

Analyses de livres

L'homme selon le DSM
Le nouvel ordre psychiatrique
Maurice Corcos
Paris : Albin Michel, 2011 : 228 pages

Dans son dernier ouvrage *L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*, Maurice Corcos s'oppose au DSM, ce manuel statistique envahi par des listes de critères diagnostiques, les champs traditionnellement réservés aux analyses psychopathologiques (clinique et formation des étudiants). Contre l'ambition a-théorique initiale, le DSM privilégie les approches comportementales, cognitives et biologiques, de même qu'il soutient une idéologie néolibérale où les industries pharmaceutiques occupent une place centrale. L'homme y est représenté terni de toute culture, privé d'histoire et de lien. Les maux du patient peinent à se dire face aux mots du DSM. À partir de cette critique, cette analyse tente de dégager quelques perspectives cliniques de la relation médecin-malade telle qu'elle se déploie, soutenant l'intuition, l'histoire et la relation avec le patient. De même que sont interrogées les implications sociétales, politiques et culturelles de ces interrogations.

L'acte médical trouve son fondement dans la « réponse à l'appel pathique » (G. Canguilhem, 1966) du patient. Dans l'observation et la rencontre du sujet souffrant, les psychiatres s'efforcent de comprendre les états d'âme des patients, tel qu'ils les éprouvent, à en circonscrire le contour, à les nommer, à les différencier les uns des autres. Le psychiatre cherche alors à regrouper, organiser ces vécus, comprendre le sens, revendiquant dès lors un statut scientifique. Le système DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) naît au sortir de la Seconde Guerre mondiale aux États-Unis, à la fois pour favoriser le recueil de statistiques médicales hospitalières, et améliorer la communication entre professionnels, (M. Robin, 2008). Les deux premières versions du DSM poursuivent l'héritage freudien européen, en se fondant sur les structures psychiques. Elles relèvent plus de la nomenclature : rassemblement de brèves descriptions cliniques sous un nom commun, sans réel critère diagnostique, ni questionnement sur la nature de l'objet clinique décrit. Mais le manque d'homogénéité et de cohérence des diagnostics posés entre psychiatres finit par faire scandale dans la presse américaine (C. Lane, 2009). Afin de regagner la confiance du grand public, de s'émanciper de la vieille Europe, et de s'opposer à l'hégémonie psychanalytique, le changement de paradigme sera moteur (Kendler et al., 2008). Pour conquérir sa légitimité aux côtés des autres disciplines médicales, la remédicalisation de la psychiatrie passe par la mise en valeur du modèle de la recherche : l'EBM (*Evidence-Based Medicine*). Sont privilégiées les évidences empiriques, les « faits » réputés plus « objectifs », sur les éprouvés internes et modèles psychopathologiques, plus « subjectifs ». De même que les critères diagnostiques deviennent alors des piliers centraux (Feigner et al., 1972).

Mais cette entreprise a conduit à un quadrillage systématique et réducteur de la perception clinique, privant le soin psychique

de sa dimension relationnelle thérapeutique fondamentale. En même temps qu'elle soutient une idéologie néolibérale dont le pouvoir s'étend aujourd'hui au niveau mondial. Telles vont constituer les grandes lignes posées par M. Corcos dans son récent ouvrage, *L'homme selon DSM, le nouvel ordre psychiatrique*. Dans une première partie, nous exposerons un aspect central de la critique qu'il oppose au système DSM : déconstruction de l'a-théorisme et paradigme sous-jacent. Dans une seconde partie, nous envisagerons quelques perspectives inspirées par l'ouvrage, dans la représentation de l'homme qu'il propose. Par ailleurs, la dernière partie permettra d'élargir le débat aux différentes implications sociales, culturelles et politiques de ces questionnements.

