

UN CURIEUX EXEMPLE DE RÉGRESSION CULTURELLE LE RÉSISTIBLE TRIOMPHE DU DSM

Daniel Schurmans, psychiatre, anthropologue

Au cours des vingt ou trente dernières années, la psychiatrie et plus particulièrement la neurophysiologie, la neuropsychologie, les sciences cognitives, ont progressé de façon remarquable. Ces progrès affectent essentiellement nos connaissances de base sur la génétique, sur le fonctionnement neuronal et sur l'organisation du cerveau. Même si la plupart des hypothèses sur lesquelles travaillent les chercheurs sont loin d'être démontrées, elles forment un ensemble qu'il sera difficile de réfuter globalement. Les conséquences de ces progrès sont sensibles dans le domaine des médicaments psychotropes, et aussi dans l'abord psychologique de diverses formes de pathologie mentales. En effet, sur la base de ce qu'on sait du cerveau, il est possible de faire des hypothèses sur la genèse fonctionnelle de ces troubles et à partir de là, d'imaginer des procédures thérapeutiques originales. On ne s'en est pas privé. Bien entendu, chaque fois qu'on extrapole à partir des données expérimentales, on perd en rigueur scientifique ce qu'on gagne parfois sur le plan de l'efficacité pratique. On sait en effet, depuis longtemps, que l'efficacité d'une pratique n'est pas toujours fonction de la théorie censée en rendre compte. Un effet dûment constaté peut être expliqué de plusieurs manières différentes, vraies ou fausses. Mais le fait est là : la psychiatrie bouge. Elle s'est profondément transformée en peu de temps, et elle l'a fait sur la base de progrès scientifiques indiscutables.

On ne saurait en principe que s'en réjouir. Il est d'ailleurs normal que lorsqu'une branche des sciences découvre la possibilité d'une approche vraiment scientifique, elle cherche à se passer de ce sur quoi elle s'était fondée jusque-là, dans sa phase déductive et spéculative. C'est ainsi par exemple que l'astronomie a tenu à se débarrasser de l'astrologie. C'est ainsi également qu'un certain scientisme a essayé de se débarrasser de la philosophie, sans se rendre compte de ce qu'il était obligé, dans ce cas, de la remplacer pour répondre aux questions essentielles que l'homme se pose sur lui-même et sur le monde, par des théories fumeuses qui ne sont qu'extrapolations hasardeuses à partir d'hypothèses scientifiques déplacées de leur contexte. C'est hélas ce qui se passe en psychiatrie actuellement. La psychiatrie possède, en effet, un statut épistémologique très particulier parmi les sciences. Elle est, d'abord, une branche de la médecine, donc de l'art de guérir. Son objet, ce sont des manifestations comportementales que l'on attribue à des troubles fonctionnels et parfois lésionnels du cerveau, organe corporel dont la caractéristique est d'être organisé par la relation de l'être humain avec son environnement naturel et aussi culturel. La part des troubles fonctionnels est dès lors prédominante. Il devrait être possible de décrire de mieux en mieux le fonctionnement physiopathologique du cerveau dans les cas de psychose, de dépression, de troubles anxieux par exemple, et de montrer que l'organe cérébral ne se comporte pas exactement, dans ces cas, comme un cerveau normal. Mais il serait inconséquent d'en conclure que l'origine du trouble se situe ipso facto dans le dysfonctionnement organique. Réserve faite de l'existence probable d'une *vulnérabilité* organique dans certains cas, il serait sans doute plus vrai de dire qu'il est un cerveau normal

soumis à des conditions anormales de fonctionnement, et que ces conditions il prend l'habitude de ce fonctionnement anormal.

