

La crise post-DSM et la psychanalyse

Eric Laurent



Je voudrais partir, pour ces réflexions sur la crise des nouvelles normes cliniques, des débats animés qui ont accompagné la publication du dernier DSM. Ces débats témoignent de la vitalité, de la puissance et de la diversité des universités américaines. Leur caractère multipolaire contraste avec la discrétion des universitaires français et européens sur les questions fondamentales des enjeux de la place de la psychiatrie dans notre société. Les systèmes Européens, centralisés, dominés par les instances régulatrices des bureaucraties sanitaires produisent de faux consensus, obtenus dans des tractations obscures derrière les portes de comités éclectiques. Grâce à ces débats nord-américains, nous disposons maintenant d'une série de réponses à la question sur « ce qui a mal tourné avec le DSM-5 » (« What went wrong with the DSM-5 »), aussi bien de la part de ceux qui restent globalement favorables à l'entreprise DSM, que de ceux qui y sont radicalement opposés. Un accord se dessine sur la rupture opérée par la dernière édition du manuel sans qu'il y ait accord sur la nature exacte du franchissement.

La crise vue par les initiés

Les débats ont eu la particularité d'inclure les points de vue critiques formulés par d'anciens responsables au plus haut niveau des éditions précédentes. Que ce soit le fondateur de l'ensemble du projet DSM, Robert Spitzer, ou l'une des huit personnes à l'origine du DSM III comme Nancy Andreasen, qui a été récemment invitée à Paris par l'Association Franco-Argentine de Psychiatrie, pour faire entendre ses positions actuelles, ou encore Allen Frances, responsable du DSM IV. Laissons de côté pour

l'instant, les critiques de Spitzer qui portent surtout sur les processus bureaucratiques d'élaboration du DSM-5, secrets, clauses de confidentialités, hermétisme des comités, retards dans les essais cliniques (*field trials*) etc...

Pour Nancy Andreasen¹, le mal essentiel vient de ce que le DSM a été accepté comme une référence tellement dominante que le manuel a chassé toute autre approche en psychopathologie. Un monopole s'est instauré avec les effets pervers des monopoles. Elle constate qu'il n'y a plus d'autre recherche dans le champ de la psychopathologie aux USA. Seule subsiste la mobilisation des meilleurs spécialistes des divers champs pour établir les critères et les items qui vont définir la langue empirique et positive parfaite rêvée par les concepteurs du manuel. C'est ce qu'a montré la très laborieuse mise au point du DSM 5, comptabilisant d'interminables heures de réunion de milliers de spécialistes.

Cette entreprise dévorante est pour Nancy Andreasen, peut être un peu trop ambitieuse avec ses idéaux mal définis, « *lofty ideals* », mais elle était nécessaire pour corriger les dérives proprement américaines des années soixante-dix, dues aux tentatives de construire un système psychopathologique à partir de l'*egopsychology* psychanalytique. L'accent mis par ce courant psychanalytique sur les « mécanismes de défense » du Moi provoquait une sorte de méfiance à l'égard du symptôme, éloignant la classification US des psychopathologies classiques. Un certain nombre de cliniciens ont réagi en voulant rejoindre l'épidémiologie internationale d'alors, pas encore globalisée, dominée par l'Angleterre et son tout nouveau système de santé public, le NHS². Pour la première Task-Force du DSM, l'établissement d'un système de référence transatlantique était l'objectif central. Ce projet a maintenant trop bien réussi, imposant le monopole de son système, détruisant l'éco-sphère de la recherche en psychopathologie.

La solution proposée par Nancy Andreasen est de revitaliser le projet phénoménologique en psychiatrie. Elle veut faire retour au sens. Elle utilise la formule marquante d'un « plan Marshall inversé » où la phénoménologie, au sens américain du mot, c'est à dire une fidélité à la description du symptôme faisant une place au sens, devrait remédier aux ravages causés par le désert de la langue DSM. Le projet est beau mais il n'est pas sûr que nous disposions d'un économiste du sens aussi averti que ne l'était le Secrétaire d'état Marshall de l'économie, ni que Harvard soit, cette fois-ci de cet avis, et administre avec autant de bonheur le retour du sens comme le plan a permis le retour de la croissance dans l'Europe dévastée par son auto-dévoration funeste. Quoi qu'il en soit, la référence à l'après-guerre a le mérite de nous rappeler l'urgence des enjeux d'une attitude volontariste devant le désastre.

