutique d'une substance est donc d'autant accrue que la psychothérapie sait recevoir la molécule et en guider l'usage. Ce qui est donc espéré de la pharmacothérapie, c'est qu'en devenant plus psychothérapique elle acquière une efficacité mieux adaptée.

Ainsi, les interactions parole-médicament devraient être intégrées de fait dans la pratique clinique du psychiatre. Soustraire la clinique psychothérapique à l'effet du médicament n'a pas de sens, si l'on en croit les conclusions tirées de notre travail clinique.

En reformulant notre ressenti clinique, l'épreuve de la parole modifie l'effet pharmacologique du médicament. Cette parole, venue de l'intérieur, adapte les effets pharmacologiques au plus près du psychique du sujet. Comme nous l'avons déjà supposé, la temporalité chimique se trouve modifiée par la parole.

Cette hypothèse sur les interactions entre molécule, parole et psychisme nous amène à réfléchir à une traduction en fonction de la dialectique corps-esprit. Notre démarche a consisté à penser de façon conjointe psychothérapie et chimiothérapie.

Le fait de prescrire un médicament introduit de l'inédit dans la relation clinique. Si cet acte de prescription est issu de la rencontre clinique, cette création à deux est susceptible d'instaurer un nouveau mouvement intrapsychique.

Dagognet F. (1964) remarquait que l'inédit, le nouveau, avait un effet thérapeutique puissant. Ainsi, la parole, la relation thérapeutique, peut insuffler un vent de renouveau dans la thérapeutique.

On peut même émettre l'hypothèse que la parole rendra la molécule inédite et insolite. Le médicament gagnera donc en efficacité thérapeutique. La parole gommerait l'aspect standardisé du médicament pour le revêtir d'un caractère singulier et inédit dépassant le seul effet sur le symptôme. C'est pourquoi le psychotrope possède, d'une certaine manière, une ressemblance avec le psychique.

Le premier cas clinique évoque cet aspect de nouveauté induit par l'acte de prescrire. Cet acte s'est inscrit dans un effet de surprise créé par la relation clinique, l'effet pharmacologique a été d'autant plus profitable.

La prescription s'est intégrée aux mouvements intrapsychiques et transférentiels si bien que la molécule s'est trouvée animée par la parole. Là encore nous pouvons réfléchir en termes de mouvements, en supposant que la parole crée une animation de la molécule pour que celle-ci s'intègre plus facilement au psychique.

La création de mouvements au sein même de la molécule par effet de parole, la création de mouvements de matière par la substance dans le psychique, ainsi que la création de mouvements intrapsychiques, d'effets neurobiologiques, par la relation psychothérapeutique, contribuent à l'effet thérapeutique. Ces mouvements se conçoivent comme des entrelacs se faisant et se défaisant au gré des mouvements transférentiels.

Ce sont tous ces aspects qui sous-tendent l'idée de prescrire dans la parole.

Nous sommes donc amenés à penser qu'une prescription dialectisée pourrait mêler les aspects contradictoires que nous avons soulignés dans l'acte de prescrire.

Une approche englobant psychothérapie et pharmacologie implique que le clinicien, au moment de prescrire un psychotrope, ait intégré la réalité de l'effet pharmacologique de la substance. En prescrivant, le clinicien reconnaît au psychotrope un certain pouvoir thérapeutique, pouvoir dépendant aussi de la façon dont il le prescrira. Ainsi, une attitude clinique ne consiste pas à ne rien dire des médicaments, ni inversement à trop en dire.

En effet, si le clinicien ne dit rien de l'effet possible d'une substance, le patient a l'impression qu'il touche un point aveugle du thérapeute. Ce point aveugle n'est pas abordable, rien ne pouvant être parlé. Le clinicien sera alors embarrassé par l'aspect pharmacologique, pris entre la crainte d'être considéré comme insuffisamment thérapeutique par sa seule parole.

Le recours à la prescription est alors vécu comme un échec voire un aveu d'impuissance du thérapeute. Remarquons qu'une attitude aussi hostile vis-à-vis de l'acte de prescrire ne manquera pas de positionner cet acte au centre de la relation clinique, même s'il est exclu de la pratique du clinicien !

De l'autre côté, si le clinicien place d'emblée la relation thérapeutique sous le sceau du chimique, il se trompe de champ épistémologique, en positionnant l'acte de prescrire au centre de sa pratique.

Une autre attitude possible serait celle développée dans notre travail, envisageant des rapports d'imbrication de la chimiothérapie et de la psychothérapie, dans une harmonie douce, orchestrée par le travail de parole. Dans cette optique, le clinicien intègre l'effet pharmacologique dans la relation clinique. Il s'agirait presque d'une intégration phénoménologique de l'effet de cette substance en lui.

Le patient, de son côté, de par le travail de parole, assimile lui aussi l'effet possible de la molécule. Ainsi, l'acte de prescrire est associé au travail de parole, et la molécule exerce son action pharmacologique en pleine synergie avec le travail psychothérapeutique.

D. Prescription de psychotropes et dérive neuroscientifique

Ce travail clinique a souhaité ouvrir de nouvelles voies pour penser la prescription médicamenteuse en psychiatrie. Nous avons détaillé toute la complexité de l'acte de prescrire au moment où, dans notre société, nous constatons un usage extensif des psychotropes.

Actuellement, comme nous l'avons déjà évoqué, la tendance est de considérer la prescription comme une prescription a-clinique et standardisée (**Fedida P., 1996**). A ce titre, nous assistons à une véritable liquidation de la psychopathologie. En confondant volontairement esprit et cerveau, certains scientifiques ont laissé entrevoir un modèle purement médical des maladies mentales (**Zarifian E., 1994b**).

Les maladies mentales seraient, en fait, des maladies comme les autres, hormis que la connaissance neuroscientifique n'a pas encore réussi à trouver leur cause. La psychiatrie biologique implique un point de vue tellement réducteur et mécaniste qu'elle en est indéfendable.

En considérant la prescription médicamenteuse sous cet angle, les psychotropes ne sont plus que des moyens pour supprimer des symptômes, et les molécules modernes sont de plus en plus performantes dans ce domaine. Pour Roland Gori (2000), cette rhétorique pharmacologique ne change rien à la tragédie ontologique. Ces thérapeutiques et ces techniques de soin n'affectent que les comportements, elles s'intéressent à ce que les patients font et non pas à ce qu'ils sont...

Pourtant, la clinique évoque une richesse beaucoup plus grande des troubles psychiques, qui dépasse largement le seul registre symptomatique. C'est pourquoi, aborder le sujet en souffrance psychique par le seul biais des symptômes présentés relève d'un parti pris inadmissible pour le clinicien. En concevant la pathologie psychiatrique de manière aussi simpliste, la prescription de psychotrope n'est qu'un acte figé, sans aucune vie. Cette tendance à considérer le trouble psychique comme un simple dérèglement neurobiologique incite à concevoir l'acte de prescrire comme un acte purement technique. Elle empêche toute élaboration sur le sens des symptômes et le vécu de la maladie. Elle dépossède d'une certaine manière le sujet de ses troubles et constitue, dans ce cas, une entrave à la psychothérapie. Elle risque d'annihiler toute perspective de dialogue entre psychothérapie et neurosciences, alors que notre réflexion suggère la pertinence d'un tel dialogue.

