

# Éditorial

<sup>1</sup>Psychiatre - praticien hospitalier. Docteur en neurosciences. Thérapeute systémique. Responsable du centre de thérapie systémique du CH Drôme Vivarais, Valence, France. [bricemartin.net@gmail.com](mailto:bricemartin.net@gmail.com)

<sup>2</sup>Psychiatre. Praticien contractuel. Responsable du CMP de Valence, France.

## Pour un droit à la complexité *Réaction à la tribune du Nouvel Obs du 22 octobre 2019*

*For a right to complexity  
Reaction to the October 22, 2019  
New Obs*

Brice MARTIN<sup>1</sup>, Élie PENEAU<sup>2</sup>

**L**a tribune de la réalisatrice Sophie Robert, publiée par *L'Obs*, en date du 22 octobre 2019 et intitulée « Pourquoi les psychanalystes doivent être exclus des tribunaux », nous a fortement interpellés, tant par le contenu de ses propos que le soutien de nombreux collègues psychiatres et psychologues renommés.

Au-delà du ton profondément libre et engagé, la doléance centrale de ce texte consiste à réclamer la fin des pratiques psychanalytiques, que ce soit dans le champ spécifique de l'expertise ou, plus largement, du soin (les pratiques psychanalytiques étant assimilées à des « dogmes idéologiques, fondés sur des postulats obscurantistes et discriminants sans aucune validation scientifique »).

Plusieurs arguments sont soulevés pour justifier rien de moins que l'arrêt pur

et simple des pratiques psychanalytiques. Ce sont ces arguments sur lesquels nous aimerions revenir en guise d'invitation au dialogue.

Une première critique concerne la question de la nosographie psychiatrique contemporaine, dont la psychanalyse se jouerait. Elle s'exclurait par là même de la science et des pratiques validées. La tribune évoque en effet, en ce qui concerne l'exercice psychanalytique, l'utilisation de « *diagnostics fantaisistes et non reconnus par les nosographies internationales en vigueur* », « *le rejet de la nosographie internationale des maladies mentales* » et « *le refus de nombre de psychanalystes de poser un diagnostic* ». La question épineuse du diagnostic en psychiatrie constitue un enjeu majeur. Il est cocasse de rappeler qu'un des premiers espaces où la psychiatrie a fait connaître sa scientificité et sa rigueur est le

tribunal. Jacques Hochmann, dans un ouvrage récent (Hochmann, 2015), rappelle les tensions qui ont émaillé la médicalisation débutante de la psychiatrie dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, sa difficile légitimation par rapport aux autres disciplines médicales : ne fallait-il pas avoir le coup d'œil pour pouvoir distinguer un simple crime de celui lié à une folie « partielle » (la fameuse « monomanie homicide ») ? Pourtant, une « première antipsychiatrie » s'opposa rapidement à cette forme de savoir et son infiltration dans les prétoires, questionnant tant son utilité que sa légitimité. Aujourd'hui, les limites de ces anciennes approches cliniques sont bien connues... Tout comme celles des classifications actuelles : la validité scientifique des entités psychiatriques proposées par les manuels diagnostiques de la psychiatrie (le DSM et la CIM en premier lieu) est faible (Benabdelkarim, 2019) en l'absence de marqueurs somatiques qui offriraient de solides validateurs externes. D'autre part, un certain nombre de travaux scientifiques (Noordgaard, 2012) indiquent que la concordance du diagnostic médical basée sur un recueil de signes externes (tel qu'y invitent les manuels diagnostiques contemporains), duquel est exclue toute référence à l'expérience vécue du sujet, est très modeste (de l'ordre d'un coefficient de corrélation inter-juges<sup>1</sup> de 0,2, tous troubles confondus). On rappellera à ce propos la sévère critique de Thomas Insel, le directeur du NIMH, quelques jours avant la sortie du DSM-5, arguant et décrivant « le manque de validité » de la dernière classification américaine (In-

1. Ce coefficient, proposé en 1960 par Cohen, est destiné à mesurer l'accord inter-juges pour une variable qualitative (échelle nominale ou ordinale). Ce coefficient est compris entre -1 et +1. Le plus souvent, on considère que l'accord est moyen entre 0,40 et 0,60, satisfaisant à partir de 0,60 et excellent pour plus de 0,80.

