

S T E E V E S D E M A Z E U X

L'ÉCLIPSE DU SYMPTÔME

L'OBSERVATION CLINIQUE EN PSYCHIATRIE
1800-1950



I T H A Q U E

Extrait de L'Éclipse du symptôme
©Steeves Demazeux/ Ithaque, 2019

Dessins de couverture

© Patrick Lindsay

ISSN 2104-6743 – ISBN 978-2-490350-03-2

Dépôt légal, 1^{re} édition : octobre 2019

© 2019, Les Éditions d'Ithaque

3 rue Primate 75013 Paris France – www.ithaque-editions.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION

- I. « **MAIS UN SOUPÇON NOUS VIENT : CETTE PARADE D'ÉRUDITION N'EST-ELLE PAS DESTINÉE À NOUS FAIRE ENTENDRE LES MAÎTRES-MOTS DE NOTRE DRAME ?** »
 1. Dupin et des jeux de Poe
 2. Le séminaire sur « La Lettre volée »
 - §1. *Le jeu de pair ou impair*
 - §2. *La structure dialectique du récit*
 - §3. *La lettre comme signifiant pur*
 3. La littéralisation du symptôme
 4. Le portrait du clinicien en détective
- II. **LA CONCEPTION DU SYMPTÔME COMME INDICE**
 1. L'opposition classique en médecine entre le signe et le symptôme
 2. Le mythe d'un langage de la maladie
 3. Vieillesse du paradigme indiciaire
- III. **RETOUR À POE**
 1. Le conjecturisme de Poe
 2. Le Mystère de Marie Roget
 3. « L'indice, en apparence si léger »...
 4. La méthode du détective, et celle du clinicien
- IV. **NAISSANCE DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE**
 1. La conquête d'un nouveau continent clinique
 2. La Marie d'Esquirol
 3. Cette rebutante inconsistance des symptômes de la folie
 4. La méthode descriptive des aliénistes dans son contexte épistémologique
- V. **LA LENTE CONSTRUCTION D'UN APPAREIL SÉMIOLOGIQUE**
 1. La constitution d'un système documentaire à la base de l'expérience clinique
 2. Un appareil pour observer

- §1. *Un lent bricolage sémiologique*
- §2. *Mais qu'est-ce qu'un appareil sémiologique ?*
- §3. *Clinique et théorie*
- 3. Stabilité de l'appareil sémiologique
 - §1. *Le thesaurus semioticus*
 - §2. *Le style descriptif*
 - §3. *Le cadre de l'examen clinique*
- 4. La fragilité du diagnostic « absolu » des psychiatres

VI. DES SYMPTÔMES QUI PARLENT

- 1. La scène clinique
- 2. Portrait original du clinicien en photographe
- 3. Les trois crises de l'objectivation clinique
 - §1. *La scénographie clinique, l'écriture et le témoin*
 - §2. *La valeur déclarative du symptôme et la valeur symptomatique de la déclaration*
 - §3. *Le risque de la simulation*
- 4. L'onde de choc freudienne
 - §1. *Une épistémologie aujourd'hui dans l'impasse*
 - §2. *Le symptôme psychanalytique*
 - §3. *Le psychanalyste et le détective*
- 5. La fin de l'hégémonie de l'École clinique française

VII. LE PARADIS PERDU? LES MÉSAVENTURES AMÉRICAINES DU SYMPTÔME

- 1. Le développement de la médecine aux États-Unis
- 2. La clinique sortie du lit
- 3. La psychiatrie au rebut
- 4. La confiscation de l'appareil clinique par les neurologues
- 5. La nouvelle donne des années 1910
- 6. L'éclipse du symptôme par le nombre
 - §1. *La santé mentale des habitants de Manhattan*
 - §2. *Le projet Epidemiologic Catchment Area*
- 7. La disparition programmée du clinicien

CONCLUSION

REMERCIEMENTS

BIBLIOGRAPHIE

À Antonine et à Iro,

« Παράξενο, τὸ βλέπω ἐδῶ τὸ φῶς τοῦ ἡλίου...
τὸ χρυσὸ δίχτυ
ὅπου τὰ πράγματα σπαρταροῦν σὰν τὰ ψάρια. »