En outre, « tout oppose le modèle médical à la réalité de la souffrance psychique. La maladie somatique, c'est une pathologie d'organe ou de système, avec des lésions d'organe ou de système, avec des lésions et des signes objectifs quantifiables, une rupture par rapport à une norme. La souffrance psychique n'implique aucun organe ou système formellement identifié et démontré à ce jour (Zarifian E., 1994b) ».

Rappelons que supprimer des symptômes psychiatriques n'est pas guérir. Nous avons en effet insisté sur la complexité du soin psychiatrique.

Dans l'évolution actuelle des neurosciences, se dessinent les lignes de l'Idée générale à laquelle nous voulons philosophiquement nous opposer : le concept d'un remède enfin souverain qui simplifierait l'acte du soin psychiatrique, en même temps qu'il l'amplifierait.

Le pathologique s'emploie à tout emmêler et nous invitons le clinicien à un certain relativisme face à la thérapeutique.

Ainsi le clinicien se doit de lutter contre cette tendance positiviste du soin psychiatrique.

Le médicament psychotrope est placé à la croisée de deux discours : celui de la neuropharmacologie et celui du sujet, le discours singulier issu de la rencontre clinique. Le médicament véhicule une part de ces deux discours.

En prenant le parti d'exclure l'un des deux discours appartenant pourtant de manière inhérente à la molécule, nous donnons à la molécule une valeur de *pharmakon*. Il est fondamental pour le clinicien de laisser coexister ces deux discours en son psychique au moment du prescrire, afin de laisser le psychotrope rencontrer, avec toute sa liberté de mouvement, le psychique du patient.

Le psychotrope est un outil thérapeutique puissant mais il expose fortement le thérapeute en lui ôtant son costume de neutralité. Le clinicien peut très bien être fasciné par les progrès des neurosciences. Surtout, adopter une posture scientifique permet au thérapeute de réaliser l'économie de son propre engagement dans la parole en restant en lieu et place d'un technicien de la prescription médicamenteuse. Cette posture procure l'avantage d'une illusion de maîtrise de la rencontre clinique.

Ainsi, le clinicien s'illusionnera dans l'idée d'aplanir l'existence de son patient au mépris de l'écoute du sujet. Aplanir renvoie à l'idée d'un contrôle de l'individu : contrôle chimique du comportement de l'individu, totalement chosifié.

La tendance actuelle de l'évolution du soin psychique est celle d'une aseptisation de la rencontre médecin-malade, en essayant de la quadriller au préalable, afin d'éviter tous les aléas d'une authentique rencontre humaine.

A ce titre, l'abord diagnostique par l'intermédiaire d'inventaire de symptômes psychiatriques regroupés ensuite en syndrome pour constituer finalement une maladie mentale, évacue la dimension relationnelle et humaine inhérente à notre métier de psychiatre clinicien. Les manuels diagnostiques D.S.M. IV ou C.I.M. X mènent la danse en imposant leur vision de la clinique psychiatrique. Ils laissent apparaître, comme nous l'avons déjà remarqué, de nouvelles entités nosographiques pour élargir la palette de prescription des psychotropes. La recherche médicale se doit de garder une certaine éthique, elle a pour objet la découverte de nouveaux modes de traitement et non celle de nouveaux clients.

Le patient lui-même est également séduit par cette nouvelle conception du soin psychique, car elle lui permet de renforcer le refoulement de ses conflits en se focalisant sur une technicité du soin qui l'exclut en tant que sujet dans le processus de guérison. Le trouble psychiatrique serait extérieur au sujet, le sujet en serait victime. Cette conception du soin enlève toute idée de participation active du sujet dans le processus de guérison. Elle réduit sa participation uniquement en termes de compliance au traitement, de dressage à l'auto-évaluation symptomatique de son trouble.

Ainsi, les bilans psychométriques ou projectifs, les échelles, les auto-évaluations, les explorations médico-techniques prennent le devant d'une scène clinique orientée vers des protocoles de soins standardisés... dans laquelle la place du praticien est dès lors considérablement réduite (**Jovelet G., 2005**). Cette clinique hâtive, induite par un pragmatisme ambiant, par les pressions d'ordre idéologique et pour des raisons de temporalité, caricature notre exercice et contribue à sa déqualification, dessinant une « fast-psychiatrie ».

Le danger actuel est que les neurosciences s'érigent en une idéologie en essayant d'imposer leur discours hégémonique. De l'autre côté, le courant psychanalytique s'est replié également sur des positions idéologiques en refusant toute approche objective, neurobiologique du soin psychiatrique au nom de la subjectivité et de la singularité de chaque rencontre clinique.

Comme le remarquait Edouard Zarifian (**1994b**), nous assistons, de par les progrès des neurosciences, à la création d'un environnement de pensée qui comporte sa structure interne, sa logique, ses repères, ses interdits, et écarte toute critique ou même tout désir de réflexion épistémologique. Ainsi, la science d'aujourd'hui impose sa théorie et ses hypothèses comme seule représentation de la clinique alors que c'est la clinique qui devrait permettre la théorie.

Science et société évoluent de concert pour prôner l'avènement d'un soin psychique rapide efficace, technique, dépourvu de toute dimension humaine.

Le discours techno-scientifique évacue ainsi l'essence même du travail du psychiatre clinicien, à savoir la dimension profondément humaine de son exercice.

X. CONCLUSION

Par ce travail de réflexion à propos de la prescription de psychotropes, nous avons tenté en permanence, de nous écarter d'une position positiviste visant à simplifier le soin psychiatrique.

La médecine a en effet, de tout temps, essayé de rationaliser et d'objectiver la rencontre médecin-malade. La tendance actuelle est de privilégier un abord technique du patient, abord se voulant plus scientifique. Pourtant, la relation médecin-malade n'est pas une relation simple d'ordre instrumental telle que le geste thérapeutique et son résultat seraient liés directement l'un à l'autre.

La médecine somatique propose une démarche clinique dont l'enchaînement logique comprend : symptômes, diagnostic et traitement. Le médecin est généralement actif face à un patient passif, en attente de guérison. La médecine, s'appuyant sur des connaissances scientifiques de plus en plus pointues, dissocie progressivement la maladie du malade, en caractérisant le malade par sa maladie. Ainsi le médecin devient un technicien d'organes, il risque de perdre de vue la dimension relationnelle de son métier. Le patient n'est alors plus qu'un corps éclaté dont chaque partie est à réparer.

La psychiatrie est également transformée par les progrès des neurosciences. Cette discipline conserve des spécificités : la linéarité causale du symptôme à la maladie ne se retrouve pas. Une de ses particularités est la fluctuation des symptômes en fonction de la dimension relationnelle médecin-malade, le symptôme étant une adresse à l'Autre. C'est pourquoi la clinique psychiatrique ne saurait se réduire à un abord purement symptomatique du patient.