La psychiatrie n'a pas attendu les découvertes récentes pour se développer. Elle est née dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, à l'époque où l'idée d'une science expérimentale se constituait, mais où les fondements neurophysiologiques de l'exploration du cerveau n'existaient pas encore. En leur absence, et tout naturellement, elle s'est basée à la fois sur une observation clinique très fine, et sur la confrontation permanente entre cette observation et une réflexion qui, pour être spéculative, n'en était pas moins rigoureuse. Elle a cherché durant deux siècles à décrire et à classer les troubles mentaux de façon logique, à définir des entités pathologiques que l'on puisse considérer, au même titre que d'autres, comme des maladies, sans être à même de valider leur existence par la connaissance de leur physiopathologie. Dès lors, elle ne pouvait rien faire d'autre que des hypothèses et des théories dont le statut restait hypothétique. Pour mieux fonder ces hypothèses, elle a recouru plus qu'aucune autre branche médicale, à la réflexion philosophique comme moyen de validation. Le résultat de ces efforts, c'est la psychiatrie *classique*, celle-là même que tout un courant, actuellement dominant, a voulu mettre à mal. J'ai personnellement perçu le changement d'ambiance en 1979, lors du Congrès de Psychopathologie d'Amsterdam, qui succédait à celui d'Oslo (1974). A Oslo, les théories psychodynamiques tenaient le haut du pavé. Cela avait parfois un côté folklorique, mais aussi un côté bien agréable de réflexion intellectuelle profonde et stimulante. A Amsterdam, on ne parlait plus que d'échelles d'évaluation, et je me suis rarement autant ennuyé. En effet, ces échelles qui se voulaient des instruments rigoureux se basaient évidemment sur des hypothèses, qui étaient hélas aussi douteuses que les autres mais beaucoup plus simplistes, pour la plupart évidemment fausses, et sans aucun intérêt.

Ce qui s'était passé, ce dont de ma place modeste je voyais avec retard les effets, c'était le résultat d'une volonté d'aligner la psychiatrie sur les autres branches médicales et pour ce faire, d'éliminer tout ce qui en elle reposait sur une théorie indémontrable – ou indémontrée encore, ce qui n'est pas exactement la même chose. C'était la débarrasser de tout ce qui, selon l'expression américaine bien connue, n'était pas « basé sur l'évidence ». Par la même occasion, la psychiatrie moderne rompait avec la psychiatrie classique et faisait table rase de tout ce qui constituait sa culture propre. Nous allons bientôt préciser ce que peut être la culture d'une science, chose qui n'est pas immédiatement évidente à l'entendement. Mais d'abord, voyons les effets de cette véritable révolution cognitive. L'élément le plus fort en a été, sans doute, le triomphe du DSM. Pour ceux qui ne sont pas du métier, j'expliquerai ce terme. Il s'agit d'un immense effort d'inventaire nosographique émanant de l'American Psychiatric Association, et partant indiscutablement d'une louable intention. Les psychiatres savaient depuis toujours que leurs diagnostics se basaient d'une part, sur leur intuition, d'autre part sur leur approche théorique. Il existait d'ailleurs plusieurs écoles et plusieurs systèmes nosographiques. L'école allemande et l'école française s'étaient constituées indépendamment l'une de l'autre, et s'étaient toujours opposé l'une à l'autre. Il est vrai que cela faisait désordre, et qu'il était difficile dans ces conditions de mener à bien des études épidémiologiques fiables, à l'échelle mondiale. Les psychiatres américains, avec l'empirisme qu'on leur connaît, ont voulu construire une classification des troubles mentaux qui soit, à la fois, indépendante des théories spéculatives et basée sur des critères d'observation aussi objectifs que possible : pour chaque diagnostic, il y a dans leur