De l'« a-théorie » à l'idéologie assumée : un nouvel homme

Tout quadrillage de la perception par une grille de lecture, fait référence à une théorie, qui va influencer l'évaluation, insiste M. Corcos. Prenons un exemple qui semble évident : le mètre. Pour se construire, cette mesure a dû subir un étalonnage, impliquant une théorie : la constance de la lumière dans le vide, vérifiée empiriquement seulement si l'on admet le caractère ondulatoire (B. Fallissard, 2008). Les scientifiques distinguent 3 niveaux dans le risque d'erreur : la sélection et le découpage des résultats, la fidélité interjuge et la stabilité temporelle de la mesure (B. Fallissard, 2008). Or l'obéissance au critère de fiabilité diagnostique, notamment par la « fidélité interjuge », conduit le DSM à des choix dans la découpe et la sélection des données, fait observer M. Corcos. Ainsi le DSM fait le choix d'« hypertrophier le recueil autrement plus facile de données comportementales aux dépens de celui des données plus subjectives qui sont toujours étroitement dépendantes du lien entre l'investigateur et l'investigué, excluant de fait certaines données de l'évaluation ». Comme pour la schizophrénie, où l'on privilégie les critères de K. Schneider (automatisme mental, hallucinations,...) aux notions de dissociation et d'autisme de E. Bleuler. Quant à la pertinence des critères sélectionnés par rapport à d'autres échelles, citons à titre d'exemple l'étude de Jansson et al. (2002) comparant le nombre de patients diagnostiqués schizophrènes à l'aide de plusieurs systèmes (ICD-9, ICD-10, DSM-IV, etc.). Sur une cohorte de 155 patients, certaines échelles dénombrent jusqu'à 108 schizophrènes, mais seuls 14 patients se retrouvent dans toutes. La corrélation entre ces différentes échelles est relativement faible (inférieure à 0,6) dans cette étude, qui souligne la difficulté à établir le diagnostic de schizophrénie sur la base d'échelles objectives, c'est-à-dire de « voir » la schizophrénie sur la base des seuls signes empiriques. Enfin, la stabilité temporelle peut être interrogée si l'on observe la variation des critères diagnostiques dans les versions successives du DSM, comme dans l'exemple de la dépression, dont le critère de durée est successivement passé de aucun (DSM-III), à 3 mois (DSM III-R), puis 15 jours (DSM-IV). Derrière cela, M. Corcos vient interroger les limites de cette méthodologie : celle de la qualité de l'intuition clinique, « quand

les questionnaires même standardisés, sont remplis aussi rapidement [...] par les investigateurs » ; celle du choix de « tel patient à investiguer plutôt que tel autre » (« disponibilité » ? « intensité moindre des symptômes » ?) ; celle de l'impossibilité pour les patients à « nuancer leurs réponses du fait des délais très courts demandés au remplissage des autoquestionnaires ; celle d'« études à la méthodologie douteuse [...] imprimées sans commentaires critiques secondaires ».

Du « psy-machine » à un « animal pas comme les autres », M. Corcos dénonce les excès d'une « captation par la science mathématique du psychisme humain », qui s'étend à l'« ensemble des champs relationnels ». L'allongement du nombre de troubles à la liste du manuel statistique édifie selon l'auteur une armature vide de contenu, où des périphrases interchangeables et répétitives scandent les descriptions symptomatiques. L'individu se retrouve éclaté dans une multiplicité de mots et de critères, dont le sens s'éparpille et se perd, à l'image du flux croissant d'informations de notre ère médiatique. On ne tient plus compte des singularités et des détails, nous dit l'auteur. On réduit les processus à des « traits », puis à des « troubles », on évite la complexité des dynamiques. D'autant plus douloureusement que les mots DSM du praticien tiennent froidement à distance la souffrance du patient ; les maux qui habitent le patient ne trouvent plus les mots pour se dire... L'esprit envisagé comme cognition pure évacue de son champ les métaphores, fantaisies et rêves qui animent les structures de nos représentations intrapsychiques. Selon M. Corcos, l'« homme selon DSM » est un conformiste individu virtuel, abstrait d'histoire, vide de culture, dont l'évaluation aseptisée perd sa teneur relationnelle. Privé du lien, l'homme contemporain erre seul, prisonnier de sa souffrance, où la perte de sens dissipe son essence.

La nécessité d'organiser, de remettre un ordre structurant et apaisant au sein du chaos de la souffrance psychique reste évidemment indispensable. La clinique nous enseigne la valeur contenante d'un diagnostic qui limite le rayonnement des troubles du patient, les interactions pathologiques induites. Mais cette propension à classer, si elle est excessive, valorise la tentation de maîtrise obsessionnelle du psychisme. Elle nie le caractère mouvant immaîtrisable du psychisme, qui permettra par la suite évolutions, révolutions et dépassements des souffrances de maintenant. À quoi M. Corcos y joint l'inflation d'informations régurgitées par les étudiants de médecine, dont la formation continue masque la distanciation croissante du patient, derrière des grilles refroidies de lecture du réel. La rencontre avec l'autre se fait sur un mode binaire : ça passe ou ça casse. Sans les multiples alternatives et ajustements offerts par la complexité des êtres. Sans le subtil travail de transformation et de remise en question offert par chaque rencontre. De plus, la tentation obsessionnelle appuie une tendance actuelle à la mécanisation du travail, à un exercice professionnel à la chaîne, où la différence entre travail prescrit et travail réel s'amenuise toujours plus, désubstantialisant le travail de son investissement libidinal (C. Dejours, 2009). Sans cet engagement personnel dans la relation de soin, le psychiatre perd les ressorts thérapeutiques créatifs qui permettent le subtil accordage à la singularité de chaque patient.