sel, 2013). Cet aspect pointe les limites de la clinique catégorielle, mais aussi des approches purement symptomatiques et comportementales, prévalentes dans le DSM et la CIM. Par conséquent, ces travaux invitent, d'une part, à adopter avec prudence le découpage nosographique actuel de la psychiatrie et, d'autre part, à chercher des outils descriptifs complémentaires afin de renforcer la solidité du diagnostic. Si les approches « objectives » tendent à s'émanciper de ce premier point, avec le développement récent des approches dimensionnelles ou plus récemment du projet R-DOC (NIMH – *National Institute of Mental Health*), d'autres approches tentent de s'affranchir d'une objectivité exclusive. Ce dernier aspect, relancé dans la psychiatrie contemporaine (sous l'influence notamment de la phénoménologie moderne), n'est en réalité pas nouveau puisque dès les années 1930 et les travaux de Karl Jaspers, le constat des limites d'une approche descriptive exclusivement basée sur la description prétendument objective du comportement d'autrui était déjà pointée. C'est d'ailleurs en réponse à ce constat qu'ont émergé les travaux tant psychanalytiques que phénoménologiques comme tentatives d'enrichir la description par une exploration de l'expérience subjective du patient : après avoir « jugé sur », il s'agit alors de « s'introduire dans » (Minkowski, 1927) par le biais de l'écoute du sujet. De récents travaux contemporains (Parnas, 2018) pointent l'intérêt, à des fins diagnostiques, de réintégrer dans la description clinique des éléments d'ordre subjectif, comme y invitent les approches dites « compréhensives », au sein desquelles figure la psychanalyse (mais également la phénoménologie). Une autre critique concerne le fait que l'enseignement de la psychanalyse

viendrait envahir les consciences d'étudiants de théories litigieuses. La tribune évoque que « *dans certaines universités, les étudiants apprennent à contester le principe même de la démarche scientifique au motif que la science serait une croyance. Ils sont ensuite attirés à l'extérieur pour y recevoir une formation obscurantiste [...], l'ensemble étant masqué sous une rhétorique absconse qui déstabilise ses auditeurs. Nous estimons que ces étudiants sont placés en danger d'emprise sectaire* ». S'il est sans doute légitime de questionner l'hégémonie qu'occupe la psychanalyse dans certaines facultés de psychologie (peut-être insuffisamment ouvertes à d'autres approches), les facultés de médecine n'offrent que de façon très succincte un enseignement psychanalytique (y compris dans la maquette du DES de psychiatrie). Par ailleurs, si l'opacité de la clinique psychiatrique peut sans aucun doute se nourrir des constructions séduisantes de la psychanalyse (sans doute totalisantes quand elles s'érigent au rang de vérité ou qu'elles se parent d'un langage si sophistiqué qu'il en devient lui-même obscur pour le novice), le risque n'est sans doute pas moins grand de tenter de recouvrir la complexité du vécu d'une personne d'une mise en sens « scientifique » et uniquement biologisante. Citons, en guise de plaidoyer pour une ouverture théorique large et de façon à donner la parole aux principaux intéressés, les travaux du sociologue suédois Alain Topor (2001). Ces études ont été réalisées à partir d'entretiens de centaines de personnes rétablies. Topor identifie comme facteur essentiel de rétablissement la coexistence chez la personne rétablie de plusieurs modèles de mise en sens de ses troubles. C'est en intégrant des repères biologiques (beaucoup de sujets insistent sur l'importance

de leur traitement médicamenteux), psychologiques (beaucoup de personnes mettent en avant l'importance qu'a pu représenter pour eux un travail psychothérapeutique, notamment psychanalytique), systémiques et existentiels que les sujets s'offrent le plus de chances de s'en sortir, dans la mesure où chaque mise en sens permet des possibilités de soin qui lui sont propres. Ces données scientifiques, qui s'appuient sur la solidité des méthodes qualitatives contemporaines, plaident donc en faveur de la complexité, et non de l'exclusion d'un modèle pour un autre.

Enfin, la tribune évoque le fait, en ce qui concerne la psychanalyse, que « *ces actes mettent les patients en danger* » et affirme que « *la psychiatrie est une discipline médicale, fondée, comme la psychologie, sur des connaissances scientifiques, devant s'exercer dans le respect du patient et la recherche de son mieux-être* ». La question de la non-nocivité d'une intervention – le célèbre « *primum non nocere* » du traité des épidémies d'Hippocrate – ou bien celle de la bienfaisance, soulignées ici, en appellent en définitive plus qu'à la technique employée, à la question de l'éthique. Oui, agir en rapport avec les dernières données de la science est essentiel, mais méfions-nous : ce n'est pas la technique (qui change régulièrement) qui garantit l'éthique, mais bien l'éthique qui est un garant du bon usage de toute technique de soin, y compris celles validées sur le plan scientifique... C'est ce que rappelait Pierre Chabrand (2013) dans un entretien réalisé en 2013 pour *Perspectives Psy*, à travers l'histoire d'Imhotep, à savoir que le statut de médecin n'avait originellement pas été institué « *[...] pour des questions techniques [...] mais pour des raisons d'éthique* ».