système un certain nombre de critères simples, cochés comme présents ou absents, et dont certains sont indispensables, d'autres facultatifs. Il devient dès lors possible, en principe, d'imaginer que deux psychiatres fort différents, en deux points du monde fort éloignés, aboutissent à un diagnostic identique pour un patient donné. En outre, le DSM est un système qui prend en compte cinq axes d'évaluation, dont les troubles de la personnalité, les troubles somatiques généraux et les problèmes psychosociaux, ce qui certes ne manque pas d'intérêt. Aussi longtemps qu'on garde au DSM sa fonction première, celle d'un guide pour les études statistiques, il n'y a à peu près que du bien à en dire. Hélas, les choses n'en sont pas restées là. En quelques années, le DSM est devenu rien moins qu'une nouvelle nosographie psychiatrique, dont on se sert de plus en plus à l'exclusion de toutes les autres, et qui sert pratiquement de manuel de psychiatrie dans beaucoup d'universités. Il s'agit là d'une déviation manifeste par rapport aux objectifs avoués de ses auteurs. Je ne parlerai pas de leurs objectifs inavoués. Je parlerai plutôt des conséquences de cette déviation. D'abord, notons l'enthousiasme avec lequel l'industrie pharmaceutique a accueilli cette réforme. Enfin, les praticiens allaient se servir d'un instrument fait pour elle et qui comblait ses exigences. Débarrassés de leurs chimères philosophiques ou anthropologiques, ils allaient être formatés pour répondre à leurs préoccupations. Un délégué me disait avec conviction, il y a quelques années, que le DSM était devenu *incontournable*. Il ne doutait pas de mon approbation. Mais il y a plus grave, évidemment. Lors des premières versions du DSM (I et II), la nosographie restait traditionnelle. Pourtant, il était clair déjà que de nombreux diagnostics ne se coulaient pas dans le moule. Ils étaient trop liés à l'histoire de la psychiatrie, c'est-à-dire aux théories qui les avaient élaborés. La névrose obsessionnelle, par exemple, est une invention de Siegmund FREUD. L'hystérie est un mot hérité tout droit de la médecine hippocratique, qui croyait que les organes, en l'occurrence l'utérus (*hysteros*), pouvaient causer des troubles en se déplaçant dans le corps. On a donc supprimé ces catégories pour les remplacer par des notions théoriquement neutres (TOC, troubles histrioniques) qui certes ne recouvrent que très imparfaitement les notions qu'elles remplacent. En abandonnant une référence théorique peut-être discutable, mais qui possédait au-delà des symptômes un contexte sémantique précis, on s'est exposé à une redéfinition « sauvage » de l'entité nosographique correspondante. « Sauvage », parce que le halo sémantique des termes choisis est incontrôlable. Prenons l'exemple des TOC : la notion de trouble obsessionnel compulsif est beaucoup plus large que celle de névrose obsessionnelle. Ne fût-ce que parce que si je parle de névrose, j'exclus automatiquement des troubles analogues qui entreraient dans le cadre d'une psychose ou d'une psychopathie. Certains de ceux-ci peuvent par contre parfaitement entrer dans la nouvelle catégorie, et les psychiatres « modernes » ne se sont pas fait faute de les y faire entrer. On voit bien que le changement terminologique entraîne un changement conceptuel. Ce ne serait pas nécessairement mauvais, si l'on quittait un cadre théorique pour entrer dans un autre, jugé meilleur. Le problème est que le changement s'opère en l'absence (revendiquée) de tout cadre théorique et s'opère donc à l'aveuglette, par la seule force des mots.

Le plus grave, c'est encore que les jeunes psychiatres en formation, qui n'ont jamais rien connu d'autre, sont totalement incapables de percevoir la portée de ce changement. Ils apprennent à constater la présence ou l'absence de critères factuels, et non pas à réfléchir sur le sens des mots ou sur des notions aussi abstruses que celle de halo sémantique... On ne arrive dès lors inéluctablement à voir, dans la réforme nosographique induite par le DSM, une sorte de machine à décerveler.

