
Qu'interdit-on ? Que punit-on ? Que soigne-t-on ?

Cet exposé reprend les termes d'un article publié dans *Le Monde* du 30 septembre 1997, ainsi que quelques éléments d'une recherche à paraître sur l'histoire contemporaine de la dépression¹. Il ne porte pas sur l'ecstasy, domaine dans lequel je n'ai pas de compétence particulière, mais sur quelques problèmes généraux auxquels il me semble bon de réfléchir.

Je propose une triple hypothèse sur la question des psychotropes aujourd'hui, envisagée du point de vue de ce que l'on pourrait appeler une anthropologie de la personne. Si toutes les sociétés forgent leurs conceptions de la personne, l'anthropologie nous a appris, pour simplifier, que ces conceptions diffèrent largement selon qu'elles sont portées par des sociétés qui croient soit au pouvoir des ancêtres, soit en la puissance structurante de la loi du père. Dans les sociétés occidentales, ces conceptions ont évolué (elles ne sont évidemment pas tout à fait les mêmes en 1800, en 1900, en l'an 2000) et évoluent encore.

Combiner la question de la loi et celle des risques

Dans les milieux professionnels concernés, le consensus sur l'interdit des drogues illicites s'est érodé. Faut-il évoquer l'émergence de politiques de réduction des risques qui remettent en question l'accord sur la prohibition ? Le grand problème français est de savoir comment tenir ensemble la question de la loi et celle des risques. Plusieurs rapports publiés ces dernières années en France proposent la légalisation du cannabis et la dépénalisation des usages des autres drogues. Pour le cannabis, le problème majeur est la distance entre l'illégalité du produit et la légitimité croissante de son usage. Cette distance accroît la crise de signification de la loi. Par ailleurs, la neurobiologie considère que la distinction entre produits licites et illicites repose sur des bases scientifiques douteuses, tandis que les recherches de terrain en sciences sociales et les enquêtes longitudinales ont montré que la toxicomanie n'est pas le destin inéluctable des consommateurs des drogues (y compris les plus dures, comme l'héroïne). La signification de l'interdit des drogues devient floue. La

1. *La fatigue d'être soi*. A paraître aux Editions Odile Jacob, Octobre 1998.

crise actuelle du rapport à la loi est une crise de la référence en terme de permis et de défendu. Il faudrait passer aujourd'hui de la question : « Qu'est-ce qui est permis ? », à la question « Qu'est-ce qui est possible ? »

Soin/confort/dépendance : le statut du sujet

Les limites entre fonctions thérapeutiques et fonctions dites de « confort » des médicaments psychotropes sont l'objet de vives polémiques : elles ont d'abord porté sur les benzodiazépines, puis sur les antidépresseurs (avec la mise sur le marché des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ISRS). Soulage-t-on des détresses sociales ? Soigne-t-on d'« authentiques » pathologies mentales ? Se contente-t-on d'alléger des symptômes-cibles ? L'opinion publique est-elle bien informée des risques d'usages chroniques de psychotropes ? A tort ou à raison, la perception de ces médicaments a fini par basculer dans le conflit soin/confort/dépendance. Et l'objet du soin est devenu incertain.

Les polémiques contemporaines concernant les antidépresseurs sont étonnantes. En premier lieu, dans les années 1960, la notion de « confort » n'était pas connotée négativement dans la littérature psychiatrique et médicale. Au contraire, on se réjouit à l'époque d'avoir trouvé des molécules capables d'améliorer le confort neuropsychique de gens mal adaptés à la vie actuelle. Alors, pourquoi le « confort » est-il un problème aujourd'hui ? Ensuite, tout le monde attendait des produits comme les ISRS dès 1960 : faibles effets secondaires, faible toxicité, plus grande maniabilité des molécules. Tous les psychiatres ayant prescrit l'Upstène® au début des années 1980 s'en souviennent avec émerveillement – nombreux sont ceux qui évoquent « les temps bénis de l'Upstène® ». Ce n'est donc pas l'innovation technique, en l'occurrence pharmacologique, qui a déchaîné des espoirs fantasmatiques et des peurs qui le sont tout autant. En quoi la possibilité de gérer d'une façon fine nos humeurs est-elle devenue aujourd'hui un problème ? Quelle est la nature de ce problème ? Les antidépresseurs classiques ne remaniaient-ils pas « la personnalité » en levant les syndromes dépressifs ? Une psychanalyse n'en fait-elle pas autant, quand elle réussit ? La guérison n'implique-t-elle pas un changement ? Nous touchons là un point décisif : guérir un malade d'un trouble mental n'équivaut pas à le débarrasser d'une grippe ; nos convictions normatives sur la personne sont toujours en jeu. L'ambivalence des psychotropes ne vient pas ni du fait qu'ils soient, comme tout médicament, à la fois remède et poison, ni de leur éventuelle toxicité : on ne meurt pas d'une surdose d'ISRS, alors que la dose létale est vite atteinte avec l'aspirine (qui s'avère largement plus dangereuse que ces antidépresseurs). Nous prenons bien en permanence de l'aspirine pour alléger des symptômes de douleur, pourquoi devrait-il en être autrement d'un antidépresseur, lorsqu'il est sans danger ?