Ces quelques éléments de discussion, brossés à grand trait, ne visent pas à défendre corps et âme la pratique psychanalytique ni d'ailleurs une autre approche, mais cherchent à n'en défendre aucune pour mieux les défendre toutes. En effet, si la clinique psychiatrique nous montre bien une chose, c'est sa réticence à se laisser saisir de façon pleine et entière en dépit de la scandaleuse souffrance qui lui est si souvent associée. Face à cette clinique opaque, souvent incompréhensible, si difficile à circonscrire, à maîtriser, tenter d'aider n'est pas une mince affaire. Et parfois, renoncer et s'éloigner d'une pratique délicate, émaillée de nombreux échecs, peut s'avérer une tentation bien légitime. En effet, face à l'échec (en dépit de nombreuses réussites), face à la difficulté à soigner et à soulager la souffrance, combien de fois le clinicien n'a-t-il pas entendu, dans le creux de sa conscience, ce petit chuchotement l'inviter à reprendre sa liberté, à prendre plutôt soin de lui que de cet Autre si difficile à saisir et dont la souffrance résiste si souvent et si égoïstement à ses tentatives ? Cette invitation au renoncement, ne peut-on, au fond, l'entendre dans la façon dont cette tribune s'adresse très librement aux psychanalystes ? Renoncez ! Ne peut-on entendre également, dans cette tribune et ses signataires, l'assurance reconfortante de professionnels qui connaîtraient enfin la voie de la vérité, celle de la démarche la plus fondée pour aider ? Cependant, face à l'absurde, face à la complexité de la souffrance humaine, est-il réellement possible de s'élever, à l'heure d'aujourd'hui, comme détenteur du savoir qui soigne ? La médecine psychiatrique peut-elle s'offrir, de nos jours, le luxe d'exclure certaines formes d'aide en prétendant détenir les repères suffisants qui lui permettrait de savoir qui

exclure et qui garder sur le champ de la bataille du soin ? Peut-on faire le choix, en l'état actuel des connaissances, de se désolidariser de certains de nos collègues dont les pratiques ne vaudraient plus la peine ? Si accueillir autrui, c'est mettre ma *liberté* en question (Levinas, 1961/1991, p. 84) est-il *juste* de s'adresser aussi *librement* à l'Autre et de lui refuser tout accueil, comme nos estimés collègues ont jugé bon de le faire dans la tribune du 22 octobre 2019 ?

Ou sommes-nous, au contraire, suffisamment ignorants pour devoir nous appuyer, de façon fraternelle, sur chaque volonté animée d'une bonne intention, et faire nôtre l'adage camusien que, face à l'absurde, « *on ne se révolte jamais seul* » (Camus, 1951) ? ■

#### LIENS D'INTÉRÊT

*Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.*

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Benabdelkarim L. (2019). *Le diagnostic en psychiatrie : quelle validité ?* Thèse de médecine. Université Claude-Bernard, Lyon 1.
- Boudebessé C., Martin B., Magdeleinat C., Piot M.-A. (2013). Entretien avec Pierre Chabrand. *Perspectives Psy*, n° 3, vol. 52, p. 283-289.
- Camus A. (1951). *L'homme révolté*. Paris : Gallimard.
- Hochmann J. (2015). *Les antipsychiatries. Une histoire*. Paris : Odile Jacob.
- Insel T. (2013). Post by Former NIMH Director Thomas Insel : Transforming Diagnosis. National Institute of Mental Health, <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Levinas E. (1991). *Totalité et Infini : essai sur l'extériorité*. Paris : Le Livre de Poche (1<sup>re</sup> éd. 1961).
- Minkowski E. (1927). *La schizophrénie*. Paris : Payot.
- Nordgaard J., Revsbech R., Sæbye D., Parnas J. (2012) Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry*. 2012 Oct ; 11(3) : 181-5.
- Parnas J., Zandersen M. (2018). Self and schizophrenia : current status and diagnostic implications. *World Psychiatry*. 17(2) : 220-221. DOI : 10.1002/wps.20528.
- Topor A. (2001) *Managing the Contradiction. Recovery from Severe Mental Disorders*. Stockholm University.