Mais plus profondément, l'auteur dénonce une idéologie « économiste », « universaliste », soutenue par la force des industries pharmaceutiques, dont les « conflits d'intérêt » avec les experts du DSM-IV n'est plus à démontrer (L. Cosgrove, 2006). Il s'attaque au « Nouvel ordre mondial » (1990) selon « saint » Bush père, annonçant les luttes à venir du fils, contre l'« Empire du Mal ». M. Corcos dénonce ainsi une gouvernance mondiale unipolaire, orchestrée par la pensée unique néolibérale, dont le caractère dogmatique emprunte son pouvoir aux références sacrées implicites dont il s'inspire. Cette idéologie, nous dit l'auteur, va même infiltrer jusqu'aux espaces de pensée les plus complexes : ceux de la folie, ceux des obscures et effrayantes parcelles que l'homme ne peut réduire à des quantums : le monde des fantaisies, des fantasmes, des croyances, le monde de la folie, qui reste parfois « privée » ; qui parfois s'exhibe lorsque les espaces froids du monde contemporain se montrent incapables de la contenir. De là naît une frénésie compulsive d'étiquetage de tout ce qui bouge, de tout ce qui s'humanise. La case diagnostique restaure un sentiment de maîtrise, perdu par le sable mouvant du psychisme qui file entre les doigts, pour figer *Sous la glace* (F. Richter, 2004) l'insoutenable obscurité de l'Être qui se refuse à être « géré » ou consumé. Et pernicieusement, cette crainte de l'« horrible danger » de la folie est transmise aux jeunes générations, avec la prédiction de s'en protéger, d'emprunter des termes, des logiques de pensée plus rassurants du monde contemporain. Et dans une société où tout s'accélère, celle du *Futurisme de l'instant* (P. Virillo, 2009), où réseaux, flux et reflux ne cessent de transpercer chacun, en toute transparence, les identités vacillent. Les peurs archaïques ressurgissent (J.-L. Senon, 2007) et exacerbent « compétition », « défiance » et « désir de gloire » (Hobbes, *Le Léviathan*, I, XIII, 1651). La logique d'étiquetage se colle alors sur le bouc émissaire, et exacerbe les revendications à l'identité nationale, traçant profondément la frontière entre « winners » et « losers » d'une société du spectacle et de la performance. Assignant l'être et le devenir du sujet étiqueté à une identité factice, le patient stigmatisé aura peine à se sortir seul du symptôme qui raconte une part souffrante de lui. Souffrance que seules la compréhension et la bienveillance peuvent soulager, puis les transformer en héritage assumé. Mais l'ouvrage de M. Corcos ne se réduit pas à une critique facile. Il propose une autre représentation de l'homme et du soin, intégrant les connaissances scientifiques à la compréhension psychopathologique. Dans son évaluation diagnostique, le psychiatre éprouve une tension dynamique entre : se rapprocher avec empathie du patient, pour comprendre la logique intime de ses états d'âme ; et prendre de la distance pour conserver du recul et objectiver les éléments pathologiques.

Un homme aux qualités relationnelles, historiques et créatives

Contre un découpage trop prononcé du réel, M. Corcos redonne à l'intuition clinique sa valeur au cœur de l'évaluation diagnostique : la valeur d'un contact sans média avec le patient, sans signe ni procédure expérimentale. Soutenant ce propos, la tradition phénoménologique insiste sur la distinction entre symptôme médical et psychiatrique (B. Martin, M.-A. Piot, 2011) : « la fonction métaphorique du second s'oppose

