

Médicament, économie libidinale et psychanalyse

Un article rédigé par des auteurs d'un centre de référence de l'O.M.S. (repris sur cinq colonnes à la une dans *Le Figaro*) conclut que l'effet du *Prozac* comme du *Déroxat* n'est pas significativement différent de celui d'un placebo dans le traitement des dépressions majeures de l'adulte (ce qui ne contredit pas fondamentalement les études antérieures donnant des résultats favorables mais n'en spécifiant pas suffisamment la nature exacte). Quelques mois plus tard, neuf professeurs de médecine français lancent un appel contre l'excès de prescription d'antidépresseurs, auquel ils opposent une « psychothérapie » hélas mise au même niveau que la relaxation, le sport, une bonne discussion avec un ami pour sortir de la solitude, indépendamment d'une théorie, quelle qu'elle soit, du psychisme humain dont l'hypercomplexité et la dimension inconsciente se voient ainsi méconnues ou, plus exactement, évacuées. La psychologie collective tend actuellement à adjoindre à l'approche médicale de la souffrance psychique une visée d'accompagnement infantilisant. Pas une journée où le journal télévisé n'impose l'image d'un adulte effondré face à une menace imparable (catastrophe naturelle, accident, mais aussi bien pauvreté, conflit inter-humain politique dont ne ressortent que la violence et la dimension spectaculaire) suivie de la séquence de compassion pour sa détresse.

Le projet de décret d'application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et plus particulièrement au statut de « psychothérapeute » est à cet égard révélateur. Il crée insidieusement une nouvelle profession, rivale de celle de psychiatre et de psychologue, de niveau de formation extrêmement bas. Il réduit la psychopathologie clinique à un fatras de notions et de méthodes hétérogènes, disqualifiant la tradition de diagnostic et de rencontre clinique. Le type de soutien psychothérapique qu'il envisage ? Faites-vous prescrire un antidépresseur par un médecin généraliste, socialisez-vous avec un psychothérapeute formé aux recettes du contact avec autrui et du principe de réalité ! Wainrib montre avec humour dans sa contribution au présent dossier, à propos de la façon dont le site *Prozac.com* met en scène les mésaventures d'un neurone récepteur petit enfant insuffisamment nourri en sérotonine par un neurone donneur, que cet imaginaire d'un échange déséquilibré entre des neurones-personnes est structuré par l'idée simple qu'un manque fondamental relationnel sera corrigé par le médicament. Cette idéologie s'étend maintenant aux nouvelles psychothérapies d'accompagnement, qu'elles soient strictement comportementales ou humanistes interactives (jusqu'au caricatural *coaching*).

La psychiatrie, en généralisant la notion de dépression au point d'en faire le nom de toute souffrance psychique (et plus particulièrement de l'angoisse), préparait sa propre dilution dans l'actuelle idéologie compassionnelle. Il est grand temps de dire haut et fort que la psychanalyse est par excellence la psychothérapie de ce qu'on appelle « dépression ». Sa méthode de « traitement psychique » (pour reprendre le titre d'un article de Freud) se différencie des croyances actuelles en une substance (pharmacologique et/ou psychique) pouvant fortifier rapidement chez le patient un centre de la vitalité (thérapie brève, projet de resocialisation, médicament mais aussi produits des addictions toxicomaniaques et alcooliques). Contre toute complaisance envers des accompagnements trop longs comme contre toute panique déguisée en impatience thérapeutique, nous pouvons donner au traitement le temps nécessaire à l'écoute de l'inconscient tout en nous montrant attentifs aux changements dans la vie du patient, c'est-à-dire aux transformations de son économie psychique (laquelle n'est, au fond, qu'une économie libidinale). On a suffisamment souligné la nécessité de retrouver avec le patient déprimé les modes primitifs de la communication mère/nourrisson, pour que l'on puisse ajouter que la meilleure présence étayante c'est la rencontre avec un tiers symbolique dans le dialogue avec le psychanalyste dans sa fonction d'interlocuteur. On