La raison profonde des polémiques est qu'aujourd'hui les antidépresseurs font tenir ensemble à la fois un espoir et une peur. S'ils apparaissent comme une magie blanche, par l'espoir qu'ils donnent de surmonter toute souffrance psychique, ils se présentent simultanément et, pour cette raison-même, comme une magie noire. Ils incarnent, à tort ou à raison, la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental pour être plus que soi, mieux que soi ou autrement que soi. Cette possibilité n'existait pas avec les anciens antidépresseurs², leurs effets secondaires étant supposés suffisamment gênants pour que les patients cessent de les prendre dès les symptômes dépressifs levés et la rémission ou la guérison obtenues. Ces médicaments incarnent quelque chose de plus que l'ambivalence du *Pharmakon* : ils agissent sur l'esprit. Or nous, les modernes, nous avons, en ce qui concerne l'esprit, le cerveau, la psyché, le mental, des cosmologies qui nous appartiennent en propre. Nous sommes travaillés par des croyances, des mélanges inséparables de vérités et d'illusions à propos de ce que nous sommes, de ce que nous pourrions être et de ce que nous devrions être.

La transformation de la personnalité en dehors d'un diagnostic médical est traditionnellement incarnée par l'usage de drogues. Les antidépresseurs, à la suite des anxiolytiques et des hypnotiques, étendent à toute la société certaines craintes suscitées par la drogue depuis longtemps. Il semble qu'il se soit récemment produit, à tort ou à raison, un rapprochement entre ces deux mondes. Un problème diagnostic tout à fait courant en médecine, et plus particulièrement en psychiatrie (définir une maladie et prescrire un traitement approprié), s'est transformé en un problème « moral » fondateur de la peur que les drogues nous inspirent : quelles sont les limites à la propriété de soi au-delà desquelles on pourrait parler d'homme artificiel ? Dans une société où se consomment en permanence des substances psychoactives agissant sur le système nerveux central et modifiant artificiellement l'humeur, on ne saurait plus qui est soi-même ni même qui est normal. Aujourd'hui, la préoccupation exprimée par tous pour les dépendances est l'une des manifestations de ce problème des limites à la propriété de soi. Si notre notion de la personne n'était pas en jeu, nous raisonnerions exclusivement en termes de risques, et particulièrement de toxicité, non en termes de dépendance. Nous serions capables de traiter avec moins de passions la question des drogues et nous n'aurions pas les inquiétudes qui sont les nôtres depuis une quinzaine d'années sur la surconsommation de médicaments psychotropes.

On comprend mieux, dès lors, cette polémique confuse et décisive sur les frontières entre le normal et le pathologique. Doit-on soigner le mal de vivre ? Celui-ci n'est-il pas le prix de la liberté ? Toute souffrance doit-elle donner lieu à traitement ? etc. On soigne le malade, mais doit-on soigner le « sujet » ?

2. Encore que la littérature psychiatrique signale depuis longtemps des dépendances aux IMAO qui résulteraient de leurs effets stimulants. Mais, il n'existe pas d'études sur ce point.

Quel est ce « sujet » dont on parle tant. En tout cas, il se plaint et on le plaint. Cette polémique est particulièrement significative de ce que l'esprit, pour nous, les modernes, constitue le noyau sacré de la personne. Elle devrait contraindre à répondre clairement à la question : Que soigne-t-on et de quoi s'agit-il de guérir ? La psychiatrie actuelle manque d'une réflexion sur la guérison, et cela d'autant plus qu'une pathologie comme la dépression est de plus en plus considérée comme une pathologie récidivante, voire chronique, et que les recommandations pour des traitements à long terme, voire à vie, c'est-à-dire de maintenance, sont assez communes dans la littérature psychiatrique. Les controverses qui faisaient la grandeur de la psychiatrie française ont disparu.