à la fonction métonymique du premier » (Griesinger, 1865). Aucune corrélation anatomoclinique n'est à ce jour démontrée en psychiatrie. De même, « deux individus peuvent dire ou faire exactement la même chose, par exemple exprimer leur croyance à l'influence des sorciers ou la crainte d'être damnés pour l'éternité ; l'observateur qui sait ce que cela veut dire déclarera l'un des individus atteints l'autre sain d'esprit » (Griesinger, 1865). Blankenburg (1971) parle de la « polyvalence diagnostique du dire ou faire la même chose ». Enfin, si le symptôme médical est plus « objectivable », au sens de plus simple à extraire de son contexte d'observation, le psychiatre « hésitera à localiser le symptôme psychiatrique comme attribut inhérent à l'observé, construction projective de l'observateur ou, ce qui est sans doute le plus vrai, caractéristique d'un certain état d'interaction communicative entre eux » (Griesinger, 1865). B. Fallissard (2008) insiste sur ce phénomène : « quand deux personnes discutent suffisamment longtemps, en toute confiance, dans un environnement calme et sécurisant, elles parviennent chacune, plus ou moins consciemment, à ressentir intérieurement, *a minima*, ce que l'autre ressent ». Il rapporte le sentiment d'incomplétude éprouvé dans les mesures subjectives au manque de solidité théorique que le clinicien attribue à sa mesure. Il reprend une étude (B. Fallissard, 2008) qui compare des degrés de précisions très élevés obtenus sur le diagnostic de dépression par des psychiatres à partir d'entretiens filmés, à des mesures d'une tension artérielle obtenue manuellement à l'aide d'un stéthoscope et d'un brassard, qui se révèlent plus imprécises. Par ailleurs, il prend appui sur « la force, l'évidence » de disciplines fondées sur l'intuition, comme la géométrie analytique : la représentation mentale d'un trilatère « pour être immédiatement parfaitement convaincu qu'il s'agit aussi d'un triangle, aucune démonstration n'est nécessaire, aucune démonstration n'est d'ailleurs vraiment possible ». Selon B. Fallissard (1997), « le sens clinique initie, dirige et valide le recueil sémiologique, en d'autres termes : la sémiologie étaye le sens clinique », tant lors des entretiens, que dans la formation des cliniciens : « l'intuition clinique s'épanouit au mieux au travers d'entretiens libres, déstructurés » (B. Fallissard, 1997). Et au-delà de la scène présente, la prise en charge de nos patients implique nécessairement une mise en perspective des coulisses historiques sur lesquelles le Sujet a pris appui pour se construire. Parfois même les troubles dévoilent des fantômes transgénérationnels tus depuis. Un diagnostic trop hâtif risque alors de figer l'être et le devenir du patient dans un moment morbide de son évolution. D'autant plus si le médecin complaisant valide hâtivement un diagnostic inconsciemment énoncé par les parents ou l'entourage, prisonniers de leur propre souffrance. Pour M. Corcos, le symptôme est avant tout un « récit des origines », d'une trace inscrite dans le corps et l'esprit du patient par le passé. Un événement ici et maintenant, des tourments auxquels l'expose la relation aux autres... réactive la trace. Le symptôme constitue la solution plus ou moins créative trouvée par le patient pour s'en arranger, qui n'est « pas seulement une voie de décharge », mais un « nouveau mode d'action dans le monde », « signe d'un acte en quête de représentation ». Mais à force, le patient s'enferme dans cette solution de fortune, qui visait à le libérer d'une angoisse insoutenable. La vocation du psychiatre s'inscrit

dans ce motif cristallisé : en autorisant la résurgence des angoisses de fond, par un accompagnement fiable, solide et bienveillant, le psychiatre brise un cristal de fortune, et soutient le réagencement des parcelles de l'âme alors éprouvées. Le psychisme est d'une nature insaisissable dans son entier, et dont le caractère mouvant n'a de cesse de reconfigurer, réagencer son désir (Deleuze, 1988) ; où « chaque épisode est une réécriture de son histoire ». Mais le symptôme incarne une vulnérabilité en creux, qui ne peut se dire, souvent de ce qui a fait défaut, nous dit M. Corcos. Lorsqu'il est sous l'emprise de cette souffrance, le patient est prêt à n'importe quoi pour qu'on l'aide. Malgré les revendications actuelles de défense des libertés, le patient s'inscrit alors dans une relation asymétrique à son médecin. Or la formation du clinicien déforme son regard : chaque élément manifesté par le patient risque d'être intégré à sa pathologie (tristesse d'une rupture sentimentale chez un patient bipolaire par exemple). De plus, l'errance existentielle générant ou générée par les troubles conduit à des questionnements identitaires, d'autant plus insoutenables que la maladie fragilise les assises narcissiques. La tentation est grande alors d'éluder les nécessaires élaborations autour du diagnostic, par une étiquette (Piot, 2011).