peut utilement spécifier des techniques visant à rompre un gel obsessionnel risquant de tourner à la mélancolie (style dialogique de la conversation, relance des associations, explicitation limitée de pensées contre-transférentielles) mais l'essentiel réside dans l'implication subjective du clinicien seule à même de favoriser une dynamique intersujets et de conforter l'efficacité des interprétations parce qu'elles ne sont alors plus perçues comme provenant de l'objet pulsionnel de transfert. Ce point fondamental distingue la psychanalyse de l'effet « placebo », ou aspirine, ou encore cannabis, des antidépresseurs enveloppant le Moi du patient déprimé d'une substance hypnotique invisible. Car ce que tendent à prouver les études récentes sur les antidépresseurs, comme le montre bien Lepastier, c'est qu'ils agissent plus sur un état global du Moi que sur la cible particulière « dépression », sauf dans les cas de dépression grave et bien sûr de troubles maniaco-dépressifs caractérisés (on prescrit alors plutôt des dérivés du *Lithium*).

L'incorporation du médicament ou du « placebo » (dont on notera qu'il produit bel et bien un effet, ce qui n'est pas la même chose qu'une prescription à effet inexistant, ce qui arrive aussi) comble une sensation de déficit et de manque, supplée à une déplétion, en circuit court d'apaisement d'une tension pulsionnelle qui n'a pas le temps de se constituer en désir véritable dans la durée de rétention de la satisfaction (ce qui correspond au modèle social consumériste contemporain intolérant à toute frustration imposée aux processus primaires). Dans ce circuit court, l'hallucinoire ne parvient pas à suffire à la satisfaction alors que telle était pourtant la croyance psychopharmacologique ! La libido tend à y devenir auto-toxique dans une régression de la libido objectale à la libido narcissique allant jusqu'à une perversion des auto-érotismes de base infiltrés de destructivité. Il faut alors écouter l'effet de prise de médicament comme on écoute les effets de l'inconscient, entendre les sensations internes de transformation attribuées par le patient au médicament comme des remises en mouvement des auto-érotismes pouvant échapper à la pente de la destructivité et de la déliaison. L'autoscopie des états intérieurs engendrée par une prise de médicaments psychotropes est sollicitée par le prescripteur dans les premières semaines du traitement dans le but d'effectuer d'éventuels ajustements dans le dosage et d'éviter un excès d'effets secondaires indésirables. Cette parole du patient sur ce qui travaille en lui à la limite « somatopsychique » du même coup met en route une élaboration intrapsychique en attente d'analyse. L'*insight* des éprouvés internes nouveaux répare des auto-érotismes diffus et globaux, plus propres au Moi qu'à des zones érogènes, mais s'agit-il du Moi ou par dédoublement de son organe hypocondriaque imaginaire ? Sans élaboration analytique de ces éprouvés, ce type d'amélioration du sentiment de soi risque de chroniciser une addiction à la perception, que l'on déclarera guérison de la stupeur et du ralentissement dépressifs, sans voir que ce gonflement auto-toxique en libido narcissique ne constitue pas une vraie renaissance des désirs.

Le psychanalyste ne devrait pas se désintéresser de ces faits sous prétexte qu'ils relèveraient du champ d'intervention du psychiatre lorsqu'il y a double prise en charge : le niveau de la phénoménologie du vécu est, dans les symptomatologies dépressives, inextricablement mêlé à celui des logiques inconscientes. L'esprit de responsabilité avec lequel un psychanalyste conseille à un de ses patients de consulter un psychiatre pour envisager avec lui un traitement médicamenteux, peut cacher une difficulté à tenir compte des représentations issues des auto-érotismes de base (défaillants et hypocondriaques). Aujourd'hui ce sont les partisans de la psychiatrie biologique qui, par leurs récentes études, amènent les psychanalystes à s'interroger sur leur indifférence envers les pharmacothérapies, sous prétexte de délimiter leur domaine d'action, alors que ces pharmacothérapies ne sont pas sans incidences. Si l'on prend le cas apparemment le plus neutre d'un patient en analyse prenant un antidépresseur ne produisant aucun effet, pas même un effet secondaire indésirable et encore moins un effet par auto-suggestion, tout simplement parce que ce patient n'est absolument pas déprimé même au sens minimaliste du discours nosographique (l'état anxieux), le fait que l'analyste n'en parle jamais sera perçu comme une non reconnaissance de toute une partie de sa vie psychique.

