

Qu'est-ce que le DSM ?

Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie

What the DSM?

Genesis and transformation of the American Bible of psychiatry

Marie-Aude PIOT

Pédopsychiatre, Chef de clinique-Assistant des hôpitaux, Institut Mutualiste Montsouris, Unité d'hospitalisation temps plein, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France. marieaude.piot@gmail.com

Au moment de la sortie du DSM5 en mai 2013 paraît l'ouvrage de Steeve Demazeux qui interroge *Qu'est-ce que le DSM ?* L'auteur y propose une analyse très documentée sur les conditions épistémologiques soutenant l'émergence du système DSM. Philosophe de formation, l'auteur aborde cet objet d'étude, avec l'œil d'un chercheur, à distance des conflits théoriques propres à la pratique psychiatrique comme des enjeux de pouvoir qui la cisèlent. Le paradoxe de fond est esquissé dès les premières pages. Le DSM qui « incarne aujourd'hui le pôle le plus avancé des aspirations scientifiques de la discipline, repose sur un système nosologique fait de bric et de broc, de compromis, d'agencements incertains, de choix curieux » (p. 25). Le DSM est ainsi écartelé entre « une quête éperdue d'objectivité et de réalisme clinique », et l'acceptation « aussi consciemment tant d'arrangements, d'accommodements et de pures conventions au sein d'un même système classificatoire ». Pour Steeve Demazeux (2013), le DSM figure une « synthèse admirable du néopositivisme et du pragmatisme américain » (p. 26). En partant d'un point de vue de clinicienne, cet article se propose de relever et discuter quelques étapes de ce parcours socioantropologique de la psychiatrie américaine.

Un colosse aux pieds d'argile ?

Lors de son avènement au XIX^e siècle, le questionnement sur les classifications psychiatriques aux États-Unis ne peut s'appuyer sur une tradition nosologique assurée par des siècles d'histoire, comme c'est le cas en France ou en Allemagne. La jeune nation américaine doit faire face aux exigences gestionnaires d'un système asilaire complexe. Pour faciliter les recensements, la démarche statistique offre une nomenclature standardisée : les objets d'études sont ainsi répartis dans des catégories homogènes et facilement identifiables, en vue d'une analyse groupale (Fagot-Largeaut, 1989). La confusion entre registres idéologiques et médicaux, les dérives eugénistes et racistes semblent s'inscrire dans un retard complexé des États-Unis face à la vieille Europe. Cette « forme d'engagement ambivalente et plus distante » des psychiatres traduirait plus le désir « de peser sur le débat public en faisant valoir leur expertise dans le domaine de la santé publique » qu'une « forme d'aveuglement complice et complaisante des instances officielles [...] sur certaines pratiques qui piétinaient les principes élémentaires de l'hippocratismes médical ». La notion « d'hygiène mentale » introduite par Adolf Meyer illustre ce paradoxe : entre, d'un côté, une « aspiration au progrès social (et notam-

ment l'amélioration de la condition de vie des internés) ; et, de l'autre, la promotion des principes les plus radicaux de l'eugénisme », qui vont « du contrôle de l'immigration par les psychiatres à l'interdiction des mariages entre malades mentaux, jusqu'à leur stérilisation obligatoire » (p. 40). Cette fragilité identitaire des débuts apparaît peut-être en contrepoint de l'ambition hégémonique reprochée au DSM.

Après l'intégration des États-Unis aux débats internationaux (*US-Diagnostic Project*, DSM-I en réponse à l'insuffisance de la CIM-6...), la société américaine des années 1960 interroge la légitimité du psychiatre : mouvement antipsychiatrique (Szasz, 1960), « *labeling theory* » (Scheff, 1966) avec la notion de « *sick role* », foisonnement des écoles de pensée interrogeant la solidité conceptuelle du savoir psychiatrique, controverses et influences de communautés dans le débat (homosexualité, vétérans du Viêt Nam), expérience de Rosenhan (1973), étude de Kendell *et al.* (1971), étude IPPS (OMS, 1973, p. 84), diffusion des psychotropes et influence consécutive de la psychiatrie biologique ; ceci dans le contexte des années Nixon et Ford, de l'enlèvement au Viêt Nam, du 1^{er} choc pétrolier, des restrictions budgétaires et de la désertion progressive des asiles au profit de structures privées. Or, revenons un instant sur la nature de l'exercice psychiatrique. Elle allie subtilement des considérations d'ordre scientifique et opératoire (du choix des psychotropes à l'organisation d'un environnement propice au retour à domicile du patient, en passant par la prescription de consignes, tenue d'un cadre contenant, rédaction de certificats et autres tâches administratives, etc.) et des considérations d'une grande finesse intuitive (analyse psychopathologique, figuration du vécu interne du patient à partir duquel les décisions dans le réel seront prises, alliance relationnelle potentielle, de son *insight*, de son devenir, etc.). La pratique clinique nous enseigne chaque jour la part d'incertitude qui habite le quotidien du psychiatre. S'il souhaite vraiment accompagner le patient, le psychiatre doit accepter de plonger à ses côtés dans ce « lac inconnu ». Il doit se désaisir de son savoir médical rassurant tout en restant ancré sur une base suffisamment sécuritaire pour survivre à ces traversées de l'inconnu sans passer « de l'autre côté du miroir ». La souplesse de ses défenses pour survivre seront liées à son histoire personnelle, à son expérience professionnelle,