Or, à travers l'expérience de rupture biographique des troubles psychiques, malgré le déni, naît chez le patient des éprouvés morcelés, parfois désarticulés, dont il a souvent l'intuition lorsqu'il rencontre le médecin. En plaquant des catégories étrangères à son univers, le médecin bride la possibilité d'une relation intérieure de ces parties éparpillées. Le patient risque fort d'y renoncer, se privant alors de ressources internes précieuses pour dépasser ses symptômes. Une étiquette posée pourtant avec insouciance et légèreté, risque de figer voire renforcer des symptômes dans une identité assignée par des catégories réputées sûres, parce que scientifiques. D'autant plus qu'elle entretient l'illusion d'une guérison, *restitutio ad integrum*, par simple prise de psychotrope, ou « observance » à la lettre d'une thérapie. En revanche, l'attitude compréhensive engage le médecin dans le partage d'une condition humaine commune (Piot, 2011). Le souci de l'autre manifesté par le médecin au patient se transmet progressivement au patient en « souci de soi » (au sens hellénistique), qui lui est restitué, loin de lui ôter. Ni banaliser, ni stigmatiser, nous dit M. Corcos : autoriser au patient un « droit d'inventaire » de son vécu, pour le remanier. Ce n'est pas l'« acte » qui soigne en psychiatrie, c'est la qualité relationnelle, nous dit M. Corcos. Le patient n'adresse pas les mêmes éléments symptomatiques, selon l'interlocuteur ; à l'extrême l'hystérie. Le symptôme comporte une dimension d'appel, donc relationnelle. Par ailleurs, l'évolution des symptômes observés dépend en grande partie de l'étayage rencontré dans l'entourage (familial, médical...) : « mode d'approche du praticien » (enfermé dans des codes ou ouvert à la polysémie des symptômes), de son « optimisme » comme « illusion mobilisatrice », et de son « engagement (implication personnelle) », tout comme du psychotrope. La phase d'évaluation diagnostique a un impact sur le patient, et doit donc être pensée en fonction du processus thérapeutique. On ne peut déduire du propos de M. Corcos, que la complexité et le vrai défi de cette discipline, de la formation des étudiants, c'est de transmettre ce qui justement ne peut être enseigné :

la capacité d'accueil, de compréhension (et pas seulement de connaissance), la bienveillance, et l'acceptation de « prêter son appareil psychique » au patient, pour qu'il puisse se reconstruire. C'est donc un travail « en creux » auquel doit pouvoir se livrer le médecin ; opposé à l'attitude prescriptive et toute-puissante enseignée lors des études de médecine. C'est travailler sa capacité à soutenir le hiatus entre savoir médical et vécu du patient, pour composer dans une alliance dynamique et créative le « connaître » du savoir médical au « comprendre » du subjectif vécu par le patient (Piot, 2011). La formation d'un psychiatre doit donc pouvoir questionner ses motivations intimes au soin. De même qu'elle doit pointer les ambiguïtés et résonances émotionnelles mobilisées par la relation avec un patient souffrant de troubles psychiques. Sinon, le « creux » laissé disponible au patient pour qu'il puisse se construire, risque fort d'être empêché par un « plein » défensif du psychiatre.

Ainsi peut-on distinguer d'une part les catégories de nosographies psychiatriques, qui prennent sens éventuellement dans l'esprit du praticien, comme dans la communication entre confrères ; d'autre part, les élaborations autour du diagnostic avec le patient. Pour ce faire, le praticien doit se montrer attentif au « bon moment » (*kairos*) où les remarques et interprétations peuvent se faire, à mesure que le patient déploie son récit. Il doit donc soutenir un temps de doute et de « non-savoir », de même qu'il doit se retenir de donner des étiquettes qui pourraient être prises comme de fausses solutions thérapeutiques. Par ailleurs, la priorité face à la souffrance est d'abord de contenir, d'apaiser. L'installation d'un espace transitionnel tel qu'il est défini par Winnicott (1971), entre patient et psychiatre permet un jeu souple des élaborations, par allers et retours successifs, rassurant le patient quant à ses angoisses d'abandon, sans tomber dans l'emprise de la relation. Cet espace serein permet la conflictualisation. Au cours des élaborations diagnostiques, le clinicien accompagne le patient à identifier comme sien ses ressentis, ses éprouvés, à circonscrire par des mots, les maux qui le hantent. La phase diagnostique soutient la subjectivation, en même temps qu'elle permet la séparation, la différenciation, l'ajustement de la relation. La figuration des maux par les mots permet de tailler à travers le jaillissement pulsionnel la sculpture de soi (Piot, 2011). Soutenu dans un deuil de la normativité, le patient prend plaisir à se raconter. La mise en récit de son histoire définit une identité narrative, affirme et assume sa singularité, en même temps qu'elle restaure et soutient l'autonomie (Ricoeur, 1990). Par la capacité présente et à venir d'être auteur, narrateur et acteur de son histoire, le patient se réapproprie son histoire, et conquiert son « autonormativité » (Canguilhem, 1966).