Allen Frances a consacré tout un livre récent³, pour examiner les raisons pour lesquelles cette situation de monopole s'était imposée et les conséquences sur tout le champ de la psychopathologie. Pour Frances, le projet DSM était crucial et a sauvé la psychiatrie dans les années 1980, en la libérant des confusions et des ambiguïtés au

¹ Andreasen N., "DSM 5 and the Ongoing Death of Phenomenology", exposé présenté lors de la Journée "Qui a peur du DSM 5?" organisée par l'Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé Mentale, Paris, le 12 octobre 2013.

² National Health System.

³ Frances A., Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique, Odile Jacob, 2013. (Saving normal : An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, ed. William Morrow, 2013)

cœur du modèle psychanalytique. Il remarque, très justement, que la difficulté de la psychanalyse à inspirer des classifications stables n'est pas liée à une impuissance contingente ou à un biais néfaste⁴. Elle est consubstantielle à son discours. C'est un impossible logiquement inscrit au départ. Il dit ce problème épistémologique à sa façon discrète, *low key*, « Le modèle psychanalytique avait tendance à se vouloir un peu un attrape-tout, à une notable exception près : le normal n'y trouve pas vraiment sa place... Pour Freud nul n'est jamais tout à fait normal, nous sommes tous plus ou moins névrosés⁵ ». C'est ce que Lacan a radicalisé avec son « Tout le monde est fou, c'est à dire délire ».

Pour Frances, c'est cette vocation à l'agitation des normes qui avait contaminé la psychiatrie au point qu'elle était à sauver. « Sans l'intervention de Robert Spitzer, la psychiatrie aurait pu ne jamais s'en remettre et replonger dans son obscurité d'avant-guerre⁶ ». Frances personnalise beaucoup là où Nancy Andreasen nous parle plutôt d'une école de pensée, regroupant divers universitaires, « les Mid-Atlantic⁷ », inspirés par l'Angleterre, réagissant aux confusions des années 1960 et aux dangers d'éloignement du système américain du *mainstream*. Cependant, les deux auteurs décrivent la même bascule vers le souci diagnostic et l'adoption d'une « méthode fondée sur l'utilisation d'une série de critères explicites pour gérer l'agencement des symptômes aux syndromes. » Le projet DSM pour Frances est donc non seulement nécessaire mais salvateur. Comme directeur du DSM-IV il se considère d'ailleurs le continuateur de Spitzer, en étant d'un « conservatisme intelligent et ouvert ».

Pourtant, le DSM-IV n'a pas empêché le déclenchement d'une spirale d'augmentation des diagnostics distribués par les médecins, psychiatres et généralistes réunis, aboutissant à ce qu'il nomme « les bulles de l'inflation diagnostique », un surdiagnostic et une surmédicalisation. Pourquoi ? « What went wrong ? » Ce n'est pas la faute du texte, c'est la faute du « contexte », qui a changé de façon décisive, modifiant les conséquences de l'application des directives DSM. Les changements du contexte sont multiples mais Frances met spécialement en valeur le fait que 3 ans après le DSM-IV, en 1997, « les lobbyistes des laboratoires pharmaceutiques gagneront une grande victoire sur le bon sens : les USA deviendront le seul pays au monde à autoriser la publicité directe des médicaments auprès des consommateurs ». A partir de cette date, il n'y a plus de limite au marketing direct auprès des médecins et des consommateurs des mauvaises métaphores inventées par les publicitaires de la santé, nos *Mad Men* contemporains. Le succès du « déséquilibre chimique », métaphore éponyme de ces slogans simplificateurs, n'aura plus de bornes. Le rôle de *Big Pharma* dans la surmédicalisation et la promotion de la médicalisation de la vie est central pour Frances. Il y ajoute le poids des associations de parents qui veulent avoir accès à des services appropriés pour leurs enfants, accès auquel seul le diagnostic donne droit, et le rôle des associations de consommateurs qui cherchent à regrouper toujours plus d'adhérents. Le poids respectif de ces différents facteurs du

⁴ Il faut noter qu'Allen Frances s'est formé comme psychanalyste au sein du Columbia Institute.

⁵ Frances A., *op.cit.*, p.48

⁶ *Ibidem*, p.115

⁷ Andreasen N., « DSM 5 and the Ongoing Death of Phenomenology », exposé présenté lors de la Journée « Qui a peur du DSM 5 ? » organisée par l'Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé Mentale, Paris, le 12 octobre 2013.