à sa capacité de remise en question et d'analyse des éprouvés contre-transférentiels, et probablement d'espaces de supervision tiers (qu'ils soient individuels ou institutionnels). Lorsque les assises narcissiques du psychiatre sont trop attaquées, ses défenses contre les angoisses liées au contact quotidien avec la souffrance psychique se rigidifient, souvent de façon plus archaïque. L'isolation voire le clivage des affects, comme les solutions opératoires, constituent parfois un rempart pour se défendre de la souffrance du patient, aux dépens de ce dernier... Alors que la psychiatrie constitue elle-même souvent le dernier rempart de l'exclusion, face à une souffrance que le patient adresse, et que la société ne veut ou ne peut entendre...

C'est donc une profession facile à déstabiliser au motif de son « manque de scientificité », facile à prendre pour bouc émissaire des angoisses de l'ère du temps. De même qu'il est tentant pour le psychiatre de se replier sur une réflexion plus opératoire pour se mettre à distance des angoisses du patient comme des attaques sociétales. Se rapprocher de la dimension somatique assoit ainsi une enveloppe identitaire mieux définie en même temps qu'une plus grande légitimité sociale ; comme en témoigne l'intérêt suscité par exemple par les découvertes en imagerie autour de l'autisme. D'autant plus que les angoisses sont fortes et les progrès technoscientifiques importants.

Le milieu psychiatrique américain des années 1960-70 réagit à cette époque par une remise en question radicale, hanté par la notion de « fiabilité diagnostique » comme gage de sa légitimité. Si le DSM-I était composé d'anciens cadres de l'armée américaine formés dans l'environnement traumatique de la guerre (De Clercq et Lebigo, 2001, p. 68), le DSM-II est constitué par des jeunes chercheurs formés dans les locaux refroidis des laboratoires, « multipliant les publications, et reconnus plus pour la qualité de leurs travaux que pour leur place dans la hiérarchie institutionnelle ». Ils « mesurent, calculent, comparent des données, élaborent des questionnaires, écrivent des programmes informatiques. Ils ne semblent pas intéressés par les grandes théories et ne parlent que du bout des lèvres du « psychisme ». Ils semblent peu intéressés par la thérapie (même s'ils en reconnaissent l'importance) et concentrent leurs efforts de recherche sur la formalisation diagnostique ».

Inspiré par la psychanalyse, le DSM-I opère une distinction entre troubles d'origine organique et psychique. Mais il porte déjà les traces du paradoxe DSM, en juxtaposant finalité diagnostique (former et imposer un vocabulaire commun) et statistiques (utile et opératoire, pour servir des fins administratives). Les nouveautés apportées par le DSM-2 porteront essentiellement sur l'adoption du système décimal de la CIM-8, la volonté d'« éviter les termes qui charrient des présupposés concernant la nature et les causes d'un trouble » et l'encouragement à « poser autant de diagnostics qu'il leur semble nécessaire pour un seul patient » (p. 70).

Si, en Europe, l'« autorité épistémique » est « incarnée par la figure du grand professeur », le psychiatre américain ne peut s'appuyer sur une telle verticalité « de maître à disciples » dans la transmission. C'est l'« horizontalité de la « *disputatio* » universitaire » qui préside, « plus fragile et plus exigeante ». Le psychiatre, mis en concurrence avec le psychologue, porte la responsabilité de « publicité », de « rendre public ». Il assure la « démocratie », « une discussion entre égaux des faits ». À la « centralité du pouvoir institutionnel » s'oppose l'« horizontalité des publications scientifiques ». Sans connotation négative, la standardisation des outils abolit le privilège traditionnel du jugement du clinicien, renversant « le primat de l'expérience individuelle au profit de vastes études quantitatives ». Cette configuration n'annule pas la concentration sur des centres de pouvoirs, mais en modifie la forme en la transmettant à des « collèges invisibles ». Prenons l'exemple des critères de Feighner. La notoriété du « groupe renard » où il s'élaborent était déjà appuyée par les travaux de Lee Robins sur la toxicomanie des soldats revenus du Viêt Nam. John Feighner va tenter de « faire la recension de toute la littérature scientifique en vue de mettre au point des critères cliniques fiables et utilisables en recherche » (p. 120). Mais ils sont « loin d'avoir fait l'épreuve d'un examen exhaustif et méthodique de toute la littérature pertinente ». De fait, « aucune analyse statistique ou épidémiologique approfondie ne vient les étayer ». Il sont « le résultat d'un bricolage consciencieux et ingénieux », « fruit d'une démarche pragmatique et prudentielle adoptée par un groupe de discussion auto-constitué ». Selon Blashfield (1982), leur immense succès s'explique par l'effet l'« effet saint-Mathieu » : « après avoir été consacré