Malgré tout, la tendance actuelle, inspirée du modèle de soin des maladies somatiques, consacre comme suprême outil thérapeutique face au trouble psychique, la seule délivrance d'une substance chimique. En effet, le cerveau étant assimilé au psychisme, les maladies mentales ressembleraient aux autres maladies, à l'exception près que leur cause serait encore inconnue, par manque de connaissances neuroscientifiques.

Ainsi, seul l'effet pharmacologique interviendrait sur la scène thérapeutique. Progressivement, toute la dimension psychopathologique de la thérapeutique psychiatrique est écartée. Les méthodes de soin sont alors considérées comme d'autant plus efficaces qu'elles sont débarrassées de tout questionnement psychopathologique.

La clinique se réduit au repérage et à l'évaluation des symptômes psychiatriques, vidés de leur intimité, de leur histoire et de leur sens.

Dans ces conditions, soigner revient à éradiquer le symptôme, en éduquant le sujet à l'auto-évaluation symptomatique. Les troubles psychiques sont assimilés à un dysfonctionnement neurobiologique. Le sujet se trouve dépossédé de son histoire au profit d'une extraction chirurgicale de ses symptômes.

Le clinicien ne saurait accepter une telle conception de la thérapeutique psychiatrique, car le soin psychique est complexe, il met en jeu la dimension relationnelle et le processus thérapeutique déployé entre le médecin et son patient. Soigner, en psychiatrie, renvoie à la participation active du patient, et toute thérapie est d'une certaine manière auto-thérapie. Nous nous écartons donc du schéma du patient passif face au thérapeute agissant.

La psychanalyse introduit une éthique du renoncement dans le soin psychique : renoncement au pouvoir médical campé sur un savoir scientifique, abandon de toutes prétentions thérapeutiques de savoir. De plus, il existe une valeur ontologique de la maladie et du soin, qui semble actuellement oubliée.

L'histoire des psychotropes est une histoire récente du point de vue de la science. Elle n'a qu'un demi-siècle d'existence depuis la découverte du premier neuroleptique en 1952. A partir de cette date, la psychopharmacologie n'a eu de cesse de se développer en véhiculant l'espoir de guérir les maladies mentales.

Un tournant épistémologique s'est opéré à ce moment là. Tout comme la médecine, la psychiatrie possède désormais ses médicaments, et les médecins de l'âme sont devenus de « vrais » médecins. Ils sont enfin sortis de l'ère de contemplation et d'impuissance dans laquelle ils se trouvaient jusque là. L'arrivée des psychotropes a en effet révolutionné le soin psychiatrique, en créant une nouvelle manière d'aborder les fous et la maladie mentale.

Le développement de la psychopharmacologie place la psychiatrie dans une situation paradoxale, car les troubles psychiatriques sont définis d'une manière psychologique alors que leur traitement par médicaments renvoie essentiellement à la biologie.

De plus, la neuropharmacologie, promotrice de puissants psychotropes, incite actuellement à une a-clinicité de la prescription en évacuant l'aspect psychopathologique pourtant essentiel.

Mais alors comment se situe le psychiatre clinicien dans un tel univers médical ?

Il pourrait se présenter en tant que technicien hautement qualifié dans la prescription, en intégrant les derniers progrès neuropharmacologiques et en utilisant des molécules de plus en plus performantes. Il serait spécialisé en neuropharmacologie et posséderait des connaissances pointues dans le domaine des neurotransmetteurs. Il endosserait le costume d'un thaumaturge triomphant de la maladie mentale.

Une telle posture s'opposerait à une écoute psychothérapeutique incitant justement à renoncer à une position de savoir par rapport au patient.

Comme le mentionne François Dagognet (1998), « la fulgurance de la science suggère, dans le feu de ses réalisations et de ses prouesses, la conception d'un corps qu'elle manipulerait à sa guise. Elle changerait en lui ce qui est usé, elle accéderait à son centre de fabrication, et modifierait l'affectivité ».

Parallèlement à l'évolution neuroscientifique de la psychiatrie, nous assistons dans nos sociétés à une médicalisation du mal-être et de l'existence. A toute angoisse existentielle, correspondrait un médicament précis. Le mythe de la drogue parfaite est en route... Ainsi, se dessine une nouvelle donne dans la société : on accorde peu à peu au psychotrope la propriété d'aider à vivre mieux.

Nous avons profité du contexte sociétal et scientifique pour repenser la relation psychothérapeutique, la prescription médicamenteuse et le psychisme humain. Notre recherche est donc issue d'un double constat : celui de l'usage accru des psychotropes et celui d'une simplification de la thérapeutique psychiatrique.

Exerçant dans un centre de consultations psychiatriques spécialisé en addictologie, nous avons perçu, peut-être d'une manière plus sensible, cette évolution sociétale. La question de la demande de psychotropes est souvent mise en avant d'emblée dans la rencontre clinique. De plus, les patients rencontrés, entrent en relation dans un rapport de dépendance à l'autre. Ainsi la question de la prescription de psychotropes est mise en exergue dans notre travail, et c'est à partir de notre clinique que nous avons proposé une réflexion sur la prescription de psychotropes en psychiatrie d'une manière plus générale.

Nos histoires cliniques esquissent une manière différente de penser les psychotropes et l'acte de prescrire. Confronté à des patients souvent avides de psychotropes, notre expérience montre que, progressivement, un authentique travail psychothérapeutique est possible, tout en prescrivant des psychotropes, mais il est plus périlleux.

Les différentes vignettes cliniques ont insisté sur les aspects relationnels intervenant dans l'acte de prescrire, et participant à l'effet thérapeutique. Le médicament n'est en effet pas un objet neutre, il est lié aux rapports plus généraux du sujet à l'objet lui-même. Il fait sans cesse retour à l'objet archaïque de satisfaction. Selon les situations cliniques, le médicament joue différents rôles en fonction de la relation thérapeutique : médicament-écran de la relation, psychotrope-béquille, bon objet, ou encore réceptacle des projections agressives du patient ou du thérapeute.

La délivrance d'un traitement par le thérapeute renvoie à la dialectique de la demande et du don. Le médicament prend un sens symbolique, son action est psychologique autant que biologique. Toute prescription médicamenteuse comporte en effet des aspects psychologiques aussi bien du côté du patient que de celui du thérapeute. L'aspect relationnel inhérent à toute molécule est donc essentiel à l'effet thérapeutique.

De plus, prescrire est un acte paradoxal car il implique, par la connotation d'ordre, la mise entre parenthèses du sujet, jamais anodine même si elle est transitoire. Prescrire fait intervenir la notion de pouvoir médical. Or, notre clinique incite à penser que le clinicien sera d'autant plus thérapeutique qu'il renoncera à un tel pouvoir.

L'acte de prescrire intensifie les mouvements transférentiels et expose le thérapeute qui perd sa position de neutralité. En prescrivant, le clinicien est sur une crête, au plus près du patient. Cette posture permet parfois une relance du processus thérapeutique. Le patient, alors rassuré par la prescription, prend le risque de déployer sa parole, son histoire. Le psychotrope prescrit constitue un lien durable et constant, assurant la continuité des soins au-delà des crises. Nos histoires cliniques nous ont montré à quel point cette permanence, symbolisée par le médicament, permettait aux patients en crainte d'effondrement, de se sentir exister. De plus, la prise de l'ordonnance à la fin de la consultation revient à emporter une petite partie du thérapeute avec soi et protège ainsi des angoisses d'abandon. Dans ce cas, le médicament constitue un véritable support narcissique.