« contexte » n'est pas évident mais le résultat final l'est. « Au cours des 15 dernières années, quatre grandes épidémies de troubles mentaux ont ainsi éclaté soudainement, le nombre d'enfants bipolaires a étrangement augmenté de 40%, les autistes de 30%, les hyperactifs avec troubles de l'attention ont triplé, tandis que la proportion d'adultes éligibles à un diagnostic de bipolarité a doublé⁸ ».



Le rôle de *Big Pharma* est par moments situé par Frances avec une sorte de marxisme mécaniste qui est sans doute trop direct : « Avec un budget de 60 milliards de dollars par an, on peut aller assez loin s'agissant de vendre des produits et d'acheter des responsables politiques⁹ ». D'accord, mais nous ne sommes pas à Wall Street et *greed*, la concupiscence, n'explique pas tout. D'ailleurs, il récuse formellement les explications du même genre (experts achetés) qui pourraient rendre compte des ambiguïtés et extensions indues dans la rédaction du texte même du DSM. Il refuse l'explication par les collusions et conflits d'intérêts entre psychiatres experts du DSM et *Big Pharma* au profit de la concurrence universitaire d'intérêts intellectuels entre experts, chacun voulant faire avancer son domaine d'intérêt aux dépens des autres.

Pour Frances, c'est le changement de contexte qui a produit l'hyperinflation diagnostique. Le laxisme des responsables actuels du DSM-5 a fait le reste et a signé l'impuissance de l'APA à gérer le projet DSM. Il demande donc la destitution de L'Association Américaine de Psychiatrie de son rôle de garant de la circulation des étiquettes diagnostiques. Il appelle de ses vœux solitaires la construction d'une instance de régulation nouvelle, qui saurait vraiment être responsable de la monnaie épidémiologique. Cette bureaucratie d'un type nouveau, vaste usine à gaz sanitaire devrait tout réguler avec un autoritarisme décidé. Ce projet utopique rêve de combiner les meilleures vertus des systèmes centralisés européens et de la régulation juridique à l'américaine¹⁰.

Pourtant, au delà du rejet de la faute sur *Big Pharma*, Frances aperçoit un phénomène de civilisation, fondement global de la dérive, et qui ne peut se régler par décret régulateur d'une bureaucratie providentielle. « A mesure que notre monde se globalise et s'homogénéise, s'amenuise aussi notre tolérance à l'égard de l'excentricité ou de la différence, que nous avons du coup tendance à médicaliser. Cette tendance à la normalisation des comportements ne signifie pas que nous soyons plus malades qu'autrefois¹¹ ». Il reste à déterminer pourquoi ce goût, ce choix forcé vers la médicalisation comme seule issue?

⁸ Frances A., op. cit. p.174

⁹ Ibid., p.158

¹⁰ Ibid., p.319

¹¹ Ibid., p.144

En des termes plus proches lacaniens, disons que le mélange des jouissances opéré par le style de vie globalisé par la science¹² provoque un malaise particulier poussant à une nomination impossible par des instances biopolitiques affolées. C'est ce mouvement de civilisation que Michel Foucault avait aperçu et nommé comme la « Naissance de la biopolitique » comme moyen dominant de gestion des populations, remplaçant l'ancien projet « clinique » de description des maladies du corps social. Cette bascule vers la gestion médicale de la vie des citoyens est d'autant plus nette en Europe que celle-ci, avec ses systèmes de santé centralisés et redistributeurs, a fait le choix d'un pacifisme qui lui interdit l'ancienne gestion des identifications fortes qu'autorisaient le droit à « faire mourir » des états ou des régimes autoritaires et des démocraties en guerre. Mais laissons l'examen des causes lointaines, que nous reprendrons pour nous tourner vers un autre type de commentaires des failles du DSM. Non plus celle des causes proches repérées par nos deux psychiatres, experts qualifiés s'il en est, Nancy Andreasen et Allen Frances, ayant tous deux participé au processus d'élaboration du DSM, mais les réponses données au « *What went wrong?* » par deux épistémologues, non psychiatres, Steeves Demazeux et Ian Hacking.