La troisième version du DSM a consommé la rupture. Tous les vocables issus de la culture psychiatrique ainsi que des grandes synthèses théoriques du passé ont été systématiquement remplacés par d'autres. Il y a cependant quelques exceptions et, parmi elles, le vocable de schizophrénie. BLEULER résisterait-il mieux que FREUD ? Mais ce n'est évidemment qu'une apparence. Je suppose qu'on n'a pas osé remplacer ce mot-là, trop emblématique, ou qu'on n'a pas trouvé de vocable de remplacement (le terme de démence précoce faisant, décidément, trop vieux jeu). Mais on l'a vidé de son contenu. D'abord, là où BLEULER parlait du « groupe des schizophrénies », le DSM parle, lui, de sous-types de la schizophrénie. Ensuite, il y inclut, comme autant de sous-types, les autres troubles psychotiques, tels que le *trouble délirant* (!) (ex-paranoïa) et les *troubles schizoaffectifs* (bel anglicisme, inacceptable en bon français). S'agirait-il d'un retour à la bonne vieille théorie de la « psychose unique » ? Non, car celle-ci argumentait de l'existence d'une caractéristique commune à toutes les psychoses (la confusion du Signifiant et du Signifié). Le DSM ignore ce que ces mots veulent dire. Pire, il ignore la notion de structure. Finalement, c'est ce qui frappe le plus : en refusant tout a priori théorique et même, toute élaboration théorique dans l'établissement de la nosographie psychiatrique, on a ôté à celle-ci le moyen d'avoir une structure, c'est-à-dire une logique ou encore, une colonne vertébrale. Cela devient, hélas, le domaine du n'importe quoi. Déjà, on voit que les *troubles liés à une substance* sont détaillés jusqu'à représenter plus du quart des items. Les troubles sexuels connaissent une inflation terminologique analogue. Certes, c'est facile et c'est dans l'air du temps. A l'inverse, les troubles caractériels ne se retrouvent nulle part, si ce n'est sous la forme de quelques-unes de leurs manifestations extrêmes, et les troubles de la personnalité sont réduits à quelques clichés. C'est normal : le domaine est en effet difficile, et il eût fallu réfléchir pour pouvoir classifier. De temps en temps, on voit apparaître ou disparaître un des items en fonction d'un effet de mode outre-Atlantique. Je ne m'en formaliserai pas, car cela peut faire l'objet d'un débat d'idées. Mais par contre, je trouve lamentable de voir mettre sur le même plan un symptôme (par exemple *kleptomanie*, 312.32), un syndrome (par exemple *trouble de conversion*, 300.11), une entité (par exemple *trouble bipolaire I*, 296.**). Cette confusion va à l'encontre de ce que l'alliance de l'observation et de la réflexion sur la clinique avait produit de plus solide, et de plus utile au praticien. Les systèmes nosographiques antérieurs n'étaient pas toujours d'accord entre eux, mais ils étaient organisés autour de quelques grands concepts (l'évolution temporelle, l'énergie psychique, la genèse du Désir...) qui permettaient de les comparer, d'en débattre dans la confrontation avec les faits cliniques. Ils étaient aussi organisés hiérarchiquement : plusieurs symptômes constituent un syndrome, lequel peut se retrouver dans une ou plusieurs entités nosographiques. Cette distinction évite au praticien de tomber dans le piège des similitudes, et le font réfléchir. Un trouble de conversion peut, en effet, se rencontrer dans un cadre névrotique ou dans un cadre psychotique. L'usage du DSM en tant que « manuel de psychiatrie » efface cette distinction et rend la réflexion invalide.

La psychiatrie est donc en passe de perdre son âme, c'est-à-dire sa culture. Il ne s'agit pas de nostalgie, mais d'une mise garde rationnelle. Une bonne partie de l'efficacité réelle des soins psychiatriques risque d'être sacrifiée au profit d'un pur fantasme d'efficacité. L'explication de ce paradoxe réside dans la notion d'*écart organo-clinique*. Cette notion est ancienne. Elle veut dire que le tableau clinique observé n'est jamais totalement réductible aux lésions constatées. Les neuropathologistes cherchent évidemment à réduire cet écart, et rêvent

d'un temps où la moindre différence de comportement pourra être ramenée à une différence dans le fonctionnement d'un groupe de neurones. Si ce but était atteint, nous n'aurions pas encore l'explication du phénomène, c'est-à-dire la pathogenèse du trouble. En effet, le trouble qu'on voit est le résultat d'une rencontre entre un cerveau et son environnement. L'environnement est multiple et changeant, et le cerveau est fait pour modifier son fonctionnement en fonction des stimulations qui lui parviennent. Dans la mesure où elle prétend agir sur le trouble, la psychiatrie doit s'intéresser autant à l'environnement qu'au cerveau. L'écart organo-clinique véritablement irréductible est celui qui existe entre les causes (biologiques et environnementales) du trouble et leurs conséquences biologiques. En disant cela, j'inverse la notion : la cause est à trouver au moins en partie, hors de l'organisme, hors même de l'individu, dans les influences diverses qu'il subit, tandis que l'effet objectivable peut être recherché dans le fonctionnement biologique du cerveau.