comme un article de référence par le fait même qu'il est fréquemment cité par des auteurs influents, sa respectabilité académique a été amplifiée par l'effet saint Mathieu », selon lequel « on donnera à celui qui a, et il sera dans l'abondance, mais à celui qui n'a pas, on ôtera même ce qu'il a ». Et ainsi, dès 1981, « tout chercheur en clinique psychiatrique ne peut pas ne pas citer (même si c'est pour être en désaccord) » ces critères. De fait, ces phénomènes semblent autant liés à la « lutte pour la notoriété des chercheurs » que la nécessité « structurel(le), vu l'énorme masse d'information scientifique en circulation, de réaliser des tris qui permettent de stabiliser le front de recherche ». C'est ainsi que « la densité des publications et la multiplication des interactions vont se renforcer progressivement autour de 4 grands centres universitaires localisés dans 3 villes américaines : Saint-Louis, New York et Iowa City » (p. 129) en vue d'élaborer des critères diagnostiques utiles à la clinique psychiatrique. Ce groupe de chercheurs baptisé « cercle néokraepelinien » se rassemble autour du crédo méthodologique de « l'importation, l'adaptation à la psychiatrie et la promotion dans la littérature spécialisée des outils d'évaluation et des méthodes de quantification des psychologues et des biostatisticiens », afin de « faire aussi bien en psychiatrie que dans le reste de la médecine scientifique ». C'est « ne faire confiance qu'aux données », assurant la mise en œuvre d'un « super modèle épidémiologique » dépassant « l'horizon limité des modèles théoriques particuliers ».

DSM, logique

Selon Steeve Demazeux (2013), la paternité (déniée par ses concepteurs) du DSM-III prend racine dans l'empirisme logique du philosophe Hempel (1965, p. 55). La science poursuit 2 buts qui ne peuvent s'opérer qu'en 2 temps : « décrire des objets ou des événements » et « établir des lois générales et des théories au sujet de ces objets ou événements qui permettent d'expliquer ou de prédire un ensemble de phénomènes ». En médecine, la transition s'observe lors du passage « d'une approche symptomatologique à une approche étiologique de la maladie ». Hempel (1965, pp. 61) reproche aux psychiatres de confondre ces 2 étapes. Il propose de « revenir à une description plus rigoureuse », impliquant l'élaboration d'un vocabulaire [...] plus fiable [...] et « expurgé de toute considération apprê-

ciative ». La « procédure » assure la fiabilité diagnostique, et les descriptions « doivent privilégier les signes objectifs et facilement vérifiables ». La classification doit partir de « la logique des ensembles », non plus de la clinique.

Des débats oscilleront sur les implications des critères opérationnels : de la négation complète des « événements mentaux privés à leur réduction à des manifestations extérieures », entre « l'inclinaison à adopter des positions théoriques radicales et la volonté de promouvoir des outils simplement fiables ». Toujours est-il que le DSM3 va tenter de privilégier l'observation directe des caractéristiques extérieures, limitant « les inférences psychologiques peu vérifiables, sans pour autant nier qu'il existe des maladies dites "mentales" ». Il part de la conviction qu'« une classification scientifique ne peut qu'améliorer l'évaluation objective de l'efficacité des nouveaux médicaments » (p. 20). En s'appuyant sur le modèle de l'Essai contrôlé randomisé contre placebo, on accroît la fiabilité et l'objectivité du diagnostic. Et le DSM-III, en valorisant la promotion de « critères fiables et objectifs ne peut que favoriser un tel processus ».

En partant de l'exemple du programme « Diagno », Steeve Demazeux explicite les glissements conceptuels qui conduiront à la promotion des entretiens standardisés jusqu'aux recherches sur l'« automatisation du processus diagnostique par ordinateur » (Demazeux, 2013, p. 73). Son « ordinogramme » contient le « squelette fossile du futur DSM-III ». Son circuit « formalise la hiérarchie » décisionnelle substituant un « plan de navigation » à l'arbre des « niveaux ontologiques des maladies » (Demazeux, 2013, p. 84). Spitzer et ses collègues publient plusieurs articles comparant les résultats donnés par Diagno à ceux des experts ou cliniciens ordinaires (p. 87) : face à la faiblesse du kappa, les auteurs concluent à la responsabilité des « cliniciens qui ne sont pas des chercheurs, et se montrent peu intéressés par la pratique diagnostique », ainsi qu'à celle de « l'imprécision du système nosologique en vigueur, à savoir le DSM-II ». Les auteurs insistent sur la parfaite reproductibilité des calculs d'un ordinateur opposée « implicitement à l'« inconsistance » temporelle du jugement humain. Le kappa « sert à légitimer de manière purement formelle (voire carrément vide, au sens où il a besoin d'aucun calcul réel) la parfaite fiabilité des programmes informatiques ». De même qu'il sert