La prescription reste cependant un outil thérapeutique très fragile car elle contient en son sein une grande ambivalence. Un rien risque en effet de transformer l'acte de prescrire en un acte aliénant le patient, et visant plutôt à le faire taire. Une prescription sans parole, sans écoute, détachée de la relation thérapeutique, est violente. Le psychotrope ne sera pas accueilli par le psychique du patient, son effet thérapeutique s'en trouvera affaibli. Dans ces conditions, la relation médecin-malade se centre autour du médicament, tout mouvement se traduisant par une prescription. Le thérapeute et son patient se trouvent, de ce fait, dans une impasse pharmacologique où le danger est une escalade médicamenteuse sans fin.

La valence et le sens de l'acte de prescrire dépendent en grande partie de la façon de prescrire. Le thérapeute peut être tenté de maîtriser son patient en gardant l'illusion d'aplanir son existence. Dans ce cas, il occupe une place omnipotente ne favorisant pas le processus thérapeutique, même si elle procure des satisfactions immédiates non seulement au patient, mais surtout au clinicien. Le patient est alors plutôt considéré comme un objet à réguler.

Le thérapeute, se contentant d'un discours purement pharmacologique concernant le traitement, s'illusionne sur la maîtrise pharmacologique de l'effet thérapeutique. A son insu, il réduit l'action soignante de la molécule.

Ce serait au contraire en renonçant aux justifications scientifiques qu'il augmenterait le potentiel thérapeutique de la molécule. Le discours technique épargne le clinicien d'un cheminement personnel précédant l'acte de prescrire. Le médicament prescrit ainsi ne transmet rien de l'intimité du thérapeute, c'est une substance standardisée dont l'effet est établi préalablement à la rencontre clinique. Le psychotrope est perçu comme un objet figé, ne possédant aucune potentialité de mouvement ni d'adaptabilité.

Notre démarche s'est appuyée sur le paradigme du *pharmakon* de Platon pour complexifier un peu plus la question de la prescription en psychiatrie. L'action d'une molécule est étroitement dépendante de l'effet de parole. Son association à la parole amène à se demander comment, en psychothérapie, la parole peut qualifier l'effet d'une substance.

Nos cas cliniques évoquent une alliance parole-*pharmakon*. L'acte de prescrire est ainsi pensé en termes de création à deux, patient et thérapeute.

Une prescription dans la parole donne du mouvement à la molécule en lui permettant de devenir, par l'effet de parole, un médicament spécifique à la relation thérapeutique. Cela nous éloigne d'une vision purement pharmacologique de la prescription médicamenteuse empreinte d'une rationalité scientifique implacable. Prescrire dans la parole nous amène à penser cet acte en tant qu'acte psychodynamique intégré dans les mouvements relationnels de la relation médecin-malade. La prescription demande un cheminement personnel du côté du thérapeute : la décision de prescrire le renvoie à son intimité psychique. En prescrivant, le thérapeute transmet, par l'intermédiaire de la molécule, une part de son vécu intime de la relation transférentielle. Il intègre, en même temps, l'effet pharmacologique de la substance et un certain degré d'incertitude inhérent au médicament lui-même. Le traitement nous dit quelque chose de la subjectivité du clinicien en véhiculant une part de renoncement du côté du thérapeute : renoncement au seul pouvoir de la parole comme outil thérapeutique, renoncement au contrôle total de l'action médicamenteuse, renoncement à posséder le patient, renoncement à vouloir le guérir à tout prix.

Ainsi, nous proposons une façon innovante de penser la prescription de psychotrope : prescrire au-delà de la molécule, c'est-à-dire prescrire en dépassant les seules propriétés pharmacologiques de la substance aussi importantes soient-elles, afin de développer de nouvelles potentialités soignantes du médicament.

Les interactions entre psychique et effet pharmacologique sont bi-directionnelles : notre clinique évoque une influence du psychique sur l'effet pharmacologique, et réciproquement, l'effet pharmacologique du psychotrope modifie le psychique, créant de nouvelles modalités relationnelles. Ces échanges sont en mouvement permanent, ils s'enrichissent mutuellement en se mêlant à la parole du thérapeute et à celle du patient. Eclairée par cette parole venant de l'intérieur, par la surprise d'une rencontre, la molécule rentre en résonance avec les oscillations internes mobilisées par la relation transférentielle. Le patient est alors apte à recevoir la molécule de façon à ce qu'elle prenne pleinement sens pour lui : l'effet pharmacologique sera d'autant plus thérapeutique.

Le thérapeute prescrit au-delà de la molécule en opérant une déconstruction-reconstruction des propriétés pharmacologiques du médicament. Ainsi, tout en intégrant les caractéristiques pharmacologiques de la molécule, au moment du prescrire, le clinicien les met entre parenthèses pour permettre le cheminement du psychotrope au sein de la relation de parole. Cela permet une déqualification-requalification du médicament pour que la molécule devienne un médicament spécifique et singulier. En fait, cette opération dépossède temporairement le psychotrope de ses propriétés pharmacologiques afin de les lui restituer d'une manière singulière et spécifique.

Le psychotrope, guidé par la magie des mots, acquerrait pleine efficacité. Nous supposons donc qu'un psychotrope possède en lui une réserve thérapeutique mobilisable par l'effet de parole. L'acte de prescrire se conçoit alors comme l'orchestration harmonieuse d'une alliance parole-*pharmakon*. Il vise également à entrecroiser le cheminement intime du clinicien qui précède la décision de prescrire, le psychique du patient, et la relation médecin-malade.

En outre, l'hypothèse d'une assise biologique de la psychothérapie démultiplie les interactions psychique-médicament en esquissant un vrai dialogue entre neurosciences et psychothérapie analytique.

Ainsi, prescrire dans la parole consiste en cette démarche intégrant les différents facteurs mobilisés dans la relation psychothérapeutique, allant de l'effet pharmacologique de la molécule jusqu'aux mouvements transféro-contre-transférentiels.

Cependant, au moment même de prescrire, il persiste toujours des zones d'ombre sur les raisons précises de cette décision. Ces zones d'ombre relèvent de l'intimité la plus profonde du clinicien, de son rapport avec le patient, de la dimension transféro-contre-transférentielle : fascination, protection contre ses émotions ou son angoisse, aliénation, agir, procurer du plaisir en prescrivant. Prescrire implique donc une certaine humilité du clinicien face à cet acte.

Notre réflexion s'est appuyée sur la psychanalyse, même si celle-ci s'est détournée de la pharmacothérapie en prenant le parti d'ignorer l'action psychique d'une substance. Elle offre en effet une lecture du soin psychique fort intéressante, basée justement sur une éthique du renoncement, qui éclaire de manière originale l'acte de prescrire.