Les psychotropes, et les antidépresseurs encore plus que les neuroleptiques dont la portée est mieux repérable, sont des *pharmakon*, des remèdes pouvant s'avérer des poisons pour l'esprit, comme Platon le disait dans la Grèce antique, de la sophistique qui proposait aux jeunes Athéniens de court-circuiter le temps de la formation dialectique de leur âme par acquisition de techniques de persuasion sans le moindre égard à la véracité de ce qu'il s'agit de faire admettre. Ne s'inquiète-t-on pas couramment des conséquences fâcheuses (état maniaque proche de l'effondrement mélancolique si le médicament désinhibe trop, ou cassure dépressive incontrôlable en cas d'interruption trop rapide du traitement) autant que l'on espère que le sujet sera porté ailleurs par un effet peut-être biologique, peut-être placebo mais à coup sûr littéralement métaphorique (*méta-phorein*, porter ailleurs, ou au-delà) ? Le *pharmakon* est plus incorporé que véritablement introjecté, en un régime libidinal singulier de ressenti interne d'un objet phallus tout à la fois imaginaire et réel, au lieu même de cette limite entre *psyché* et *soma* que Freud théorise comme étant celui de la pulsion, en ajoutant aussitôt une seconde définition qui porte la première légèrement au-delà d'elle-même (*méta-phorein*), la pulsion est la forme première ou native de représentance psychique du somatique (voyez ce qu'en dit Green dans *Le discours vivant*, 1973).

Le point de vue psychanalytique

Il n'y a pas si longtemps encore les psychanalystes, dès qu'il s'agissait des médicaments psychotropes, déclaraient reconnaître leur indiscutable efficacité, s'y disant tout à fait favorables en parallèle à une psychothérapie soit même comme cure principale de la même façon qu'ils recommandaient à un patient psychosomatique ou alléguant des symptômes somatiques de consulter avant tout un médecin. De façon automatique, préventive d'une négligence que l'on pourrait sinon leur reprocher, ils rendaient hommage à un traitement somatique d'un trouble psychique (dans le cas de la dépression, à la limite somatopsychique, comme la pulsion, représentant psychique du somatique). Ainsi Fédida écrivait-il : « Il ne fait pas de doute que la psychopharmacologie de la dépression a développé avec succès les traitements pharmacothérapeutiques et que nombre de patients déprimés voient leur souffrance s'alléger ou disparaître grâce à des molécules chimiques tout à fait performantes » (*Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Odile Jacob, 2001). Oui, mais pour ensuite avancer que le travail analytique permet de « restituer au sujet déprimé sa capacité dépressive et, ainsi, sa créativité psychique » dans une « épreuve de subjectivation du psychique dans sa manifestation malade ». L'expérience vécue de la dépression pourrait favoriser un accroissement du sens de l'intériorité.

On connaît le propos de Winnicott sur la nécessité d'une traversée temporelle suffisante pour surmonter véritablement une crise dépressive. L'éprouvé (pour ainsi dire hypocondriaque) que suscite le médicament peut paradoxalement, en rendant sensible une sensation artificielle de soi, renforcer l'exigence d'une subjectivation authentique, comme le dit Fédida à propos d'une patiente qu'il suivait en psychothérapie et qu'il avait lui-même adressée à un collègue psychiatre pour « aider » la psychothérapie par une chimiothérapie : « Elle pressentait notamment que les antidépresseurs la réveillaient trop tôt, voire trop intensément. Elle avait besoin de prendre le temps de se réveiller d'elle-même. Tandis qu'elle continuait de ressentir une « tristesse au fond » et un engourdissement anesthésique continu, elle se donnait à elle-même l'impression de ne pas être dans ses vrais sentiments ». Le risque est ici que le sujet devienne la proie d'une addiction à la fausseté même de ce type de sensation, venant éventuellement se mélanger à d'autres addictions en un chaos régressif équivalent à une orgie d'auto-érotismes pervers, renforçant alors le besoin de prise de médicaments et de produits toxiques dans l'espoir de soigner le sentiment de morcellement qu'ils accentuent pourtant, par la création illusoire d'un néo-psychisme comme enveloppe-pansement en double.