de témoin à la validité, simplifiant la fiabilité diagnostique à l'accord avec soi-même (p. 89). Les 5 sources traditionnellement envisagées de désaccord interjuge sont ainsi simplifiées (Kreitman, 1961) :

– L'« hétérogénéité du tableau clinique » est effacée au détriment de la vision d'ensemble, la dimension inconsciente, historique et socio-culturelle.

– Soustraire les « conditions d'examen » omet la part relationnelle du symptôme, l'importance du « *praecox Gefühl* » (Rümke) au profit d'entretiens standardisés.

– La « variété des sources de données » est standardisée, essentiellement sur le clinique objectif, la part manifeste des symptômes.

Les 2 sources d'hétérogénéité diagnostique possibles sont limitées :

- Au « clinicien », techniquement en dessous de la fiabilité informatique « automatique » au mépris de la fiabilité « empirique et clinique » attendue d'un bon clinicien.

- Aux « critères diagnostiques », « la tâche aveugle » : en glissant de « la validité d'un programme (qui retombe toujours sur les mêmes résultats) à celle des critères qu'il emploie en s'accordant toujours avec lui-même ».

De même que le terme fiabilité revêt à la fois des « qualités intrinsèques » d'un instrument « de mesure (compter sur) » et « extrinsèques » (« fidélité interjuges »). Au risque d'une croyance qu'une bonne « fidélité interjuges » serait une qualité intrinsèque de la classification et « qu'à ce titre elle constituait un préalable nécessaire à l'amélioration de la validité générale de la classification ».

Sans se garder de décrypter la classification, l'intérêt inédit de cette démarche et son succès, les critiques soumises par Steeve Demazeux (2013) sont intéressantes. Le « manque de spécificité » de la plupart des critères : aucun n'est pathognomonique. L'insistance sur les symptômes objectivables (plus aisément diagnosticable sans équivoque) se fait au détriment d'éléments plus subtils (plus difficile à repérer et à faire consensus entre professionnels), qui pourraient offrir un meilleur gain d'analyse clinique. La liste exigée de symptômes devient nécessaire alors qu'un raisonnement cumulatif type probabiliste n'est pas pertinent. Par exemple dans la polyarthrite rhumatoïde, « plus on exige de signes cliniques [...] plus on trouve de critères, plus on est sûr du diagnostic ». En psychiatrie, le rai-

sonnement est « prototypique » : « Les signes ont pour fonction principale de fournir un tableau clinique cohérent », composant un « portrait-robot avec un ensemble de “traits” » prenant place dans un tout. Ce qui d’ailleurs questionne la « détermination des seuils cliniques » : trop bas, on augmente le risque de faux positifs ; plus haut, on augmente « la confiance du diagnostic » et « le resserrement autour des cas les plus sévères ». Mais comme en pratique, « les cas typiques ne sont pas forcément les cas les plus sévères », il est « essentiel de ne pas fixer des seuils critériologiques trop hauts, sous peine de promouvoir une classification totalement inutile hors des hôpitaux psychiatriques où se concentrent les cas les plus graves ». Par conséquent, les concepteurs « n’avaient d’autres choix que de bricoler les “seuils cliniques” des tableaux en s’appuyant sur une méthodologie qui avait perdu une grande partie des qualités heuristiques qu’elles avaient en recherche ».

De plus, l’auteur note la « multiplication des définitions stipulatives » (Demazeux, 2013, pp. 168-172). Le parti d’« abandonner le schéma descriptif traditionnel des syndromes (“les éléments typiques du diagnostic de X sont A, B, C et parfois D”) » au profit d’une « approche plus contraignante (“pour établir le diagnostic X, A doit être présent, deux éléments de B doivent être présents, etc.”) » implique de s’appuyer sur des « définitions stipulatives des classes diagnostiques », c’est-à-dire « des définitions théoriques imposées de manières conventionnelles, qui ne sont donc pas susceptibles d’être vraies ou fausses, correctes ou incorrectes (si on les compare par exemple à une définition du dictionnaire) ». Par conséquent pour les critères monothétiques, « il est souvent difficile de dissocier ce qui relève d’une pure convention diagnostique de ce qui relève d’un trait constant ou d’une information empiriquement validée ». Steve Demazeux donne l’exemple de la pyromanie qui identifie « à la rigueur un type d’individu, mais n’offre aucun support à une reconnaissance clinique fine ». Au lieu de repérer des « types d’associations symptomatologiques remarquables », ces définitions identifient des « types de comportement anormaux », « même si les définitions proposées ressemblent (et parfois simplifient voire caricaturent) à des éléments issus de la tradition clinique ». Ce qui tend à fixer « une typologie qui permet de dénommer efficacement des catégories d’individus qu’on soupçonne atteint d’un