Il nous semble important désormais de dépasser les clivages entre pharmacothérapie et psychothérapie en proposant une élaboration commune de ces deux courants thérapeutiques. Nous avons montré qu'une prescription dialectisée peut mêler les deux approches. Notre recherche clinique évoque des influences réciproques du psychique sur l'effet pharmacologique d'une molécule. C'est donc en pensant pharmacologie et psychothérapie de manière conjointe que nous ouvrirons peut-être de nouvelles voies pour la psychopathologie. Penser la prescription en termes de psychopathologie, et non pas de façon symptomatique, incite à choisir le défi de penser la complexité inhérente à toute relation interhumaine.

Fedida P. (1996) a montré que la règle d'abstinence prônée par la psychanalyse aurait intérêt à être revisitée par le biais du paradigme du *pharmakon*. En effet, la connaissance de l'action thérapeutique par le psychique est justement inspiratrice du principe d'abstinence. Or, c'est cette connaissance qui est propre à déterminer selon quelles incidences intervient une action pharmacologique. Fedida P. (1996) constate que « les psychanalystes se privent de tout un champ d'élaboration psychanalytique en faisant de la croyance en la toute-puissance du psychique un parti pris d'ignorance, non sans danger, de l'action d'une substance. Car, à leur insu, une telle croyance équivaut à celle d'un *pharmakon* ».

Ainsi, la prescription de psychotropes est, tout autant que le symptôme, un formidable terrain d'enseignement sur le fonctionnement psychique du sujet.

La réflexion psychanalytique, tout comme l'anthropologie ou la philosophie, nous a permis de donner une autre envergure à la question du prescrire. Ces sciences nous ont amené à dépasser largement la seule technicité de la prescription médicamenteuse en psychiatrie pour y insérer du doute et relativiser la toute-puissance supposée de l'effet pharmacologique.

C'est par cette réflexion que nous proposons au clinicien d'emprunter des sentiers de traverse afin de rester au plus près de la clinique psychopathologique.

Nous l'incitons à se dégager d'une position purement scientifique afin de laisser le rêve et la poésie venir caresser la molécule. C'est à ce prix que la prescription de psychotrope peut être l'occasion d'une authentique rencontre humaine, renvoyant le patient à ce qu'il peut, à ce qu'il veut, à ce qu'il doit ou ose devenir.

Le psychiatre clinicien se doit désormais d'assumer toute la complexité de l'acte de prescrire. Nous laissons entendre que c'est à partir d'une réflexion sur sa pratique de prescription, que le clinicien possède l'immense privilège de permettre une vraie rencontre entre neurosciences et psychothérapie analytique.

XI. BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH M.** 1996. Le médicament comme objet technique. *Revue Internationale de Psychopathologie*, n°21, 135-158.
- ANGELERGUES R.** 1980. Nécessité d'une psychopharmacologie pour l'évolution de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 45,4, 825-833.
- ANGELERGUES R.** 1989. *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. Paris : P.U.F., 202p.
- ASSOUN PL.** 2004. La recherche Freudienne. *Recherches en psychanalyse*, 1, 49-63.
- AUDISIO M.** 1988. Prescrire : Epistémologie d'une question éthique. *Perspectives Psychiatriques*, 15, 370-375.
- AULAGNIER P.** 1984. *L'apprenti historien et le maître sorcier*. Paris : P.U.F., Le fil rouge, 1984, 276p.
- AULAGNIER P.** 1986. *Un interprète en quête de sens*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001, 569p.
- BALINT M.** 1957. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3^e éd. Paris : Payot, 1988, 410p.
- BARBIER L.** 2009. *Effets centraux de la pyridostigmine administrée en situation de stress*. Thèse de doctorat : Ingénierie de la cognition, de l'interaction, de l'apprentissage et de la création : Université Joseph Fourier Grenoble, 163p.
- BENSOUSSAN M.** 2004. La relation en clinique psychiatrique. Chimiothérapie et psychothérapie. *Psychiatrie Française*, 3, 16-26.
- BERGSON H.** 1939. *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*. 72^e éd. Paris : P.U.F., 1965, 282p.
- BERNARD C.** 1865. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Le Livre de Poche, 2008, 469p.
- BIADI-IMHOF A.** 1998. L'usage des psychotropes en psychiatrie. Dans A. EHRENBERG *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*. Paris : Ed. Esprit, Le Seuil, 1998, 209-225.
- BLANC Cl.** 1966. La psychopharmacologie : Les mots, les drogues et l'esprit. *L'Evolution Psychiatrique*, 31 (4), 708-729.
- BRENOT JL.** 2004. Travail du psychiatre : parole et médicament. *Psychiatrie Française*, 3, 118-126.

- CANGUILHEM G.** 1966. *Le normal et le pathologique*. 10^è éd. Paris : P.U.F., 2007, 222p.
- CANGUILHEM G.** 1980. Le cerveau et la pensée. Dans *Georges Canguilhem, Philosophe. historien des sciences*. Paris : Albin Michel, 1993, 11-33.
- CANGUILHEM G.** 1989. *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil, 2002, 101p.
- CASTEL R.** 1981. *La gestion des risques*. Paris : Les éditions de minuit, 2006, 221p.
- CHASSAING JL., REYNAUD M.** 1989. La manie des psychotropes. Dans *Le toxicomane et ses thérapeutes*. Paris : Navarin édition, Seuil diffusion, 39-51.
- CHEMAMA R., VANDERMERSCH B.** 2009. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Rodesa : Larousse, 602p.
- CHERTOK L.** 2000. *La relation médecin-patient*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 424p.
- CHOUKROUN J., HAM M.** 2009. L'anorexie à l'adolescence : un paradigme du ravage au féminin ? *Cliniques méditerranéennes*, 80, 249-265.
- CLAVREUL J.** 1978. *L'ordre médical*. Paris : Le Seuil, 211p.
- COBLENCÉ F.** 2002. Freud et la cocaïne. *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 2, 371-383.
- CRISTOFARI P.** 2005. Remarques sur les prescriptions médicamenteuses. *Psychiatries*, 167-169.
- DAGOINET F.** 1964. *La raison et les remèdes*. 2^è éd. Paris : P.U.F., 1984, 337p.
- DAGOINET F.** 1992. *Le cerveau citadelle*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 203p.
- DAGOINET F.** 1998. *Savoir et pouvoir en médecine*. Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de penser en rond, 288p.
- DAGOINET F.** 1999. Complexité de la prescription médicamenteuse. Dans *Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ?* Forum Diderot. Paris : P.U.F., 14-22.
- DARGE G.** 2009. Réflexions à propos des thérapies bifocales. *Médecine et Hygiène*, 2, 29, 101-107.
- DEL VOLGO MJ.** 1997. *L'instant de dire*. Toulouse : Erès, 2012, 275p.

