

La crise post-DSM et la psychanalyse

Par 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 produit 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 NHS. 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 récent², 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 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 néfaste³. 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

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 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)

³ Il faut noter qu'Allen Frances s'est formé comme psychanalyste au sein du Columbia Institute.

tous plus ou moins névrosés⁴. ». 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-guerre⁵ ». Frances personnalise beaucoup là où Nancy Andreasen nous parle plutôt d'une école de pensée, regroupant divers universitaires, « les Mid-Atlantics⁶ », 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 « 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 doublé⁷ ».

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 politiques⁸ ». 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

⁴ Frances A., op.cit., p.48

⁵ Ibidem, p.115

⁶ 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.

⁷ Frances A., op. cit., p.174

⁸ Ibid., p.158

(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 au 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'américaine⁹.

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'autrefois¹⁰ ». Il reste à déterminer pourquoi ce goût, ce choix forcé vers la médicalisation comme seule issue?

En des termes plus proches lacaniens, disons que le mélange des jouissances opéré par le style de vie globalisé par la science¹¹ 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 centralisées 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, Steeve Demazeux et Ian Hacking.

La crise vue par les épistémologues

⁹ Ibid., p.319

¹⁰ Ibid., p.144

¹¹ «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.

Pour Steeve Demazeux¹², 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 »¹³. 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 théorie de la statistique. Les questions cliniques comme telles allaient bientôt être noyées dans des questions de technique statistique comme telles¹⁴.

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 profonde¹⁵. Dans son livre fameux sur « l'Histoire de la

¹² Qu'est ce que le DSM ? Editions d'Ithaque, Paris 2013

¹³ Déjà Lacan dans « la chose freudienne » en 1955 moquait l'usage du mot « opé-ra-tio-nnel » pour se débarrasser 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

¹⁴ 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.)

¹⁵ Hacking I., « Lost in the Forest », London Review of Books, 8 august 2013.

folie », Foucault avait consacré un chapitre lumineux sur « le fou au jardin des espèces »¹⁶. 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 plantes¹⁷ ». » 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 Sauvages de classer les maladies mentales sur le modèle de la botanique était aussi égaré que le projet de vouloir classer les éléments constitutifs de la chimie sur le modèle de la botanique. Il y a une organisation profonde des éléments – le tableau périodique – mais il 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 nature¹⁸. »

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 NIMH. 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 *Evidence Based Medicine*. 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.

La crise des modèles de la recherche

¹⁶ Foucault M., Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972, pp. 193-225.

¹⁷ Ibid. pp. 206-207.

¹⁸ Hacking I., op. cit.

C'est ce qu'a constaté le directeur du NIMH, dans une intervention retentissante, le 29 avril, quinze jours avant la publication du DSM 5¹⁹. Il balaye d'un large revers de main les subtilités d'inclusions et d'exclusions de nouvelles catégories obtenues par les longues heures de veille des commissions d'experts, qui peuvent pourtant donner lieu et place à des débats intéressants. Il constate peu de variations entre le DSM-IV-R et la version 5. Le dictionnaire organisant le champ de la psychopathologie conserve sa force et sa faiblesse. Sa force reste la « fiabilité inter-juges » et sa faiblesse reste son absence de « validité scientifique ». Autrement dit, la langue est parfaite mais elle ne veut rien dire dans la mesure où elle a complètement oublié qu'elle doit mesurer autre chose qu'elle-même. Le DSM, constate-t-il, est fondé sur le « consensus sur des regroupements de symptômes cliniques » qui se voient facilement et non sur la mesure « objective » de quoi que ce soit. C'est pourquoi le NIMH, centre de la recherche en psychiatrie aux USA, a lancé depuis près de deux ans un projet très différent du DSM 5. Il s'agit de rassembler dans un projet intitulé *Research Domain Criteria (RDoC)* tout ce qui a été dégagé par la recherche de signes objectifs dans le champ de la psychopathologie : neuroimagerie, marqueurs génétiques probables, altération des fonctions cognitives et des circuits neurologiques objectivables dans le triple registre : cognition, émotions et conduites. La collecte et le rassemblement de ces éléments se fait sans égard aux catégories cliniques communément admises qui ne sont que des effets de surface. « C'est pourquoi le NIMH réorientera sa recherche loin des catégories du DSM. Regardant vers l'avenir, nous soutiendrons des projets de recherche qui s'affranchissent des limites actuelles ». La première stupeur passée, le contrôle des dégâts (*Spin*) a tout de suite commencé. Le 14 mai, juste avant le début du Congrès de l'APA (*American Psychiatric Association*), le nouveau président de l'Association, Jeffrey Lieberman, de la Columbia, comme l'était Allen Frances, a signé avec Thomas Insel une « Déclaration commune sur le DSM 5 et le RDoC²⁰ », en assurant bien sûr que chaque projet avait sa pertinence.