trouble mental », selon le nombre de « comportements anormaux dignes d’attention » ; le choix se révèle ainsi très subjectif, et « n’apporte que peu d’informations qualitatives ou prédictives sur le plan clinique ». La construction du DSM-III semble ainsi « bâti sur une hésitation entre un réalisme clinique (les traits cliniques de la pyromanie sont A, B, C) et un nominalisme nosologique (on considérera qu’un pyromane est un individu qui présente le tableau clinique composé des critères A, B, C) ». Les études épidémiologiques [...] réalisées en psychiatrie médico-légale sur la pyromanie montrent qu’une infime poignée d’individus remplissent les critères du DSM-III, encore moins du DSM-IV qui suivra. Ainsi, l’auteur souligne l’« effet Pygmalion de la rigidité critériologique » (pp. 173-175) : la multiplication des « par définition » entraîne une « circularité équivoque entre les décisions critériologiques adoptées et un grand nombre d’éléments figurant dans la partie “information”. Si ces 2 ordres sont liés, le rapport d’antériorité logique clinique/critères n’est pas évident ; “toute quantification épidémiologique d’une association clinique rend délicat le recours à des critères nécessaires et suffisants” et “celui-ci en retour modifie le recueil des données empiriques”.

L’auteur pointe l’innovation du « système multiaxial » (pp. 176-184) pour aborder les niveaux de complexité de la maladie dans l’intégration d’un système « biopsychosocial ». En rupture avec le traditionnel coup d’œil du clinicien, qui « prétend pouvoir pointer directement la structure pathologique sous-jacente sans se laisser distraire par la surface nébuleuse des symptômes cliniques ». Mais non relayée en pratique, où prime les axes 1 et 2, le DSM-III impose un lexique commun sans favoriser de progrès scientifiques, tout en renforçant le système biomédical. Selon Steve Demazeux, les concepteurs n’ont « pas assez réfléchi aux conséquences qu’entraînerait l’adoption en clinique ordinaire d’une démarche d’abord réservée au chercheurs ». Ainsi, « les définitions réalisées à partir de critères opérationnels ont [...] été prises trop “au sérieux” par l’ensemble des cliniciens, presque victime de son succès. « Au lieu de constituer un socle descriptif commun et minimal à l’exercice diagnostique (en vue de faciliter la communication au sein de l’équipe soignante, de fournir une base stable au diagnostic utile pour les recensements administratifs, le remboursement des soins et l’agrégation des

données à des fins de recherche), les critères DSM sont devenus l'alpha et l'oméga de la pratique clinique ». En revanche, « la nouvelle rigueur formelle imposée à l'exercice diagnostique a pu être perçue comme une déformation de l'art clinique hérité de la tradition » ; au détriment donc du sujet, de la relation qu'il instaure, de son histoire et de son environnement socioculturel (Corcos, 2011). Et paradoxalement, les révisions successives des versions DSM pour réajuster le système aux avancées de la recherche, démultiplie les critères au détriment de la stabilité du diagnostic, désorganisant les systèmes qui s'y réfèrent (clinique, recherche, administration...). Les chercheurs mêmes manifestent une défiance à son endroit, par la lancée du projet concurrent des RDoC (2009), « *Research Diagnosis Criteria* », sans attendre la parution du DSM5, signant l'échec de la « stratégie descriptive a-théorique ».

Enfin, l'auteur revient sur la notion de validité, dont on a pu évoquer l'importance et l'ambiguïté ci-dessus. Issue des apories traditionnelles de la vérité-adéquation, elle définit la « conformité d'un élément réel avec sa représentation ». L'auteur décrit 5 formes, signifiant la complexité de cette notion : descriptive, de surface, de contenu, critérielle et procédurale. Pour les psychologues, un arsenal méthodologique élaboré permet d'apprécier les « qualités métrologiques » d'un outil. En psychiatrie, il n'est pas de réel consensus pour apprécier la qualité d'un système classificatoire, et l'on se calque sur les psychologues au mépris des différences épistémologiques. D'où peut-être le recours aux critères définis par Feighner, adapté à la recherche clinique comparative, dans la tradition kraepelinienne : description clinique, études de laboratoire, critériologie d'exclusion précise, études de suivi, études d'agrégation familiale. Ainsi ce qui semble remis en question, c'est la nature même de l'activité diagnostique.