- DENANS J., HAM M.** 2008. Adolescence, solitude et lien social. *Adolescence*, 26, 3, 723-739.
- DERRIDA J.** 1968. La Pharmacie de Platon. Dans *La dissémination*. Paris: Seuil, 1972, 77-195.
- DIATKINE R., PAUMELLE P.** 1965. Médications et psychothérapies individuelles. Dans P-A LAMBERT. *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*. Paris : Masson, 41-57.
- DIBIE-RACOUPEAU F., PLOTON L.** 2002. A propos du maniement relationnel des traitements psychotropes. *Gérontologie et société*, 103, 123-139.
- DOMIC Z.** 1999. La prescription : un art à inventer tous les jours. Dans *Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ?* Forum Diderot. Paris : P.U.F., 1999, 40-52.
- DURIEUX MJ.** 1993. Psychiatres, psychanalystes prescription. *L'Information psychiatrique*, 5, 8-16.
- EHRENBERG A.** 1991. *Le culte de la performance*. Paris : Calman-Levy, 323p.
- EHRENBERG A.** 1988. *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*. Paris : Ed Esprit., Le Seuil, 230p.
- EHRENBERG A.** 1995. *L'individu incertain*. Paris : Calman-Levy, 315p.
- EHRENBERG A.** 2000. *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob, 379p.
- FAURE O.** 1998. La consommation de médicaments. Essai d'approche historique. Dans A. EHRENBERG. *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*. Paris : Le Seuil, 123-141.
- FEDIDA P.** 1996. La parole et le *pharmakon*. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 21, 27-42.
- FEDIDA P.** 1999. La psychiatrie clinique peut-elle disparaître ? *Psychiatrie Française*, 1, 55-59.
- FEDIDA P.** 2003. *Des bienfaits de la dépression*. Paris : Odile Jacob, 252p.
- FERREY G.** 1991. Le psychiatre et le médicament. *Actualités psychiatriques*, 21, n°6, 6-19.
- FOUCAULT M.** 1954. *Maladie mentale et psychologie*. Paris : P.U.F., Quadrige, 1995, 104p.
- FOUCAULT M.** 1963. *Naissance de la clinique*. 8è éd. Paris : P.U.F, Quadrige, 2009, 287p.
- FRERE-ARTINIAN C.** 2004. La chair des mots. *Psychiatrie Française*, 3, 48-57.

- FREUD S.** 1884. *Über coca*. Dans *De la coca, Sigmund Freud, textes réunis et présentés par R.Byck*. Bruxelles : Ed. Complexe, 1976, 350p.
- FREUD S.** 1890. Traitement psychique (traitement d'âme). Dans *Résultats, idées, problèmes I*. Paris : P.U.F., 1984, 1-23.
- FREUD S.** 1895. De l'esquisse d'une psychologie scientifique. Dans *La Naissance de la psychanalyse*. 8è éd. Paris : P.U.F., 2002, 315-357.
- FREUD S.** 1898. La sexualité dans l'étiologie des névroses. Dans *Résultats, idées, problèmes I*. Paris : P.U.F., 1984, 75-97.
- FREUD S.** 1900. *Interprétation des rêves*. 2è éd. Paris : P.U.F., 1976, 567p.
- FREUD S.** 1912. Sur la dynamique du transfert. Dans *La technique psychanalytique*. Paris : P.U.F., 2007, 73-82.
- FREUD S.** 1914. Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle*. 13è éd. Paris : P.U.F., 2002, 81-105.
- FREUD S.** 1915a. *Métapsychologie*. Paris : Folio, 1968, 185p.
- FREUD S.** 1915b. Remarques sur l'amour de transfert. Dans *La technique psychanalytique*. Paris : P.U.F., 2007, 143-155.
- FREUD S.** 1920. Au-delà du principe du plaisir. Dans *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1968, 7-82.
- FREUD S.** 1929. *Le Malaise dans la culture*. 6è éd. Paris : P.U.F., 2007, 92p.
- FREUD S.** 1938. *Abrégé de psychanalyse*. 14è éd. Paris : P.U.F., 2001, 84p.
- GAREL P.** 1996. Prescrire et écouter : Associer pharmacothérapie et psychothérapie chez l'enfant et l'adolescent. *P.R.S.M.E.*, 6, 291-304.
- GAUCHET M., SWAIN G.** 1980. *La pratique de l'esprit humain*. Millau : Gallimard, 519p.
- GEBEROVICH F.** 1984. *Une douleur irrésistible*. Paris : InterEditions, 329p.
- GEIER S.** 1985. La thérapeutique médicamenteuse au cours des psychothérapies. *Psychologie Médicale*, 17, 4, 517-518.
- GEIER S.** 1990. Psychiatrie, psychanalyse et biologie. Considérations épistémologiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 54, 5, 1990, 1255-1266.
- GEORGIEFF N., MARIE-CARDINE M.** 1991. Abord psychothérapique et prescription médicamenteuse. *Médecine et Hygiène*, 49, 1729-1731.

- GEORGIEFF N.** 2007. Psychanalyse et neurosciences du lien : nouvelles conditions pour une rencontre entre psychanalyse et neurosciences. *Revue française de psychanalyse*, 2, 71, 501-516.
- GEORGIEFF N.** 2009a. Neurosciences et psychiatrie : intégration ou grand écart ? *L'Information psychiatrique*, 5, 85, 429-438.
- GEORGIEFF N.** 2009b. Vers une neuropsychologie des psychothérapies ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 47-63.
- GIBIER L.** 1999. *Prises en charge des usagers de drogues*. Rueil-Malmaison : Doin, 340p.
- GIRARD M.** 2005. Ceci n'est pas un médicament. *Psychiatries*, 144, 147-157.
- GOLDBTER-MERINFELD E.** 2009. Biologie et psychothérapie. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2, 43, 5-15.
- GORI R.** 1995. *La preuve par la parole*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2008, 277p.
- GORI R., HOFFMANN C.** 1999. *La science au risque de la psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 379p.
- GORI R.** 2000. Les rhétoriques de la souffrance. Dans *Qu'est ce qui guérit dans la psychothérapie ?* Paris : P.U.F., Forum Diderot, 35-59.
- GORI R.** 2002. *Logique des passions*. Manchecourt : Flammarion, 2005, 287p.
- GORI R., DEL-VOLGO MJ.** 2005. *La santé totalitaire*. Paris : Denoël., 264p.
- GORI R.** 2005. La psychopathologie en questions aujourd'hui. *Cliniques méditerranéennes*, 71, 41-57.
- GORI R.** 2006. Thérapies molles recherchent désespérément pathologies flexibles. *Cliniques méditerranéennes*, 74, 143-172.
- GORI R., LE COZ P.** 2006. *L'empire des coachs, une nouvelle forme de contrôle social*. Paris : Albin Michel, 208p.
- GORI R.** 2007. La pathologisation de l'existence. Dans *Les nouvelles addictions*. Paris : Le Nouvel Observateur, Scali, p 37-41.
- GORI R., DEL-VOLGO MJ.** 2008. *Exilés de l'intime*. Paris : Denoël, 344p.
- GOSSELIN JY.** 1977. Psychopharmacologie et psychothérapie : un parallélisme thérapeutique dynamique à intégrer. *Annales Medico-Psychologiques*, 135, 2, 289-294.
- GREEN, A.** 1961. Chimiothérapies et psychothérapies : problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques et leur association en thérapeutique psychiatrique. *L' Encéphale*, 50 (1), 29-101.