INTRODUCTION

LE SYMPTÔME, la plus vénérable et la plus banale des notions en médecine, soulève le plus grand des problèmes en psychiatrie. Car le symptôme est un fait brut ; mais il a un sens. Il est observé ; mais il doit être interprété. Il est passif ; il est actif. Il est superficiel ; il est profond. Il fait souffrir ; il fait jouir. Il est singulier ; il est pluriel. Il est comportement ; il est langage. Il est isolé ; il est structure. Il est constant ; il est plastique. Il est statique ; il est dynamique. Il est vérité ; il n'est qu'apparence. Il peut être amélioré ; il peut être étouffé. C'est le problème ; c'est la solution. C'est l'ennemi ; c'est le partenaire. Il n'est que cela ; il peut être autre chose.

Chacune de ces oppositions recouvre une longue histoire, complexe et sinueuse. Toutes reflètent les hésitations qui se sont cristallisées autour des années 1950, dans les pays occidentaux, concernant la singularité de la sémiologie psychiatrique. Dans le bouillonnement d'influences théoriques plus ou moins contradictoires – psychanalyse, linguistique, cybernétique, psychologie, behaviorisme, approche systémique, psychiatrie biologique, épidémiologie, structuralisme, néopositivisme, phénoménologie, etc. –, et à un moment charnière de l'histoire de la psychiatrie (entre rénovation institutionnelle, réforme légale, élargissement du cadre d'exercice, perte d'optimisme thérapeutique, début de contestation sociale), le symptôme est devenu une notion fuyante. Mais cette fois, ce n'est plus le signe physique, dans sa fiable rigueur, qui est venu « éclipser » le symptôme que disait le patient, comme l'avait écrit Canguilhem au sujet de la médecine somatique du XIX^e siècle dans l'après-coup de la révolution anatomo-clinique¹. Non, en psychiatrie, c'est le symptôme lui-même, sans aucune découverte, sans aucun intermédiaire, qui au début des années 1950 a été éclipsé.

Comment, par exemple, un symptôme aussi courant que l'anxiété est-il décrit et interprété par les cliniciens ? L'« état d'anxiété » est un élément classique de l'observation clinique, et contrairement à une idée

1. CANGUILHEM, 2002, p. 417.

reçue, c'est un symptôme très ancien de la sémiologie psychiatrique¹. On le trouve dans de nombreux tableaux pathologiques, de la monomanie homicide d'Esquirol au délire émotif de Morel, de la névrose d'angoisse de Freud aux attaques de panique et au trouble anxieux généralisé des classifications standardisées modernes. Mais sa signification n'a cessé de changer au cours du temps, et sa place dans les descriptions cliniques a pendant longtemps fait l'objet d'infinies discussions². L'anxiété est-elle un fait objectif que le clinicien peut constater, ou est-ce un affect que le patient est le seul à même de bien rapporter ? Est-ce un comportement ou un état mental ? Est-ce un symptôme superficiel ou l'élément révélateur d'un trouble profond ? La cause ou le résultat d'une maladie mentale ? À partir de quand l'anxiété devient-elle un phénomène pathologique ? Peut-on mesurer l'anxiété à l'aide d'une échelle standardisée ? Se présente-t-elle de manière isolée ou toujours associée à d'autres symptômes ? Peut-on être anxieux sans le savoir ? L'anxiété peut-elle se transformer en angoisse ? L'anxiété a-t-elle un sens ? Est-elle à voir comme une partie du problème ou au contraire comme une tentative d'adaptation du psychisme malade ? En prenant ce qu'on appelle un « anxiolytique », va-t-on vers le mieux ou ne fait-on que déplacer le problème ? Finalement, l'anxiété est-elle un symptôme ou une maladie à part entière ?