L'essence de l'activité diagnostique

L'ambition d'athéorisme à laquelle tenaient les auteurs du DSM-3 est-elle vraiment compatible avec l'essence de la pratique psychiatrique ? Les déterminismes psychologiques, socioculturels et économiques à partir desquels se construit l'individu peuvent-ils disparaître par des efforts d'objectivation et de refroidissement des données relationnelles ? Décentrons-nous sur la théorie procédurale de

la justice proposée par John Rawls (1971) à la même époque. On se heurte au cercle vicieux déontologique : les « joueurs » ou participants qui élaborent la théorie de la justice, même sous le « voile d'ignorance », doivent avoir en eux le « sens de la justice » si l'on veut qu'ils puissent coconstruire cette théorie de la justice. Avant même que la procédure ne se réalise, les conditions de possibilités de réalisation de la procédure impliquent que le résultat de la procédure soit déjà présent. Wright (1994) considère que le désaccord entre 2 personnes sur la vérité d'un jugement est imputable « soit à l'ignorance, soit à une erreur faite par l'une ou l'autre (ou les deux) personnes ». La faible fiabilité des diagnostics psychiatriques est attribuée soit à un manque de précision des critères cliniques (sans remise en cause de la validité du diagnostic), soit au manque d'accord sur les valeurs. Ce système ouvre la possibilité de l'intervention d'un jugement dans la classification, sous réserve d'un accord de valeurs (comme au sein d'une même culture, ou d'un point de vue philosophique, dans certains domaines comme l'appréciation d'une plante aromatique, la représentation d'un triangle dans l'espace...). À l'inverse, la conception néo-humienne du monde « postule un partage épistémologique radical entre faits et valeurs ». Le point de vue doit être coupé des intérêts humains et de tout jugement de valeur pour se montrer valide. Or en pratique, « les psychiatres manipulent des concepts épais (*thick concepts*), c'est-à-dire des concepts moraux (comme la cruauté, la sincérité, l'ambivalence, etc.) qui mêlent de manière intrinsèque une composante descriptive et une composante appréciative ». Thornton (2007) propose qu'« au lieu de dissimuler les conflits de valeur sous l'apparence de jugements objectifs » ou de les évacuer, « il convienne de les déposer [...] attentivement ». De façon créative, Fulford (2002) propose, complémentaire à l'EBM, la VBM, « *value-based Medicine* » « théorie, mais aussi une pratique qui tient compte de l'implication croissante des problèmes axiologiques dans la médecine contemporaine ». Pour résoudre le cercle vicieux de la justice procédurale, Paul Ricœur propose un cercle éthique où circule entre téléologique et déontologique, par aller et retour une construction progressive et jamais achevée de la justice. Peut-être pourrions-nous en dire de même pour les nosologies, où clinique et pensée sans cesse dialoguent pour reconstruire régulièrement la façon

dont on organise les connaissances et représentations psychiatriques selon les évolutions sociohistoriques. Au regard du schématisme catégoriel du DSM, les travaux d'Eleanor Rosch *et al.* (1976) expliquent que « l'inclusion dans une catégorie naturelle se fait [...] sur la base d'une ressemblance avec un exemplaire typique de la catégorie (un prototype) qu'on a en mémoire, et non à partir d'une liste définie de critères d'inclusion et d'exclusion » (p. 218). Avec le risque des mêmes biais et fragilités des jugements ordinaires. La représentation d'une « forme d'essentialisme implicite qui contaminerait le discours psychiatrique contemporain » ravive le soupçon d'un diagnostic comme « stéréotype ». Pour Elisabeth Flanagan et Roger Blashfield, le DSM aurait des traits communs avec une « folk classification », « classification vernaculaire ou intuitive des troubles mentaux ». Mais peut-être aussi est-il intéressant de reprendre la notion de « subjectifs collectifs » (Corcos, 2011), laissant à chaque société le droit d'édifier sa propre classification, pour reprendre les termes du contrat rousseauiste ; assumant la part culturelle et singulière liée à la souffrance psychique, dans une construction ascendante des nosologies, de la clinique vers la pensée ; avec un choix conscientisé et assumé des valeurs qui infiltrent la classification ?

Le DSM repose effectivement sur le modèle médical inférentiel : à partir de symptômes, on infère un syndrome et un diagnostic. Or la plupart des expériences empiriques montrent que le diagnostic psychiatrique est fait en quelques minutes par le praticien, sans remise en question par la suite (p. 213), rejoignant le « diagnostic atmosphérique » des phénoménologues. Les signes visibles y ont une part minoritaire. « Le trouble du patient est perçu non pas après et à partir du symptôme, mais avec et dans le symptôme. » Le modèle perceptif du DSM serait moins pertinent, sa démarche formelle retardant voire entravant. La substitution de l'intuition émergeant au contact immédiat du patient par une analyse perceptive et morcelée, coupée des affects, ôterait de la prise en charge des éléments précieux. Ce qui n'empêche pas une analyse dans l'après-coup de ce contact, complémentaire à l'intuition, et parfois nécessaire à l'enseignement au début.