Pour s'approprier le réel, l'homme éprouve le besoin de mettre sa vie en récit, d'articuler une fiction où il se raconte l'histoire de son existence (L. Nacache, 2006), où la vérité narrative compte plus que la vérité historique, où « il se ment sciemment ou inconsciemment ». L'histoire de l'homme n'est ni continue, ni linéaire, ni définitive, nous dit M. Corcos : elle progresse, régresse, s'écarte... « Réduire un patient à ses symptômes, c'est le délier de son histoire... et le début d'une désobjectalisation et d'une chosification de la personne propre ». Accepter l'évaluation diagnostique d'un patient, c'est consentir à

prendre une part active à sa prise en charge ; c'est accepter de comprendre l'« art d'être malade » du sujet ; c'est accepter le doute, d'avancer dans le questionnement, sans précipitation, sans objectif défini au préalable ; c'est concéder au temps le temps de faire son œuvre. C'est la cocréation entre psychiatre et patient du devenir de ce dernier, réécrivant les symptômes et leur énoncé au fur et à mesure qu'ils se construisent. Prélude à la sculpture de soi, ce récit de soi soutient le mouvement de subjectivation, d'appropriation de souffrances jusque-là subies, qui permettra d'assumer des troubles qu'il n'a pas choisis. Pour ce faire le psychiatre doit renoncer à une appréhension dogmatique de la norme sociale. Il doit renoncer, comme le font souvent les étudiants au cours de leur internat, à « guérir » leurs patients, à les rendre « adaptables » à la société. Dès lors le médecin peut s'ajuster avec patience et bienveillance...

L'ordre social

Dans le fond, nous dit l'auteur, la société actuelle est fragilisée par la perte de repères, de limites, de frontières, qu'elle s'efforce d'exorciser par des procédures, des protocoles, des méthodes, des classifications... inaptes à rendre compte de complexité de folie, mais qui procurent un sentiment factice de réassurance. La folie vient questionner à toute époque l'ordre social, l'ordre moral. La capacité d'une société donnée à prendre en charge la folie, raconte sa capacité à intégrer la différence, et la force avec laquelle elle se permet d'affronter les tréfonds de l'âme, les parts obscures, parfois fascinantes, souvent effrayantes de l'homme. Là où l'identité d'une société est questionnée, les enjeux narcissiques, tant individuels que collectifs sont directement interpellés. Pour M. Corcos, la déshumanisation actuelle de la médecine, selon la logique DSM est l'un des « malaises dans la civilisation » contemporaine, pourvoyeurs de symptômes, qui viendront allonger la liste des diagnostics, dans un cercle infernal. La tentation est grande de réduire la complexité d'une société au diagnostic qui en est établi par des experts désignés.

La « résurgence de peurs archaïques » (J.-L. Senon, 2007) dans le contexte actuel de crise économique, d'effondrement des frontières et des identités, sert des politiques sécuritaires, où la frontière brûlante entre justice et psychiatrie légitime des injonctions judiciaires au soin. La société peut faire appel à l'expertise psychiatrique dans l'illusion d'une prédictibilité des comportements et des âmes (M. Delmas-Marty, 2010). Des traitements psychotropes sont prescrits sur des critères de présomption, dont la validité reste incertaine. Par exemple est défini dans le DSM-5 le « syndrome de psychose atténuée ». Des enfants et adolescents ayant des troubles neurodéveloppementaux non spécifiques seront donc traités par neuroleptiques, aux effets sur le développement et la croissance, sur l'hypothèse incertaine de schizophrénie. D'ailleurs, la définition trop vague de ce syndrome rendra très complexe, voire impossible, la réalisation d'essais médicamenteux. À ce titre, M. Corcos souligne la forte augmentation de prescription des antipsychotiques aux États-Unis est préoccupante. D'une manière plus générale, soutenue par le poids des lobbies pharmaceutique, la société cède au phénomène de « pathologisation de l'existence » (Gori, 2005), conduisant à des diagnostics injustifiés, nous dit M. Corcos. Ainsi, dès

qu'une maladie est définie, un traitement pharmacologique ou une thérapie adaptative est prescrit.

Ce phénomène prive l'accès au soin de ceux qui en ont réellement besoin (psychotiques, bipolaires,...) en rendant inopérant un service public noyé sous des demandes psychosociales. De même qu'ils entravent la remise en question de la société par elle-même ; sa responsabilité dans la genèse de certains troubles psychiques, tels les TDHA (F. Gonon, 2010) ; de même que les inégalités majeures de prise en charge selon le statut socio-économique, d'autant plus injustes que la pauvreté accroît le risque de troubles mentaux, souligne M. Corcos.