Il n'en reste pas moins qu'il y a rupture. Le NIMH veut maintenant attacher son projet de RDoC aux recherches sur le fonctionnement et la modélisation du cerveau de la « Brain Initiative » de l'administration Obama, en conservant sa spécificité de vouloir intégrer les résultats de la génétique et ceux des neurosciences. Le projet de traduire les avancées de la génétique en résultats thérapeutiques immédiatement exploitables ne relève pas exclusivement du secteur public. Une des entreprises les plus dynamiques de la Silicon Valley a un projet exactement comparable. Il s'agit de *23andMe*, l'entreprise fondée par Anne Wojcicki, une généticienne mariée depuis 2007 avec l'un des fondateurs de Google, Sergey Brin, si l'on écrit son nom Russe selon l'onomastique anglaise²¹. Pour la modique somme de 99 \$, l'entreprise propose un kit de prélèvement d'un échantillon de salive facile à faire parvenir au laboratoire central de déchiffrement de l'ADN. Le message publicitaire qui l'accompagne est direct « Apprenez à vous connaître. Votre santé et votre généalogie commencent par là. Enquêtez sur 240 et plus maladies possibles. Découvrez votre lignage, trouvez des parents et plus encore. Recevez les plus récents apports sur votre ADN à mesure que la science avance. » L'ambition de l'entreprise est aussi grande que celle de Google, il s'agit de prendre la tête d'un mouvement qui changera la vie de chacun. « Nous changeons la façon dont le monde voit la génétique, il n'est donc pas surprenant de voir partout des gens qui parlent de 23andMe. C'est un *leadership* sur lequel on peut compter »²². Sur Wikipedia, on peut savoir que la collaboration entre mari et femme a souffert récemment. Depuis août

¹⁹ Cette intervention se trouve sur le site du NIMH, blog du directeur

²⁰ On trouve le communiqué commun sur le site de l'American Psychiatric Association (APA).

²¹ On pourra regarder à ce propos le *Today Show* de NBCnews.com en date du 28 Août 2013, disponible *on-line* à partir du site de *23andMe*.

²² Ces commentaires sont disponibles sur le site de *23andMe*.

2013, mari et femme vivent séparément en raison d'une liaison de Sergey avec Amanda Rosenberg, une salariée de Google. Les projets du couple sont cependant noués de la plus étroite façon. La mère de Sergey a été diagnostiquée de Parkinson. Brin a utilisé les services de 23andMe et découvert que, malgré le fait que le Parkinson n'est en général pas héréditaire, il partage avec sa mère une mutation du gène LRRK2 qui lui laisse une probabilité entre 20 et 80% de développer un Parkinson. Lors d'un entretien avec *The Economist* en 2008, Il considèrait que ce savoir supplémentaire lui permettait d'organiser mieux sa vie pour prendre des mesures. Peut-être le destin de la rencontre avec Amanda Rosenberg est-elle une conséquence imprévue de ce savoir sur son destin.