Freud se posait « la question de savoir si une perte du Moi, sans que l'objet entre en ligne de compte

(atteinte du Moi, purement narcissique), ne suffit pas à engendrer le tableau de la mélancolie, et si un appauvrissement directement toxique en libido du Moi ne peut pas produire certaines formes de l'affection » (*Deuil et mélancolie*, 1917). Il évoquait certes un « facteur vraisemblablement somatique » mais l'« appauvrissement directement toxique en libido du Moi » concerne me semble-t-il l'économie libidinale d'un sujet voyant disparaître dans un gouffre intérieur une libido qui devrait au contraire augmenter lorsqu'elle est retirée du monde extérieur vers le monde intérieur. La forme « purement narcissique » de la mélancolie « sans que l'objet entre en ligne de compte » désigne ce que cible l'antidépresseur tout en correspondant à une dimension strictement psychique, comme j'ai essayé de l'argumenter (dans *Psychothérapie des dépressions narcissiques*, P.U.F., 1989, et dans *Le processus de subjectivation à l'adolescence*, Dunod, 2001). La pensée de Freud traque, au-delà de la mise en évidence des effets de pertes objectables douloureuses, un mécanisme difficile à se représenter : dans le deuil, le surinvestissement des traces mnésiques de l'objet perdu traduit paradoxalement un début de désinvestissement et s'il en va ainsi, c'est parce que l'objet a toujours déjà été perdu dès lors que le sujet investit le monde et les objets sur un « mode narcissique », formulation exprimant, plus que l'étayage et le miroir, un régime spécifique de la libido. Freud fait l'hypothèse que le mélancolique ne sait en fait pas ce qu'il a perdu, peut-être un objet ou la présence tutélaire de celui-ci, voire quelque chose d'énigmatique qui concerne surtout le sujet. A cet égard le psychique peut se voir défini comme son propre objet perdu, ce que suggère à mon sens la métaphore « appauvrissement directement toxique », signifiant à la fois une généralité dépressive normale et des pathologies que l'on gagnerait à concevoir comme des avatars des processus de subjectivation. Comment s'étonner de l'épidémie des dépressions et des addictions si on les envisage comme des passions au travers desquelles le sujet croit maintenir vivant son objet perdu en se collant imaginativement à ses formes internalisées, de plus en plus évanescences, abstraites et insaisissables ? J'en déduis une technique ne désespérant pas de l'accessibilité du patient à l'interprétation et tablant sur une resensibilisation aux affects par un travail d'élaboration continue portant sur la fragilité du lien thérapeutique, modalité de l'interprétation du transfert qui n'oublie jamais que celui-ci est la relation elle-même.

La « technique », dit Winnicott, consiste avant tout à maintenir la situation avec les patients pour lesquels l'élaboration de la position dépressive « reste le problème de la vie » : un certain degré de dépression symptomatique peut s'avérer ici utile parce qu'en couvrant « le terrain de bataille d'une sorte de brume », il permet « un tri à une allure réduite ». La « technique » (définie comme celle d'une mère normalement dévouée mais qui peut rater le coche au départ) doit savoir son propre effet contradictoire : « l'enfant est dupé par la nourriture même, la tension instinctuelle disparaît et il se trouve à la fois satisfait et trompé » (« la position dépressive dans le développement affectif normal », 1954-1955). Cette formule winnicottienne éclaire la toxicité de la libido narcissique selon Freud : un rebroussement narcissique du désir dirigé vers les objets (la désobjectalisation dont parle Green), par vicariante d'auto-érotismes psychiques prégénitaux mal constitués et pervers, produit une névrose d'angoisse « actuelle » (ralentissement psychomoteur figé sur des répétitions obsessionnelles) là où la satisfaction s'est avérée tromperie, c'est-à-dire là où le besoin empêche le désir.

Situations cliniques

Le psychanalyste non médecin (le plus souvent c'est un psychologue) n'est pas en position de prescrire un médicament et pour cette raison même est amené à avoir une assez large perspective de la complexité de la situation. Lorsque je me sens rassuré de savoir l'un de mes patients soutenu par une pharmacothérapie, je vois bien qu'il s'agit là d'une composante transféro-contre transférentielle : même si je sais qu'une crise passagère au décours d'une analyse peut utilement être cadrée (et non pas solutionnée) par un appoint chimio-thérapique (redisons-le à nouveau, le médicament a des résultats lorsqu'il est prescrit à bon escient, et son bilan « placebo » n'est pas totalement inconséquent), il n'en reste pas moins que la pharmacothérapie fournit un confort

favorisant le refoulement chez le patient de la dimension la plus aiguë de ses conflits intrapsychiques et du même coup des tensions ambivalentielles dans la relation à son analyste.