La crise vue par les épistémologues

Pour Steeves Demazeux¹³, le projet du DSM, lancé par Spitzer, et maintenu au long des trente années de son existence est un projet philosophiquement ancré dans le courant logico-positiviste si influent dans la philosophie américaine d'après guerre. C'est un projet parfaitement cohérent de ce point de vue. Il s'agissait d'inventer une langue transparente et parfaite, où la question de la référence était remplacée par les signifiés empiriques de critères parfaitement définis. Il s'agissait de définir une langue artificielle, s'imposant aux cliniciens en éliminant toute imprécision, glissement ou malentendu. La classification visait avant tout à corriger les imprécisions de la Babel des traditions cliniques, au pluriel, au profit d'une langue désignant de façon rigide des catégories cliniques rêvées comme parfaitement distinctes, quelle que soit dans les faits la « comorbidité » irrésorbable. L'objectif d'univocité de la langue clinique serait réalisée par des définitions cliniques dites : « opérationnelles »¹⁴. Le projet DSM III de Spitzer s'inspire, dans les années soixante-dix, des raffinements statistiques de la psychologie universitaire américaine, n'ayant jamais renoncé aux projets de grandes classifications caractérologiques, pour mettre la clinique psychiatrique au niveau des exigences statistiques les plus récentes. L'accent sera mis sur les techniques permettant d'assurer la « fiabilité inter-juges », le fait qu'il n'y ait aucune variation possible sur la description des phénomènes observés. La classification « a-théorique » du DSM allait se révéler toujours plus fondée sur une

¹² « Les hommes s'engagent dans un temps qu'on appelle planétaire, où ils s'informeront de ce quelque chose qui surgit de la destruction d'un ancien ordre social... : comment faire pour que les masses humaines, vouées au même espace, non pas seulement géographique, mais à l'occasion familial, demeurent séparées? », Lacan J. (1967), *Allocutions sur les psychoses de l'enfant*, in *Autres Ecrits*, Seuil, 2001, p. 363.

¹³ Qu'est ce que le DSM ? Editions d'Ithaque, Paris 2013

¹⁴ Déjà Lacan dans « la chose freudienne » en 1955 moquait l'usage du mot « opé-ra-tio-nnel » pour se débarasser du rationnel, spécialement l'usage de critères opérationnels par lequel l'*egopsychology* voulait rejoindre la psychologie générale. Lacan J., *La Chose freudienne* (1955) in *Ecrits*, Seuil, 1966, p. 421

théorie de la statistique. Les questions cliniques comme telles allaient bientôt être noyées dans des questions de technique statistique comme telles¹⁵.

La forme logique choisie par le DSM est celle d'un arbre formel classifiant les maladies mentales sur un modèle « botanique » de genres, d'espèces et de sous espèces, d'abord présenté par Linné dans son « système de la nature », puis adopté par Darwin. Ce qui a mal tourné est qu'avec le DSM-5, d'une part des mots nouveaux ont pénétré la langue sans avoir une signification fiable inter-juges et, plus profondément, la langue parfaite est confrontée à ceci qu'elle ne renvoie à aucune référence. Sa validité est mise en question. Notre épistémologue, qui considère le projet DSM comme « globalement positif », constate cependant que le projet logico-positiviste a trouvé sa limite et ne peut plus recourir aux remèdes habituels : un appel à un plus de description et à un plus d'empirisme. Il propose comme solution une révision des présupposés logico-positivistes en se servant de l'apport logique de Quine pour réfléchir à nouveaux frais sur la classification des « espèces naturelles » (*natural kinds*) et d'accepter une classification qui puisse inclure des « espèces naturelles » et d'autres choses qui ne le soient pas. Il s'agit de sauver le projet DSM en le séparant de son fondement épistémologique. Le DSM devrait alors explicitement distinguer, en le sachant, aussi bien des catégories avec une validité « scientifique » limitée et des catégories qui ne se donnent que comme artefacts plus ou moins bien construits. Cela supposerait de lever l'hypothèse selon laquelle il suffirait qu'une classification soit bien faite pour qu'elle renvoie à quelque chose.