Quoi qu'il en soit, Google a annoncé le 18 septembre un projet qui maintenant donne une dimension supplémentaire aux objectifs initiaux de *23andMe*. Il s'agit de la création de *Calico* « De grandes ambitions nourrissent cette filiale de Google, qui vise le long terme-dix à vingt ans- et compte explorer des voies technologiques innovantes jamais envisagées pour retarder puis « tuer » la mort »²³. Google affirme ainsi son projet de rassembler toutes les données utiles à l'utilisation des apports de la génétique, de la biologie et des nanotechnologies pour définir une médecine radicalement « individualisée ». En ce sens, deux grands projets s'affrontent, tous deux appuyés sur le développement du savoir sur la manipulation d'immenses bases de données. Les développements de la « *Big Data Science* » et de ses principes de statistique Bayésienne²⁴, soutiennent aussi bien le recueil de grandes séries statistiques de cas comme le fait l'*Evidence Based Medicine*, que le paradigme de la médecine individualisée par recueil de toutes les données biologiques de chacun. Deux paradigmes de la médecine de l'avenir s'affrontent. La grande série est plutôt favorisée par les bureaucraties sanitaires à la recherche des protocoles universels pour régler les bonnes pratiques. Le projet de Google est une médecine individualisée et globalisée qui entre en conflit direct avec les limites des bureaucraties nationales. La corrélation entre le lancement de *Calico* et les embarras actuels de l'administration Obama pour établir un portail d'accès internet efficace accueillant le système d'assurance médicale établi par la plus importante loi du premier mandat du président nous donne l'idée que David et Goliath ne sont pas forcément là où on le pensait.

Il y aura un jour un portail d'entrée *Google Health* qui nous donnera un accès à des applications permettant une lecture en continu, selon l'état actuel de la science, de toutes les différentes données biologiques qui nous concernent. Ce portail sera privé et d'accès fermé, comme l'est actuellement le système Apple de distribution de biens culturels par *Apple Store*. Google réussira peut-être alors à assurer le succès de son système *Android* qui peine à détrôner son rival.

Les choses iront plus vite que nous ne le pensons, cependant le mélange de science, de mythe et d'espoir que recèle la médecine prédictive individualisée ne doit pas faire oublier pour autant que , pour ce qui concerne la psychopathologie psychiatrique, la modélisation du cerveau en est à ses balbutiements et John Horgan du « *Scientific American*²⁵ » résume la situation en disant que nous sommes dans une situation semblable à celle de la génétique avant la découverte de la double hélice. Le champ manque de principe organisateur et on est donc loin de pouvoir relier les divers indices biologiques avec les niveaux cliniques observables. Les trente années de projet DSM n'ont amené aucune découverte significative, mais le projet scientifique relais du RDoC reste dans les limbes. Dénoncer l'absence de

²³ Alexandre L., Google contre la mort, carte blanche, in *Le Monde* du 2 octobre 2013.

²⁴ Silver N., *The signal and the Noise, Why most predictions fail-but some don't*, Penguin, 2013

²⁵ Blog de John Horgan, hébergé par le *Scientific American*

pertinence scientifique du projet DSM ne modifie pas ceci qu'il n'y a rien pour le remplacer. La rupture ainsi consommée entre recherche et clinique est un abandon des cliniciens à eux-mêmes. Ils restent tous-seuls, sans appui sur le sol de la science.

Les symptômes du manque de principe organisateur apparaissent sans cesse dans ce paysage d'après DSM, les nouvelles contradictoires affluent. Cet été, comme l'a bien remarqué Jean-Charles Troadec²⁶, nous avons eu deux séries de nouvelles contradictoires. D'un côté on a fait breveter un test biologique détectant le risque suicidaire validé par la présence de deux gènes, et de l'autre *Big Pharma* faisait savoir, menace et réalité à la fois, que les recherches de nouveaux médicaments psychotropes étaient en arrêt, quasiment abandonnées car trop chères et trop risquées à développer, quels que soient les espoirs mis dans la chaîne du glutamate²⁷. En France, François Gonon²⁸ nous met régulièrement en garde de façon informée sur les écarts entre les promesses et l'effectivité scientifique de la psychiatrie toute biologique. En Angleterre, récemment une étude parue sur *Nature Reviews Neuroscience*²⁹, relevait le peu de reproductibilité des études en neurobiologie psychiatrique ou génétique, portant sur de trop petites séries, éloignant les résultats de la sécurité des grands nombres visées par l'EBM. Le recours artificieux aux méta-analyses n'arrive pas à suppléer ce défaut radical. On peut lire des études dans le champ de l'autisme portant sur 12 cas et en déduisant des merveilles de certitudes non reproductibles.