Nous nous trouvons souvent confrontés à des situations moins simples, révélatrices de l'écart irréductible entre pharmacothérapie et thérapie psychanalytique. Ainsi cette jeune adulte qui faisait un travail analytique bénéfique en face à face, mais fut hospitalisée dans un état maniaque quasi délirant pendant des vacances d'été. Je la retrouve sous l'impact massif d'un puissant cocktail de régulateurs des troubles de l'humeur et de neuroleptiques, produisant un ralentissement psychomoteur et une prise de poids dont elle se plaint, mais lui permettant de supporter et d'élaborer avec moi, sans trop d'angoisse, l'état régressif où l'a précipitée la bouffée délirante. Ce n'est que plusieurs mois après qu'elle m'avouera qu'elle avait triché en diminuant les prises jusqu'à les interrompre complètement en faisant croire à son entourage, à ses médecins, ainsi qu'à moi, qu'elle continuait à observer la prescription. Cette conduite put être interprétée comme représentation d'un secret concernant un traumatisme incestueux de son enfance et, bien plus tard, clairement intégrée comme une tentative, finalement réussie, de lever le refoulement portant sur les traces mnésiques infantiles que l'épisode délirant avait mis en scène à son insu. Dans ce cas, on peut dire que le diagnostic et l'indication psychiatriques étaient adaptés à la phénoménologie de crise alors que la structure psychique fondamentale relevait d'un intense conflit psychique oedipien post-traumatique, et certainement pas de la psychose maniaco-dépressive qu'on lui avait attribuée, mais ce ne fut qu'après-coup, après un long travail analytique, et il ne pouvait pas en aller autrement, que ce fait fut totalement avéré. La psychose et la dépression ciblées par les médicaments s'avéra folie des transactions intra-familiales, l'erreur dans le traitement introduisit à la compréhension d'une autre erreur, elle avait été située à une place qui n'était pas, ne devait pas, être la sienne.

Une patiente en analyse de divan en proie à une angoisse intense depuis plusieurs années, rejetait avec colère toute éventualité de pharmacothérapie ne serait-ce qu'un recours occasionnel à un léger anxiolytique, chaque fois qu'une personne de son entourage le lui suggérait, proclamant que ce serait capituler dans sa quête de sa vérité personnelle. Mais voilà, son angoisse hystéro-phobique commença à se métamorphoser en panique dysmorpho-phobique, elle ne peut plus se regarder dans un miroir, son sentiment d'exister se lézarde, elle consulte de nombreux médecins, me reprochant de ne pas l'avoir orientée vers une pharmacothérapie. Ce qu'elle a pu s'approprier de son économie psychique dans l'analyse lui permet de décider d'elle-même ce qui lui convient ou pas dans le mélange d'antidépresseur, d'anxiolytique et de neuroleptique dont elle a ordonnance. Somme toute, me dit-elle, seul le neuroleptique lui est adapté, il réduit la sensation cauchemardesque d'être dissociée en deux. L'analyse des refoulements l'avait amenée à recourir à un mécanisme de défense plus radical, qu'elle se complait un temps à prendre pour preuve d'un noyau psychotique, période pendant laquelle la poursuite du travail analytique semble compromise, avant que l'attention que nous portons ensemble à ses éprouvés internes étranges dont elle ne saurait dire s'ils sont l'effet du médicament ou de sa folie, lui ayant restitué des auto-érotismes psychiques de base, n'introduise à une nouvelle phase de la cure.

Dans une situation assez similaire, un patient ayant décidé de se soutenir par une prise d'anxiolytique et d'antidépresseur (dont il obtint assez facilement l'ordonnance, ce qui correspond au fond à une autoprescription, fait assez courant), détourne la pharmacothérapie en économie libidinale délibérément chaotique. Il modifie en effet au jour le jour la fréquence et la dose des prises, en fonction d'un équilibre instable toxicomane pré-existant (alcool, tabac, cocaïne), dans un mouvement plus en quête d'intensités à la limite somatopsychique que d'un apaisement, sans que l'excitation n'apporte le sentiment d'exister qu'il recherche. Il ne souhaite pas un refoulement de ses conflits intrapsychiques comme ces patients qui entreprennent une pharmacothérapie pour interrompre une analyse, bien au contraire il les exacerbe, ce qui rend bien sûr le travail analytique compliqué et ardu.