L'épistémologue anglais Ian Hacking est plus radical. Il considère que le projet DSM repose sur une erreur épistémologique plus profonde¹⁶. Dans son livre fameux sur « l'Histoire de la folie », Foucault avait consacré un chapitre lumineux sur « le fou au jardin des espèces »¹⁷. Il mettait en valeur le projet de deux grands médecins du dix-huitième siècle, le français Boissier de Sauvages et l'Anglais Sydenham. Pour Sauvages, comme pour le DSM, « la définition d'une maladie est l'énumération des symptômes qui servent à connaître son genre et son espèce, à la distinguer de toutes les autres. » Mais il y a plus encore, note Foucault, « le grand souci des classificateurs du 18^e siècle est animé par une constante métaphore qui a l'ampleur et l'obstination d'un mythe : c'est le transfert des désordres de la maladie à l'ordre de la végétation. Il faut réduire, disait déjà Sydenham, « toutes les maladies à des espèces précises avec le même soin et la même exactitude que les botanistes ont fait dans le Traité sur les plantes¹⁸ ». » A cet égard, note Hacking, le projet DSM reste du même ordre botaniste, tout en étant renouvelé par le projet logico-positiviste. C'est un classement par genre, espèce et sous-espèce, un classement sur le modèle de l'arbre végétal de la botanique. Hacking conclut par une formule ravageante. « Peut-être, à la fin, le DSM sera considéré comme la *reductio ad absurdum* du projet botanique dans le champ de la folie. Je ne le dis pas parce que je crois que la plupart de la psychiatrie sera, un jour, réduite aux neurosciences, à la biochimie et la génétique. Je ne prends pas parti là-dessus. Je prends appui sur la logique plus que sur la médecine. Le rêve de

¹⁵ Comme l'a bien noté, dès 1992, l'ouvrage de Stuart Kirk et Herb Kutchins publié sous le titre *The selling of the DSM. The Rhetoric of science in psychiatry*, mal traduit en français en 1998 sous le titre *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. (S. Kirk & H. Kutchins, *Aimez-vous le DSM ?*, Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo, 1998.)

¹⁶ Hacking I., « Lost in the Forest », *London Review of Books*, 8 august 2013.

¹⁷ Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972, pp. 193-225.

¹⁸ *Ibid.* pp. 206-207.

Sauvages de classer les maladies mentales sur le modèle de la botanique était aussi égaré que le projet de vouloir classer les éléments constitutants de la chimie sur le modèle de la botanique. Il y a une organisation profonde des éléments – le tableau périodique – mais elle diffère profondément de l'organisation des plantes qui vient de la reproduction. Les tableaux des éléments linéaires (il y en eut beaucoup) ne représentent pas la nature¹⁹. »

L'objection de Hacking est radicale car il fait de tout le projet DSM un véritable obstacle épistémologique, au sens de l'épistémologie française, pour l'intelligence des phénomènes. Il faut noter que c'est une objection qui échappe complètement à Allen Frances qui cite dans son livre le projet de Linné et celui de Mendeleiev comme deux succès du projet de la description d'espèces, sans voir leur incompatibilité épistémologique profonde.

Du point de vue de l'épistémologue, l'objection au DSM n'est pas contingente ou liée aux erreurs, maladresses, et lourdeurs bureaucratiques incontestables qui se sont glissées dans le processus de fabrication du DSM 5. Il s'agit d'une faille de départ, de conception, qui a fini par ne plus pouvoir être obscurcie par le pouvoir de l'Association Américaine de Psychiatrie et les séductions qu'elle exerçait auprès des pouvoirs et de la bureaucratie sanitaire du NIMH²⁰.

Le soi disant a-théorisme du projet a d'emblée assuré le pouvoir des techniciens des statistiques en biologie sur les cliniciens. Puis, ce pouvoir s'est toujours plus affirmé au dépens des cliniciens, toujours plus encadrés par les protocoles à visées universelles et contraignantes dans la pratique de *l'Evidence Based Medecine*. On en arrive à proposer comme modèle pour la psychiatrie, au même titre que pour l'industrie médicale dans son ensemble, celui de l'aéronautique où le pilote est conçu comme auxiliaire de l'ordinateur. Le projet DSM est en ce sens marqué par une prise de pouvoir des chercheurs sur les praticiens dans le champ clinique. Cette emprise s'est toujours plus affirmée au cours des trente années où s'est déployé le projet. Les chercheurs, par la quête d'une langue parfaite, ont voulu corriger toutes les mauvaises habitudes du peuple des praticiens. On peut dire qu'à l'issue du processus, avec le DSM 5, la rupture est complète entre la recherche et les cliniciens. (Continuará...)

¹⁹ Hacking I., op. cit.

²⁰ National Institut of Mental Health