- GREEN A.** 1966. La psychopharmacologie : ouverture, impasses, perspectives. *Evolution Psychiatrique*, 31 (4), 681-705.
- GUILLERMAIN Y., MICALLEFF J., POSSAMAÏ CA. et al.** 2001. N-methyl-D-aspartate receptors and information processing: human choice reaction time under a subanaesthetic dose of ketamine. *Neuroscience letters*, 303, 1, 29-32.
- GUILLERMAIN Y.** 2011. Addictions et temporalité, le temps du soin : maintenant ou jamais ! *Psychotropes*, 17, 2, 55-63.
- GUILLERMAIN Y.** 2012a. Ecouter et prescrire : La parole et le *pharmakon*. Dans C. Le Bodic et A-C. Hardy. *Prescrire, proscrire, Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 161-171.
- GUILLERMAIN Y.** 2012b. La question du prescrire : psychothérapie et psychotropes. *Revue Internationale du Médicament*, 4, 2, 39-62.
- GUTTON P.** 1991. *Le pubertaire*. Paris : P.U.F. 322p.
- GUTTON P.** 2000. *Psychothérapie et adolescence*. Paris : P.U.F., 281p.
- GUYOTAT J., FEDIDA P., MIRAILLET R., et al.** 1965. Chimiothérapie et psychothérapie : Réflexions à propos d'une expérience d'approche méthodologique du problème. Dans P-A. LAMBERT. *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*. Paris : Masson, 139-146.
- GUYOTAT J.** 1980. Chimiothérapie et psychothérapie. *L'Evolution Psychiatrique*, 45, 4, 705-720.
- GUYOTAT J.** 1991. Psychanalyse et médicaments psychotropes : quelques remarques. *Psychanalyse à l'université*, 16, 62, 151-159.
- GUYOTAT J.** 1996. Médicaments psychotropes, théories du soin et représentations de la maladie mentale. *Revue internationale de psychopathologie*, 21, 13-25.
- HASSOUN J.** 1993. *Les passions intraitables*. Paris : Flammarion, 139p.
- HASSOUN J.** 1997. *La cruauté mélancolique*. Manchecourt : Flammarion, 127p.
- HAYAT M.** 2002. Il faudrait la médiquer un peu. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 66, 529-540.
- HAYAT M.** 2004. Psychiatrie, psychanalyse : même démarche. *Psychiatrie Française*, 3, 27-38.
- HEIDEGGER M.** 1954. *Essais et conférences*. Mesnil-Sur-l'Estrée : Gallimard, 1980, 347p.
- HEIDEGGER M.** 1959. *Acheminement vers la parole*. Mesnil-Sur-l'Estrée : Gallimard, 1981, 259p.

- HENRY A.** 1995. L'acte de prescrire : zone d'ombre de la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 153, 7, 471-473.
- HOCHMANN J.** 1980. Le soin psychiatrique, A la recherche d'une spécificité ambiguë. Dans F. CAROLI. *Spécificité de la psychiatrie*. Paris : Masson, 1980, 139-152.
- HOCHMANN J., JEANNEROD M.** 1991. *Esprit où es tu ?* Paris : Odile Jacob, 277p.
- HOCHMANN J.** 2004. *Histoire de la psychiatrie*. Paris : P.U.F., 127p.
- HUBERT B.** 2006. Le médicament comme objet. *Psy Cause*, 42, 15-18.
- JACOBI B.** 1995. *Cent mots pour l'entretien clinique*. Toulouse : Erès, 2012, 364p.
- JEAMMET P.** 1995. Psychopathologie des conduites de dépendances et d'addiction à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 155-175.
- JEAMMET P.** 2002. Démystifier les psychotropes : un outil parmi d'autres. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 66, 423-431.
- JEANNEAU A.** 1980. Mouvements psychiatriques et psychopharmacologie. Entre l'affect et la représentation. *L'Evolution Psychiatrique*, 45,4, 693-703.
- JEANNEAU A.** 1993. A propos de la pulsion et des substances psychotropes. Réflexions métapsychologiques d'un prescripteur. Dans *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*. Paris : ASM13, 26, 23-32.
- JEANNEAU A.** 2007. Entre psychopharmacologie et métapsychologie. Un espace inexploré. *Revue Française de Psychanalyse*, 71, 2, 389-399.
- JOVELET G.** 2005. La prescription : une éthique de l'efficacité ? *L'Information psychiatrique*, 81, 125-133.
- KANDEL ER.** 1999. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *L'Evolution Psychiatrique*, 67, 1, 40-82.
- KAPSAMBELIS V.** 1994. *Les médicaments du narcissisme. Métapsychologie des neuroleptiques*. Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de penser en rond, 178p.
- KAPSAMBELIS V.** 1999. La prescription médicamenteuse dans la relation thérapeutique. *Psychiatrie Française*, 1, 60-76.
- KAPSAMBELIS V.** 2002. Formulation psychanalytique des effets des neuroleptiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 2, 447-464.
- KAPSAMBELIS V.** 2003. La thérapeutique psychiatrique et la pensée psychanalytique. *Psychothérapies*, 23, 157-167.
- KAPSAMBELIS V.** 2006. Le patient, le prescripteur et l'expérience somato-psychique du médicament. Une approche psychanalytique. *PsyCause*, 43, 4-13.

- KAPSAMBELIS V.** 2009. La prescription des antidépresseurs et des tranquillisants, évolution des idées, modification des pratiques. *Le Carnet Psy*, 1, 24-30.
- KELLER PH.** 2011. Le phénomène placebo : Une relation qui s'ignore. *Perspectives Psy*, 2, 50, 155-161.
- KERNBERG O.** 1997. *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod, 277p.
- KONRAD A.** 2004. Prescription et rapport subjectif. *Psychiatrie Française*, 3, 58-66.
- KSENSEE A.** 2002. Une pilule amère. Psychanalyse, psychosomatique et...psychotrope. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 66, 465-483.
- KUHN R.** 1990. Psychopharmacologie et analyse existentielle. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 1, 43-67.
- LACAN J.** 1966. Conférence et débat du Collège de Médecine à La Salpêtrière. *Cahiers du Collège de Médecine*, 761-774.
- LACAN J.** 1973. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil, 309p.
- LAKOFF A.** 2005. *La raison pharmaceutique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2008, 303p.
- LAMBERT PA.** 1965. *La relation-médecin malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*. Paris : Masson, 215p.
- LAMBERT PA.** 1980. Histoire des psychotropes. *L'Evolution Psychiatrique*, 45, 4, 669-689.
- LANTERI-LAURA G.** 1982. La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *L'évolution Psychiatrique*, 47, 425-469.
- LEBRUN JP.** 1997. *Un monde sans limite*. Toulouse : Eres, 248p.
- LEPASTIER S.** 2009. Les paradoxes de la maladie dépressive. *Le Carnet Psy*, 1, 32, 36-41.
- LE POULICHET S.** 1987. *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*. Paris : P.U.F., 179p.
- LE POULICHET S.** 2004. De la clinique à la recherche. *Recherches en psychanalyse*, 1, 71-79.
- LESOURD S.** 2005. *La construction adolescente*. Ramonville St Ange : Erès, 242p.
- LESOURD S.** 2006. *Comment taire le sujet ?* Ramonville St Ange : Erès, 236p.
- McDOUGALL. J.** 1982. *Les théâtres du Je*. Paris : Gallimard, 245p.