Selon M. Corcos, le DSM est un outil politique, infiltré d'« économisme » et d'individualisme, au service d'un idéal de performance et d'adaptation qui favorise la mise à l'écart des « losers », plus ou moins « déficitaires », dont les « troubles » sont des faiblesses. Le référentiel s'est déplacé de la subjectivité du patient souffrant, à son adaptabilité dictée par la norme sociale. Mais après tout, pourrait-on ajouter, ne serait-ce pas le prix à payer de l'évolution ambulatoire de la psychiatrie, des progrès des 50 dernières années ? De fait, ces choix sociétaux ne semblent pas avoir été concertés collectivement, mais plutôt imposés ; c'est tout l'intérêt de la critique de M. Corcos. En s'attaquant aux États-Unis, il s'oppose au pouvoir imposé aux autres cultures plus qu'aux traits spécifiques d'une culture.

Aventurons-nous à « comprendre » quelques traits culturels qui résonnent avec le DSM. On note que la culture des États-Unis est celle d'une nation où il faut se couper des racines européennes, de la tradition et de l'Histoire vers une fuite en avant pour survivre : l'homme n'a pas explicitement d'Histoire. Les déterminismes sociohistoriques ne pèsent pas aussi lourds que dans les représentations de notre vieille Europe ; la méritocratie permet à tous de rebondir. La relation entre l'homme et son environnement est privilégié à l'intrapsychique de notre culture latine, pour s'adapter à un territoire vaste, mais aride : le lien entre comportemental, neuronal et symptomatique est mis en avant ; la notion d'« adaptation » prime sur la « compréhension ». Tocqueville (1835 puis 1840) définissait avec justesse l'un des traits de la culture américaine : l'individualisme comme « un sentiment réfléchi et paisible qui dispose chaque citoyen à s'isoler de la masse de ses semblables et à se retirer à l'écart avec sa famille et ses amis » : la représentation de l'homme sans la coordonnée relationnelle fait sens dans ce contexte. La vie n'est jamais donnée ; il faut la conquérir, comme a dû être conquis l'Ouest américain ; les Américains sont alors partis à la conquête du monde. Mais pour le faire, le « *self-made-man* » doit construire

par lui-même ; et se méfier de ses semblables, comme dans le dernier film de Clint Eastwood. Ainsi l'on pourrait poursuivre longuement l'analyse, et la confier à des spécialistes. Mais le propos est ailleurs.

Quel que soit son degré de « scientificité », l'acte médical s'inscrit dans un contexte. La ligne tracée selon les cultures entre normal et pathologique, de même que les frontières qui se dessinent pour différencier chacune des pathologies portent le poids de l'histoire, l'épaisseur du tissu social, la densité des récits et mythes intersubjectifs qui habitent cette culture. Le DSM est peut-être adapté à la culture des États-Unis ; il ne nous appartient pas d'en décider à leur place. En revanche, M. Corcos propose la notion de « subjectif collectif » : d'une frontière collectivement pensée et élaborée, selon une société donnée, et partagée. De même qu'il rappelle que parfois, l'écart par rapport à la norme peut sauver, comme a pu l'illustrer la résistance au régime de Vichy. De même que ces écarts peuvent faire jaillir la créativité.

Conclusion

« On juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses fous », disait Lucien Bonnafé. En s'érigeant ainsi contre le DSM en pleine période électorale, M. Corcos interroge le grand public : quel type d'homme sommes-nous en train de façonner, à l'insu et au su de tous ? À l'heure où la psychiatrie est l'objet de polémiques médiatiques régulières, en même temps qu'elle est convoquée comme expert au tribunal, ou pasteur des temps modernes, M. Corcos interpelle la responsabilité de tous : de quelle société voulons-nous ? Et quel héritage allons-nous transmettre aux jeunes générations ? Mais la responsabilité du psychiatre reste entière. À l'ère postfoucauldienne, on connaît son pouvoir de stigmatisation, ou de « biopolitique ». Mais par une pratique assumée du soin psychique, il voyage aux confins de l'entendement et de l'altérité, incarnant la possibilité d'un lien, du partage d'une humaine condition. Par sa clinique subtile et complexe, le psychiatre doit porter une voix : celle de la possibilité du « vivre ensemble » (H. Arendt, 1961), et allumer les espoirs qui dépassent le compromis et la « tolérance ». Dans la rencontre avec son patient, le psychiatre figure à l'extrême la créativité qui peut jaillir du lien. ■