Toutes ces questions pourraient être posées au sujet de n'importe quel autre symptôme psychiatrique. Dans cet essai, ce n'est pas au contenu particulier des symptômes que je m'intéresse, mais à leur forme générale. Car derrière la grande diversité des phénomènes que recense la sémiologie psychiatrique, je veux montrer que c'est la notion même de symptôme qui a clairement changé d'usage dans le discours ordinaire des psychiatres. Il est devenu, au singulier, comme chez les psychanalystes, l'obsession du clinicien (c'est quoi *son* symptôme, au juste, à Joyce ?), ou, si l'on continue d'en parler au pluriel, c'est comme du dernier repère de la raison médicale sur un fond d'éparpillement : la seule monnaie d'échange encore valable pour s'accorder entre confrères (car qu'est-ce que la dépression désormais, si ce n'est plus une maladie ou un syndrome, mais juste une *réunion de symptômes* ?). Vu de loin, le symptôme en psychiatrie a valeur de girouette épistémologique. Fixé sur l'axe prétendu stable de l'observation clinique, il indique des vents contraires et vrille au milieu des tempêtes théoriques et institutionnelles.

1. BERRIOS, 1996, p. 264.

2. Cf. MOUTAUD, 2018 ; CASTEL, 2011 et 2012.

Quand Paul Bercherie finit de rédiger *Les Fondements de la clinique* à la fin des années 1970, c'était déjà pour évoquer une « période de malaise » concernant la sémiologie psychiatrique, un malaise dont la prise de conscience commandait selon lui un retour aux textes classiques. Bercherie vouait une admiration sincère à la clinique psychiatrique du XIX^e siècle, dont la finesse contrastait avec ce qu'il lui fallait bien caractériser comme un *déclin* du sens clinique au XX^e siècle¹. Ainsi écrivait-il, en conclusion de sa réflexion :

Ouvrons un manuel classique de psychiatrie : il s'agit plus d'une liasse de documents concrets décrits et analysés que d'un traité de psychologie pathologique, comme nos ouvrages modernes, sans exemples, sans histoires de cas, sans illustration, sans plan d'examen ni véritable inventaire sémiologique. Depuis déjà quelques décades, la psychiatrie a commencé à avoir honte de la clinique pure, de la simple observation, du regard [...]².

Ce thème de la richesse observationnelle des textes classiques et du *déclin* moderne du sens clinique (qui s'annonce chez Bercherie bien en amont de l'avènement des classifications standardisées américaines de type DSM) est une vieille ritournelle de l'historiographie psychiatrique, souvent entendue en France. Michel Foucault dans *L'Histoire de la folie à l'âge classique* s'en moquait déjà, révélant avec justesse et ironie tout ce que la clinique française du XIX^e siècle, sous la « pureté » prétendue de son regard et son vernis positiviste, comportait de jugements à l'emporte-pièce ou de condamnations moralisatrices. Quelques années plus tard, le sociologue Robert Castel, dans *L'Ordre psychiatrique*, allait jusqu'à soupçonner la sémiologie psychiatrique de n'être que le « codage médical » d'une problématique sociale.

* * *

L'essai qui suit, écrit par un non-clinicien, ne témoigne d'aucune forme de nostalgie. Il ne donne pas davantage dans l'ironie critique. Il s'agit d'un essai de philosophie des sciences qui tente de comprendre les conditions historiques de l'objectivation clinique et la manière dont

1. L'expression « déclin de la Clinique » est utilisée par Bercherie à la toute fin de la thèse de médecine qu'il soutient en 1979. Mais il renonce à cette expression dans le livre adapté de sa thèse, qui paraît l'année suivante, où il préfère parler plus prudemment des « apories » et des « impasses » de la démarche clinique.

2. BERCHERIE, 1980, p. 281.

cette dernière a présidé à la stabilisation du vocabulaire sémiologique de la psychiatrie. Le but est de retracer l'histoire du concept de *symptôme* en psychiatrie et de caractériser la figure à la fois scientifique et institutionnelle du *clinicien* qui, à chaque moment, lui correspond. L'enjeu est de parvenir à replacer l'histoire de la clinique psychiatrique, entre 1800 et 1950 (en chiffres ronds), dans le cadre général de l'histoire de l'observation et de l'objectivité scientifiques, telle que cette histoire a pu être éclairée par des travaux récents¹. Dans mon livre précédent, *Qu'est-ce que le DSM?*², je m'étais attaché à retracer le contexte intellectuel et institutionnel de l'émergence, à la fin des années 1970 aux États-Unis, des classifications standardisées où les diagnostics sont fixés au moyen de critères opérationnels et où le rôle du clinicien est réduit à la portion congrue. Je cherche ici en quelque sorte à constituer l'archéologie de cette situation contemporaine : il s'agit de remonter dans le temps mais aussi dans l'ordre intellectuel des opérations que réalise le clinicien quand un patient se présente à lui, en amont du diagnostic, au plus près des phénomènes cliniques qui lui sont donnés à analyser. Mon ambition est de montrer que la crise nosologique actuelle que connaît la psychiatrie scientifique a des racines plus anciennes et plus profondes qu'on ne le croit communément. Loin de reposer sur l'oubli d'une vénérable tradition clinique ou sur une forme de négligence dans l'art d'observer, l'éclipse du symptôme est devenue un phénomène général, touchant l'ensemble du champ psychiatrique. Quelles en ont été les causes ? Tel est le problème central de cet essai.