- MARIE-CARDINE M., SALI A.** 1984. Psychothérapies et prescription médicamenteuse. *Psychologie Médicale*, 16, 11, 1909-1915.
- MARIE-CARDINE M.** 1987. La clinique est-elle une science ? *Psychologie Médicale*, 19, 10, 1827-1829.
- MARIE-CARDINE M., GUYOTAT J., TERRA JL.** 1989. Médicaments psychotropes et psychothérapie. *Encycl. Med. Chir. (Paris), Psychiatrie*, 37820, B⁹⁰, 5, 22p.
- MARIE-CARDINE M.** 1996. Pharmacothérapie et psychothérapie : historique des recherches. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 21, 43-65.
- MARIE-CARDINE M., CHAMBON O., GUYOTAT J., et al.** 2001. Articulation de la psychothérapie et de la chimiothérapie en psychiatrie : Evolution des idées. *Revue québécoise de psychologie*, 22, 2, 1-28.
- MARTIN AJD., KIPMAN SD.** 1994. Prescrire, ne pas prescrire. *Psychiatrie Française*, 25, 91-95.
- MONSONEGO H.** 1994. La prescription, un acte de langage. *International journal of the sociology of language*, 109, 75-81.
- MOREAU DE TOURS JJ.** 1845. *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Paris : Masson, 1845, 431p.
- MOULIN AM.** 1980. La médecine moderne selon Georges Canguilhem « Concepts en attente ». Dans *Georges Canguilhem, Philosophe et historien des sciences*. Paris : Albin Michel, 1993, 121-133.
- MOUNIER B., GUYOTAT J.** 1984. Effet placebo et pouvoir thérapeutique. *Psychologie Médicale*, 16, 2379-2382.
- NUSS P.** 1999. Savoirs et relation thérapeutique. *Psychiatrie Française*, 1, 31-36.
- OGIEN A.** 1998. La grammaire de la drogue. Dans A. EHRENBURG. *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Ed Esprit, 143-169.
- OLIVENSTEIN C.** 1997. Le toxicomane domestiqué. *Le Monde Diplomatique*, novembre, p22.
- PIGNARRE P.** 1990. *Ces drôles de médicaments*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 141p.
- PIGNARRE P.** 1996. A qui appartiennent les psychotropes ? *Revue Internationale de Psychopathologie*, 21, 79-87.
- PIGNARRE P.** 1999. *Puissance des psychotropes, Pouvoir des patients*. Paris : P.U.F., 148p.
- PIGNARRE P.** 2009. La révolution des antidépresseurs et de la mesure. *Carnet Psy*, 132, 51-53.

- PIGNARRE P.** 2008. *La cigale lacanienne et la fourmi pharmaceutique*. Paris : Epel, 91p.
- PLATON.** 390-385 av. JC. *Gorgias*. Paris : Flammarion, 1987, 375p.
- PLATON.** 385-370a av. JC. *Le Banquet*. Mesnil-sur l'Estrée : Gallimard, 2004, 183p.
- PLATON.** 385-370b av. JC. *La République*. 2è éd. Paris : Flammarion, 2004, 789p.
- PLATON.** 385-370c av. JC. *Phèdre*. Paris : Flammarion, 2004, 411p.
- PLATON.** 370-347a av. JC. *Le Politique*. Paris : Flammarion, 2003, 321p.
- PLATON.** 370-347b av. JC. *Timée Critias*. 5è éd. Paris : Flammarion, 2001, 435p.
- POSTEL J.** 1994. *La Psychiatrie, Textes essentiels*. Paris : Larousse, 782p.
- PRADERE J.** 2009. L'efficacité thérapeutique en question : Le psycho-tropique du homard. *Adolescence*, 27, 779-788.
- PRAT P.** 1977. Accueil, soins ou traitement pour les toxicomanes ? *Perspectives psychiatriques*, 259-264.
- RACAMIER PC.** 1993. *Le Psychanalyste sans divan*. Paris : Payot, 444p.
- RACAMIER PC., CARRETIER L.** 2002. La cure de sommeil dans la perspective psychothérapique. *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 2, 579-607.
- RASSIAL JJ.** 1999. *Le Sujet en état limite*. Paris : Denoël, 193p.
- REYNAUD M., COUDERT AJ.** 1987. *Essai sur l'art thérapeutique (Du bon usage des psychotropes)*. Paris : Synapse, 478p.
- RICHARD F.** 2009. Médicament, économie libidinale et psychanalyse. *Le Carnet Psy*, 1, 132, 18-23.
- SCHOTTE J.** 2008. *Vers l'anthropopsychiatrie*. Paris : Hermann, 455p.
- SWAIN G.** 1994. *Dialogue avec l'insensé*. Mesnil-sur l'Estrée : Gallimard, 281p.
- TATOSSIAN A.** 1994. La prescription psychiatrique et son enseignement. *Psychiatrie Française*, 25, 30-34.
- TATOSSIAN A.** 1999. Le symptôme en psychiatrie, grandeur et servitude. *Psychiatrie Française*, 30, 1, 23-30.
- THOMAS O.** 2006. *Toxicomanie féminine*. Ramonville St-Agne : Erès, 246p.
- VINDREAU C., JOUVENT R.** 1996. L'usage boulimique des psychotropes. *Revue International de Psychopathologie*, 21, 159-166.

WELSH G. 2009. C'est pas moi, c'est la chimie...Transfert latéral, transfert complémentaire ? *Revue Française de Psychanalyse*, 73, 801-815.

WIDLÖCHER D. 1990. *Les psychotropes, une manière de penser le psychisme ?* Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de penser en rond, 52p.

WIDLÖCHER D. 2002. L'avenir nous apprendra peut-être...Psychothérapie et chimiothérapie : quels rapports ? *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 2, 361-369.

WIDLÖCHER D. 2010. Quel avenir pour les psychotropes ? Dans C. CHILAND. *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Paris : Eres, 311-324.

WINNICOTT DW. 1969. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 109-125.

WINNICOTT DW. 1989. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 367p.

ZARIFIAN E. 1988. *Les jardiniers de la folie*. Paris : Odile Jacob, 289p.

ZARIFIAN E. 1994a. De la clinique à la prescription. *Psychiatrie Française*, 25, 18-24.

ZARIFIAN E. 1994b. *Des paradis plein la tête*. Paris : Odile Jacob, 203p.

ZARIFIAN E. 1996. *Le prix du bien être, Psychotropes et société*. Paris : Odile Jacob, 283p.

ZARIFIAN E. 1999. Le déni du psychisme dans la psychiatrie contemporaine. *Psychiatrie Française*, 1, 7-11.

ZARIFIAN E. 2008. Neurosciences et psychismes : Les risques et les conséquences d'un quiproquo. *Cliniques Méditerranéennes*, 1, 77, 31-45.