Marie-Aude Piot

Pédopsychiatre

Hôpital psychiatrique d'Erasmus à Antony

Unité de crise adolescente

43, avenue Richaud, 94110 Arcueil France

marieaude.psy@gmail.com

Abonnez-vous à

Perspectives Psy

La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné

Voir Bulletin d'abonnement page 410 de ce numéro

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arendt H. *Condition de l'homme moderne*. Traduction française G. Fradier. Paris : Calmann-Lévy, 1961.
2. Blankenbourg W. *Der verlust des natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmen Schizophrenien*. Stuttgart : Enke, 1971. (Traduction française Azorin, Totoyan. Paris : PUF, 1991).
3. Canguilhem G. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Réédité sous le titre *Le normal et le pathologique*, augmenté de *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9^e réed. Paris : PUF/Quadrige, 2005.
4. Castel P.-H. *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*. Paris : Les Editions d'Ithaque, 2010, 352 p.
5. Cosgrove L., Krinsky S., Vijayaraghavan M. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006 ; 75 : 154-160.
6. Dejours C. *Travail vivant, t.1 Sexualité et travail*. Paris : Payot, 2009, 224 p.
7. Deleuze G. *L'Abécédaire de Gilles Deleuze*, de Pierre-André Boutang. Entretiens avec Claire Parnet réalisés en 1988. Paris : Éditions Montparnasse, 2004.
8. Delmas-Marty M. *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*. Paris : Seuil, 2010.
9. Ey H. *Études psychiatriques*. Desclée de Brouwer t. I, 1948, 296 p ; t. II, 1950, 550 p. ; t. III 1954. Réédité en 2 volumes, Ed. Crehey, Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey, 2007.
10. Falissard B. *L'informalisable et la sémiologie psychiatrique*. Atelier de clinique contemporaine et de recherche en psychiatrie CCRP, 18 octobre 1997.
11. Falissard B. *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, 2^e ed. Paris : Masson, 2008, 372 p.
12. Feighner J.P., Robins E., Guze S.B., Woodruff R.A., Winokur G., Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatr* 1972 ; 26 : 57-63.
13. Gonon F., Guilé J.M., Cohen D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord américaine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2012 (sous presse).
14. Gori R., Del Volgo M.-J. *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël, 2005, 270 p.
15. Griesinger W. *Traité des maladies mentales*. Paris : Delahaye, 1865.
16. Hobbes T. *Le Léviathan*, I, XIII, 1651. (Réed. Paris : Gallimard, 2000, 1027 p).
17. Jansson L., Handest P., Nielsen J., Sæbye D., Parnas J. (2002). Exploring boundaries of schizophrenia : a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. *World Psychiatry (Official Journal of the World Psychiatric Association WPA)*, 1(2), 109-114.
18. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events ? *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 1449-55.
19. Lane C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Paris : Flammarion, 2009.
20. Martin B, Piot M.-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'Information Psychiatrique* 2011 ; 87 : 781-90.
21. Naccache L. *Le nouvel inconscient : Freud, Christophe Colomb des neurosciences*. Paris : Odile Jacob, 2006, 466 p.
22. Piot M.-A. Des mots pour parler des maux, diagnostic psychiatrique à l'adolescence. Thèse d'exercice, Médecine-Psychiatrie, Paris, 2011, 1122 p.
23. Richter F. *Sous la glace*. théâtre, 2004.
24. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
25. Robin M. *Validité et utilité du diagnostic de personnalité borderline à l'adolescence*. Thèse d'exercice, Médecine-psychiatrie, Paris, 2008, 118 p.
26. Senon J.L., Manzanera C., Humeau M., Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *Info Psy* octobre 2007, vol. 83, n° 8.
27. Tocqueville A. *De l'individualisme dans les pays démocratiques*. In *De la démocratie en Amérique*, t.II, 2^e partie, ch. 2, Œuvres. Bibliothèque de la Pléiade. Paris : Gallimard, 1991, p. 612-613.
28. Virillo P. *Le futurisme de l'instant*. Paris : Galilée, 2009.
29. Weber M. *Le savant et le politique*. Paris : Ed. 10/18, 1917-1919.
30. Wilson M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry : a history. *Am J Psychiatry* 150, 399-410.
31. Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Tr. fr. Coll. *Connaissance de l'inconscient*, NRF. Paris : Gallimard, 1975, 212 p.

Depuis le 29 février 2012 :
soumission électronique directe !
Pour soumettre un article à Perspectives Psy,
aller sur le site web de la revue :
<http://www.perspectives-psy.org>
et laissez-vous guider...