Cette enquête part d'une conviction forte : sous le jeu de toutes les normes sociales, morales, juridiques, politiques, scientifiques et institutionnelles qui ont façonné l'activité clinique en psychiatrie et qui en déterminent encore les conditions légitimes d'exercice, sous toute cette complexité avérée (dont la dynamique d'ensemble se révèle très variable suivant les contextes nationaux), il existe un noyau conceptuel stable qui fixe ce qu'il faut entendre par symptôme en psychiatrie. Parallèlement, il existe une figure stable du bon clinicien, autrement dit du clinicien à la hauteur des prétentions scientifiques enveloppées par l'idée qu'il se fait du symptôme en psychiatrie. C'est ce noyau et c'est cette figure stable que je me propose de caractériser, solidairement, en donnant droit aussi bien à ce qu'il y a de factuel et d'empirique dans l'observation clinique qu'à ce qui y est « construit », en fonction du contenu irréductiblement normatif des symptômes mais aussi de la

1. Cf. DASTON & LUNBECK, 2011 ; DASTON & GALISON, 2007/2012 ; ISRAËL-JOST, 2015.

2. DEMAZEUX, 2013.

pluralité des cadres théoriques à travers lesquels les différents types de symptômes sont appréhendés.

La thèse de cet essai est donc qu'au tournant des années 1950, il y a eu une *éclipse* du symptôme en psychiatrie. Quelque chose de l'évidence qui se rattachait intuitivement à la notion générique de symptôme a disparu, ou a été occulté. Il ne s'agit pas ici de chercher à savoir si c'est un bien ou si c'est un mal. Il ne s'agit pas de déplorer une perte. Peut-être que l'éclipse n'est que passagère et qu'un renouveau brillant se prépare. Peut-être marque-t-elle la fin d'une longue période historique pour la psychiatrie, sa période « clinique » au sens strict, et qu'elle invite en conséquence à réfléchir à la lente et profonde réorganisation conceptuelle qui se joue sur le plan sémiologique, depuis 50 ou 60 ans, entre la psychiatrie et les « sciences du cerveau »¹. Quoi qu'il en soit, la conception classique du symptôme en psychiatrie comme *indice* parcellaire et superficiel dévoilant la présence d'un trouble pathologique sous-jacent, s'est mise à ne plus aller de soi. On s'est mis à vouloir cantonner le symptôme dans le fait brut ou, au contraire, à l'enrichir de pouvoirs nouveaux et surprenants. Dans le même temps, la figure du clinicien a muté. L'autorité objective du symptôme, devant laquelle le clinicien s'inclinait pour que les faits parlent, pour que le cas s'expose, s'est trouvée affaiblie, mais, en parallèle, l'autorité personnelle que le clinicien tenait de sa capacité à saisir le réel, à l'éclairer par son art et son expérience, a également sombré (d'où la nostalgie de certains cliniciens pour un âge où l'excellence des maîtres se mesuraient publiquement à leur talent à faire surgir des configurations morbides claires d'un tableau confus). Les deux sont en tout cas liés, puisque ce qui soutenait l'autorité du symptôme était la contrepartie stricte de ce qui fondait l'autorité du clinicien, la première sous les auspices de l'observation rigoureuse et la seconde sous la bannière de l'attitude empirique.