Le réel de l'abandon-surveillance

L'impasse du projet DSM aboutit à l'évacuation des « types cliniques » au profit de chimères qui s'éloignent dans l'empyrée des calculs. Il reste un phénomène réel : l'abandon. Abandon des patients confrontés à la raréfaction des crédits alloués à une psychiatrie considérée comme toujours plus onéreuse. Abandon à la rue, à la prison, à la médication excessive, d'une population toujours plus nombreuse. Cet abandon est compensé par une surveillance de tous les instants des populations ainsi laissées à elles mêmes. Du côté de l'abandon, les séries *The Wire* et *Treme* ainsi que les livres de David Simon, ont popularisé et rendu visibles les conséquences sur les populations noires et pauvres de la gestion des toxicomanies par la « war on drugs ». Du côté de la surveillance, l'actualité de *Big-Brother* est toujours plus surprenante et nous apprend combien nous sommes surveillés, écoutés, enregistrés, grâce aux puissances de calcul phénoménales dont disposent les bureaucraties sanitaires et sécuritaires, toujours mieux intégrées comme le scandale des écoutes de la NSA l'a fait connaître. L'entreprise éponyme de la numérisation du monde, Google, se révèle un partenaire électif de l'administration américaine dans tous les aspects de la construction de notre « New digital Age ». C'est la même année 2013 que Edward Snowden révèle la puissance des écoutes de la NSA et que Eric Schmidt et Jared Cohen nous expliquent de quoi aura l'air notre futur *Googlisé*³⁰.

Si l'instrument DSM n'a permis aucune découverte, il s'est révélé un instrument puissant de gestion des populations, assignant les sujets à des cases toujours mieux calculables par la langue administrative, puis en élargissant les usages administratifs de ces catégories, en

²⁶ Troadec J.-C., « A simple twist of test », *Lacan Quotidien* n°343, 9 octobre 2013, disponible sur le site on line

²⁷ Sur le thème, lire l'article cité par Troadec : Friedma R., « A dry pipeline for psychiatric drugs », *The New York Times*, August 19, 2013.

²⁸ Gonon F., « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? » in *Esprit*, novembre 2011 & Cf. Monier F. « Neurosciences, les limites et la méthode », *Le Monde science et techno* du 30.09.2013.

²⁹ L'article de Katherine S. Button est cité dans Monier F., op. cit.

³⁰ Schmidt E. et Cohen J., *The new digital age*, Alfred A. Knopf, New York, 2013.

dehors du champ sanitaire, aux champs des assurances, des droits sociaux, de la justice. Cette extension, d'abord américaine, est maintenant globale. Cet instrument de gestion trouve ses limites voire son échec dans la création de bulles inflationnistes où les sujets se trouvent rangés ou dans lesquelles ils souhaitent être rangés. L'assignation aux catégories est calculable par la bureaucratie sanitaire, les usages et les souhaits de ceux qui s'y trouvent assignés sont imprévisibles. Des glissements se produisent donc sans cesse, donnant lieu à un « effet savonnette » d'un type particulier.

Lorsqu'ensuite les responsables veulent réduire les « épidémies » statistiquement constatables en modifiant les critères de définition, ils se heurtent aux souhaits des sujets eux mêmes qui souhaitent par exemple être considérés comme hyperactifs entre 35 et 45 ans pour pouvoir consommer des amphétamines . Ou encore, souhaitent être considérés comme bipolaires car l'étiquette est moins stigmatisante que d'autres. Ou enfin, être considéré comme Asperger pour avoir accès à un programme d'éducation spéciale.