Dans les débats entre approche dimensionnelle et catégorielle, « seule l'utilité clinique permettrait de distinguer leur mérite respectif » (pp. 216-221). Mais alors questionne

l'auteur, comment découper sans pointillé ? Intuitivement, on commence par différencier les troubles, puis les définir scrupuleusement, tester et remodeler successivement les définitions avant de standardiser. Le DSM procède au chemin inverse : pour résoudre la question de la fidélité interjuges, il standardise, puis impose un schéma définitionnel très précis. Même si « la forme imposée ne préjuge en rien de la forme ontologique des entités diagnostiques resensées », le formatage de la pensée par la pratique clinique quotidien (Dejours, 2009) influencera nécessairement la représentation ontologique des pathologies pour les cliniciens, chercheurs, étudiants... usants du DSM. Entre normal et pathologique, continuité ou discontinuité, la définition du trouble psychique est-elle conventionnelle (comme le modèle de l'hypertension artérielle) ou naturelle (comme le modèle de la grippe) ? En pratique, l'existence de « cas intermédiaires, indécis ou indécidables, ne signifie pas nécessairement que les catégories de la classification soient mal découpées, ou que leurs contours soient arbitraires ». À l'inverse, un trop grand nombre de cas intermédiaires questionne simplement le découpage. D'ailleurs, la répartition gaussienne d'un trait en population générale implique l'existence de cas rares éloignés de la forme la plus fréquente. Et au quotidien, les cliniciens ont « le sentiment le plus souvent de rencontrer des cas typiques », ce sentiment étant « apparu en même temps que la constitution de la psychiatrie comme discipline médicale autonome », rappelle l'auteur. Et si l'on interroge les psychiatres, la plupart penchent en faveur d'un « réalisme nosologique » (les maladies mentales existent réellement) beaucoup plus qu'au « nominalisme » des critiques (le diagnostic se réduit à une simple étiquette). Steve Demazeux présente alors le développement des « natural kinds » à partir des philosophies anglo-saxonnes des années 1960 (Russel). Cette approche propose la possibilité « d'un réalisme précaire ou dévergondé » comme l'avait fait Dupré auparavant, « à partir d'un faisceau de preuves concordantes qui sont fournies par la science, quand même on ne connaît pas encore bien les processus étiopathogéniques sous-jacent ». Sans nécessairement céder à l'essentialisme, notamment des classifications vernaculaires, mais « rendre raison de la relative stabilité des catégories psychiatriques à travers les cultures et à travers les siècles, sans négliger pour autant la possibilité que les re-

présentations culturelles ou la modification des conditions de vie puissent avoir une influence sur l'expression clinique des troubles mentaux ». La notion de catégorie « floue » ne renvoie pas à ce qui serait une insuffisance de méthode, ou à une difficulté d'identification, mais bien à une « espèce particulière de structure latente qui présente une discontinuité objective, mais graduelle ». Ainsi, interroge Steve Demazeux, pourquoi trancher pour l'ensemble ? En « imposant un même formalisme », le DSM perd en taxonomie, rangeant tel Procuste, les diagnostics dans des cases standardisées ; il « oblitère l'hétérogénéité de la clinique psychiatrique en donnant l'illusion que tous les troubles mentaux se ressemblent ».

Conclusion

Par ce brillant ouvrage, Steve Demazeux se situe en position tiers des conflits passionnés qui animent les débats sur le DSM, et qui parfois dépassent leur objet. La rigueur de son analyse, l'exhaustivité de ses recherches n'empêchent pas le propos d'être bercé au rythme des métaphores empruntées essentiellement à la Grèce ancienne. Peut-être est-ce pour signifier la part mythologique des histoires qui se tissent inextricablement autour de toute démarche de pensée, aussi objectivante soit-elle ? Probablement aussi que ces histoires renvoient aux mille et une histoires qui ne cessent de se raconter auprès des patients dont nous essayons de prendre soin, dont toute pensée sur la clinique ne peut faire l'économie sans en perdre la substance, aussi rigoureuse soit-elle. Car un élément me laisse « inquiète » dans ce propos, sans repos... Au-delà des critiques de bon ton sur la médecine technoscientifique, privilégiant le « cure » au détriment du « care ». Au-delà d'une critique mal placée qui délégitimerait tout discours sur la praxis psychiatrique dès lors qu'on ne la pratique pas : ni le soignant, ni l'usager en santé mentale n'ont le monopole de ce discours ; c'est d'ailleurs des choix de société qui autorisent (ou pas) la pratique psychiatrique ; choix différents selon les cultures.