D'où le dessin, lisible en filigrane, sur lequel la structure de ce livre repose : un rapprochement méthodique entre la figure du clinicien et celle du détective. Tous deux sont des figures fantasmées du XIX^e siècle. Tous deux mettent l'accent sur l'importance de bien observer et sur la valeur irremplaçable des raisonnements inductifs. Tous deux essaient

1. C'est l'hypothèse que je développerai dans un second essai qui prolonge l'enquête amorcée ici, et qui portera sur le profond mouvement de reconfiguration de la sémiologie psychiatrique qu'on connaît aujourd'hui, notamment avec le projet RDoC [Research Domain Criteria] financé aux États-Unis par le NIMH, et qui repose sur le postulat explicite (mais dont les racines sont anciennes) que les maladies mentales sont des maladies du cerveau.

de voir clair dans la profusion des indices pour réaliser des inférences qui mettent de l'ordre dans les phénomènes. Ce rapprochement donne un tour assurément particulier à un livre d'épistémologie et d'histoire de la psychiatrie. Avant d'entrer dans les considérations habituelles à ce genre de travaux, je veux en effet essayer de faire percevoir ce qui, avant l'éclipse, paraissait si lumineux et évident. Sans explicitation de *l'esprit* qui animait les concepts des cliniciens, il y a peu de chance en effet qu'on surmonte l'opinion de Bercherie, qu'il y a eu « déclin », et qu'on entre désormais dans les âges sombres. Non, il y a eu au contraire « transformation », et la lumière frappe juste désormais les choses sous un autre angle.

Un autre point central dans l'argumentation : en croisant l'histoire du roman détective et de la clinique psychiatrique, le but n'est pas de rappeler un thème devenu banal au XX^e siècle ; c'est davantage de montrer l'affinité profonde qui existe, sur le plan épistémologique, dans l'art commun de bien observer chez le détective et chez le clinicien. Qu'est-ce qu'une bonne observation ? Et comment la compétence de bien observer s'acquiert-elle ? Pris que nous sommes dans l'héritage du positivisme logique du XX^e siècle, nous nous faisons souvent une conception trop idéalisée de ce qu'on appelle une *bonne observation*. Comme si bien observer consistait à ne rester qu'à la surface des phénomènes. En réalité, chez le détective comme chez le clinicien du XIX^e siècle, il n'y a pas de différence fondamentale entre *voir* et *réaliser une inférence*¹. Les deux opérations sont solidaires et renvoient à la même manière d'appréhender la réalité phénoménale. Autrement dit, je veux démontrer que le *regard pur* du clinicien, qui mettrait entre parenthèses la recherche des causes pour se concentrer sur la restitution fine des phénomènes, est une marotte anachronique des cliniciens depuis le milieu du XX^e siècle, précisément au moment où se produit l'éclipse du symptôme, c'est-à-dire au moment où la notion de symptôme perd son contenu intuitif. Les cliniciens du XIX^e siècle, eux, n'ont jamais eu cette méfiance que nous avons développée à l'égard des explications causales et de leur interférence théorique. Ce n'était pas des phénoménologues, et ils n'ont jamais pratiqué l'*époque* husserlienne qui consiste à mettre entre parenthèses la thèse naturelle du monde. Le domaine de l'observable était chez eux beaucoup plus riche qu'il ne l'est chez nous et ce domaine était directement connecté à la robuste réalité des causes. Le talent de l'observation ne visait qu'à une chose :

1. Cf. HACKING, 1983, p. 169, qui relève ce point important.

faire craquer l'écorce des faits pour découvrir les régularités cachées du monde.

Un autre enjeu philosophique de cet essai sera de démontrer que le « paradigme indiciaire » décrit par l'historien Carlo Ginzburg comme caractéristique de la modernité est, en réalité, beaucoup plus ancien. Loin de marquer, comme le voudrait Ginzburg, une rupture marquante et significative de la fin du XIX^e siècle dans le rapport de l'observation avec la prise en compte du petit détail, de l'indice infime que rate l'observateur profane mais que repère l'observateur expert, le paradigme indiciaire opère déjà pleinement dès le début du XIX^e siècle¹. Ginzburg lui-même, du reste, reconnaît que les racines du paradigme indiciaire sont anciennes et qu'elles doivent beaucoup au développement de la médecine clinique. Simplement, il est important de déplacer le curseur sur le plan historique : l'obsession pour le relevé des indices n'est pas propre à Sherlock Holmes ou à Sigmund Freud, c'est déjà celle du détective Auguste Dupin chez Poe ou de l'aliéniste Jean-Étienne Esquirol.