Les remaniements classificatoires désorientés provoquent des effets contradictoires. La sortie des classifications pathologiques de la plupart des conduites considérées comme sexuellement déviantes au siècle précédent s'accompagne d'une pathologisation de multiples aspects de la vie quotidienne, jusqu'aux émotions les plus courantes. L'extension toujours plus grande du domaine de la dépression en est l'exemple le plus frappant mais les limites entre le normal et le pathologique partout s'affaissent.

Le caractère trop descriptif des catégories cliniques héritées de la clinique du regard, invalidées par la science, sont renvoyées à un continuum de processus organiques supposés un jour objectivables, sur le modèle des processus de démence, qui peuvent évoluer durant plus de 15 ans avant de trouver une traduction clinique observable. Au lieu de catégories conduisant à croire à de fausses distinctions, les chercheurs préfèrent un modèle privilégiant le continu. L'envers du processus de « médicalisation de la vie quotidienne » est bien la reconnaissance que « les patients psychiatriques ne sont que des personnes un peu moins « normales » que les autres ». Le DSM 5, dans sa difficulté à fixer les limites entre le normal et le pathologique, confirme à sa façon que « tout le monde est fou, c'est-à-dire délire », comme le disait Lacan, reformulant du côté de la folie le « tous névrosés » de Freud, bien repéré par Frances. Mais ce glissement vers la mise en cause du « normal » se fait dans une clinique qui forclôt sans retour le sujet. A la place du sujet, on trouve des « troubles de la personnalité » reformatés à nouveaux frais psychologiques par matrices complexes de « traits de la personnalité » actualisation des caractérologies ou des « tempéraments », intégrant symptômes et personnalités sans rupture. Le nouveau DSM a reculé devant l'ampleur de la tâche et laissé tout cela en annexe. Ces bricolages qui maintiennent un horizon de description de la pathologie comme « excès de personnalité » rappellent que la pathologie de l'excès est particulièrement en accord avec la façon dont l'époque vit la pulsion de façon Surmoïque. L'absence des limites que donnaient au sujet de fortes identifications rend les identifications fluides particulièrement sensibles au sans limite comme l'index de la surmoisation du monde. L'extension de la clinique des addictions en rend compte.

La réponse du sujet au réel

Ce que la bureaucratie DSM ne peut contrôler est un mouvement démocratique qui fait que les sujets s'emparent des catégories qui leur sont proposées par les spécialistes pour en faire un usage « off label ». Et pas seulement pour les médicaments. Il est certain que psychotique par exemple, est une catégorie dont personne ne veut. Personne ne l'a revendiquée quand elle

a été un peu nettoyée des catégories du DSM. Ce qui n'est pas le cas des trois catégories, bipolaires, autistes et hyperactifs. Les gens se réclament bipolaires : « je suis bipolaire, je le sais et je ne suis pas fou ». On en voit la version à Hollywood qui présente une narration possible de « je suis bipolaire » avec le film *Happiness therapy* dont le titre original en anglais est *Silver linings playbook* dont la scénariste, un acteur et le fils du réalisateur ont témoigné avoir été qualifiés de bipolaires . Par ailleurs, les hyperactifs sont une catégorie dans laquelle les gens se réclament comme hyperactifs et le souhaitent. On comprend le succès étonnant de la prescription de la Ritaline et de l'Adderall qui sont les médicaments les plus vendus *off label* de toute la pharmacopée.

Quant à l'autisme, c'est une catégorie où les associations de parents souhaitent que leur enfant soit reconnu autiste parce que cela donne des droits particuliers, spécialement aux Etats-Unis où c'est probablement la pathologie qui donne accès aux plus de services distribués par les Etats. Mais de plus les sujets qui sont autistes le revendiquent, et font connaître leur expérience d'autiste dans toute une littérature qui comporte maintenant plusieurs rayonnages de bibliothèque, avec les témoignages de sujets autistes qui réclament leur statut sans la distance à l'égard de la catégorie que supposait la psychose, la folie du 20^{ème} siècle.