Je donnerai un dernier exemple, paradigmatique, d'un patient diagnostiqué comme schizophrène par le service de psychiatrie où il fut hospitalisé à plusieurs reprises, que j'ai longtemps suivi. Après plusieurs tentatives de suicide et quelques périodes de délire caractérisé, son état s'améliore jusqu'à l'aménagement d'une situation où il peut travailler et développer quelques relations heureuses avec les autres. Il a besoin de l'étayage de ses entretiens avec moi où il construit un sens là où il y avait l'insensé, et revendique auprès de sa psychiatre traitante la terminaison d'une pharmacothérapie (par neuroleptique et antidépresseur) où il est engagé au long cours. Elle accepte de diminuer les doses jusqu'à un niveau qui est notoirement en dessous du minimum susceptible de produire un effet, mais dont il ne pourra pas se passer, manifestant ainsi une dépendance dramatique, un lien énigmatique, l'essence même de son trouble. C'est peut-être cela l'effet « placebo », une relation de dépendance à autrui en passant par l'incorporation d'une substance signifiant une addiction à l'état pur et, plus profondément, une douloureuse fracture des topiques intérieures où le sujet semble immobilisé dans un vécu de nostalgie ne repérant plus son objet.

Perspectives

Si, comme le montre bien Lepastier, les inhibiteurs de la capture de la sérotonine agissent sur l'ensemble des troubles névrotiques et anxieux et pas spécifiquement sur la dépression, tout le projet du groupe de travail préparatoire au DSM-V consistant à proposer de considérer tous ces troubles comme des formes d'états dépressifs, ne tient plus. Cette efficacité relève d'un effet placebo aspirine-cannabis, d'une adjonction imaginaire de substance psychique, plus que d'un mécanisme particulier repérable. Qui plus est, elle n'est pas systématique, loin de là, de très nombreuses pharmacothérapies de sujets souffrant de troubles névrotiques et anxieux n'engendrent aucun résultat. Si, comme j'en fait l'hypothèse, les antidépresseurs en particulier et les psychotropes en général, suscitent un mouvement à la limite entre *psyché* et *soma*, lieu freudien de la pulsion, c'est en termes de subjectivation de l'économie libidinale qu'il faut chercher à en rendre compte. Placebo, auto-suggestion, étayage sur le prescripteur, remise en route des auto-érotismes psychiques, création d'une néo-substance psychique enveloppante, autant de « métaphores » de ce que Bion appelait la « croissance psychique » résultant d'une élaboration des angoisses dépressives. L'interprétation juste réussit à les diminuer mais surviennent alors d'autres types d'angoisses, qui devront à leur tour être interprétées. D'où la tentation de renoncer à l'interprétation au profit d'une gestion du seul niveau des symptômes, ce qui risque d'être ressenti par le patient comme un retrait d'attention et de sensibilité à ce qu'il éprouve en profondeur, autrement dit comme une répétition catastrophique d'une carence originaire de la reconnaissance réciproque entre le bébé et la mère (cf. R. Roussillon, *La perte du potentiel. Perdre ce qui n'a eu lieu*, *Le Carnet Psy*, novembre 2008).

C. de Tychey, dans le présent dossier, témoignant de sa pratique des tests projectifs, les considère comme un moyen de rendre un patient dépressif sensible à ce que recouvre le niveau phénoménologique de la symptomatologie. Lorsque la confrontation entre pharmacothérapie et psychanalyse tend à enfermer dans une dualité paralysante, le recours à des médiations est susceptible de ranimer la capacité des tendances plurielles de l'économie libidinale à se constituer en tiercéité émergente, et donc de rouvrir la perspective d'un travail analytique. La reconnaissance mutuelle propre à l'échange analytique peut suffire à libérer de l'auto-érotisme devenu autiste de l'économie dépressive. Le médicament, en rendant manifeste le caractère addictif auto-hypnotique de celle-ci, invite à des liens subjectalisants, dont l'interprétation psychanalytique est paradigmatique dès lors que sa spécificité se dégage clairement du courant général actuel de l'inflation des prescriptions techniques et recettes.