Possible/impossible, permis/défendu, normal/pathologique, il semble que nous ayons aujourd'hui un triple problème de frontières lié à nos incertitudes sur le statut du sujet.

Recomposition du paysage psychiatrique

Ces changements s'insèrent eux-mêmes dans une transformation globale de la santé mentale, qui confère à la notion de dépendance une extension considérable dans les sciences cliniques. La dépendance désigne désormais une relation pathologique, un comportement : chacun peut être dépendant d'une activité (le jeu, l'achat, la nourriture) ou d'une personne (addiction sexuelle). Parallèlement, on constate une tendance du regard psychiatrique à se centrer sur les troubles de l'humeur, en particulier les dépressions. L'addiction est la cousine germaine de la dépression. Aujourd'hui émerge une insécurité identitaire, marquée par le vide dépressif et le remplissage addictif, lequel apparaît comme un mode de défense contre les affects dépressifs. Cette recomposition du raisonnement psychiatrique est révélatrice des transformations de notre expérience collective de la personne. La psychiatrie est en effet une pratique du sujet pathologique ; son objet est plus que psychiatrique (c'est en cela, qu'elle concerne le sociologue ou l'historien).

Cette recomposition résulte de transformations normatives. Le couple dépression-addiction nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne. Il incarne le passage d'une société fondée sur la culpabilité et la discipline, à une société fondée sur la responsabilité et l'autonomie. Là où les règles sociales commandaient des automatismes de conduite et réprimaient des transgressions, elles demandent aujourd'hui de l'initiative individuelle et des aptitudes mentales. De la culpabilité à la responsabilité, les rapports entre le permis et le défendu sont entrés dans le brouillard. Le conflit intrapsychique n'a pas disparu et nous ne sommes pas moins chargés de lois qu'auparavant, mais nous avons des difficultés certaines à repérer celui-là et à nous donner celles-ci. Les lois de l'inconscient qui structurent notre équilibre psychologique, et celles de la société qui gouvernent la paix publique, sont quelque peu

confondues. Plus exactement, la personne semble moins rongée par la culpabilité d'un sujet, c'est-à-dire par le conflit entre un interdit et un désir, que par la responsabilité d'un individu devant initier l'action. Les exigences d'action et de performance individuelles se sont largement accrues. Ainsi, pour trouver un emploi précaire, il faut de nos jours faire preuve de motivations, de capacités de présentation de soi, etc. Le poids que chacun est pour lui-même s'accroît. Autrement dit, les normes sociales poussent au dépassement permanent. C'est la désinhibition de l'action qui importe, et non la conformité aux règles ou aux habitudes. La dépression relève moins d'une problématique de la faute que de l'insuffisance, moins de l'univers de la loi que du dysfonctionnement, moins d'une référence à un conflit qu'à un déficit. Le déprimé n'est pas à la hauteur des exigences qu'il s'impose à lui-même et qu'on lui impose. Le comportement addictif est un moyen de combler ses insuffisances.

Une telle société exige l'autonomie des individus, c'est-à-dire leur capacité à s'appuyer sur des ressorts intérieurs de type mentaux. Or, au-delà des psychotropes, les technologies de stimulation du mental sont très développées. Pensons à cette extension indéfinie des techniques psychothérapeutiques que représente la transformation personnelle, qu'elle soit issue des renouveau religieux, du New Age ou des multiples approches psychologiques développées à partir des années 1970. L'imputation de la responsabilité à l'individualité s'est accompagnée d'un développement généralisé de technologies identitaires, d'industries de l'estime de soi ou de marchés de l'équilibre intérieur tout à fait hétéroclites, mais promis semble-t-il à un bel avenir³. Dès lors, l'économie générale des désordres de l'esprit se trouve recomposée. Elle émerge au croisement de changements normatifs profonds et de transformations tant des connaissances biologiques et psychiatriques, que des références employées par les professionnels de santé mentale. Cette redistribution des cartes n'a pas encore été interrogée. On mesure peut-être la tâche restant à accomplir si l'on tente de sortir des stéréotypes (Pourquoi se drogue-t-on ? Faut-il considérer le drogué comme un malade ou un délinquant ? etc.), pour penser les liens entre l'individualité contemporaine et ses psychotropes.

Alain Ehrenberg

Directeur du Groupement de recherche du CNRS
« Psychotropes, Politique, Société », GDR G1106

3. Voir Alain Ehrenberg. *L'individu incertain*. Paris, Calmann-Lévy, 1995. Réédition Hachette-Pluriel, 1996.