Contrairement à ce que croient les responsables du DSM-V ou du DSM-IV dans leur lutte avec le DSM-5, ce n'est pas par des artefacts statistiques que cela va s'arrêter. Il faudra en passer par des choix politiques. Il relève de ce que Ian Hacking a nommé le *looping effect*, l'effet de boucle, c'est à dire le fait que dès qu'on nomme une catégorie, le sujet s'en empare et la revendique. Pierre Bourdieu en sociologie avait dégagé ce mécanisme. Un des enjeux de la démocratie au XXIème siècle sera le fait que les étiquettes sont revendiquées comme telles, par un effet ironique, un peu comme les populations ségréguées revendiquent leur ségrégation, comme Kanye West et Jay Z font usage du terme de *Nigger* dans leur *Niggers in Paris*. Ce n'est pas simplement en changeant un point minimal sur le critère d'inclusion, et par pur mécanique statistique qu'on fera baisser les bulles inflationnistes de surdiagnostics. Les trois voies qui s'ouvrent à la psychanalyse dans cette crise des classifications se dessinent plus clairement. Il nous faut d'abord favoriser la critique, dans le champ de la psychopathologie, des effets d'abandon produits par ces approches cliniques forclusives du sujet. Le projet de faire revivre une classification parfaite qui pourrait décrire exhaustivement le sujet à partir de la psychopathologie.

Il nous faut ensuite être attentifs aux effets de subversion des catégories par tous les usages « off label » hors étiquettes, terme que j'aime beaucoup des catégories, des médicaments et de tous les instruments du champ clinique. Plus que de vouloir proposer à tout prix une nouvelle classification à partir du sujet et de refaire une clinique actualisée et systématique du sujet, la psychanalyse doit rester attentive à la subversion du sujet qui accompagne toute classification comme son ombre, à la façon dont on vit la classification. Effectivement, les sujets qui viennent voir des psychanalystes viennent, dans un certain nombre de cas, en ayant des étiquettes, en les vivant, en s'y retrouvant, en organisant leur expérience à partir de là. Le psychanalyste va essayer à partir de l'usage subversif que les sujets font des classifications de la façon dont chacun vit l'épinglage qu'il a reçu, de cerner comment cela se raccroche et ordonne l'ensemble de son histoire.

Il nous faut enfin, par la puissance propre au discours psychanalytique rappeler les sujets à la singularité de leur désir, de leur fantasme, de leur symptôme. C'est un discours qui souligne le hors cadre du sujet, sa subversion fondamentale des catégories, son caractère foncièrement hors normes. C'est là où le projet psychanalytique de rappeler chacun à la singularité de son

délire dit Lacan, rejoint le projet d'Allen Frances qui apparemment veut l'inverse puisqu'il veut « sauver la normalité ». Nous souhaitons, à l'inverse, en détruire radicalement les prestiges. Heureusement, ce qu'il appelle « *saving normal* » c'est en fait de rappeler que tout le monde est un peu malade, décentré, décalé, excentrique³¹, dit-il à toute catégorie qui veut centrer le sujet. C'est cette ex-sistence qu'il s'agit en tout discours de faire valoir.

Les façons propres d'organiser sa jouissance, la singularité du fantasme, la singularité du mode de jouir de chacun trouve à s'ordonner à partir de cette crise des classifications. La crise des classifications est une excellente chose parce qu'elle laisse de plus en plus d'opportunités à chacun d'y trouver sa place et son chemin, et de trouver un logement qui finalement, défie les protocoles universels et permet, pour chacun, des usages possibles de la rencontre inéluctable avec un mode d'épinglage et l'usage qu'il est possible d'en faire. C'est la façon, pour chaque sujet, de loger la faille fondamentale de sa « mentalité » au sens de Lacan « On parle de maladie, on dit en même temps qu'il n'y en a pas, qu'il n'y a pas de maladie mentale par exemple; On le dit à juste titre, au sens où ce serait une entité nosologique, comme on disait autrefois. Ce n'est pas du tout *entitaire*, la maladie mentale. C'est plutôt la mentalité qui a des failles »³².



³¹ Frances A., op. cit., p.402

³² Lacan J., Séminaire XIX, ...Ou Pire, Seuil, 201 , p. 223.