Ce qui change, en réalité, à la fin du XIX^e siècle, c'est le rapport à l'*objectivité* des observations : avec le progrès technique, et surtout avec la méfiance croissante de l'observateur devant les égarements possibles de sa propre subjectivité, l'expérience et le talent personnel de l'observateur ne sont plus des gages d'exactitude ; les machines et les procédés mécaniques apparaissent comme de meilleurs garants de scientificité. Ce changement, on le verra, est l'un des facteurs importants au cours du XX^e siècle de l'éclipse du symptôme.

Le chapitre premier, intitulé « Mais un soupçon nous vient : cette parade d'érudition n'est-elle pas destinée à nous faire entendre les maîtres-mots de notre drame ? », part d'un texte qui a puissamment contribué à mettre en lumière l'importance épistémologique du rapprochement entre détective et clinicien dans le moment même où il proposait une théorie très originale du symptôme. Il s'agit du *Séminaire sur « La Lettre volée »* de Jacques Lacan en 1955. À partir de l'interprétation audacieuse qu'il livre d'une nouvelle d'Edgar Poe, Lacan entend démontrer que le travail du clinicien a secrètement quelque chose à voir avec le type d'opération que réalise le détective Dupin pour rendre à la Reine la lettre qui lui a été dérobée. Empruntant à la linguistique, Lacan défend alors l'idée que le symptôme d'une

1. GINZBURG, 1980. L'idée de « paradigme indiciaire » a fait depuis 1980 l'objet de nombreuses discussions parmi les philosophes et les historiens. Cf. THOUARD, 2007 pour un aperçu général des enjeux.

maladie pour le psychanalyste est comme le signifiant d'un texte à déchiffrer. Dans ce chapitre, je veux montrer qu'à travers cette théorie du symptôme-signifiant, on trouve chez Lacan la formulation la plus épurée et la plus radicalisée de tous les aspects théoriques présumés dans le traitement de *la maladie-comme-texte*.

Ce sera l'objet explicite du chapitre II, « La conception du symptôme comme indice », que de démonter ce mythe de *la maladie-comme-texte* qu'on trouve dans la littérature sur l'épistémologie médicale, bien au-delà de la sphère psychanalytique. En revenant attentivement sur l'histoire de la sémiologie médicale, je démontre que celle-ci ne peut pas être rabattue – sinon abusivement et au prix d'une confusion très préjudiciable sur le plan historique – sur la sémiologie linguistique. Je mets à cet égard en lumière le rôle qu'un chapitre particulier du livre de Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, sans en nier la profondeur, a joué en 1963 dans la consécration de cette illusion rétrospective.

Dans le chapitre III, « Retour à Poe », je me livre à une longue analyse des trois fictions détectives qu'Edgar Poe écrit entre 1841 et 1844, et je m'attarde en particulier sur la plus méconnue d'entre elles, *Le Mystère de Marie Roget*. En dehors du plaisir évident que cette enquête procure pour elle-même sur le plan de l'histoire littéraire, mon intérêt est épistémologique. Il s'agit de mettre en avant quelque chose que les historiens des sciences ont déjà bien repéré : la fascination que le calcul des probabilités a exercée dans l'esprit de très nombreux écrivains, médecins et savants du XIX^e siècle. Cette fascination est patente chez Poe, et je montre qu'elle l'est tout autant chez Pinel, chez Esquirol et chez la plupart des aliénistes au point de transformer la manière dont ils se représentent le regroupement des symptômes et le travail du clinicien.