Revenons à Canguilhem : la légitimité du médecin (aussi psychiatre soit-il) naît dans la « réponse à l'appel pathique de son patient » (1943, 1966) pour soulager sa souffrance. Toute action médicale donc, le moment diagnostique compris, ne peut être décorrélée de cette pente vers l'acte (Kress, 2006). Une pen-

sée sur la pratique diagnostique peut-elle faire l'économie des implications thérapeutiques ? Oui, répondent certains, pour raisonner de façon plus objective, gagner en rigueur ; non, répondent d'autres, car la pensée du psychiatre qui s'éloigne du réel du patient risque de suivre ses propres lois, de poursuivre ses propres fins au détriment de celles du patient qui en était à l'origine. Le moment du diagnostic peut-il être évacué du soin du patient ? Pour des parents de patients autistes par exemple, l'important n'est-il pas tant de s'agripper de façon désespérée à un diagnostic comme seul recours de maîtrise face à l'angoisse, que de se sentir entendus, accompagnés dans leur souffrance, dans ce qu'ils sont et à leur rythme ? La démarche diagnostique part d'une nécessité de remettre un ordre structurant et apaisant au sein du chaos. La clinique nous enseigne la valeur contenante d'un diagnostic qui limite le rayonnement des troubles. Dans son évaluation, le psychiatre éprouve ainsi une tension dynamique entre : le chaud, se rapprocher avec empathie du patient, pour comprendre la logique intime des états d'âme de son patient ; et le froid, prendre de la distance pour conserver du recul et objectiver les éléments pathologiques. Si le « trop chaud » ou « trop proche » déstructure la relation médecin-malade, le « trop froid » de la maîtrise raisonnable gèle les affects humanisant la relation, figeant l'Être et le Devenir du patient au sort diagnostiqué.

Entre ces deux pôles, le clinicien doit naviguer, sans enfermer le patient dans l'emprise de sa pensée classificatoire. C'est par le jeu relationnel entre patient et soignants que se coconstruit par touches successives un récit des vécus et difficultés du patient, permettant les évolutions, révolutions et rétablissements des souffrances.

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blashfield R.K. (1982). Feighner *et al.* Invisible colleges and the Matthew effect. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (1), 1-6.
2. Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (publication originale 1943).

3. Corcos, M. (2011). *L'homme selon le DSM*. Paris : Éditions Albin.
4. Dejours, C. (2009). *Travail vivant*. Paris : Payot.
5. De Clercq, M., Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
6. Fagot-Largeault, A. (1989). *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*. Paris : Vrin.
7. Fulford, B. (2002) Report to the chair of the DSM-VI task force. In J. Z. Sadler (Eds.), *Descriptions and prescriptions : values, mental disorders and the DSMs*. Baltimore et Londres : John Hopkins University Press.
8. Hempel, C. (1965). *Fundamentals of taxonomy, aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York : The Free Press.
9. Kendell Robert, E., Cooper, J.E., Gourlay, J., Copeland, J., Sharpe, L., Gurland, B. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry* 25 (2), 123-130.
10. Kreitman, N. (1961). The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental Science* 107 (450), 876-886.
11. Kress, J.J. (2006). Le diagnostic en psychiatrie, et les orientations théoriques des psychiatres. In A. Danion-Grillat (Ed.), *Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques* (pp. 21-30). Paris : Masson.
12. Rawls, J.A. (1971). *Theory of justice*. Harvard : Belnap Harvard University Press.
13. Ricœur, P. (1991). *Lectures I. Autour du politique*. Paris : Seuil.
14. Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179 (4070,) 250-258.
15. Rosch, E. Mervis, C.B., Gray, W.D., Johnson, D.M., Boyes-Braem, P. (1976). Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology* 8 (3), 382-439.
16. Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill : a sociological theory*. Chicago : Aldine.
17. Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
18. Thornton, T. (2007). *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford : Oxford University Press.
19. Wright, C. (1994). *Truth and objectivity*. Cambridge : MA, Harvard University Press.

Communiqué

AFAR
Vieillir, risques et chances
L'amour, la mort, l'argent et le sens de la vie

Jeudi 10 mars 2016

Maison de la Chimie
 Paris 7^e

Sous la direction de

Dr Jean-Claude Monfort, psychogériatre, CH Sainte-Anne, Paris, et du Dr Anne-Marie Lezy, gériatre, chef de service, Hôpital Corentin Celton, AP-HP, Issy-les-Moulineaux

Les professionnels qui travaillent en gériatrie rencontrent des situations dont la résonance émotionnelle peut être majeure. Travailler les questions existentielles contribue à résoudre ses propres conflits, à diminuer le risque d'épuisement professionnel et permet d'améliorer la qualité relationnelle avec les personnes très âgées.

Renseignements

AFAR

Site : www.afar.fr

Tél. : 01 53 36 80 50

Abonnez-vous à
Perspectives Psy

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

Voir Bulletin d'abonnement page 406 de ce numéro