C'est là qu'on retrouve la notion de culture : celle de la maladie d'abord, ensuite celle de la science. On parlera de la culture de la maladie, en effet, parce qu'une maladie mentale est une construction interactive et donc culturelle, avant d'être un fait biologique. Elle est, formellement, une séquence de comportements, par lesquels la personne malade réagit aux stimulations de son entourage d'une façon qui semble anormale à celui-ci, et parfois à la personne elle-même, mais qui trouve son origine et son explication dans une histoire longue et largement antérieure aux faits considérés. Chacun des comportements symptomatiques possède dès lors un sens déchiffrable, pour autant que l'on connaisse l'ensemble des informations pertinentes sur cette histoire, et qu'on connaisse également le système de référence culturel, qui distribue aux choses leur valeur et détermine leur contexte sémantique. La maladie se construit au sein d'un contexte culturel, qui seul peut lui donner un sens, et son histoire se fait en fonction de lui.

On parlera aussi de la culture d'une science, en l'occurrence la psychopathologie. Ce terme englobe les connaissances scientifiques actuelles, les connaissances hypothétiques, les pistes erronées, l'histoire des progrès scientifiques et celle des erreurs passées, les raisons de ces progrès et celles de ces erreurs, le contexte épistémologique qui a donné naissance aux uns et aux autres, les tendances actuellement prévisibles de la recherche à venir. Ce que je dis là est valable pour toutes les sciences, même les plus pointues. Un physicien aussi peut être cultivé dans son domaine. Et un physicien cultivé montrera sans peine l'importance de l'histoire et de la philosophie des sciences sur l'évolution passée, présente et future de la physique. Dans le cas de la psychiatrie, cette importance est toutefois d'une autre nature. Elle provient de ce que la cause des maladies mentales est à trouver, pour l'essentiel, en-dehors de l'organisme. Dans la mesure où la maladie est culturelle, comme nous l'avons dit, l'approche culturelle donne aux faits pathologiques un accès plus direct que l'approche biologique. Un exemple est ici le bienvenu : l'hystérie a été expliquée autrefois par des mouvements désordonnés de l'utérus dans l'entière du corps : nous savons que cette explication est fautive. Néanmoins, la topographie des symptômes somatiques de l'hystérie évoque, bien souvent, l'obstruction des voies de transit du haut du corps vers le bas, par un obstacle erratique venant du bas. D'autre part, la symbolique sexuelle des troubles hystériques, plus précisément la façon dont ils mettent en scène les apories du désir féminin, a été bien montrée par FREUD. Avec ce qu'il traîne avec lui de culturel (théories obsolètes, théories actuelles mais inaccessibles à la preuve scientifique, symbolique des

mots, références littéraires...), le terme d'hystérie se révèle beaucoup plus heuristique que celui de trouble histrionique. Il permet beaucoup mieux que lui de comprendre ce qui se joue chez l'hystérique, ainsi qu'entre l'hystérique et son médecin. En somme, la culture psychiatrique est bien souvent faite d'à peu près scientifiques induits par l'apparence des choses, c'est vrai. Mais la maladie mentale est elle-même une organisation de l'apparence des choses sous l'emprise de la culture. Et les deux se rencontrent étonnamment bien.

L'efficacité thérapeutique naît bien souvent de ces rencontres aléatoires. Je parle ici de l'art de guérir, non de « *evidence based medicine* ». Il serait regrettable, je l'avoue, de se contenter de ces à peu près, si nous ne pouvions pas en y appliquant notre réflexion critique et en les traitant comme l'objet des sciences humaines, en découvrir la rationalité.

*Daniel Schurmans
Lierneux-Liège, 2008*

RÉSUMÉ

La psychiatrie est fière des résultats qu'elle a obtenus au cours des trente dernières années. Elle se donne désormais le statut envié de science expérimentale. Ce statut implique des contraintes méthodologiques qui ne sont pas sans inconvénients. En particulier, la table rase faite de la nosographie classique. Celle-ci est le résultat de deux siècles de confrontation entre la clinique et la réflexion anthropologique et philosophique. Certes, elle était en partie spéculative, mais elle méritait mieux que d'être remplacée par une liste d'items (le DSM) qui n'avait d'ailleurs pas été élaborée dans cette intention. Quand une science est capable de réfléchir sur elle-même, sur ses fondements épistémologiques, sur la relation entre les connaissances de base et la pratique qui en découle, sur la valeur des éléments divers qu'elle hérite du passé, elle atteint à un degré de culture appréciable. Dans le domaine des sciences humaines, c'est aussi une condition d'efficacité. Cette culture psychiatrique est actuellement en danger et doit dès aujourd'hui se défendre.