Dans le chapitre IV, « Naissance de la clinique psychiatrique », j'évalue à nouveaux frais la place qu'occupent Philippe Pinel et son élève Jean-Étienne Esquirol dans la promotion d'un nouveau type de savoir clinique dans les premières années du XIX^e siècle. Mon but est d'apprécier leur apport respectif dans la méthodologie clinique en médecine mentale et quelle figure ces deux hommes ont contribué à dessiner pour le psychiatre. L'enjeu de ce chapitre est d'offrir une navigation nouvelle dans la réflexion épistémologique autour de l'apport de ces deux figures centrales de la psychiatrie française, en évitant de tomber dans les travers de deux interprétations opposées de l'historiographie psychiatrique : l'une qui consiste à célébrer la fraîcheur du regard empirique de la nouvelle clinique aliéniste ; l'autre qui consiste à déplorer à travers elle la mise en place d'un dispositif de codage social des comportements déviants.

Le chapitre V, « La lente construction d'un appareil sémiologique », détaille les principaux facteurs institutionnels, théoriques et pratiques qui ont contribué à enrichir et stabiliser la sémiologie psychiatrique au cours du XIX^e siècle, à un moment où la psychiatrie se singularise en tant que spécialité médicale. L'accent est mis sur l'enseignement clinique et la structure de l'appareil lui-même, plutôt que sur la diversité des acteurs individuels. L'enjeu de ce chapitre est de décrire, à travers la permanence d'un dispositif social, l'armature fine de cet *appareil* dont les cliniciens apprennent à se servir au cours de leur formation pour discerner les signes et les symptômes de la pathologie mentale.

L'objet du chapitre VI est résumé dans son titre un brin énigmatique : « Des symptômes qui parlent ». À la fin du XIX^e siècle, l'observation clinique en psychiatrie, qui repose de plus en plus sur la parole du patient, rencontre une série de dilemmes qui minent de l'intérieur ses prétentions à l'objectivité. La figure de Charcot marque un tournant. Celle de Freud, bientôt, en marquera un autre, très différent, et l'invention de la psychanalyse vient radicalement bouleverser le cadre du dispositif clinique. Malgré la masse considérable – littéralement écrasante – des commentaires que l'œuvre de Freud a suscités depuis plus d'un siècle, il reste difficile aujourd'hui d'apprécier ce que Freud entendait *exactement* par symptôme en psychanalyse. C'est un fait étrange : dans toute son œuvre, Freud, neurologue de formation, ne s'est jamais montré prolix sur sa conception spécifique du symptôme. Il en parle souvent, mais de manière très classique ou alors en termes métaphoriques. Pour ajouter à la difficulté, sa conception (dont rien ne garantit qu'elle demeure constante à mesure de l'évolution de sa pensée) sera vite absorbée dans les tiraillements idéologiques du XX^e siècle, qui balanceront entre un *Freud-Docteur Jekyll* et un *Freud-Mr Hyde*, c'est-à-dire entre un *Freud-scientiste* et un *Freud-herméneute* (ou l'inverse, selon les goûts).

Enfin, le chapitre VII, « Le paradis perdu ? Les mésaventures américaines du symptôme », revient à l'époque où cet essai commençait : les années 1950. Cette fois, la scène se situe aux États-Unis, au pays d'Edgar Poe. En retraçant les grandes lignes de l'histoire psychiatrique américaine, puis en examinant minutieusement les protocoles de deux études épidémiologiques parmi les plus célèbres jamais réalisées en population générale de l'histoire de la psychiatrie – d'un côté la *Midtown Manhattan Study* dont le projet est lancé en 1956, et l'*Epidemiologic Catchment Area* qui prend forme vingt ans plus tard –, je montre comment la conception du symptôme psychiatrique, sous la pression de nouveaux impératifs d'objectivité scientifique

(eux-mêmes liés aux contraintes financières tout à fait inédites que pose la réalisation à grande échelle d'entretiens psychiatriques), s'est trouvée rabattue de statut d'indice à celui de *fait brut*, constitué pour l'essentiel de matière verbale, mais plate : un simple relevé déclaratif. Nouvelle éclipse donc, concomitante à l'éclipse lacanienne, mais sous d'autres cieux. Une éclipse non plus par la lettre (au profit de la parole), mais par le chiffre (et au profit de l'utilité quantifiable), où la figure du clinicien ne s'idéalise plus dans celle d'un brillant détective, mais se projette plus prosaïquement dans celle d'un enquêteur profane qui noircit sans réfléchir d'interminables formulaires de sondage.